



Heft 2/2013

MDK

Das Magazin der Medizinischen

forum

Dienste der Krankenversicherung

**Personalisierte
Medizin**

Liebe Leserin, lieber Leser!

Wir schreiben das Jahr 2050: Von allen Menschen existieren komplette Genomregister. Beim Arztbesuch wird online die Medikamentenmischung für das konkrete Risiko- und Wirksamkeitsmuster berechnet und vom Pharmakonzern patientenbezogen hergestellt. Sieht so die schöne neue Welt der medikamentösen Therapie aus?

Fest steht: Die personalisierte Medizin ist zur Chiffre für die Medizin der Zukunft geworden. Mit molekularbiologischen Methoden kann heute in einer Reihe von Fällen festgestellt werden, ob und wie ein Medikament im Einzelfall wirkt; Erkrankungsrisiko und Therapieerfolg sind besser zu kalkulieren. Die von den Genomforschern angekündigte »Revolutionierung der Medizin« ist zwar bisher ausgeblieben – ihre Folgen sind jedoch bereits unübersehbar. In der onkologischen Forschung dominieren derzeit »zielgerichtete Therapien«, die sich gegen spezielle Eigenschaften von Tumoren richten – auf die Gefahr hin, dass andere Forschungsfragen vernachlässigt werden. Der Arzneimittelmarkt ändert sich, weil viele Pharmaunternehmen nicht mehr nach »Block busters«, sondern nach »Niche busters« suchen.

Unser solidarisch aufgestelltes Gesundheitssystem steht vor der Frage, ob es diese Entwicklung überhaupt verkraften kann.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Wird Shareconomy zum Megatrend im Gesundheitssektor? 2**

Bilanz schwarz-gelbe Gesundheitspolitik
Enttäuschte Erwartungen 32

TITELTHEMA

Personalisierte Medizin **Patienten auf dem Weg ins Paradies – oder vor den Karren gespannt? 5**

Paradigmenwechsel in der Onkologie? **Krebszellen im Visier der personalisierten Medizin 7**

Personalisierte Medizin im KC Onkologie:
Interview mit Prof. Dr. Axel Heyll
Längst mehr als Zukunftsmusik? 9

Kein Schnipselwerk **Erbgutanalyse von Hirntumoren bei Kindern 11**

Interview mit Prof. Dr. Jürgen Windeler
Lässt sich personalisierte Medizin evaluieren? 13

Gefährdet die personalisierte Medizin unser Solidarsystem? 14

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Begutachtung von Behandlungsfehlern
Ein Gutachten hilft in einem Fall ... und alle zusammen? 16

Interview mit Jörg Niemann **»Überwunden geglaubte Konflikte nicht wiederbeleben« 18**

Hygiene im Krankenhaus **»Modellregion Hygiene Ruhrgebiet« vor dem Start 20**

Demenz im Krankenhaus 22

WEITBLICK

Kindliche Selbstheilung dank Figurenspieltherapie
Spiel mit dir 24

Personalauswahl von Ärzten und Ärztinnen
Der richtige Kopf an der passenden Stelle 26

GESUNDHEIT UND PFLEGE

EbM-Kongress 2013 **Entscheiden trotz Unsicherheit 28**

Menschen mit geistiger Behinderung als Seniorenhelfer
Ich arbeite in der Pflege! 30

Bewertung von Bestandsarzneimitteln – GBA legt Kriterien fest

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. April verbindliche Kriterien beschlossen, nach denen die Reihenfolge der Nutzenbewertung von Arzneimitteln im sogenannten Bestandsmarkt bestimmt wird. Entscheidend für die Reihenfolge der Nutzenbewertung ist die wirtschaftliche Bedeutung eines Arzneimittels. Diese wird – so der G-BA-Beschluss – am Umsatz und an der Zahl der verordneten Verpackungen gemessen, wobei der Umsatz mit 80%, die Verpackungszahl mit 20% gewichtet wird. Beginnen wird die Nutzenbewertung mit Arzneimitteln aus sechs Wirkstoffgruppen zur Behandlung von starken chronischen Schmerzen, Osteoporose, Diabetes mellitus Typ-2, Depression, rheumatoide Arthritis sowie Vorhofflimmern, Prophylaxe Schlaganfall und kardioembolischer Erkrankungen, tiefe Venenthrombose.

BSG bestätigt Pflege-TÜV

Pflegekassen dürfen Pflege-Transparenzberichte erstellen und veröffentlichen. Mit dieser Entscheidung hat das Bundessozialgericht (BSG) am 16. Mai den Pflege-TÜV grundsätzlich bestätigt. Im Jahr 2011 hatte ein Pflegeheim der Caritas vor dem Sozialgericht Köln zunächst gegen die Veröffentlichung seiner Pflegenoten geklagt, dann jedoch die Klage umgewandelt und den Pflege-TÜV grundsätzlich infrage gestellt (vorbeugende Unterlassungsklage). Die Klage war durch sämtliche Instanzen gegangen. Im letzten Schritt hielten die Richter des Bundessozialgerichts die vorbeugende Unterlassungsklage für unzulässig, da ein qualifiziertes Rechtsschutzbedürfnis des Pflegeheimes fehle. Der Klägerin drohen nach Auffassung des BSG keine unzumutbaren Nachteile, wenn sie auf nachgängigen Rechtsschutz verwiesen wird.

PREFERE-Studie zu Therapien bei Prostatakrebs

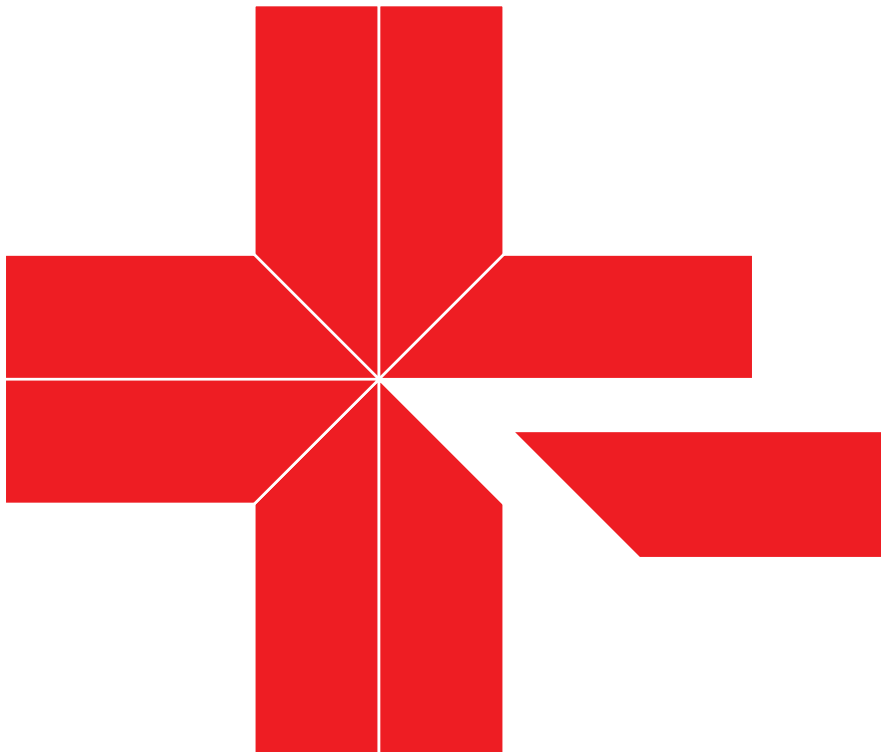
Ein Prostatakarzinom ist die häufigste Krebsart bei Männern. Doch welche Therapie ist im Frühstadium die richtige? Klarheit soll die PREFERE-Studie bringen, die die deutsche Krebshilfe, die deutsche Krebsgesellschaft sowie die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen im Januar gestartet haben. Untersucht wird, wie effektiv die Strahlentherapie, die Brachytherapie (die Behandlung des Tumors mittels vieler kleiner, dauerhaft in der Prostata platzierter Strahlenquellen) und die aktive Überwachung im Vergleich mit der Entfernung der Prostata sind. Bis 2030 sollen etwa 7600 Patienten und 1000 Urologen sowie 90 Prüfzentren an der Studie teilnehmen. Grundlage für PREFERE war ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Danach wurde die Aufnahme der sogenannten Brachytherapie in den ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zunächst ausgesetzt. Der Grund: Es gab keine ausreichenden Daten, um diese Behandlungsform zu bewerten. Daraufhin wurde ein Studienkonzept entwickelt, um sie mit anderen Therapien vergleichen zu können.

60. Jahrestag der sozialen Selbstverwaltung

In diesem Jahr feiert die soziale Selbstverwaltung ihr 60-jähriges Bestehen nach dem Zweiten Weltkrieg. Nach der Zerschlagung der Selbstverwaltung durch die Nationalsozialisten konnten am 16. und 17. Mai 1953 Versicherte und Arbeitgeber erstmals wieder in demokratischen Wahlen darüber abstimmen, wer ihre Interessen in den »Parlamenten« der Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung vertreten soll. Die ehrenamtlich tätigen Selbstverwalter entscheiden zum Beispiel über Finanzen, Leistungen sowie über Organisations- und Personalfragen bei ihren Sozialversicherungsträgern. Das Prinzip der Selbstverwaltung gilt auch für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Jede Kassenart entsendet jeweils einen Arbeitgeber- und einen Arbeitnehmervertreter bzw. -vertreterin in den Verwaltungsrat eines MDK.

Patienten müssen ärztliche Fehler nicht »unumstößlich« beweisen

Patienten müssen einen Behandlungsfehler nicht »unumstößlich« beweisen, um Schadensersatz zu erhalten. Es reicht aus, wenn sie das Gericht überzeugen, dass vermutlich ein Fehler passiert ist. Das stellte der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Urteil vom 16. April klar. Die Klägerin erlitt nach einer Bandscheibenoperation eine Querschnittslähmung. Bei der Operation sollte eine verletzte Bandscheibe durch einen Platzhalter ersetzt werden, was im ersten Anlauf misslang. Nach dem erneuten Versuch wurde die Patientin mit neurologischen Ausfällen in eine andere Klinik verlegt. Dort entfernten die Ärzte den Platzhalter und entdeckten dahinter einen Bluterguss. Es sei davon auszugehen, bestätigte der BGH, dass der Arzt bei seinem ersten Befestigungsversuch den Platzhalter zu fest gegen das Halsmark geschlagen habe. Für einen Schadensersatzanspruch wegen eines Behandlungsfehlers bedürfe es »keiner absoluten oder unumstößlichen Gewissheit im Sinne des wissenschaftlichen Nachweises«. Es reiche ein »für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit« aus, »der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen«, so die Karlsruher Richter.



Gute Frage

Wird Shareconomy zum Megatrend im Gesundheitssektor?

SHARECONOMY beschreibt die Veränderung des gesellschaftlichen Verständnisses vom Haben zum Teilen. Soziale Netzwerke bieten die technischen Voraussetzungen, jedes Thema zu jeder Zeit mit jedem zu teilen. Und dies auch zu Fragen, die die eigene Gesundheit betreffen. Wird Shareconomy zum Megatrend im Gesundheitssektor? Wir sprachen mit Dr. Urs Vito Albrecht vom P.L.Reichertz Institut für Medizinische Informatik der Medizinischen Hochschule Hannover.

Auf der Computermesse CeBIT in Hannover war Shareconomy das Topthema. Wird das Teilen von Informationen über die eigene Gesundheit zukünftig an Bedeutung gewinnen?

Shareconomy ist eine Art »Nachbarschaftshilfe« im Internet und für den medizinischen Bereich können Foren, Blogs und »Patientenfacebook« als solche eingeordnet werden. Es ist ein Fortschritt, dass Menschen in diesen Netzwerken die Möglichkeit haben, etwas mitzuteilen. Die Nutzung dieser Medien steigt allgemein stetig. Dies gilt auch für Informationen mit medizinischem Bezug. Für Nutzer besteht mitunter der Anreiz, dass kein Arzt nachfragt. So kann jeder steuern, was er von sich preisgibt. Auch der Arzt

sollte sich auch als Teil der Shareconomy verstehen. Derzeit besteht ein Missverhältnis des Konsums von Inhalten und der aktiven Mitteilung durch die Nutzer. Das Konstrukt der Shareconomy lebt allerdings vom aktiven Mitmachen. Damit das Konzept aufgeht, braucht es ständig Autoren, die ihre persönlichen Gesundheitsinformationen teilen.

Wird die Nutzung von sogenannten Patienten-Facebooks ein neuer Trend?

Wenn man verschiedene Publikationen auswertet, könnte man fast den Eindruck gewinnen, dass es sich um einen neuen Trend handelt. Das Angebot reicht von Facebook-Gruppen, die das Abnehmen unterstützen sollen, bis hin zum Diabetes-

Support oder auch zur Rekrutierung von Nieren-Lebendspendern in den USA. Ein Grund für die Beliebtheit der Nutzung dieser Gruppen – insbesondere Gruppen für chronische Erkrankungen – könnte z. B. darin liegen, dass die Hemmschwelle, bestimmte Fragen zu stellen, bei allen diesen Online-Medien sicherlich geringer ist, als das bei direkter Kommunikation mit einem Arzt der Fall ist. Doch manche Nutzer gehen sehr leichtgläubig sehr private Gesundheitsdaten im Netz preis. Auch Arbeitgeber und Versicherungsunternehmen interessieren sich dafür. Das kann mitunter nachteilig für die Person sein. Moderierte und geschützte Foren mit geschlossenem Nutzerkreis sind für den Austausch sensibler Daten eher geeignet.

Nicht alle Portale sind auf die medizinische Selbsthilfe ausgelegt, viele zielen auf eine Beschreibung von Symptomen und Therapieerfahrungen ab, die dann aggregiert und auf Muster hin durchsucht werden. So können Nutzer sehen, welche Therapien bei ähnlichen Parametern und Symptomen am besten wirken. Sehen Sie darin mehr Nutzen oder Gefahren?

Primär positiv zu werten ist sicherlich das Interesse des Nutzers an dieser Art Information, wenn sie als Teil des Prozesses der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung zu sehen ist. Mit der Recherche übernimmt er Verantwortung und beteiligt sich aktiv. Er erlangt Information zur Vorbereitung seines Arztbesuches, die er dann mit seinem Behandler im Idealfall diskutiert, um gemeinsam zu einer Lösung zu kommen. Damit kann sich der Patient in den Behandlungsprozess einbinden, was auch vom Gesetzgeber im SGB v §1 Satz 2 »Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich« vorgesehen ist. Das unterstreicht den Wert der Gesundheitsinformation.

Die im Netz dargebotene Information sollte allerdings nie unreflektiert bleiben und im Kontext ihrer Quelle gesehen werden: Manche Foren werden von Fachleuten moderiert, andere nicht. Die Information mag auf Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen, muss es aber nicht, Interessenkonflikte können zu verzerrten Ergebnissen führen, etc. Das ärztliche Gespräch ist daher zur Einordnung der Vertrauenswürdigkeit der recherchierten Information für den Patienten unerlässlich. Es hilft bei der Sondierung der Qualität der recherchierten Information und beim Abgleich der Information mit der individuellen Situation des Patienten. Und eines wird das Netz nie ersetzen können: die menschliche Nähe zwischen Arzt und Patient. Eine Maschine kann eben keine Empathie ausstrahlen.

Es gibt Berichte, dass sich User mit ähnlichen Krankheitsbildern zu selbstorganisierten medizinischen Studien zusammenschließen. Was ist davon zu halten?

Das »Crowdsourcing« in gesundheitsbezogener Forschung ist eine recht junge Methode, die eng mit der Entwicklung der Webtechnologien verbunden ist. Ein Beispiel stellt die eigenständig initiierte Forschung durch Patienten dar, die zugleich auch die Studienpopulation darstellen können. Es gibt mehrere Ansätze, wie das »Crowdsourcing« hier funktioniert: Es kann sich schlicht auf die Finanzierung einer Studie beschränken, die dann von professioneller Seite durchgeführt wird, es kann aber auch eine intensivere Beteiligung bedeuten. Zum Beispiel dergestalt, dass die »Crowd«-Ressource zur Sammlung von Forschungsdaten und ihrer Auswertung genutzt wird oder dass sie als Ideengeber und zur Hypothesengenerierung eingesetzt wird. Wesentliches Merkmal ist, dass in diesen Projekten die Beteiligung großgeschrieben und damit natürlich auch eine Mitsprache ermöglicht wird. So kann die Gemeinschaft über den Forschungsschwerpunkt entscheiden und auch, welche Daten wie erhoben werden sollen und wer daran partizipieren darf. Zu diskutieren ist, inwieweit ein Probandenschutz gewährleistet werden kann und wer diesen gewährleistet, falls die Forschung losgelöst von einer Regulation und verbundener behördlicher Überwachung betrieben wird. Aber sicherlich gibt es auch genügend Projekte, die ohne eine Probandengefährdung durchgeführt werden können und wo die kosten- und zeitsparenden Aspekte gepaart mit der Anwendung der Grundsätze der wissenschaftlichen Praxis zu neuen Erkenntnissen führen, die ohne die Anwendung des »Crowdsourcing« nicht oder nur verzögert ans Licht kommen würden.

Ärzten ermöglicht Social Media neben dem Update ihres eigenen Wissens den fachlichen Austausch mit Kollegen. Werden diese Möglichkeiten von Medizinern ausreichend genutzt?

Eine Befragung von 160 Allgemein- und Fachärzten durchgeführt von Harris interactive Inc. von 2012 bildet die Situation recht gut ab. Primär wird das Internet von der Berufsgruppe für die fachliche Recherche genutzt (95%), während nur knapp ein Drittel den ärztlichen Austausch über spezifische

Arztforen nutzt. Lediglich 10% beteiligen sich durch die Kommentierung von Beiträgen oder die Erstellung eigener Inhalte aktiv. Doch damit verhalten sie sich nicht anders als andere User. Die Ärzte müssen diese Technologie annehmen und Wertschätzung dafür zeigen, wenn ihre Patienten sie nutzen.

Die pharmazeutische Industrie ist in sozialen Netzwerken sehr aktiv, betreibt zum Teil eigene Seiten, bloggt oder lässt bloggen. Was bedeutet das für die Informationsqualität?

Die Gefahr besteht hier nicht nur im Verbreiten bestimmter Informationen, sondern auch im Auslassen bestimmter Forschungsergebnisse, die z. B. darauf hinweisen, dass ein Präparat keinen größeren Nutzen als ein anderes hat. Im schlimmsten Fall könnten auch Hinweise auf möglichen Schaden zurückgehalten werden. Transparente Angaben über den Autor der Meinung in Blogs, Foreneinträgen, Tweets etc. und etwaige Interessenkonflikte sind als Basis der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit geeignet. Doch leider werden diese Informationen nicht immer preisgegeben.

*Das Gespräch führten
Dr. Uwe Sackmann
und Martin Dutschek*

Dr. Urs Vito Albrecht





Personalisierte Medizin

Patienten auf dem Weg ins Paradies – oder vor den Karren gespannt?

NICHT JEDES MEDIKAMENT wirkt bei jedem Menschen gleich gut. Mit Hilfe der personalisierten Medizin soll sich das ändern: Die Analyse bestimmter Gene des Patienten ermöglicht Vorhersagen zum Therapieerfolg, und die Wirkstoffdosierung kann besser an den Patienten angepasst werden. Das ist die Idee; in der Realität zeigen sich einige Probleme.

»Werden Patienten auf dem Prunkwagen der personalisierten Medizin in das Paradies medizinischen Fortschritts gefahren oder werden sie vor den Karren der molekularbiologischen Forschung und der Pharmaindustrie gespannt?« So zugespitzt formulierte Prof. Christina Woopen, Vorsitzende des deutschen Ethikrates, im Mai 2012 das Dilemma der personalisierten Medizin: Auf der einen

Personalisierte Medizin vor allem in der Krebstherapie bedeutsam

Seite die Hoffnung, dass in Zukunft jeder Patient eine maßgeschneiderte Therapie erhält: nur die Therapie, die wirklich bei ihm wirkt. Auf der anderen Seite die

Gefahr, dass von Ärzten und Patienten überschätzt wird, wie aussagekräftig genetische Analysen sind, und außerdem, dass Medikamente unbezahlbar werden.

Was ist personalisierte Medizin?

Personalisierte – oder auch individualisierte, wie sie manchmal genannt wird – Medizin bedeutet, dass medizinische Entscheidungen auch anhand von molekularbiologischen Untersuchungen des Patienten bzw. seiner Gewebeproben getroffen werden. Neben der Krankengeschichte, den bildgebenden Verfahren und anderen »klassischen Untersuchungsmethoden« werden damit DNA, RNA und Proteine ausschlaggebend: Das können bestimmte Genvarianten sein, die vorhanden sind oder nicht. Und manchmal ist es entscheidend, ob ein Protein in ausreichender Menge gebildet wird oder ob ein anderes Protein in überdurchschnittlicher Menge vorliegt.

Genutzt werden diese zusätzlichen Informationen, um zu erkennen, ob ein Patient ein Medikament vertragen wird, ob ein Medikament bei ihm wirken wird oder auch – bei Krebspatienten – ob ein hohes Rückfallrisiko eine aggressivere Therapie notwendig macht.

Die Vorteile: keine überflüssige Chemotherapie

Vor allem in der Krebsmedizin spielt die personalisierte Medizin eine Rolle. Ein Beispiel ist die Behandlung mit dem Wirkstoff Trastuzumab (Handelsname: Herceptin®). Nicht bei jeder Patientin mit Brustkrebs wirkt dieses Medikament. Bei etwa einem Viertel der Brustkrebspatientinnen findet sich auf den Tumorzellen in großer

Menge der sogenannte HER2/neu-Rezeptor. Nur für diese Patientinnen ist eine Therapie mit dem Wirkstoff Trastuzumab sinnvoll, daher muss vor Beginn der Therapie durch einen Test festgestellt werden, ob die Patientin überdurchschnittlich viele HER2/neu-Rezeptoren besitzt. Ähnliches gilt für mehr als 20 weitere Wirkstoffe, die der Krebsmedizin derzeit zur Verfügung stehen: In der Regel dürfen sie nur eingesetzt werden, wenn ein entsprechender Test vorher ein bestimmtes Gen oder Protein nachgewiesen hat.

Daraus ergibt sich das große Versprechen der personalisierten Medizin: Anhand von Tests kann der Arzt die für den Patienten passende Therapie herausuchen. Dem Patienten wird z. B. eine belastende Chemotherapie erspart, weil sie bei ihm keine Wirkung zeigen würde. Oder die Dosierung eines Medikaments kann an den Patienten angepasst werden, je nachdem, wie schnell er – genetisch bedingt – ein Medikament abbaut. Das Versprechen klingt verlockend, doch bisher kann es nur ansatzweise erfüllt werden.

Zum einen spielen nicht nur die Gene alleine eine Rolle: So ist zum Beispiel nicht bei jeder Patientin, die laut Test für die Herceptin-Therapie geeignet ist, die Therapie wirklich erfolgreich. Anscheinend spielen noch andere Faktoren eine Rolle, die aber (noch) nicht bekannt sind. Das heißt, mit den Mitteln der personalisierten Medizin kann zwar abgeschätzt werden, ob ein Medikament für einen Patienten geeignet ist – eine absolut sichere Aussage ist aber nicht möglich. Seriöse Ärzte weisen ihre Patienten auf diese Unsicherheit hin – doch es besteht die Gefahr, dass Anbieter von individualisierten diagnostischen Tests oder Therapien nicht derart ausgewogen informieren – vor allem, wenn sie sich direkt an den Patienten wenden.

Droht eine Kostenexplosion?

Ein weiteres Problem sind die Kosten. Wenn ein Medikament nur noch für eine kleinere Gruppe von Patienten zugelassen wird, dann muss der Hersteller den Preis erhöhen, um ausreichend zu verdienen. So kostet eine

Absolute Erfolgssicherheit gibt es nicht

einjährige Therapie mit einem Krebsmedikament wie z. B. Herceptin ungefähr €40 000 oder mehr. Und auch die entsprechenden Tests müssen schließlich bezahlt werden. Schon jetzt warnen Fachleute, wie zum Beispiel der Sozialmediziner Heiner Raspe vom Akademischen Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsfor-

untüchtig ist? Riesige Datensammlungen bringen viele Fragen mit sich – und die sollten von Anfang an von Fachleuten behandelt werden, betont Prof. Kroemer.

Nicht Individuen, sondern kleinere Gruppen werden gebildet

Einige Wissenschaftler reiben sich an der Ungenauigkeit des Begriffes »Personalisierte Medizin«: In der Regel wird eine Therapie nicht individuell auf den Patienten zugeschnitten, also wirklich ein Wirkstoff speziell für den einzelnen Patienten entwickelt. Meistens entscheidet der Arzt anhand der molekularbiologischen Daten, in welche Gruppe der Patient gehört: Zählt er zu den Patienten, für die ein bestimmtes Medikament sinnvoll ist? Ist er einer von den Patienten, bei denen aufgrund der molekularbiologischen Daten der Krebs besonders aggressiv behandelt werden muss? Daher wird auch unter Fachleuten immer häufiger nicht von der »personalisierten«, sondern von der »stratifizierten« Medizin gesprochen, also von einer Medizin, die anhand von Merkmalen Patienten in Gruppen einordnet.

Gibt es ein Recht auf Nicht-Wissen?

Pro und Contra

Die personalisierte Medizin polarisiert: Auf der einen Seite steht die Hoffnung, dass Medikamente in Zukunft »passender« verordnet werden können: Für Patienten wäre das ein Schritt auf dem Weg in ein medizinisches Paradies, wo schwere Nebenwirkungen nur dann ertragen werden müssen, wenn die Therapie auch einen Nutzen bringt. Auf der anderen Seite gibt es die Befürchtung, dass man dieses Ziel nie erreichen wird, weil das Zusammenspiel von Genen, Proteinen und Umwelt zu komplex ist, um dort erfolgreich einzugreifen: Dann wären Patienten mit ihren Hoffnungen vor einen Karren gespannt, damit Wissenschaftler ihre Neugier befriedigen können und Pharmaunternehmen ein neues Geschäftsfeld gewinnen. Die Realität liegt wahrscheinlich dazwischen.



schung, dass solche teuren Medikamente eine deutliche Belastung für die Solidargemeinschaft darstellen. Dagegen argumentierte Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des VFA (Die forschenden Pharma-Unternehmen), erst vor Kurzem in einer Pressemitteilung: »Schneller wirksam behandelte Patienten dürften oft auch weniger Folgekosten verursachen. Deshalb bedeutet personalisierte Medizin nicht automatisch eine teurere Medizin.« Ob sich wirklich einmal die gestiegenen Medikamentenpreise wieder ausgleichen, weil dafür weniger Patienten eine überflüssige oder nutzlose Therapie erhalten, ist derzeit schwer zu sagen, dazu steckt das ganze Gebiet noch zu sehr in den Kinderschuhen.

Ethische und juristische Probleme

Prof. Kroemer, Vorstand des Ressorts Forschung und Lehre an der Universitätsmedizin Göttingen, koordinierte bis 2012 das Forschungsvorhaben GANI-MED (Greifswald approach to individualized medicine) in Greifswald, das individualisierte Medizin umfassend untersucht. »Das besondere an GANI-MED ist, dass hier von Anfang an Ethiker und Juristen mit eingebunden waren«, sagt der Pharmakologe. »Denn der Weg zur individualisierten Medizin beginnt mit der Sammlung von riesigen Datenmengen – und das bringt ethische und juristische Fragen mit sich.« Schließlich müssen die Werte, Daten und Gen-Sequenzen von vielen Menschen ausgewertet werden, um dann zu erkennen, welche Merkmale z. B. besonders günstig für eine bestimmte Therapie sind. Was aber, wenn im Rahmen einer solchen Datensammlung bei einem Patienten eine Krankheit entdeckt wird – muss er darauf hingewiesen werden? Was, wenn der Patient das nicht wissen will, auf sein Recht auf Nichtwissen verweist – er aber durch die Krankheit andere gefährdet, weil er z. B. dadurch fahr-



Dipl.-Biol. Christina Sartori ist Wissenschaftsjournalistin in Berlin.
info@christina-sartori.de

Paradigmenwechsel in der Onkologie?

Krebszellen im Visier der personalisierten Medizin

IN DER KREBSTHERAPIE ist die personalisierte Medizin im Aufbruch. In Deutschland sind bereits 29 Medikamente für bestimmte Patientengruppen zugelassen, deren Wirksamkeit anhand vorhergehender Tests geprüft werden kann. 19 davon sind Krebsmedikamente, mit denen auch Prof. Dr. Michael Hallek in der Uniklinik Köln arbeitet.

Der Patient, der in das Centrum für Integrierte Onkologie der Kölner Universitätsklinik kam, war 80 Jahre alt. Seine Diagnose lautete »fortgeschrittenes Lungenkarzinom mit einer EGFR-Mutation«. Früher hätte er eine Chemotherapie erhalten mit Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, Müdigkeit, Schwäche oder Haarverlust. Doch Professor Hallek konnte ihn mit einem sogenannten EGFR-Inhibitor behandeln. Das Medikament blockiert ein Eiweiß in der Wand der Krebszellen, das zu einem unkontrollierten Wachstum führt. »Auf eine Chemotherapie konnten wir verzichten und so dem Patienten in dieser Zeit eine hervorragende Lebensqualität bieten, die er sogar für eine Weltreise nutzte. Als es zu einem Therapieversagen kam, hatten wir die Möglichkeit, auf einen Zweitgenerationsinhibitor auszuweichen. Auch darauf sprach der Patient gut an. Er profitierte letztendlich mit insgesamt fünf Jahren bester Lebensqualität«, erinnert sich Hallek.

Zielgenaue Wirkung, wo es darauf ankommt

Die vfa-Liste des Verbands der forschenden Pharmaunternehmen umfasst derzeit 29 Medikamente, die in Deutschland für eine gezielte Behandlung zugelassen sind. Vor

Wandelt sich der Krebs vom Todesurteil zur chronischen Erkrankung?

der Anwendung müssen die Ärzte mit Hilfe molekulargenetischer Untersuchungen wie Biomarker prüfen, ob die genetische Konstellation des Patienten

für einen Therapieerfolg spricht. Das Prinzip bedeutet also: Nur wer ein bestimmtes molekulares Bild zeigt, für den passt auch dieses Medikament. 19 solcher Arzneimittel sind Krebsmedikamente – wie Antikörper gegen Brustkrebs oder Enzymhemmer gegen die chronische myeloische Leukämie (CML).

»Personalisierte molekulare Medizin ist längst keine Science-Fiction mehr. Die Forschung in der Krebsmedizin schreitet rasend schnell voran, hin zu einer Kombinationstherapie wie bei HIV beziehungsweise Aids. Unser Ziel ist es, eine Medikation zu entwickeln, die gezielt an molekularen Schaltern wirkt«, erklärt der Kölner Onkologe. Die Entschlüsselung eines Krebs-Genoms zeigt defekte Signalwege in der entarteten Zelle, so dass man an diesen Stellen mit maßgeschneiderten Therapiekombinationen gezielt ansetzen könne.

Die Angriffspunkte dieser Medikamente liegen also di-

rekt in oder an den Krebszellen. Deshalb schon die zielgenaue Wirkung das gesunde Gewebe, was weniger Nebenwirkungen als bei einer Strahlen- oder Chemotherapie bedeutet. Und sie wirkt meistens effektiver. Ein weiterer Vorteil der neuen Medikamente ist, dass es sie in der Regel in Tablettenform gibt – im Vergleich zu den Infusionen der klassischen Chemotherapie, deren Wirkstoffe recht aggressiv sind.

Paradigmenwechsel in der Medizin?

»Die personalisierte Therapie leitet gewissermaßen einen Paradigmenwechsel in der Medizin ein, indem sie die präzise molekulare Diagnostik mit therapeutischen Entscheidungen verknüpft. Dadurch entstehen passgenaue, Pathogenese-orientierte Behandlungen. Wenn es gelingt, wandelt sich der Krebs von einer lebensbedrohlichen Diagnose, die vor wenigen Jahren häufig noch ein Todesurteil bedeutete, zur chronischen Erkrankung«, ist Hallek überzeugt.

Manche Kritiker zweifeln allerdings daran, da das Wechselspiel zwischen Genen und ihren Produkten, den Eiweißen, dem Stoffwechsel des Patienten und den Einflüssen aus der Umwelt zu komplex sei. Doch auch wenn es mehr als 400 verschiedene Arten bösartiger Tumoren gibt, bei denen letztendlich oft eine Reihe genetischer »Unfälle« zur Entartung der Zellen geführt hat, ist der



Krebsmediziner zuversichtlich, dass – wenn auch langsam – irgendwann gegen alle Tumorarten ein Medikament gefunden wird: »Ich sehe da keine Grenzen, es wird nur einfach sehr, sehr lange, also Jahrzehnte, dauern, bis wirklich für die vielen unterschiedlichen Krebserkrankungen die richtigen Therapien oder Kombinationstherapien zur Verfügung stehen.«



Bisher beobachtet der Onkologe die besten Erfolge bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), seltenen Bindegewebstumoren des Magen-Darm-Traktes, bei Brustkrebs (Mamma-Karzinomen) und der chronischen myeloidischen Leukämie (CML).

Suche nach verunglückten Genen

Die CML ist eine Art Blutkrebs, der zu einer starken Vermehrung von weißen Blutkörperchen führt. Sie beruht auf einer einzigen Mutation im Erbgut der Zellen. Auf der Suche nach einem Medikament mussten die Wissenschaftler also »nur« ein entsprechendes Enzym blockieren, um die Krebszellen am Wachstum zu hindern.

Schwieriger ist es bei sogenannten soliden Tumoren, deren Zellwachstum zu massiven Wucherungen im Körper führt. Hier spielen häufig mehrere Erbgutveränderungen eine Rolle bei der Entartung der Zellen – das macht es komplizierter, die Entstehungs- und Stoffwechselprozesse zu entschlüsseln.

Diese Entschlüsselung führt die Wissenschaftler tief in das Erbgut der Krebszellen, bei denen es sich letztendlich um entartete Körperzellen des Patienten handelt. Voraussetzung für Krebsgenomanalysen war also die gesamte Entschlüsselung des menschlichen Genoms. Sie lieferte die Basis für neue Ansatzpunkte zur Behandlung von Er-

krankungen – nicht nur gegen Krebs. »Derzeit befinden sich einige Hundert weitere Substanzen in der Entwicklung. Bisher gibt es meiner Ansicht nach neben der Krebstherapie auch bei der Therapie von HIV-Infektionen ähnliche Ansätze, in denen eine personalisierte Medizin mit maßgeschneiderten Medikamenten eine Rolle spielt«, so Hallek.

Manchmal versagt die personalisierte Medizin

gebisses. Außerdem können sich die Zellen immer wieder verändern, so dass es zu einem Therapieversagen kommt. Oder aber die Medikamente können plötzlich gegen eine Metastase wirken, obwohl der Ursprungstumor zunächst resistent schien. Solche Fälle kennt auch Hallek: »Es gibt natürlich immer wieder Patienten, bei denen die Tests zunächst großen Erfolg versprochen, der dann aber ausblieb. Deswegen benötigen wir immer auch nach der Zulassung neuer Präparate die kritische Prüfung des Therapiewertes dieser Substanzen im Rahmen von klinischen Studien.«

Der Nachteil der neuen Medikamente ist, dass sie in der Regel recht teuer sind – und der Patient sie dauerhaft einnehmen muss. Kritiker der personalisierten Medizin fürchten deshalb, die Kosten könnten explodieren und die personalisierte Medizin könnte die Finanzierbarkeit überstrapazieren. Doch diese Sorge teilt Hallek nicht: »Das ist eine unbegründete Befürchtung. Vorübergehend werden die Kosten vielleicht steigen. Aber langfristig wird es Krebsmedikamente geben, die man billig herstellen kann und die zum Preis von Aspirin als Therapie zur Verfügung stehen. Als Erstes werden wir dies beim Imatinib sehen, einem Medikament zur Behandlung der CML, von GIST und anderen bösartigen Erkrankungen.«

Dr. Martina Koesterke

Krebsforscher als Fahnder am Tatort Tumor-Erbgut

krankungen – nicht nur gegen Krebs. »Derzeit befinden sich einige Hundert weitere Substanzen in der Entwicklung. Bisher gibt es meiner Ansicht nach neben der Krebstherapie auch bei der Therapie von HIV-Infektionen ähnliche Ansätze, in denen eine personalisierte Medizin mit maßgeschneiderten Medikamenten eine Rolle spielt«, so Hallek.

Grenzenlose Therapiemöglichkeiten?

Gewissheit, dass die Therapie den Krebszellen Einhalt gebieten kann, gibt es allerdings nicht. Manchmal versagt das Medikament trotz eines vielversprechenden Tester-



Personalisierte Medizin im KC Onkologie: Interview mit Prof. Dr. Axel Heyll

Längst mehr als Zukunftsmusik?

AXEL HEYLL LEITET SEIT ZWÖLF JAHREN DAS KOMPETENZ-CENTRUM Onkologie (KC Onkologie) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Nordrhein. Es berät die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Verbände und die Medizinischen Dienste bei Fragen der qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen. MDK Forum sprach mit dem Arzt für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und Sozialmedizin über mögliche Vorteile der personalisierten Medizin für den Patienten und Herausforderungen für die ärztliche Praxis.

MDK Forum Ist die »personalisierte Medizin« schon im KC Onkologie angekommen – oder handelt es sich dabei noch um Zukunftsmusik aus den Laboratorien der Wissenschaft?

Prof. Dr. Axel Heyll Nach unserer Bewertung ist das ein modernes Schlagwort, das im Grunde genommen eine kontinuierliche Entwicklung beschreibt. Vor etwa 50 Jahren gab es beispielsweise Medikamente wie Alkylantien oder Nitrosoharnstoffe, die für alle Krebserkrankungen zugelassen wurden. Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte haben Wissenschaftler erkannt, dass Krebserkrankungen sehr unterschiedlich auf bestimmte Medikamente ansprechen. Es ist dann durch klinische Studien gelungen, immer bessere Therapieprotokolle zuge-

Krankheitsbilder« wie Lungen-, Brust- oder Darmkrebs in unterschiedliche kleinere Erkrankungen zerfallen und sich anhand molekularer Marker identifizieren lassen.

Angekommen ist die personalisierte Medizin bei uns auf jeden Fall schon. Es gibt bestimmte Medikamente, von denen wir wissen, dass ihre Wirksamkeit davon abhängt, ob in den Tumorzellen eine bestimmte Mutation vorliegt oder nicht. Das lässt sich durch molekular-biologische Untersuchungen nachweisen. Die Anwendung des Medikaments setzt also den Nachweis der entsprechenden Mutation oder auch des Fehlens einer Mutation (»Wildtyp«) voraus, was auch teilweise schon in der Zulassung steht. Wenn dieses Merkmal nicht nachweisbar ist, dann ist das Medikament nicht nur nicht nützlich, sondern es kann sich sogar ungünstig auswirken: Patienten mit metastasiertem kolorektalen Karzinomen und mit KRAS-Wildtyp (ca. 50% aller Patienten) profitieren beispielsweise von einer Erstlinienbehandlung mit den EGFR-Rezeptor-Antikörper Panitumumab durch eine Verlängerung der medianen Überlebenszeit um etwa 4 Monate. Werden die gleichen Medikamente Patienten mit mutiertem KRAS gegeben, verkürzt sich die Überlebenszeit um fast den gleichen Zeitraum.

MDK Forum Die personalisierte Medizin kann also auch Nebenwirkungen haben?

Heyll Ja, wenn sie nicht richtig angewendet wird. Richtig gemacht, ist es ein sehr sinnvolles Instrument, mit dem wir dem Patienten gezielt Medikamente zukommen lassen, von denen er mit einer hohen Wahr-

lichkeit profitieren wird. Insofern ist die Entwicklung als solche sehr günstig, wenn man die wissenschaftlichen Erkenntnisse dann auch qualitätsgesichert umsetzt.

MDK Forum Wie lässt sich das sicherstellen, d. h. wo genau begegnen Sie dem Thema im KC Onkologie?

Heyll Wir begegnen dem Thema zum Beispiel bei der Medikamententherapie im Einzelfall, wenn wir beurteilen müssen, ob ein Medikament medizinisch notwendig ist oder nicht. Dann prüfen wir, ob der Patient die Merkmale aufweist, die einen Nutzen des Medikamentes anzeigen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Qualitätssicherung. Heute gehört eine molekularbiologische Diagnostik quasi zur klinischen Routine bei onkologischen Patienten, was früher nicht der Fall war. Zahlreiche dieser Untersuchungen werden immer häufiger durchgeführt, so dass in unserer Systemberatung plötzlich Fragen eine Rolle spielen wie »Was ist da überhaupt notwendig?« oder »Wie kann es qualitätsgesichert durchgeführt werden?«. Denn es wäre schlecht, wenn eine solche Untersuchung nicht qualitätsgesichert ablaufen würde und dem Patienten dadurch ein Medikament vorenthalten würde, das ihm hätte helfen können. Oder wenn der Patient umgekehrt ein für ihn nutzloses Medikament erhält und mit den Nebenwirkungen unnötig belastet wird. Wir müssen uns also darauf verlassen können, dass diese Tests funktionieren.

MDK Forum Das Thema ist also hochkomplex. Vor welche Herausforderungen stellt das die ärztliche Praxis?

schnitten auf einzelne Erkrankungen zu entwickeln. Und dank molekularbiologischer Untersuchungsmöglichkeiten können wir jetzt sogar kleinste Veränderungen im Erbgut der Tumorzellen erkennen, sogenannte Punktmutationen. Diese Entwicklung hat rasant zugenommen, so dass die »großen



Heyll Es öffnet sich ein riesiger Markt. Plötzlich sind es nicht mehr nur Pathologen, die solche Tests klassischerweise durchführen – und wir meinen, dass sie das auch weiter machen sollten –, sondern jetzt drängen auch große



Labors oder Hersteller von Diagnostika als Leistungsanbieter in den Markt. Wir beraten die Krankenkassen, die Versorgung onkologischer Patienten beispielsweise in onkologischen Fachabteilungen oder Schwerpunktpraxen zu konzentrieren, in denen die unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen eng zusammenarbeiten.

Denn die immer größer werdende Diversifizierung erfordert ein Spezialwissen, das immer umfangreicher wird. Nach unserer Bewertung ist es heutzutage kaum möglich, dass eine medikamentöse Tumorthherapie beispielsweise von einem Internisten ohne Schwerpunkt oder einem überwiegend chirurgisch tätigen Arzt »nebenbei« gemacht wird. Wir wollen, dass solche Behandlungen ausschließlich von Ärzten durchgeführt werden, die in der medikamentösen Tumorthherapie auch den Schwerpunkt ihrer beruflichen Tätigkeit und damit die Möglichkeit haben, sich das notwendige Spezialwissen anzueignen und ständig zu aktualisieren. Und da es zunehmend eine interdisziplinäre Behandlung ist, müssen der Pathologe und der internistische Onkologe eng zusammenarbeiten und sich über die Befunde austauschen, um die Medikamentenauswahl zu steuern.

MDK Forum Auf welche Spezialkenntnisse kommt es genau an?

Heyll Der Arzt muss beispielsweise wissen, welche Marker bei welchem Krankheitsbild bestimmt werden müssen. Dieses Wissen schreitet sehr schnell voran, zumal wir zunehmend Medikamente

haben, die nur bei sehr kleinen Untergruppen von Patienten mit einem bestimmten Marker wirken. Ein solches Medikament ist gerade vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des AMNOG-Verfahrens bewertet worden: Crizotinib (Xalkori®) wirkt bei Patienten mit einem nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom – der häufigsten Form von Lungenkrebs. Aber die entsprechende ALK-Mutation, die Voraussetzung für die Wirksamkeit des Medikaments, kommt nur etwa bei 3% aller Patienten mit Lungenkrebs vor.

Vor der Anwendung des Medikaments muss diese Mutation also unbedingt nachgewiesen sein und das kann nach unserer Bewertung qualitativ gesichert nur von einem Pathologen gemacht werden. Denn er muss an einem Gewebeschnitt auf den Bruchteil eines Millimeters genau erkennen, wo Tumorgewebe ist und wo gesundes Gewebe ist. Er muss das Gewebe dann ganz gezielt dort entnehmen, wo er im Mikroskop Tumorgewebe erkennen kann. Nur in einer solchen Gewebeprobe hat er die Chance, die ALK-Mutation zu entdecken. Wenn er aus nicht tumorbehaftetem Gewebe die Probe entnehmen würde, wäre der Test negativ und man würde dem Patienten möglicherweise ein für ihn sehr nützliches Medikament vorenthalten.

MDK Forum Ist eine derart aufwendige Therapie nicht sehr teuer?

Heyll Sicherlich handelt es sich bei Crizotinib um ein sehr teures Medi-

kament. Deshalb ist es schön, dass die Ansprechrate für dieses Medikament bei ALK-positiven Patienten immerhin bei 60–70% liegt. Wir können also sehr gezielt eine Patientengruppe auswählen, bei der wir wissen, dass das Medikament auch wirkt. Früher hatten wir mit einer normalen Chemotherapie bei Patienten mit nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom eine deutlich geringere Ansprechrate von 20–30%. Der Vorteil der personalisierten Medizin ist, dass man die Medikamente viel gezielter einsetzen kann. Auch wenn es im Einzelfall teuer ist, ist es nicht nur aufgrund medizinischer Überlegungen, sondern auch gesundheitsökonomisch viel günstiger, ein Medikament gezielt ca. 3% aller Patienten mit Lungenkrebs zu geben, von denen die Mehrzahl anspricht, als ein preisgünstigeres Medikament bei allen Patienten mit Lungenkrebs einzusetzen, von denen nur ein kleiner Teil anspricht.

*Das Gespräch führte
Dr. Martina Koesterke*

Prof. Dr. Axel Heyll



Kein Schnipselwerk

Erbgutanalyse von Hirntumoren bei Kindern

SIE PASSEN AUF JEDEN SCHREIBTISCH und sehen unspektakulär aus. Der Schein trügt: Die 13 Sequenziermaschinen im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg enträtseln DNA-Sequenzen des menschlichen Erbguts und knacken die Codes der Krebszellen. Ziel ist die Totalsequenzierung des Krebsgenoms kindlicher Hirntumoren.

Im Zellkern einer jeden Zelle des menschlichen Körpers – egal ob Auge, Haut oder Herzmuskelzelle – liegt das gesamte Genom, also das gesamte Erbmateriale des Menschen. Aus einem Stück menschlichen Gewebes lässt sich dementsprechend im Labor genetisches Material in Form von DNA isolieren. Dazu wird die DNA im Prinzip in Millionen von kleinen Teilen zerhackt. Am Ende erhalten die Wissenschaftler viele Kopien des Genoms, denn das Gewebestück bestand aus vielen Zellen.

Gefüttert mit Erbmaterial

In einem anderen Labor werden diese DNA-Stücke über einen biochemischen Schritt vermehrt und sogenannte »DNA libraries«, das heißt Genbibliotheken, vorbereitet, mit denen schließlich die Sequenziermaschine »gefüttert« wird. Prof. Peter Lichter ist Molekulargenetiker und arbeitet im DKFZ mit den Sequenziermaschinen: »Diese

Die Sequenz von 50 000 Krebsgenomen soll entschlüsselt werden

DNA libraries werden in der Maschine ausgelesen, und die DNA-Sequenz wird über Lichtsignale sichtbar gemacht. Das Ergebnis sind viele kurze Sequenzstücke,

die wir dann bioinformatisch zu einem Genom zusammensetzen. Diese bioinformatische Analyse ist letztendlich die Hauptarbeit.« Dazu gleicht er die einzelnen Sequenzen mit einer Referenzsequenz des menschlichen Genoms ab.

Was ist normal?

Diese Referenzsequenz wird von Forschern auf der ganzen Welt verwendet und ständig verbessert. Sie geht von »gesunden Geweben« aus, wobei es auch im Bereich des »normalen«, also des klinisch unauffälligen, eine große Variationsbreite gibt. Deshalb haben Wissenschaftler im »one-thousand-genome-project« Daten von 1000 menschlichen Genomen analysiert und abgeglichen. So konnten sie beispielsweise angeben, welche Base im Referenzgenom häufig polymorph ist, also an welcher Position häufig verschiedene Basen auftreten können.

Der Vergleich der DNA-Sequenz aus der Sequenziermaschine mit dieser Referenzsequenz liefert letztendlich die Gesamtsequenz der Zellen aus dem untersuchten Gewebestück.

Wie lange eine solche Genomentschlüsselung dauert, hängt von der Dringlichkeit ab – und vom Preis. Die biochemischen Schritte in der Maschine an sich dauern

normalerweise zwei Wochen. Die dabei verwendeten Reagenzien sind günstiger als die für ein schnelleres Verfahren: »Wenn wir es ganz schnell wissen wollen, können wir die komplette Sequenz der Gene auch an einem Tag ermitteln«, erklärt Lichter. Dann benötigt er allerdings für jedes Genom eine eigene Maschine.

Ziel der Forschung im DKFZ ist es in erster Linie nicht, menschliches Erbmaterial zu entschlüsseln, sondern genomische Veränderungen in Tumorzellen zu finden. Trotzdem untersucht Professor Lichter immer zwei Gewe-



beprobieren: »Wir sequenzieren einmal Gewebe aus den Tumorzellen und zusätzlich auch Nichttumorzellengewebe vom gleichen Patienten, entschlüsseln also zwei Genome. Wenn wir beide miteinander vergleichen, können wir herausfinden, was in den Tumorzellen zusätzlich noch so alles passiert.«

Erbgutanalyse kennt keine Grenzen

Diese Methode nutzt der Molekulargenetiker auch für das erste große Projekt, das Deutschland zum Internationalen Krebsgenom-Konsortium (ICGC) beiträgt – und das er zusammen mit Prof. Roland Eils koordiniert. Im ICGC arbeiten Wissenschaftlern aus 14 Ländern in insgesamt 51 Forschungsprojekten daran, die vollständige Sequenz von 50 000 Krebsgenomen zu entschlüsseln. Seit 2010 gehört auch »PedBrain-Tumor« dazu, ein Projekt zur Untersuchung des Erbguts kindlicher Hirntumoren.

Hirntumoren zählen zu den häufigsten tödlichen Krebs-

erkrankungen im Kindesalter. In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa hundert Kinder an sogenannten Medulloblastomen und rund 200 Kindern an pilozytischen Astrozytomen. Selbst wenn der Krebs geheilt werden kann, belastet die Behandlung häufig das Gehirn, das sich noch im Wachstum befindet.

Analyse des Genoms von Hirntumoren für neue Behandlungsstrategien

Im Rahmen von PedBrain-Tumor wollen die Wissenschaftler von beiden Erkrankungen jeweils 250 Tumorproben analysieren. Hinzu kommen noch einmal je 250 Gewebeproben aus gesunden Geweben derselben Patienten. »Inzwischen sind wir schon über unserem Soll«, erklärt Lichter. »Laut Zeitplan wollten wir 500 Fälle in fünf Jahren, also bis 2015, analysieren; das heißt insgesamt 1000 Genome aus gesundem Gewebe und Tumorgewebe. Inzwischen haben wir schon weit über die Hälfte geschafft.«

Aus dem Vergleich der beiden Datensätze lässt sich ein Profil möglicher krebsspezifischer Erbgutveränderungen erkennen, die bei diesen Tumoren auftreten können. Lichter hofft, dadurch Hinweise für mögliche Angriffsziele einer schonenderen Behandlung zu finden. Dazu braucht

Medulloblastome: 760 Mutationen in 600 Genen

es zunächst jedoch viel tumorbiologisches Verständnis: »Es kann sehr gut sein, dass wir eine Mutation in einem Gen finden, dessen Produkt – zum Beispiel

ein Enzym – in einem sogenannten Pathway, einem biochemischen Pfad, eine Rolle spielt. Das bedeutet, wir müssen gar nicht unbedingt an dem Produkt, dem Enzym selbst, ansetzen, sondern an diesem Pfad, in dem es eine Rolle spielt«, erklärt Lichter.

Der Weg in die klinische Praxis

Inzwischen haben die PedBrain-Wissenschaftler die Auswertung der ersten 125 Erbgut-Analysen von Medulloblastomen veröffentlicht. Sie entdeckten mehr als 760 Mutationen in fast 600 Genen. In Einzelfällen fand Lichter manchmal sogar eine Veränderung, die schon von einem anderen Tumor her bekannt war und gegen die es sogar ein Medikament gibt. »Dann konnten wir dem Arzt sagen: Sieh mal, hier wäre noch eine Option, falls die gegenwärtige Therapie nicht greift. Allerdings sind das Einzelfallgeschichten mit Off-label-use-Medikamenten, die es zwar schon gibt, aber die noch nicht für diese Indikation zugelassen sind.«

Sein Ziel sind deshalb neue Anschlussstudien, um die ermittelten Daten auch breiter in der klinischen Behandlung der kindlichen Hirntumore umsetzen zu können: »Wir, also Prof. Stefan Pfister, Prof. Olaf Witt und ich, versuchen mit der Unterstützung verschiedener Förderorganisationen, klinische Studien aufzulegen mit Kindern, die einen wiederkehrenden Tumor haben und nach einem Standardprotokoll behandelt werden, aber meistens keine guten Chancen haben. Die Tumore dieser Kinder versuchen wir deutschlandweit innerhalb eines Verbunds von führenden pädiatrischen Onkologen zu sequenzieren, um dem Arzt dann bis zu zwei mögliche alternative Medi-

kamente, die es bereits gibt, vorzuschlagen, die er dann zusätzlich zur Standardtherapie einsetzen kann.«

Daten in rauen Mengen

Bei den Genomsequenzierungen fallen riesige Datenmengen an, was Lichter vor eine ganz neue Herausforderung stellte: »Das hatte ich früher unterschätzt, weil ich kein Computer-Mensch bin. Wir haben dann ganz schnell festgestellt, dass wir nicht mehr im Terabytebereich, sondern im Bereich von Petabytes sind – das ist eine Eins mit 15 Nullen. Deswegen hat Professor Roland Eils in Heidelberg eine Datenspeicherfacility aufgebaut, die im Bereich 10 Petabytes, also 10 Millionen Gigabyte, liegt. Solche Dimensionen kennt man eigentlich nur vom Teilchenbeschleuniger in Genf. Da braucht man eigene Räume allein für die Speicher und Geld für Wartung, Elektrizität und die Kühlung.«



Was tun mit den »Zufallsbefunden« der Genomanalyse?

Wer die komplette Gensequenz von Krebszellen kennt, erhält nicht nur Informationen, die sich für die Diagnostik und als neue Ziele für Medikamente nutzen lassen. Manchmal findet er auch Dinge heraus, die der Patient vielleicht lieber gar nicht wissen möchte. Denn Hinweise auf andere Erkrankungen kann Professor Lichter nicht nur in gesundem Gewebe, sondern genau genommen häufig sogar in den Tumorzellen sehen: Auch hier werden Prädispositionen, also Veranlagungen für andere Krankheiten, sichtbar. Der »Zufallsbefund« einer schwerwiegenden Prädisposition, wie beispielsweise für eine Chorea Huntington oder eine Amyotrophe Lateralsklerose, bringt häufig ethische und juristische Fragen ins Spiel. »Wir entwickeln in einem Projekt, das seit zwei Jahren durch das Marsilius-Kolleg der Universität Heidelberg gefördert wird, deshalb neue Aufklärungs- oder Zustimmungsbögen, die den Patienten verdeutlichen, dass zusätzliche genetische Informationen ermittelt werden, und formulieren Richtlinien für den Umgang mit solchen Daten«, erklärt Lichter. »Wir«, das heißt in diesem Falle ein multidisziplinäres Forscherteam aus höchstrangigen Wissenschaftlern der Bereiche Ethik, Recht, Gesundheitsökonomie, Medizin, Genetik und Bioinformatik.«

Dr. Martina Koesterke

Interview mit Prof. Dr. Jürgen Windeler

Lässt sich personalisierte Medizin evaluieren?

IHRE VERSPRECHUNGEN SIND GROSS: eine präzisere Diagnostik, eine auf den einzelnen Patienten zugeschnittene individuelle Behandlung sowie darüber hinaus noch verlässliche Prognosen für dessen persönliche Gesundheit. Doch wie lässt sich eine solche maßgeschneiderte Therapie überhaupt evaluieren? Darüber sprach MDK Forum mit dem Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Professor Jürgen Windeler.

MDK Forum Professor Windeler, leitet die personalisierte Therapie eine neue Ära beispielsweise in der Krebstherapie ein?

Prof. Dr. Jürgen Windeler Eine Therapie abhängig von Patientencharakteristika auszuwählen ist, ist nicht neu, sondern die übliche Herangehensweise in der Medizin. Neu ist allenfalls, dass wir heute die Therapieauswahl anhand molekularbiologischer Marker oder moderner bildgebender Verfahren treffen können. Wobei wir diese Marker unbedingt in einem Gesamtzusammenhang sehen müssen, d. h. im Zusammenhang mit den therapeutischen Konsequenzen, die sich aus den Testergebnissen ableiten lassen. Meiner Meinung nach hat die personalisierte Medizin die hochfliegenden Ansprüche und Versprechen noch lange nicht eingelöst.

MDK Forum Sie fordern, hier die Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM) einzusetzen. Viele sagen jedoch, diese Therapien seien dafür zu individuell zugeschnitten und nicht vergleichbar; die Stichprobe wäre gewissermaßen gleich 1. Ist das nicht ein Widerspruch?

Windeler Nein, personalisierte und evidenzbasierte Medizin sind keine Gegensätze! Die Behauptung, evidenzbasierte Medizin sei etwas für die Massenversorgung und die personalisierte Medizin dagegen ein »Premiumprodukt«, das passgenau auf den Einzelnen zugeschnitten ist, dient doch eher dem Vermarktungsanliegen. Die Beispiele für klinisch etablierte beziehungsweise zugelassene molekularbiologische Marker – es sind vergleichsweise wenige – für die Therapieauswahl in der Onkologie belegen das Gegenteil. Denn

erstens wurden diese nur auf Basis von aufwendigen klinischen Studien identifiziert und etabliert, und zweitens werden damit weiterhin Gruppen von Patienten charakterisiert, so wie zuvor und immer noch Gruppen von Patienten anhand von klinischen Merkmalen (z. B. Symptomen) charakterisiert wurden und werden.

MDK Forum Worauf kommt es denn bei der Bewertung des Nutzens von Therapiestrategien an, die der personalisierten Medizin zugerechnet werden?

Windeler Der wesentliche Nutzen eines Verfahrens lässt sich ableiten, wenn wir uns die Wechselwirkung zwischen dem Ergebnis des Biomarkers und den Auswirkungen für den Patienten ansehen. Dabei muss die Wertigkeit von diagnostischen Markern und therapeutischen Konsequenzen als Einheit betrachtet werden. Der Nutzen einer Information speist sich allein aus der Wechselwirkung zwischen dieser Information und dem Effekt von Handlungsalternativen. Das heißt ganz konkret: Die Bestimmung eines Biomarkers ist nur dann sinnvoll, wenn Patienten erstens in Abhängigkeit vom Ergebnis dieses Markers unterschiedlich behandelt werden und zweitens von diesen unterschiedlichen Behandlungen unterschiedliche Vorteile haben.

MDK Forum Wie sollte eine Studie aussehen, die die Wirksamkeit eines Biomarkers nachweist?

Windeler Das »Mittel der Wahl« ist die prospektiv vergleichende Interventionsstudie. Die Wechselwirkung zwischen dem Ergebnis eines Biomarkertests und einem Interventionseffekt, also die Auswirkung auf die Behandlung des Patienten, lässt sich aufgrund einer solchen Studie verlässlich einschätzen.

Es ist doch so: Die Therapieentscheidung fällt immer dann leicht, wenn sich eine klare Option zeigt. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die Marker-positive Gruppe von einer therapeutischen Intervention profitiert, während für die Marker-negative Gruppe ein Schaden der Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe fest-

Prof. Dr. Jürgen Windeler



gestellt wird. Bei dieser Konstellation ist die Bestimmung des Markers sinnvoll, weil sie mit therapeutischen Konsequenzen für die Patienten verbunden ist. Umgekehrt ist die Entscheidung auch dann leicht, wenn die Effekte der therapeutischen Intervention bei der Marker-positiven wie der Marker-negativen Gruppe gleich sind. In diesem Fall braucht man die Bestimmung des Markers nicht.

MDK Forum Und bei welchen Fällen ist es schwieriger?

Windeler Immer dann, wenn der Unterschied in den Effekten nicht so eindeutig ist. Das ist bei folgender Konstellation der Fall: Bei Marker-positiven Patienten findet man einen deutlichen Effekt. Und bei Marker-negativen Patienten findet man zwar einen Effekt, aber der ist kleiner als bei Marker-positiven Patienten, oder es gibt keinen Unterschied zwischen der Therapie und der Kontrolle, also keinen Effekt der Therapie. Dann ist es immens wichtig, möglichst umfas-

sende Informationen zu generieren.

In der Forschungsrealität finden sich aber häufig sogenannte Prognosestudien, in denen lediglich der Krankheitsverlauf bei Patienten innerhalb der verschiedenen Risikostrata ohne Vergleich von Therapieoptionen beobachtet wird. Oder man setzt den Biomarker ein, führt aber die Therapie-studie nur für die Patienten mit dem positiven Biomarker durch. Die restlichen Patienten werden nicht behandelt und aufgrund des biologischen Modells, »da kann es keinen Effekt geben«, erst gar nicht weiter untersucht. Diese Art von Studien eignet sich nicht, um die Wirksamkeit der personalisierten Medizin zu belegen.

MDK Forum Was bedeutet das konkret?

Windeler Dass man seriös nur mit Hilfe einer prospektiv vergleichenden Interventionsstudie eine Entscheidungsgrundlage dazu gewinnen kann, ob man den Biomarker zur Therapieentscheidung braucht und wie die

Abwägung zwischen möglicherweise größeren und kleineren Effekten ausfallen sollte. Ein Beispiel: In einer Studie aus dem Jahr 2005 zur adjuvanten Behandlung von Brustkrebs mit Trastuzumab waren nur Patientinnen eingeschlossen, die HER2-positiv waren. Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Verbesserung des disease free survival und eine Erhöhung der Gesamtüberlebensrate – aber nur in der Gruppe, die positiv getestet worden ist. Die negativ Getesteten hat man nicht angeschaut. Folgeuntersuchungen haben aber ergeben, dass auch bei Patientinnen mit HER2-negativem Primärtumor Verbesserungen erreicht werden können. Das biologische Modell war offenbar unvollständig.

MDK Forum Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Christiane Grote

Gefährdet die personalisierte Medizin unser Solidarsystem?

PERSONALISIERTE MEDIZIN hat Konjunktur: Leistungserbringer, Kostenträger und die Politik verbinden große Hoffnungen damit. So lobt das Bundesministerium für Bildung und Forschung im April 2013, sie eröffne »eine neue Dimension in der Behandlung und Diagnose von Krankheiten«, und stellt 360 Millionen Euro für die nächsten drei Jahre bereit. Doch die weitreichenden Folgen für die solidarische Organisation der Krankenversorgung sind bisher kaum diskutiert.

Personalisierte Medizin ist ein Versorgungskonzept, nach dem Erkrankungsrisiken und Behandlungschancen einzelner Menschen anhand von deren (molekular-)biologischen Merkmalen eingeschätzt werden. Dieser Ansatz vereint zwei Konzepte: 1. die zielgerichtete Behandlung (»Targeted Therapy«), die auf bestimmte zellbiologische Eigenschaften des Einzelnen zielt; und 2. die Vorhersage bestimmter Erkrankungsrisiken anhand von genetischen oder Biomarkern mit dem Ziel einer risikoorientierten Prävention. In beiden Fällen wird die medizinische Handlung (Therapie oder Präventionsmaßnahme) oder deren Unterlassung durch biologische Eigenschaften des Einzelnen bestimmt und gerechtfertigt.

Indem jeder Einzelne dies komplexe Wissen nicht nur intellektuell verarbeiten, sondern auch seine Präventions- oder Behandlungsentscheidungen danach ausrichten

muss, unterstellt die personalisierte Medizin konzeptionell Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz (health literacy) der Patientinnen und Patienten.

Etikettenschwindel?

Treffender würde dieser Ansatz als »biomarkerstratifizierende Medizin« umschrieben. Der Begriff »personalisiert« ist in diesem Zusammenhang als irreführend kritisiert worden: Er suggeriert, das Individuum mit all seinen biologischen, sozialen und kulturellen Besonderheiten stünde im Zentrum der Behandlung. Dabei ist das Gegenteil der Fall: Personalisierte Medizin in der oben formulierten Definition fragt nach individuellen biologischen Merkmalen, aber nicht nach persönlichen Haltungen, Werten und Wünschen. Es geht hier nicht um den ganzen Menschen, sondern nur um Zellstrukturen und Marker.

Zielgerichtete Behandlung:**Herausforderung für das Solidarsystem**

Beide Konzepte der personalisierten Medizin, die zielgerichtete Therapie wie auch die biomarkerstratifizierende Prädiktion, bringen Veränderungen mit sich, die möglicherweise von erheblicher Konsequenz für die Gesundheitsversorgung und für die Solidargemeinschaft sind. Insbesondere die gezielten Therapien werfen grundlegende Fragen für die Wissenschaftsbasierung medizinischen Handelns auf, vor allem beim Nutzenbeleg.

Indem das Wirkspektrum der Pharmaka auf eine enge Patientengruppe mit bestimmten biologischen Merkmalen eingegrenzt wird, werden aus einer häufigen viele seltene Erkrankungen (»Orphanisierung«). Voraussetzungen für solide und aussagekräftige Studien werden dadurch erschwert. Dennoch müssen die Anforderungen an gute medizinische Prüfung hier ebenso gelten wie bei häufigen Erkrankungen: Personalisierte Medizin ist keine Exklusivmedizin, für die andere Verfahrensregeln und Nutzenbelege zu rechtfertigen sind. Denn letzten Endes muss es immer darum gehen, Patienten sicher zu behandeln. Und es gibt ein methodisches Instrumentarium, um auch bei seltenen Ereignissen zuverlässige Ergebnisse zu ermitteln.

Die Orphanisierung erschwert das Beurteilen von medizinischem Nutzen und Schaden und atomisiert damit das Wissen. So wird ärztlicher Aufklärung die wissenschaft-

**»Orphanisierung«
erschwert solide Studien**

liche Basis entzogen. Die Anforderungen an die Patienteninformation und die ärztliche Aufklärung, wie sie im Patientenrechtegesetz

und im Gendiagnostikgesetz festgeschrieben sind, kann eine ganz auf den Einzelfall fokussierte Behandlung nur schwer erfüllen. Ohne angemessene Aufklärung aber gibt es keine Behandlung *lege artis*.

Gleichzeitig drängen die hochpreisigen Medikamente mit Druck auf den Markt. Die Entstehungskosten für neue Medikamente müssen sich an immer kleineren Zielgruppen amortisieren. Zunehmend werden die Substanzen im beschleunigten Verfahren aufgrund von Surrogatendpunkten zugelassen. Methodische Standards werden aufgeweicht. Andererseits findet nach der Zulassung kaum noch weitere Forschung statt, um die Wirksamkeit der neuen Therapien unter Alltagsbedingungen zu prüfen.

Marker-basierte Prädiktion**erschüttert Solidargemeinschaft**

Noch weiter rührt das Konzept der Marker-basierten Prädiktion an den Grundfesten der Solidargemeinschaft: Statt Krankheiten werden Erkrankungsrisiken diagnostiziert. Deren tatsächliches Eintreten ist jedoch ungewiss und der Erkenntniswert für den Patienten oft fraglich. Wie weit die Prädiktion bereits in unser Alltagshandeln vorgedrungen ist, zeigt das Beispiel von Angelina Jolie, das kürzlich durch die Medien ging. Jolie hat sich entschieden, auf ein diagnostiziertes Erkrankungsrisiko radikal zu reagieren. Das hat ihr viel Bewunderung eingebracht. Was in der öffentlichen Debatte nicht erwähnt wird: Durch die präventive Mastektomie bei BRCA-Defekt kann sie zwar ihr Erkrankungsrisiko für Brustkrebs redu-

zieren – auf die Sterblichkeit wirkt sich diese Maßnahme vermutlich nicht aus. Das heißt: sie lebt deshalb wahrscheinlich nicht länger. Das hat eine große Studie aus dem Jahr 2010 gezeigt.

Aus der Idee der Vorhersagbarkeit entsteht ein sich wandelndes Verständnis von Krankheit. Nach ursprünglichem Verständnis gesunde Menschen werden durch Vorhersage als potenziell krank qualifiziert. Die personalisierte Medizin unterstellt die Vorhersagbarkeit und damit verbunden die Vermeidbarkeit von Erkrankungen. Wer über seine Krankheitsrisiken Bescheid weiß und wem vermeintlich wirksame Möglichkeiten zur Risikoreduktion angeboten werden, dem ist im Falle von Krankheit daher ein persönliches Verschulden nahezulegen. Wer aber seine Krankheit selbst verantwortet, schadet der Gemeinschaft und hat ihre Solidarität nicht mehr verdient. Aus einer Möglichkeit der Vorsorge kann so die Pflicht zur Gesundheit werden. Damit scheint eine Ausweitung der Fälle gerechtfertigt, die zukünftig nicht mehr solidarisch bezahlt werden. Und es stellt sich die Frage, wie viel über sich und seine Risiken zu wissen jeder Einzelne verpflichtet sein darf.

**Ursprünglich Gesunde
werden zu
potenziell Kranken****Fazit: Bekenntnis zum Solidarsystem**

Personalisierte Medizin rüttelt an den Grundprinzipien des Solidarsystems: Solidarität (die nicht nach Schuld, sondern nach Bedürftigkeit fragt) steht dem Primat individueller Gesundheitsverantwortung entgegen. Es ist deshalb notwendig, im gesamtgesellschaftlichen Diskurs verbindlich herauszufinden, ob das Solidarprinzip Bestand haben soll. Eine Gesellschaft, die sich deutlich zum Wert der Solidarität bekennt, geht gestärkt einer sich wandelnden und sie fordernden Medizin entgegen.



Corinna Schaefer MA
leitet den Bereich »Patientenbeteiligung / Patienteninformation« beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin.
patienteninformation@azq.de



Hardy Müller, Gesundheitswissenschaftler und Anthropologe, Wissenschaftliches Institut für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG).
hardy.mueller@wineg.de

Begutachtung von Behandlungsfehlern

Ein Gutachten hilft in einem Fall ... und alle zusammen?

SEIT 2010 WERDEN ERGEBNISSE aus Behandlungsfehlergutachten der MDK-Gemeinschaft anonymisiert erhoben und veröffentlicht. Die Daten aus 2012 sind nun aufbereitet: Die Medizinischen Dienste haben bundesweit mehr als 12000 umfangreiche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In jedem dritten Fall wurde ein Fehler bestätigt. Eine wichtige Erkenntnis: Zum Umgang mit Risiken, Fehlern und Schäden besteht Gesprächs- und Handlungsbedarf.

Wenn ein Patient infolge einer medizinischen Behandlung – beim Arzt, Zahnarzt, in der Pflege oder bei einem anderen Therapeuten – einen Schaden erleidet, kann der Verdacht aufkommen, dass ein Behandlungsfehler dafür verantwortlich ist. Im Gegensatz zu anderen Bereichen des täglichen Lebens, die oft zweifelsfrei erkennen lassen, dass eine Vernachlässigung von Regeln ursächlich für einen entstandenen Schaden war (Geschwindigkeitsüberschreitung im Verkehr, Gewaltanwendung etc.), ist das

Nur ein kleiner Teil der Fehler wird bemerkt und begutachtet

Bestimmen der Schadensursache in der Medizin oftmals sehr viel schwieriger. Bei der Patientenversorgung können auch ohne fehlerhaftes Handeln schicksal-

haft Komplikationen eintreten und zu unvermeidbaren Schäden führen. Über entsprechende typische Risiken muss der Patient umfassend aufgeklärt werden.

MDK über 12 000 Mal im Jahr beauftragt

Vermutet ein Patient einen Behandlungsfehler, dann kann er sich an seine Krankenkasse wenden. Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes Ende Februar 2013 ist die Krankenkasse sogar verpflichtet, den Patienten bei der Aufklärung des Verdachtes zu unterstützen (§66 SGB V). Das tut sie dann z. B. durch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), der ein fachärztliches Gutachten erstellt.

Die Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen ist eine wichtige Aufgabe der Medizinischen Dienste und die Nachfrage ist in den letzten Jahren gleichbleibend hoch: Jährlich werden mehr als 12 000 umfangreiche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Das primäre Ziel der Begutachtung besteht darin, für den konkreten Einzelfall des Patienten mit unabhängigem medizinischen Sachverstand zu beurteilen, ob ein Fehler bei der Behandlung unterlaufen ist. Wird dieser gutachterlich nachgewiesen, dann folgt die Bewertung, ob der Schaden im beschriebenen Ausmaß tatsächlich besteht und ob der nachgewiesene Fehler auch wirklich die Ursache ist. Nur dann spricht man von einem kausalen (ursächlichen) Fehler und der Patient hat Anrecht auf Schadenersatz, wobei das Gutachten des MDK hilfreich beim Durchsetzen der Ansprüche sein kann.

Jenseits des Einzelfalles bieten die Statistiken über alle Gutachten wichtige Erkenntnisse dazu, in welchen Fachgebieten, zu welchen Diagnosen und bei welchen Operationen und Prozeduren Fehler vorgeworfen und bestätigt wurden.

Bei jedem dritten Vorwurf liegt ein Fehler vor

Im Jahr 2012 erstellten die MDK zu 12 483 Vorwürfen ein Gutachten, wovon in 8607 Fällen eine stationäre und in 3872 Fällen eine ambulante Versorgung betroffen war. Insgesamt wurde der vom Patienten erhobene Vorwurf etwa in jedem dritten Fall (31,5%) gutachterlich bestätigt. Damit sind knapp 4000 Behandlungsfehler durch die MDK festgestellt worden. In der überwiegenden Anzahl der Fälle, nämlich in sieben von zehn fehlerhaften Behandlungen, hat der Fehler auch nachweislich den Schaden verursacht.

Auch wenn die Ergebnisse aufzeigen, »wo und wobei« die meisten Fehler gutachterlich festgestellt werden (s. Ergebnis-Beispiele in Abbildungen), so ist keineswegs zu schlussfolgern, dass es sich hierbei auch um die fehleranfälligsten Bereiche der Versorgung handelt oder um diejenigen, in denen die Qualität der Versorgung am schlechtesten wäre. Es bestehen unzählige Einflussgrößen durch die verschiedene Anzahl und Komplexität von Behandlungen, die unterschiedliche Erkennbarkeit von Fehlern, den allgemeinen Gesundheitszustand der Behandelten, die Frage nach Fallkonstellationen, in denen

Ergebnis-Beispiel: Vorwürfe und bestätigte Fehler im stationären Bereich:

Fachgebiet / Vorwürfe / Bestätigte Fälle / Quote in Prozent

Orthopädie und Unfallchirurgie	2689	788	29,3%
Chirurgie	1840	481	26,1%
Innere Medizin	773	189	24,5%
Gynäkologie und Geburtshilfe	724	214	29,6%
Pflege	605	357	59,0%
Neurochirurgie	389	121	31,1%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	241	42	17,4%
Urologie	231	55	23,8%
Anästhesie und Intensivmedizin	201	59	29,4%
Neurologie	182	46	25,3%

Vorwürfe möglicherweise bevorzugt über die Krankenkasse erhoben werden und vieles mehr. Zwar können die Ergebnisse schon jetzt Anhaltspunkte liefern für vertiefende Untersuchungen, aber als »Gefahrenhitlisten« sind sie nicht zu verstehen.

Viele Fehler oder wenige Fehler?

Über 12 000 Vorwürfe und knapp 4000 Fehler – das hört sich zunächst viel an. Aber man kann davon ausgehen, dass nur ein kleiner Teil der tatsächlich auftretenden Fehler bemerkt, vorgeworfen und anschließend begutachtet wird. Durch die Gutachterkommissionen der Ärztekammern sind zuletzt im Jahr 2011 ebenfalls über 2200 Fehler

Abläufe und Strukturen sind oft für Fehler verantwortlich

bestätigt worden. Eine unbekannt hohe Anzahl von offensichtlichen Fehlern wird umgehend von den Haftpflichtversicherern entschädigt, andere werden gesondert vor

Gerichten verhandelt. Zumindest alle festgestellten bzw. anerkannten Behandlungsfehler zusammenzufassen, das könnte weiteren Aufschluss bieten. Die Dunkelziffer bei Behandlungsfehlern bleibt aber in jedem Fall hoch. Das Bundesgesundheitsministerium beispielsweise geht jährlich von bis zu 170 000 Fehlern aus und eine Untersuchung des »Aktionsbündnis Patientensicherheit« (www.aps-ev.de) kam 2007 zu dem Ergebnis, dass in Deutschland vermutlich 17 000 stationär behandelte Patienten durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse versterben. Dennoch wird millionenfach in Deutschland fehlerfrei und erfolgreich behandelt, so viel ist sicher.

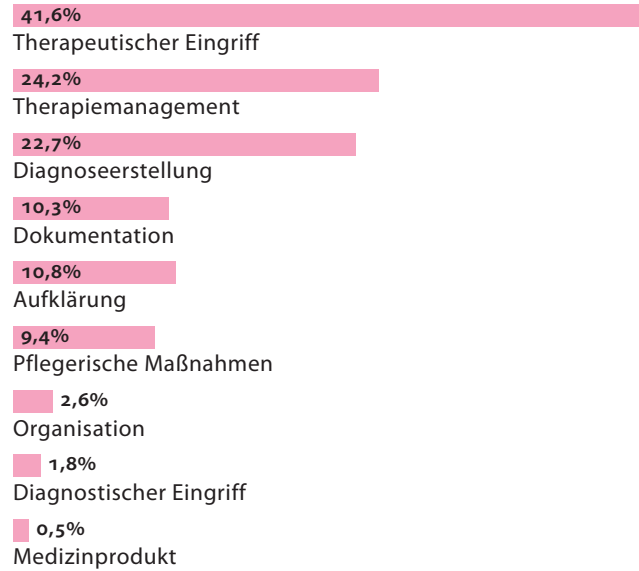
Die Erkenntnisse über Fehler sind allerdings gering. Transparenz herzustellen in dem Wissen, dass Fehler auftreten können, und dann tatsächlich daraus zu lernen, das ist ein Bestandteil der angestrebten Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. Die MDK-Gemeinschaft möchte dazu beitragen, dass behandlungsfehlerbedingte Schäden nicht nur über die Begutachtung im Einzelfall angemessen entschädigt werden, sondern dass die Erfahrungen aus der Begutachtung auch zur künftigen Fehlervermeidung genutzt werden können. »Was können wir aus dem Fehler lernen, um ihn zukünftig zu vermeiden?« – dieser Frage müssen sich alle Beteiligten verstärkt widmen.

Aus wissenschaftlichen Untersuchungen zur Patientensicherheit ist bekannt, dass Fehler zumeist nicht auf individuelles Versagen oder Unvermögen zurückzuführen sind. Sehr oft stehen fehleranfällige Abläufe und unzureichende Organisationsstrukturen dahinter, die zur Fehlervermeidung optimiert werden müssten. Um in Zukunft konkrete Risikokonstellationen klarer erkennen zu können, werden aktuell die Datensätze der MDK-Gemeinschaft überarbeitet.

Transparenz als erster Schritt

Die verstetigte Darstellung der Begutachtungsergebnisse bedeutet einen wichtigen Schritt, denn solche Analysen und Transparenz sind erste Grundlagen zur Fehlervermeidung. Verbesserungen der Patientensicherheit finden aber letztlich erst durch geändertes Handeln statt. Wichtige praktische Maßnahmen dazu sind bekannt und wer-

Fehlerarten/Verantwortungsbereiche* bei bestätigten Behandlungsfehlern:

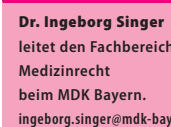


den auch zunehmend beschritten, beispielsweise die Nutzung von Checklisten oder die Einführung von – simulatorgestützten – Teamtrainings für komplexe Versorgungssituationen. Aber zwischen Theorie und Praxis klafft eine große Lücke. Das konsequente Implementieren bekannter Sicherheitsmaßnahmen muss deshalb in der Bedeutung gesteigert werden, und auch der Suche nach neuen einfachen Möglichkeiten zum Abwenden unerwünschter Ereignisse sollte eine hohe Priorität beigemessen werden.

Die Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung haben der MDK Bayern und der MDS am 15. Mai 2013 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Pressemitteilung, alle Statements und den vollständigen Bericht finden Sie im Internet unter www.mdk.de/Presse.



Dr. Max Skorning
leitet das Fachgebiet
Patientensicherheit des
MDS.
m.skorning@mds-ev.de



Dr. Ingeborg Singer
leitet den Fachbereich
Medizinrecht
beim MDK Bayern.
ingeborg.singer@mdk-bayern.de



Interview mit Jörg Niemann

»Überwunden geglaubte Konflikte nicht wiederbeleben«

WENN DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN für Leistungsentscheidungen eine medizinische Expertise benötigen, beauftragen sie den MDK. In der Zahnmedizin gibt es die Besonderheit eines alternativen Gutachterverfahrens mit der Zahnärzteschaft, so dass die zahnmedizinische Begutachtung immer wieder zu Kontroversen führt. Darüber sprachen wir mit dem Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen und Verwaltungsratsvorsitzenden des MDK Niedersachsen (MDKN), Jörg Niemann. Der MDKN ist der MDK mit den meisten zahnmedizinischen Begutachtungen.

MDK Forum Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (kzvN) bestreitet die Zuständigkeit des MDK für zahnmedizinische Begutachtungen mit dem Hinweis auf das vertragliche Gutachterverfahren. Wie sieht die Rechtslage aus?

Jörg Niemann Die kvzN beruft sich auf ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1989. Darin steht, dass die Krankenkassen ablehnende Leistungsentscheidungen nicht allein auf eigene Gutachter stützen dürfen. Allerdings gab es damals den MDK noch gar nicht. Mittlerweile gibt es einen eindeutigen gesetzlichen Begutachtungsauftrag nach §275 SGB V. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, die Voraussetzungen für Art und Umfang medizinischer und zahnmedizinischer Leistungen zu prüfen und hierfür bei Bedarf eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Das Bundesgesundheitsministerium hat zur Frage der alternativen Gutachterverfahren bereits 1994 verdeutlicht, dass das Vertragsgutachterwesen vor diesem gesetzlichen Hintergrund die Tätigkeit des MDK auf dem zahnmedizinischen Gebiet nicht unterlaufen, sondern höchstens ergänzen kann.

MDK Forum Wie kommt es zu der starken Nutzung des MDK-Begutachtungsverfahrens in Niedersachsen und warum hat die Zahnärzteschaft damit ein Problem?

Niemann Der zahnmedizinische Bereich nimmt im Hinblick auf die Begutachtung eine Sonderrolle ein. Mit den kvzN gibt es seit langem ein vertragliches Gutachterverfahren. Insoweit bestehen – anders als in anderen Begutachtungs-

feldern – Begutachtungsalternativen. Berufspolitisch ist die Konkurrenz seitens des MDK aus Sicht der Zahnärzteschaft nicht erwünscht. Wobei ich den Eindruck habe, dass dies vor allem auf die Funktionäre zutrifft.

In Niedersachsen hatte die kvzN das gemeinsame vertragliche Gutachterverfahren im Jahr 1998 einseitig eingestellt. Es wurde jedoch weiter eine Begutachtungsmöglichkeit für die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen benötigt. Der MDK Niedersachsen hat dann entsprechende Strukturen und Kapazitäten aufgebaut, um die Lücke zu schließen. Dies war mit erheblichen berufspolitischen und ideologischen Auseinandersetzungen verbunden. Es sind etwa 150 niedergelassene Zahnärzte nebenberuflich für den MDKN tätig. Dieses gut funktionierende Gutachterverfahren, das in der Praxis Akzeptanz bei fast allen Zahnärzten findet, ist noch heute der kvzN ein Dorn im Auge. Sie möchte stattdessen das vertragliche Verfahren, das in Niedersachsen nur noch vereinzelt

genutzt wird, wieder voll zur Anwendung bringen. Denn hier hätte sie entscheidenden Einfluss auf die Überprüfung zahnärztlicher Befunde und Therapieplanungen und mittelbar auf die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Die Krankenkassen in Niedersachsen haben aber kein Interesse an einer Wiederbelebung alter, überwunden geglaubter Konflikte.

MDK Forum Wo liegen die Unterschiede der beiden Begutachtungsverfahren?

Niemann Ein wesentlicher Unterschied ist die Auswahl der Gutachter. Im vertraglichen Gutachterverfahren

Jörg Niemann



schlagen die kranken Zahnärzte als Gutachter vor, die von den Krankenkassen nur bei schwerwiegenden Bedenken abgelehnt werden können. Die kranken haben durch diese Auswahl einen großen Einfluss. Bei der MDK-Begutachtung erfolgt die Auswahl der Gutachter durch den MDK. Ein Auswahlkriterium dafür ist, dass der Gutachter langjährige praktische Erfahrung im zu begutachtenden Fachgebiet hat. Außerdem muss die Qualität seiner Gutachten in Ordnung sein, was die in der MDK-Hauptverwaltung tätigen Zahnärzte stichprobenartig prüfen. Erkenntnisse aus diesen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind dann Gegenstand von gezielten Informationen an die Gutachter. Des Weiteren führt der MDK für die Gutachter strukturierte Fortbildungen durch und organisiert einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Bei Bedarf sind auch Einzelschulungen vorgesehen. Ideologische oder ökonomische Interessen zugunsten der Leistungsanbieter verfolgt der MDK nicht. Dies ist ein Vorteil, auch für die Patienten

und ihre zu begutachtende Therapie.

MDK Forum Ist die fachliche Unabhängigkeit von den Krankenkassen sichergestellt?

Niemann Die Krankenkassen haben keinen Einfluss auf die Auswahl und die Tätigkeit der Gutachter. Dies obliegt ausschließlich dem MDK, der dies nach fachlichen und qualitativen Kriterien entscheidet. Nach §275 Abs. 5 SGB V sind die MDK-Gutachter allein ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Diese Unabhängigkeit halte ich für die Akzeptanz bei Patienten und Zahnärzten für sehr wichtig.

MDK Forum Welchen Nutzen hat die zahnmedizinische Begutachtung für die Krankenkassen?

Niemann Die Krankenkassen haben eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Unter-, Über- und Fehlversorgungen sollen vermieden werden. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen sind wir gesetzlich verpflichtet, die Voraussetzungen für die beantragte Versorgung

und die konkret geplante Versorgung der Patienten zu prüfen. Im Rahmen dieser Genehmigungsentscheidungen sind fachliche und medizinische Expertisen zwingend erforderlich, um unnötige oder unnötig aufwendige Versorgungen zu vermeiden. Die Festzuschüsse der Krankenkassen für Zahnersatz sind an bestimmte zahnmedizinische Befunde gekoppelt. Nach MDK-Angaben sind bei etwa einem Drittel der begutachteten Zahnersatzplanungen die Befunde fehlerhaft bzw. unvollständig. Fazit: Eine korrekte Befundung ist für die Krankenkassen sehr wichtig, vor allem auch aus Gründen der Versorgungsqualität.

MDK Forum Wie sieht der Zusammenhang zur Versorgungsqualität aus?

Niemann Eine fachlich und qualitativ hochwertige Versorgung setzt korrekte Befunde voraus. Wenn Behandlungspläne nicht oder nur mit Einschränkungen befürwortet werden, hat das auch häufig den Grund, dass notwendige Vorbehandlungen wie Parodontitis- oder Wurzelbehandlungen noch nicht durchgeführt wurden. Es ist dann von Vorteil für den Patienten und die Haltbarkeit des geplanten Zahnersatzes, wenn zunächst diese Vorbehandlungen erbracht werden. Außerdem modifiziert der Zahnarzt bei einer negativen Beurteilung häufig seine Versorgungsplanung, wodurch es für die Versicherten zu einem wichtigen qualitätssteigernden Effekt kommen kann. Das ist für die Patienten nicht nur aus medizinischen Gründen von Nutzen, sondern auch, weil sie erhebliche Eigenanteile und außervertragliche Leistungen selbst zu tragen haben. Letztendlich stellt eine medizinische Begutachtung eine zweite Meinung für den Patienten dar.

Zahnmedizinische Begutachtung und Beratung durch den MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sieht sich als Dienstleistungsunternehmen, das auf allen Gebieten der Medizin und Pflege fachliches Know-how zur Verfügung stellt. Das schließt die Zahnmedizin ein. Ziel der zahnmedizinischen MDK-Begutachtung und Beratung ist es, die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen und einen Beitrag zu leisten, um die Mundgesundheit der Versicherten aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

Das Portfolio des MDK auf zahnmedizinischem Gebiet ist umfangreich. Die gesetzlichen Krankenkassen können Stellungnahmen des MDK anfordern, um die Zweckmäßigkeit zahnärztlicher Behandlungspläne zu prüfen. Das betrifft die Bereiche Zahnersatz, Zahnkronen, Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz), Parodontologie, Kieferorthopädie und Schienentherapie sowie Implantate und weitere, auch außervertragliche Leistungen. Diese Gutachten des MDK dienen dazu, Leistungsentscheidungen der Krankenkassen mit medizinischem Sachverstand vorzubereiten. Des Weiteren prüft der MDK die Notwendigkeit und Dauer von zahnmedizinisch bedingten Krankenhausaufenthalten. Im Krankenkassenauftrag werden die Gutachter außerdem tätig, wenn die Versicherten vermuten, dass ihr Zahnersatz Mängel aufweist oder dass ein Behandlungsfehler aufgetreten ist. Insgesamt werden jährlich etwa 40 000 Gutachten erstellt. Hinzu kommt die Beratung in Grundsatzfragen. Diese erfolgt durch das »Forum Zahnmedizin« als Plattform aller MDK, die Medizinischen Dienste selbst und durch den MDS.

Die Fragen stellte Dr. Harald Strippl, M. Sc., Fachgebietsleiter Zahnmedizinische Versorgung beim MDS



Hygiene im Krankenhaus
»Modellregion Hygiene Ruhrgebiet«
 vor dem Start

400 000 – 600 000 Patienten infizieren sich jedes Jahr bei einem Krankenhausaufenthalt oder in der Arztpraxis mit zum Teil tödlichen Keimen. Doch mindestens 20 bis 30% dieser Infektionen sind vermeidbar, wenn man optimale Hygienebedingungen schafft. Auf Initiative des Uniklinikums Essen startet die »Modellregion Hygiene Ruhrgebiet«: Krankenhäuser der Region tauschen Erfahrungen aus und lernen aus Best-Practice-Lösungen. Der MDS begleitet die Initiative.

Die Hygieneskandale der vergangenen Jahre sind nicht ohne Wirkung geblieben. Jede Klinik ist inzwischen verpflichtet, einen Hygienebeauftragten zu benennen bzw. einzustellen. »Doch allein damit ist es nicht getan«, sagt Prof. Walter Popp vom Universitätsklinikum Essen. Popp leitet dort seit Jahren die Dienstleistungseinheit Krankenhaushygiene. »Es gibt in Deutschland gar nicht so viele Hygieneexperten, dass alle Kliniken kurzfristig einen Spezialisten einstellen könnten. Die meisten werden die Besetzung hausintern lösen müssen – mit Personal, das noch gar nicht bis wenig in Hygienefragen erfahren ist.« Hier möchte nun eine Initiative ansetzen, die Popp ins Leben gerufen hat und die mit einer Veranstaltung an der Essener Uniklinik im September ihren offiziellen Auftakt findet: Die »Modellregion Hygiene Ruhrgebiet«.

Niedrigschwelliger und vertrauensvoller Austausch

Die Idee: Kleine Gruppen von (3–4) Krankenhäusern schließen sich informell zusammen und ihre Hygienebe-

auftragten tauschen sich bei gegenseitigen Besuchen aus, um zunächst einfach ihren – sonst in der Regel nur auf ein Haus bezogenen – Horizont zu erweitern. Dabei können sie sowohl gelungene Lösungen zu einzelnen Hygienefragen kennenlernen, als auch Probleme gemeinsam erörtern. »Stellen Sie sich vor, Sie sind Hygienebeauftragter und noch nicht so sattelfest in dieser Materie. Mit wem wollen Sie sich über offene Fragen austauschen – vielleicht auch über Fehler –, wenn Sie über keine Erfahrung verfügen und das ›Rad oft neu erfinden müssen«, da Ihnen erfahrene Kollegen im eigenen Haus fehlen? Mit unserer Initiative wollen wir einen niedrigschwelligen Wissenstransfer anbieten, der es gleichzeitig ermöglicht, auch Probleme anzusprechen und zu lösen«, unterstreicht Hygieneexperte Popp das Ziel der Initiative.

Wesentlicher Effekt dieser gegenseitigen Besuche ist ebenfalls der Aufbau von vertrauensvollen Kontakten, die

**Einblicke in andere
 Krankenhäuser erweitern
 den Horizont**

es ermöglichen, auch »im laufenden Geschäft« auftretende Fragestellungen mit Kollegen zu diskutieren. »Gerade am Anfang muss das Vertrauen natürlich erst gewonnen werden. Wenn gewünscht, kann die Vertraulichkeit auch schriftlich vereinbart werden«, sagt Popp.

Start zunächst im Ruhrgebiet

Besondere Erkenntnisse oder Lösungsansätze, die die kleinen Gruppen von Krankenhäusern bei ihrer Tätigkeit erarbeiten, sollen im Rahmen von jährlich stattfindenden Treffen aller beteiligten Krankenhäuser in der »Modellregion Hygiene Ruhrgebiet« vorgestellt und ausgetauscht werden. Krankenhäuser, die diese Begehungen und deren Dokumentation nachweisen, erhalten eine Bescheinigung und dürfen das (noch zu erstellende) Logo der »Modellregion Hygiene Ruhrgebiet« nutzen.

Beteiligt im Initiativkreis sind Mitarbeiter von Hygieneinstituten, Gesundheitsämtern und Krankenhäusern im Ruhrgebiet, deshalb startet das Projekt zunächst dort. Auf Dauer soll es natürlich nicht auf diesen Raum beschränkt bleiben. Auch der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) ist im Initiativkreis vertreten und unterstützt das Projekt, um damit einen erfolgversprechenden Beitrag zur Förderung der Patientensicherheit zu leisten.

Das Infektionsschutzgesetz 2011 und seine Wirkungen

Mit dem Projekt schaffen Popp und die weiteren Initiatoren eine Möglichkeit, mit finanziell überschaubarem Aufwand konstruktiv mit den realen Gegebenheiten vor Ort beim Thema »Krankenhaushygiene« Lösungen zu suchen und zu finden. Die Probleme grundsätzlicher Natur lassen sich dadurch nicht lösen. Für die Verbesserung der Krankenhaushygiene hatte der Gesetzgeber mit dem Infektionsschutzgesetz im Juli 2011 wesentliche Änderungen eingeleitet. Die Verantwortung für die Krankenhaushygiene wurde auf den Krankenhausleiter – und damit auf die oberste Führungsebene – verlagert. Gleichzeitig wurden die insgesamt gut 2000 Krankenhäuser verpflichtet, ärztliche und pflegerische Hygienefachkräfte nach den Maßgaben der KRINKO-Empfehlungen zu beschäftigen. Für die Qualifikation der Mitarbeiter und die Einrichtung der Stellen haben die Kliniken eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2016. Finanzielle Unterstützung sollen die Krankenkassen bereitstellen – bis 2020 insgesamt ca. € 350 Millionen. Das sieht der Entwurf für ein »Gesetz zu Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in den Krankenversicherungen« vor, dessen Gesetzgebungsverfahren augenblicklich läuft.

Gute Lösungen – theoretisch

Klar ist also, dass in Deutschland bis 2016 etwa 400 Ärzte hauptamtlich als Krankenhaushygieniker und mehrere tausend pflegerische Hygienefachkräfte arbeiten müssen. Sogar die Finanzierung neuer Stellen findet großzügige Unterstützung. So weit – so gut. Doch das dafür notwendige qualifizierte Personal ist in Deutschland nicht vorhanden! Laut Bundesärztekammer gab es im Jahr 2011 lediglich 73 im Krankenhaus tätige Ärzte für Hygiene und Um-

weltmedizin. 325 weitere Ärzte haben die Ausbildung zum Mikrobiologen – sie könnten ebenfalls Stellen für Krankenhaushygieniker besetzen, arbeiten aber meist in mikrobiologischen Laboratorien und werden dort auch dringend gebraucht. Die 5-jährige Facharztausbildung zum Arzt für Hygiene kann in Deutschland heute nur noch an 12 Lehrstühlen absolviert werden (wobei einige von diesen sich schwerpunktmäßig mit Umweltmedizin beschäftigen). In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurden in Deutschland 15 (!) Lehrstühle für Hygiene aufgelöst, was Hinweise auf die bislang zugebilligte Bedeutung des Faches gibt.

Diese Zahlen machen klar, dass es selbst mit erheblichen Anstrengungen nicht möglich sein wird, in absehbarer Zeit eine ausreichende Zahl von qualifizierten Ärzten auszubilden. (Die Ausbildung des Pflegepersonals erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren, so dass hier schneller mehr Kräfte qualifiziert werden könnten.) Dem Mangel an Fachärzten begegnet man nun ganz pragmatisch durch eine verkürzte, berufsbegleitend zu absolvierende curriculäre Ausbildung (200 Stunden), die nach Abschluss den Einsatz als Krankenhaushygieniker zulässt. Sicher sind derart qualifizierte engagierte Ärzte in den Kliniken ein deutlicher Fortschritt gegenüber der Zeit, als diese Positionen in den Krankenhäusern unbesetzt waren. So gut ausgebildet und über lange Jahre im Assistentenstatus klinisch erfahren, wie der Gesetzgeber das im Sinne der Patienten gerne hätte, sind sie aber sicher nicht!

Wenig Wissenschaft – wenig Wissen

Auch wenn sich fehlende Ausbildungsplätze durch alternative Qualifikationsmaßnahmen teilweise kompensieren lassen, erwächst aus dem Mangel an Lehrstühlen für Hygiene ein weiterer bedeutsamer Mangel: Es findet zu wenig wissenschaftliche Arbeit zu Hygienethemen statt. Doch ohne Forschung wird kein Wissen generiert. Und ohne Wissen bleibt Handeln bei allem Engagement immer in seinem Nutzen und seiner Sinnhaftigkeit unsicher. Solange wissenschaftliche Belege fehlen, muss sich rationales Handeln anderweitig orientieren. Dass dabei die Begründungen »das haben wir schon immer so gemacht« und »das halte ich für richtig« die denkbar schlechtesten sind, ist zwar bekannt – in der Praxis sind diese aber dennoch immer wieder handlungsleitend.

Die bessere Alternative sind in solchen Situationen von verschiedenen Experten gemeinsam erarbeitete Lösungen, im Sinne eines »Best-Practice-Modells«. Eine solche Arbeitsweise ist auf der Ebene eines einzelnen Krankenhauses nicht möglich. Dazu bedarf es des Kontaktes zwischen Experten aus verschiedenen Häusern und einer geschützten, vertraulichen Zusammenarbeit, die es erlaubt, auch Probleme anzusprechen. Eben einer »Modellregion Hygiene Ruhrgebiet«.

**In Deutschland
mangelt es an qualifizierten
Hygienefachkräften**



Dr. Annette Busley leitet den Bereich Sozialmedizin – Versorgungsberatung des MDS.
a.busley@mds-ev.de



Demenz im Krankenhaus

FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ gibt es kaum einen ungeeigneteren Ort als das Akutkrankenhaus: eine fremde Umgebung mit unbekanntem Menschen und einem hektischen, durch Akutsituationen geprägten Stationsalltag. Das löst Ängste aus und fördert Desorientierung, herausforderndes Verhalten und Unruhezustände. Für Ärzte und Pflegepersonal bedeutet dies eine erhebliche Belastung in ihrem Arbeitsalltag, vielfach sind sie überfordert.

Um Menschen mit Demenz nicht einer derart belastenden Situation auszusetzen, sollte man ihnen einen Krankenhausaufenthalt nach Möglichkeit ersparen. Diese Forderung stellt die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in einem Zwölf-Punkte-Papier zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz ganz oben an. Dabei ist dies nicht immer ganz einfach, denn die Demenzerkrankung selbst stellt ein erhöhtes Risiko für eine Krankenhausbehandlung dar. Deshalb betont die DGG, wie wichtig Präventionsprogramme seien, »die dazu beitragen, dass die Patienten seltener stürzen und weniger Knochenbrüche erleiden. Auch die hausärztlich-geriatriische Versorgung von Demenzkranken im Heim muss verbessert werden. Deutschland ist hier Entwicklungsland.«

Spezialstationen im Akutkrankenhaus

Bluthochdruck, Diabetes oder eine latente Niereninsuffizienz: Ältere Menschen leiden häufig unter mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig. Bei einer akuten Erkrankung ist eine Krankenhausaufnahme häufig unvermeidlich. Weil die in der aufnehmenden Klinik tätigen Ärzte und Pflegekräfte oftmals nichts von der Demenzer-

krankung des eintreffenden Patienten wissen, fordert die DGG, dass die Kommunikation der Angehörigen, des behandelnden Arztes oder der Pflegeeinrichtung mit der Klinik verbessert werden muss. Sie beschreibt als optimale Versorgungsform für Demenzpatienten im Krankenhaus Spezialstationen, in denen »Geriatern zusammen mit Fachärzten anderer Disziplinen die Patienten ganzheitlich betreuen«.

Derzeit gibt es in Deutschland 26 geriatriische Kliniken mit diesen spezialisierten Stationen und insgesamt 320 Betten, in denen eine entsprechende Behandlung möglich ist. Erste Studien zu diesen spezialisierten Stationen zeigen, dass »die Patienten hier deutlich besser aufgehoben sind: Der Bedarf an Neuroleptika ist geringer und die Patienten werden schneller wieder entlassen«. Ein Trend zu Spezialstationen für Menschen mit Demenz mit akuten Körpererkrankungen ist deutschlandweit zu beobachten. Weitere Forderungen des Zwölf-Punkte-Katalogs der DGG sind unter anderem: Ärzte und Pflegepersonal aller übrigen Krankenhäuser sollten im adäquaten Umgang mit Menschen mit Demenz geschult werden; um ihnen weiteren Stress und Verwirrung zu ersparen, sollten Men-

schen mit Demenz möglichst selten verlegt werden; die Praxis der Entlassung von Demenzpatienten aus der Klinik in das Heim oder das häusliche Umfeld muss verbessert werden.

Für Menschen mit Demenz ist es schwierig bis unmöglich, sich in den Stationsalltag eines Akutkrankenhauses einzufinden. Umso mehr Unterstützung brauchen sie. Während es bei der Langzeitpflege Demenzkranker darauf ankommt, die Lebensqualität Betroffener so lange wie möglich zu erhalten und zu fördern, geht es im Krankenhaus primär um die Behandlung der zugrundeliegen-

Spezialstationen sorgen für Reduktion von Neuroleptika

den somatischen Erkrankung, die zur Klinikeinweisung geführt hat. In aller Regel wird es unumgänglich sein, den Demenz-Patienten in die Struktur und die Abläufe

des Stationsalltages zu integrieren.

Wie ein demenzfreundlicheres Krankenhaus aussehen könnte, das diskutierten Experten am 3. Mai 2013 auf dem Symposium »Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden« der Universität Witten-Herdecke.

Fehlendes Wissen steigert Belastung

Tatsächlich scheint das Krankenhaus- bzw. Pflegepersonal im Umgang mit demenzkranken Patienten noch nicht ausreichend sensibilisiert und informiert zu sein. Das war die zentrale Botschaft von Dr. Winfried Teschauer vom Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e.V. Er stellte auf dem Wittener Symposium Zwischenergebnisse eines Projekts vor, in dem das Belastungserleben des Pflegepersonals im Krankenhaus untersucht wurde. So hängt die Belastung von Pflegekräften im Umgang mit Demenzpatienten stark davon ab, wie »unberechenbar« der Patient ist bzw. für wie unberechenbar die Pflegekräfte ihn halten. Es zeigte sich: Je größer das Wissen um die Krankheit »Demenz«, umso »berechenbarer« waren die Patienten für die Pflegekräfte und umso weniger belastend empfanden sie den Umgang mit ihnen. Das erstaunliche Ergebnis: Nur ein Drittel des im Projekt beteiligten Krankenhauspersonals war bisher zum Thema Demenz geschult worden.

Kein Mangel an innovativen Konzepten

Über die Möglichkeiten einer Tagesbetreuung berichtete Cornelia Plenter vom Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke am Beispiel »Teekesselchen – ein Betreuungsangebot für Patientinnen und Patienten mit Orientierungsstörungen im Akutkrankenhaus«. Bei diesem Konzept werden Menschen mit Demenz durch Unterstützung der Tagesstruktur mit Phasen der Ruhe und Aktivität stabilisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten in den Bereichen Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Verhaltensweisen stabil bleiben bzw. leichte Verbesserungstendenzen zeigen. Insgesamt stellt die Tagesbetreuung in fachlicher und in zeitlicher Hinsicht eine wichtige Entlastung der Pflegekräfte auf den Stationen dar.

Auch der Einsatz des »Dementia Care Mapping« (DCM) im Krankenhaus könnte hilfreich sein, die Lebensqualität von Demenzpatienten im Krankenhaus zu verbessern.

Davon ist Dr. Claudia Zemlin von den Vitanas Einrichtungen überzeugt. Traditionell wird dieses Verfahren in der stationären Altenpflege eingesetzt, doch es könnte auch für Patienten mit Demenz im Krankenhaus sehr nützlich sein, betonte Zemlin.

Auf verstärkte Beratung setzen australische Krankenhäuser. Stefan Boy, Teilnehmer am Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz der Robert Bosch Stiftung, berichtete über den Dementia Behaviour Management-Advisory Service, einen 24-Stunden-Telefon-Service. Dieser steht Familien, Betreuern und Pflegekräften zur Verfügung, die Beratung zum Umgang mit Menschen mit Demenz in schwierigen Pflege- und Betreuungssituationen benötigen, z. B. bei herausforderndem Verhalten. Der Dienst bietet rund um die Uhr vertrauliche Beratung, Assessment, Intervention, Ausbildung und fachliche Unterstützung

Versorgung bei und nach Operationen

Wenn Patienten mit Demenz operiert werden müssen, ist das Risiko für eine Verwirrtheit (»Delir«) besonders hoch. In der Folge verlängert sich der Krankenhausaufenthalt und die Betroffenen können dauerhaft pflegebedürftig werden. Hier hat die Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin des St. Franziskus-Hospitals in Münster unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Michael Möllmann ein Therapiekonzept erarbeitet, das neben einer angemessenen Narkoseführung die soziale Betreuung älterer und demenzkranker Patienten in den Vordergrund stellt. Altenpflegerinnen begleiten als vertraute, besonders geschulte Bezugspersonen die Patienten von der Aufnahme bis in den OP und bleiben bei wachen Patienten (z. B. bei einer Regionalanästhesie) auch während der Operation dabei. Die Arbeit des Geriatrie-Teams ist so erfolgreich, dass das Konzept in die Regelversorgung des St. Franziskus-Hospitals übernommen wurde.

Die Beispiele zeigen, dass auch im Akutkrankenhaus eine angemessene und bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz möglich ist. Hierzu müssen diese Konzepte auch in Zukunft weiterentwickelt werden. Die altbekannte Forderung nach einer stärkeren Patientenorientierung im Gesundheitswesen hat nach wie vor Bestand.

Literaturhinweise

– W. Hofmann: **Krankenhäuser: auf Demenz einstellen.**

In: Die BKK 12/2012, Seite 531

– **Tagungsbeiträge des Wittener Symposium unter:**

<http://www.g-plus.org/node/236/>

– **Demenz im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (46 Heft 3) April 2013**



Bernhard Fleer ist Mitarbeiter im Fachgebiet »Pflegerische Versorgung« des MDS.
b.fleer@mds-ev.de



Dr. Andrea Kimmel ist Mitarbeiterin im Fachgebiet »Pflegerische Versorgung« des MDS.
a.kimmel@mds-ev.de

Kindliche Selbstheilung dank Figurenspieltherapie

Spiel mit dir

SEIT MENSCHENGEDENKEN NUTZEN WIR ROLLENSPIELE, um unsere Welt besser zu begreifen – und auch, um die Ereignisse unseres eigenen Lebens einzuordnen und vielleicht ein wenig beeinflussen zu können. Das therapeutische Figurenspiel bringt innere Geschichten und Bilder auf eine äußere Bühne und eröffnet dem Kind damit die Möglichkeit, sich selbst zu heilen. Ein Besuch bei der Puppenspieltherapeutin Gabriele Ascheid im Westerwald.

Es sind Klötze aus einem Material, das normalerweise zur Wärmedämmung von Hauswänden verwendet wird. Spontan wähle ich ein kleines Exemplar aus dem Angebot, das Gabriele Ascheid vor mir ausgebreitet hat. »Wir wissen am Anfang oft nicht, was für eine Figur entsteht. Lassen Sie Ihrer Intuition freien Lauf.« Mit einem scharfen Messer schneide ich nach Anleitung Stück um Stück von dem Dämmungsklotz ab, bis ich eine Gesichtsform zumindest erahnen kann. Ich kann mir kaum vorstellen, dass daraus eine so bezaubernde Figur werden soll wie der König, das kleine Mädchen, die Hexe oder der Glücksdrahe, die aufgereiht auf dünnen Holzstäben im Therapieraum stehen.

Die Figur als Teil der eigenen Seele

Eberhard »Max« Pflug, der Lebensgefährte von Gabriele Ascheid, der sie in der Praxis für Puppenspieltherapie Westerwald unterstützt, ist überzeugt: »Das sind alles Archetypen unserer Seele.« Mein »Archetyp« erhält nun seine »Haut«, eine klebrige Mischung aus Kleister und Holzmehl, die mit streichenden Bewegungen aufgetragen wird. Plötzlich blicken mich zwei funkelnde schwarze Glasaugen an – und sprechen aus oder besser gesagt zu meiner Seele.

Während der Therapie darf das Kind seine eigenen Figuren schöpfen – Figurenspieltherapeuten sprechen bewusst nicht von bauen oder basteln. Es schlüpft mit seiner kleinen Hand hinein und ist damit selbst die Figur: Sie handelt stellvertretend für das Kind, darf und kann alles, was wir Menschen oft nicht dürfen oder uns nicht trauen.

Das Kind als Regisseur

Mein Sohn Paul Luca darf heute ausprobieren, wie eine Sitzung abläuft. Die äußere Bühne ist ein höhenverstellbares Bügelbrett mit einem Stoffüberwurf. Das Kind sucht sich nach vorgegebenen Regeln Requisiten mit Symbolcharakter sowie Tier- oder Menschenfiguren aus, die seinen innersten Bedürfnissen entsprechen. Dabei führt es nicht – wie bei einem Kasperletheater – ein vorgegebenes Stück auf, sondern die Figuren drücken seine Gefühle und Gedanken aus. Das Kind ist selbst der Regisseur in seinem Stück.

Paul legt los. »Regisseur« zu sein, findet er gut. Paul will einen Wald. Dazu nimmt er einen einfachen Holzständer und legt, mit Gabriele Ascheids Hilfe, ein grünes Tuch darüber. Nun einen See, der soll gelb sein. Gelb? Ja, gelb.

Dann darf er sich drei Figuren aussuchen. Schließlich beginnt Pauls »ureigene« Geschichte von kleinen Fischen, die über den Wasserfall zum Wald schwimmen, von drei Mädchen und Edelsteinen.

Beeinflussung? Nein!

Die Therapeutin spielt zwar selbst mit, aber sie reagiert nur auf der Symbolebene. Wenn die Sitzung beendet ist, weiß Gabriele Ascheid manchmal noch nicht, was innerlich im Kind geschehen ist. Deshalb fotografiert sie die Spielszenen und protokolliert den Ablauf der Geschichte. So verschafft sie sich einen Überblick über den jeweiligen seelischen Zustand des Kindes – häufig auch zusammen mit Max Pflug. Er ist Vermesser von Beruf, kommt also aus einer anderen, sehr technischen Welt. Die Ausbildung zum Figurenspieltherapeuten haben sie gemeinsam absolviert. »Ich habe gelernt, dass ich nicht alles berechnen kann. Ein

**Völlige Freiheit im
Bühnenraum**

Mensch geht seinen Weg – und zwar jetzt. Alles, was ich in der Annahme tue, es besser zu wissen, ist ein Übergriff. Schließlich ließe sich jede Figur manipulativ einsetzen – und das darf ich als Figurenspieltherapeut nicht«, sagt er.

Die Spielszenen eines Kindes ähneln sich oft immer wieder während der Therapie – bis auf Kleinigkeiten. Diese Veränderungen zeigen Gabriele Ascheid, dass sich auch im Kind etwas verändert: »Ein Kind spielte wochenlang, dass ein Krokodil alle anderen Figuren frisst – und zwar die ganze Stunde. Bis das Krokodil eines Tages anfing, mit den anderen Figuren zu sprechen. Was immer in der Seele des Kindes ist, wir graben nicht nach der Ursache, sondern das Kind arbeitet innerlich selbst etwas ab. Dabei bleiben wir als Therapeuten mit dem Kind immer nur auf der Symbolebene. Und dann kann ich plötzlich anhand einer Veränderung im Spiel sehen, dass sich etwas bewegt.« Eine Figurenspieltherapie gilt als erfolgreich abgeschlossen, wenn das Kind die Probleme, die es belasten, verarbeitet und seelisch integriert hat. Max Pflug erklärt: »Die Sprachlosigkeit des Krokodils, in der alles zerstört werden muss, weicht der Kommunikation, und es sagt zum Beispiel: ›Du störst mich hier, kannst du mir nicht mehr Platz lassen?‹ Das Kind hat seinen Weg gefunden – heraus aus dem Irrgarten der Gefühle.«

Wenn sie nicht als Langzeittherapie angelegt ist, greift die Figurenspieltherapie in der Regel sehr schnell. Durchschnittlich sind etwa 20 Therapieeinheiten notwendig.



Regelmäßige Elterngespräche bilden dabei eine wichtige Basis für den Heilungserfolg. Bei einer entsprechenden Diagnose kann sie inzwischen im Rahmen einer Ergotherapie als psychisch-funktionelle Behandlung vom Arzt verordnet und die Kosten in diesem Fall von den Krankenkassen übernommen werden.

Ortswechsel: Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen

In der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik werden Krankheiten wie Neurodermitis, Asthma, Schlafstörungen, Essverhaltensstörungen oder chronische Kopf- und Bauchschmerzen behandelt. Im Rahmen einer dreiwöchigen Intensivtherapie arbeitet das Team um den leitenden Therapeuten Dietmar Langer daran, ungünstige Stressmuster und Konflikte aufzudecken und zu verändern. Das Gesamtkonzept ist auf eineinhalb Jahre ausgerichtet. Neben der Verhaltens- und der systemischen Therapie kommen auch tiefenpsychologisch orientierte Verfahren wie die Figurenspieltherapie zum Einsatz.

Für den Diplom-Psychologen kommt es dabei nicht so sehr auf verschiedene Störungsbilder an, sondern vielmehr auf den einzelnen Fall. Dabei sind es die Bilder und

Das Krokodil frisst alle anderen Figuren – immer wieder

Spielszenen, die sichtbar machen, wozu oft die Worte fehlen: »Das Kind hat die Möglichkeit, im Spiel wichtige emotionale Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen,

was es innerlich bewegt und was es gegenüber seinen Eltern nicht artikulieren kann. Da kann es um Geschwisterivalitäten, Trennungs- und Verlustängste oder traumatische Erfahrungen gehen. Im Rollenspiel zeigt sich, was ihm so starken Stress bereitet, dass es sich die Haut

blutig kratzt oder dass es ständig Bauchschmerzen hat. Und es hat gleichzeitig die Möglichkeit, die Konflikte, die hinter den Problemen stecken, zu verarbeiten.«

Bei den Stressmustern hinter psychosomatischen Erkrankungen handelt es sich um erlebte Aspekte, das ist Langers Überzeugung. Die Therapie müsse darauf ausgerichtet sein, die Muster zu verändern und diese Veränderung auch zu erleben, denn Wissen allein helfe nicht weiter.

Figurenspiel verändert das Kind – und die Eltern

Pamela Brockmann ist »die Frau mit den Puppen«, wie die Kinder der Station sie nennen. Gut fünf Stunden steht sie mit ihren Puppen dem Kind während des Klinikaufenthaltes zur Verfügung. Ihre Erfahrung zeigt, dass sich auch die Eltern verändern: »Manche

Eltern kommen mit ganz großen Fragezeichen: »Was ist bloß los – ich verstehe mein eigenes Kind nicht mehr?« Da kann ich dann

**Eltern verstehen
Bilder oft besser als
viele Worte**

über die Bilder, die das Kind selber wählt, die Eltern leichter über die emotionale Ebene erreichen als über die kognitive.« Sie verstehen dabei die Bilder oft besser als die Worte. Ein Kind spielte beispielsweise eine Geschichte mit einem König und einer Königin. Für sich selber wählte es einen dreiköpfigen Drachen, den es selbst modelliert hatte. Er flog nachts über das Schloss und versetzte alle in Unruhe. Der König konnte dem Drachen recht gut begegnen und lud ihn zum Essen ein. Die Königin allerdings fiel beim Anblick des Drachen in Ohnmacht. »Im Gespräch sagte mir die Mutter, dass sie sich ihrem Sohn gegenüber in der Tat ohnmächtig fühle und verstand die Bilder unglaublich gut«, erklärt Brockmann.

Dietmar Langer kennt diese Hilflosigkeit, die Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen häufig erleben und über die sie die Führung verlieren: »Bei einer chronischen Störung kommt man ja nicht weiter. Der Patient selber erhält über die Erkrankung oft unglaublich viel Macht und beeinflusst den Tagesablauf der gesamten Familie. Solche Stressmuster sind zwar nicht unbedingt immer die Ursache der Erkrankung, aber sie tragen zur Aufrechterhaltung oder Verschlechterung bei. Aus der Interaktion bei der Figurenspieltherapie beziehen die Kinder ein Selbstwertgefühl, das sich dann auch auf den Alltag mit ihren Eltern und Geschwistern überträgt, so dass sie wieder anders miteinander umgehen können und besser belastbar sind.«



Dr. Martina Koesterke,
Mitarbeiterin im Fachgebiet
»Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« des MDS.
m.koesterke@mds-ev.de



Personalauswahl von Ärzten und Ärztinnen

Der richtige Kopf an der passenden Stelle

ERFOLGREICHE PERSONALAUSWAHL ist ein Hauptfaktor für den Unternehmenserfolg. Dies gilt auch für Krankenhäuser. Die Bundesärztekammer hat im Mai dieses Jahres ihre Position formuliert. Demnach sollten Assessment-Center eingesetzt werden, um die Zulassung zum Medizinstudium zu regeln, da das Abitur kein (alleinig) sinnvolles Kriterium sei.

Diese Forderung ist nicht neu. Schon der damalige Bundesgesundheitsminister vertrat 2010 in der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* eine Abschaffung des Numerus clausus für die Medizin zugunsten einer mehr auf sozial-interaktive Kompetenzen ausgerichteten Eignungsfeststellung.

Nicht nur fachliche Gesichtspunkte relevant

Eine der großen aktuellen Herausforderungen für Krankenhäuser besteht wohl neben der heilenden Tätigkeit darin, sich der zunehmend auch öffentlich geführten Diskussion über Qualitätsstandards und Angemessenheit der Finanzierung des Gesundheitswesens zu stellen. Dabei gerät besonders die ärztliche Leistung, im Gegensatz zur pflegerischen oder administrativen, regelmäßig in den Fokus der Berichterstattung (der berühmte »Behandlungsfehler«). Das mag an der herausgehobenen Sicht-

barkeit von Ärzten aus Patientenperspektive und an ihrer qua Hierarchie und Funktion verliehenen Verantwortung liegen. In zunehmender Weise werden, als Reaktion darauf, Erkenntnisse aus anderen Industriebereichen in Krankenhäusern angewandt, etwa die Einführung von Checklistenprinzipien aus der Luftfahrt. Die Personalgewinnung ist aber noch nicht auf dem Stand, auf dem andere Wirtschaftsbereiche zum Teil schon sehr lange sind. Bei der Rekrutierung von Personal vertrauen die meisten Firmen und Institutionen weltweit nicht nur auf das Gespür von Vorgesetzten und Personalabteilungen, sondern auch auf eignungsdiagnostische Methoden. Hierbei spielen psychologische Anforderungsanalysen und darauf aufbauende Eignungsverfahren eine hervorgehobene Rolle. Denn bei den meisten Tätigkeiten und Berufsbildern sind nicht nur fachliche Gesichtspunkte relevant, sondern auch spezielle kognitive Fähigkeiten und inter-

aktive Kompetenzen. Je präziser hier die Anforderungen an Berufsinhaber definiert werden, desto besser sind darauf aufbauende Verfahren in der Lage, die geeigneten von den weniger geeigneten oder ungeeigneten Bewerbern und Bewerberinnen zu unterscheiden.

Schulnoten prognostizieren nicht den Berufserfolg

Als erster Reflex auf solche Thesen mag sich die Vermutung einstellen, dass es sich um realitätsferne Vorschläge handele. Schließlich wären solche Verfahren mit Aufwand verbunden. Aber das Gegenteil ist richtig. Schaut man sich die internationale Literatur zur Vorhersage von Studien- und Berufserfolg an, so lässt sich schnell feststellen, dass Schulnoten zwar in beträchtlicher Weise den Studienerfolg prognostizieren, hingegen kaum Vorhersagen über den Berufserfolg zulassen. Hier sind Arbeitsproben, Assessment-Center, Interviews und Leistungstests

Die richtige Auswahl spart Geld

im Vorteil. Die Verwendung des Abiturzeugnisses bei der Studienzulassung entspringt also wohl letztlich zwei Ursachen: 1. Die Abiturnote ist das billigste und einfachste Auswahlkriterium, die Bewerber und Bewerberinnen bringen das Testergebnis quasi mit. 2. Die Universitäten interessieren sich nicht für den Berufserfolg ihrer Absolventen, sondern primär für deren Studienerfolg, also Examensnoten und Studiengeschwindigkeit.

Professionelle Auswahl bei der Lufthansa

Die Lufthansa bedient sich bei der Pilotenauswahl einer nationalen Forschungseinrichtung, des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR). Gemeinsam mit Ausbildungspiloten der Lufthansa führt das DLR die Auswahl von Auszubildenden für die Lufthansa-Flugschule und lizenzierte Piloten durch. Dabei kommen Leistungstests, Arbeitsproben, Persönlichkeits-tests, Gruppenaufgaben, Rollenspiele und Interviews zur Anwendung. Die Abiturnote ist kein besonderes Kriterium, da das Abitur in DLR-Validitätsstudien keinen Beitrag zur Vorhersage der späteren Leistungsfähigkeit und Passung im Flugbetrieb liefert. Substanzielle Zusammenhänge gibt es nur zur Pilotenausbildung, hier liefern die vom DLR selbst entwickelten Testverfahren aber deutlich präzisere Aussagen. Im Auswahlverfahren wird ein besonderer Schwerpunkt auf aufwendige Assessment-Center-Verfahren gelegt, in denen die sozial-interaktiven Kompetenzen in hochkomplexen Team-Simulationen gemessen werden.

Leistungsanforderungen für Chirurgen

Dabei finden sich Anforderungen in der medizinischen Fachliteratur, welche eine alleinige Auswahl nach Abiturnote und Studierfähigkeitstest als unzureichend erscheinen lassen: Chirurgische Fachbücher nennen neben den Leistungsanforderungen (Raumorientierung, Daueraufmerksamkeit, Auge-Hand-Koordination, Ausdauer etc.) etwa Sorgsamkeit, Verantwortungsgefühl, Belastbarkeit, psychische Ausgeglichenheit, Selbstreflexion, soziale Extravertiertheit, Teamzusammenarbeit und vieles mehr.

Universitäten interessieren sich mehr für den Studien- als den Berufserfolg

Erst wenige deutsche Universitäten haben seit längerer Zeit Verfahren etabliert, welche solche Eignungsfaktoren erfassen, die über Abitur und Leistungstests hinausgehen – etwa die Charité oder die Universität Witten-Herdecke. Die ärztliche Personalrekrutierung an Krankenhäusern wird überwiegend von fachlichen Kriterien bestimmt. Assessment-Center oder ähnlich strukturierte Methoden sind unüblich.

Pilotprojekt in Hannover

In einem Pilotprojekt versucht das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) gemeinsam mit Chirurgen der Henriettenstiftung Hannover, die Berufsanforderungen für die Chirurgie zu bestimmen und die Mitarbeiter einer solchen Testung zu unterziehen.

Die Praxis der medizinischen Nachwuchsgewinnung sollte sich stärker als bislang auf prognostisch valide Methoden stützen. Hier steht an erster Stelle eine umfassende Definition von Anforderungen, welche dann, im nächsten Schritt, zu einer adäquaten Verfahrensauswahl führen. Universitäten müssen lernen, umzudenken und den Berufserfolg als Kriterium der Studierendenauswahl festzulegen. Krankenhäuser müssen allein aus betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit aussagekräftige Verfahren entwickeln, um den richtigen Kopf an die passende Stelle zu setzen.



Dr. Viktor Oubaid
arbeitet am Deutschen
Zentrum für Luft- und
Raumfahrt e.V., Hamburg.
victor.oubaid@dlr.de



EbM-Kongress 2013
**Entscheiden trotz
 Unsicherheit**

UNSICHERHEIT, SO GLAUBEN MANCHE, hat erst mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin (EbM) Einzug in die Arzt-Patienten-Beziehung gehalten. Tatsächlich aber verursacht die EbM die Unsicherheit nicht, sondern macht bereits bestehende Unsicherheiten deutlich und hilft dabei, diese zu bewältigen. Das zeigte die diesjährige 14. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin »Entscheiden trotz Unsicherheit« im März in Berlin.

Noch vor wenigen Jahrzehnten bestimmten allein die Ärzte über Diagnose und Therapie, und sie schienen auch genau zu wissen, was notwendig und hilfreich ist. Heute hat sich diese Situation in zweierlei Hinsicht grundlegend geändert: Zum einen wird Patienten das Recht zugestanden, mitzuentcheiden. Zum anderen besitzt die Medizin heute Werkzeuge, mit denen sie beurteilen kann, wie zuverlässig das Wissen über Entscheidungsoptionen ist. Beide Aspekte machen das Wesen der evidenzbasierten Medizin aus: mitentscheiden auf bestmöglicher Basis.

Und die Entwicklung geht weiter: Inzwischen leuchtet die Medizin die genaueren Implikationen dieser Errungenschaften aus. Da die Wissensbasis in den meisten Fällen nur »bestmöglich«, nicht aber »endgültig« sein kann, bleibt Unsicherheit. Grund genug also, auf der 14. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEBM) nach den Konsequenzen zu fragen: In welchen Bereichen des Gesundheitswesens spielt Unsicherheit eine Rolle? Wie soll man Unsicherheiten gegenüber Patienten kommunizieren? Und vor allem: Wie können Ärzte, Patienten und andere Akteure trotz Unsicherheit entscheiden?

»Unsicherheit ist kein angenehmer Zustand. Trotzdem

ist sie in der Gesundheitsversorgung ein ständiger Begleiter«, erklärte die Tagungspräsidentin Dr. Monika Lelgemann in ihrem Grußwort zur Veranstaltung. »Täglich treffen wir Entscheidungen, ohne die Konsequenzen hundertprozentig sicher vorhersagen zu können.

Die evidenzbasierte Medizin kann die Unsicherheit nicht völlig aus der Welt schaffen. Aber sie kann helfen, die Grenze zwischen gesichertem Wissen und Unsicherheit klarer zu beschreiben, in Klinik, Praxis und auch auf Systemebene.«

In den 24 Vorträgen, 14 Workshops und zahlreichen Posterpräsentationen reichte die Spanne der Einzelthemen von rechtlichen Aspekten, Entscheidungshilfen über Medizinprodukte bis hin zu Pharmazie, Pflege und Pluralismus in der Medizin. In einem der Workshops mit sieben Vorträgen ging es um Entscheidungshilfen.

Entscheidungshilfen zur Organspende

Im ersten Vortrag stellte Dr. Tanja Richter von der Universität Hamburg eine Entscheidungshilfe zur Organspende vor, die im Auftrag der AOK erarbeitet wurde. Im Entstehungsprozess standen nicht die medizinischen Bedürf-

Wie soll man Unsicherheit gegenüber den Patienten kommunizieren?

nisse potenzieller Organempfänger im Vordergrund, sondern die Informationsbedürfnisse potenzieller Spender. So wurden sowohl die Sachinhalte als auch die Beweggründe für oder gegen eine Organspende in einer Fokusgruppe und in Einzelinterviews mit Laien entwickelt und geprüft. Daraus entstand eine interaktive Entscheidungshilfe, die Versicherten im Internet zur Verfügung gestellt wird.

Der zweite Vortrag knüpfte inhaltlich direkt an. Corinna Schaefer vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat untersucht, inwieweit Entscheidungshilfen zur Organspende die kritischen Aspekte aufgreifen, die beim Thema Organspende in den Medien angesprochen werden. Es ging also um die Frage: Wie nahe kommen Entscheidungshilfen dank – oder trotz – ihrer Nähe zu Laien, die bei der Erstellung mitgeholfen haben, den relevanten Aspekten tatsächlich? Das Ergebnis: Die drei am häufigsten in Medien diskutierten kritischen Aspekte sind:

1. Hirntote sind nicht tot.
2. Das Argument »Organmangel« übt moralischen Druck aus.
3. Die Konsequenzen für Angehörige werden verschwiegen.

Von drei methodisch hochwertigen Entscheidungshilfen erwähnte nur eine den dritten Aspekt, die beiden anderen Entscheidungshilfen erwähnten keinen der Aspekte. In der Diskussion zum Vortrag versicherte der Projektleiter der Hamburger Entscheidungshilfe, Dr. Matthias Lenz, dass die drei Kriterien inzwischen aufgenommen wurden.

Wie steht es um die Risikokompetenz von Medizinstudierenden?

Im dritten Vortrag berichtete Dr. Hendrik Friedrichs vom Studienhospital Münster über die Risikokompetenz von Studierenden der Medizin. Friedrichs hatte anhand eines Tests mit vier Fallbeispielen, in denen Risiken mit unterschiedlichen Zahlenangaben dargestellt wurden, ermittelt, wie gut Medizinstudierende Zahlenangaben verstehen. Diese Kompetenz ist insofern bedeutend, als die Studierenden im späteren Berufsleben ihren Patienten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung vermitteln müssen, wie hoch die Risiken einer Intervention sind, damit diese Für und Wider angemessen abwägen können. Die Auswertung von 434 Datensätzen ergab, dass männliche Studierende signifikant besser abschnitten als weibliche, dass Notizen, die sich Probanden machten, mit besseren Ergebnissen einhergingen, dass aber ältere Semester sich nicht leichter taten als jüngere.

Analyse von deutschsprachigen Entscheidungshilfen

Dr. Nadja Chernyak von der Universität Düsseldorf stellte in ihrem Vortrag vor, wie deutschsprachige Entscheidungshilfen Unsicherheiten kommunizieren. Ihr ging es dabei sowohl um die Kommunikation der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Ereignis eintritt, als auch um die Kommunikation der Unsicherheit, mit der die Wahrscheinlichkeitsangabe behaftet ist. Acht Entscheidungshilfen konnten analysiert werden, und zwar anhand der Kriterien zur Bewertung der Wahrscheinlichkeitskommunikation aus dem International Decision Aids Standard Instrument

(IPDASI). Die meisten Entscheidungshilfen schnitten dabei gut ab. Chernyak leistete in ihrem Vortrag selbst einen Beitrag zur Unsicherheitskommunikation, indem sie darauf hinwies, dass unklar sei, wie valide die Kriterien wirklich sind.

Finanzielle Anreize für die Darmkrebsvorsorge?

Im letzten Vortrag dieses Workshops ging Harald Schmidt von der University of Pennsylvania der Frage nach, ob finanzielle Anreize für die Darmkrebsvorsorge die Unsicherheit erhöhen oder vermindern. Schmidt setzte dabei jedoch als sicher voraus, dass Darmkrebsvorsorge nützt und deshalb erstrebenswert sei. Unsicherheit bei Versicherten äußerte sich laut Schmidt deshalb darin, dass Angebote zum Darmkrebscreening nicht adäquat genutzt werden. Anhand von Literaturrecherchen fand er heraus, dass Einladungsverfahren und Entscheidungshilfen für gesundheitsmündige Bürger geeignete Methoden sind. Ob auch finanzielle Anreize, etwa über Bonusprogramme, Unsicherheiten bezüglich der Teilnahme abzubauen in der Lage sind, ließ die ungenügende Datenlage nicht erkennen. In dieser Frage besteht also weiterhin Unsicherheit.

Wie die Beispiele zeigen, besteht die Stärke der evidenzbasierten Medizin darin, existierende Unsicherheit zu benennen und nach Möglichkeit zu quantifizieren – ob über Nutzen und Risiken von Interventionen, oder wie in den Beispielen des Workshops über die Kommunikation von relevanten Aspekten der Organspende, die Bedeutung von Zahlen bei Studierenden der Medizin, die Kriterien zur Beurteilung von Entscheidungshilfen und über finanzielle Anreize für Vorsorgeprogramme. Bei aller weiterhin bestehenden Entscheidungsunsicherheit blieb am Ende zumindest eine Sicherheit: Es war eine gute Entscheidung, die Tagung besucht zu haben.

**Die meisten
Entscheidungshilfen
schneiden gut ab**



Dr. Christian Weymayr ist freier Medizinjournalist und Mitglied des DNEBM www.christian-weymayr.de

Menschen mit geistiger Behinderung als Seniorenhelfer

Ich arbeite in der Pflege!

ES IST WARM AN DIESEM FREITAG im Bottroper Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt. Kirsten Nieber (Name geändert) reinigt die Tische im Aufenthaltsraum, in dem bis vor einer halben Stunde sechs demenzkranke Menschen zusammengessen haben. Sie ist eine von fünf Frauen mit geistiger Behinderung, die zur Zeit im Projekt »WirkWeiser« des Diakonischen Werkes Gladbeck-Bottrop-Dorsten auf eine Tätigkeit im Bereich der Altenpflege vorbereitet werden.

Ziel ist es, dass Kirsten Nieber einmal eigenständig als Pflegehelferin in der Altenhilfe arbeiten kann – vielleicht im Rahmen eines ausgelagerten Werkstattarbeitsplatzes, vielleicht sogar in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Die 22-Jährige soll vor allem in der Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden, mit ihnen Gesellschaftsspiele spielen, sie beim Basteln unterstützen oder sie bei Spaziergängen und beim Arztbesuchen begleiten. Darauf wird sie umfassend vorbereitet – zunächst durch ein Qualifizierungsprogramm, das die Sozialpädagogin und Krankenschwester Katharina Pischny gemeinsam mit der Universität van Nijmegen entwickelt hat.

Ab auf die Schulbank

Seit knapp zwei Jahren geht Kirsten Nieber zum »Unterricht« der Bottroper Werkstätten. Hier lernt sie theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit in der Altenpflege. Auf dem Stundenplan stehen Hauswirtschaft, Hilfestellungen in der Pflege und Betreuung, aber auch Themen wie Kommunikation oder der Umgang mit Tod und Sterben. Für jedes einzelne Thema nimmt sich Pischny zwei Tage Zeit, um Wiederholungen einzubauen oder auch um den Schülerinnen die Möglichkeit zu geben, über ihre Erfahrungen aus der praktischen Arbeit zu berichten. Zusätzlich gibt es persönliche Gespräche zur Weiterentwicklung der sozialen Fähigkeiten. »Schwer tun sich die Teilnehmer vor allem bei Themen, die einen geringen Praxisbezug haben und nicht praktisch eingeübt werden können, wie zum Beispiel beim Thema »Demenz«, oder »Privatsphäre, Nähe und Distanz«, erklärt Pischny.

Parallel zur Theorie werden die Teilnehmerinnen in den eigenen Betrieben des Diakonischen Werkes praktisch vorbereitet. »Viele Tätigkeiten kennen sie schon aus der Werkstatt für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, in der sie seit Beginn der Qualifizierungsmaßnahme arbeiten. Vieles dort ähnelt der Arbeit im Seniorenheim«, sagt Pischny. Etwa nach der Hälfte der Qualifizierung gehen die Projektteilnehmerinnen in die Praktikumsphase, die sie in Senioreneinrichtungen absolvieren.

Auch soziale Fähigkeiten entscheiden

Da es sich bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen um einen geschützten Raum handelt, müssen die Teilnehmerinnen behutsam auf die Bedingungen des

ersten Arbeitsmarktes vorbereitet werden. Hier zählen nicht nur fachliche, sondern vor allem auch soziale Fähigkeiten, weiß Pischny: »Die Teilnehmerinnen müssen in der Lage sein, im Team zu arbeiten und die ihnen übertragenen Aufgaben auch selbstständig bearbeiten zu können. Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft und die Bereitschaft, eine gewisse Verantwortung für die eigene Arbeit zu übernehmen, sind Voraussetzung.« Besonders wichtig ist nach Pischnys Einschätzung die persönliche Motivation und der Wunsch, außerhalb des geschützten Rahmens der Werkstatt für Menschen mit Behinderung Verantwortung zu übernehmen und Pflichten zu übernehmen.

Heidi Müller teilt diese Einschätzung. Die Heilpädagogin begleitet seit fünf Jahren als Übergangsassistentin Menschen mit Behinderungen, die im ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen wollen, und fungiert als Bindeglied zwischen den Arbeitgebern und den Bottroper Werkstätten. »Unsere Beschäftigten gehen mit einer hohen Motivation an ihre Aufgaben«, so Müller. Vor allem zu Beginn ihrer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt steht sie Projektteilnehmerinnen und Arbeitgebern als ständige Ansprechpartnerin zur Seite, fast täglich besucht sie sie vor Ort und auch später schaut sie noch einmal wöchentlich vorbei.

Beide Seiten profitieren

Manchmal müssen auch Vorbehalte und Vorurteile aufseiten der Arbeitgeber aus dem Weg geräumt werden. »Wir müssen eine »Win-win-Situation« für die Beschäftigten und die Arbeitgeber schaffen, dann klappt das«, ist Müller überzeugt. Dazu dient auch das mehrwöchige Praktikum, das bei Bedarf verlängert werden kann. Betrieb und Mitarbeiter erhalten so über einen festgelegten Zeitraum die Möglichkeit, sich gegenseitig kennenzulernen. In gemeinsamen Gesprächen wird die Arbeitssituation reflektiert und Nachschulungsbedarf kann benannt werden. Heidi Müller kümmert sich dann gemeinsam mit Katharina Pischny um die Umsetzung.

Kirsten Nieber hat sich für das Programm beworben – wie die anderen Projektteilnehmerinnen auch. Erst wenige Wochen ihres Praktikums hat sie absolviert, doch sie ist sich schon sicher: »In die Werkstatt gehe ich nicht mehr zurück.« Klaudia Bogdon-Braungart, Sozialarbeiterin im AWO-Altenpflegezentrum, einer Einrichtung mit mehr als 150 Bewohnerinnen und Bewohnern, ist die »Pa-

Arbeitnehmer mit Behinderung werden gezielt auf die Pflege vorbereitet



tin« von Kirsten Nieber und von dem Projekt überzeugt: »Wir haben immer einen Bedarf an Helfern in der Betreuung. Für uns sind die Mitarbeiter der Diakonie eine Entlastung.« Ihre Einrichtung macht schon seit einiger Zeit Erfahrungen mit Menschen mit Behinderung. Bisher arbeiten sie überwiegend in der Hauswirtschaft. Kirsten Nieber soll vor allem in der Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden.

Dass die Arbeiterwohlfahrt mit dem Projekt WirkWeiser zusammenarbeitet, ist für Bogdon-Braungart naheliegend: »Als Arbeiterwohlfahrt sind wir dem Inklusionsgedanken verpflichtet und deshalb offen für die Belange von Menschen mit Behinderung.« Sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hätten die neue Praktikantin positiv aufgenommen. Grenzen für den Einsatz von Menschen mit Behinderung

Teil eines großen Ganzen

Das Projekt »Wirkweiser« der Bottroper wfbM nimmt an einer bundesweiten Studie teil. »Perspektivenwechsel« ist das Ergebnis eines Kooperationsprojekts, das die Bundesvereinigung Lebenshilfe und die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) im Mai 2011 gestartet hatten. Dazu besuchte ein Team von Mitarbeitern beider Einrichtungen Alltagshelfer wie Kirsten Nieber an ihren Arbeitsplätzen, führte Gespräche mit ihnen und ihren Vorgesetzten und Anleitern sowie mit den Senioren und deren Angehörigen. In einer strukturierten Befragung erhoben sie Praxiserfahrungen von 17 auszubildenden Werkstätten für behinderte Menschen (wfbM), 29 kooperierenden Altenhilfeeinrichtungen und 56 behinderten Alltagsbegleitern. Ihr Fazit: Menschen mit geistiger Behinderung leisten wertvolle Arbeit als Alltagsbegleiter in der Pflege.

Der Vorstandsvorsitzende des ZQP Dr. Ralf Suhr freut sich über diese Ergebnisse: »Bei unserem Projekt ging es nicht um die klassischen Aufgaben der Pflege, die dem ausgebildeten Fachpersonal vorbehalten bleiben. Wir wollten einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen mit Behinderung auf eine neue Art und Weise wahrgenommen werden können – auf eine Art, die man in der Pflege häufig so nicht antrifft. Für die Pflege sind Menschen mit Behinderung in erster Linie auf der Seite der Hilfebedürftigen angesiedelt. In den Projekten dagegen waren sie nicht die Empfänger von Pflege, sondern diejenigen, die dort arbeiten oder arbeiten könnten.«

Inklusion wird großgeschrieben

sieht sie in besonders schwierigen Pflegesituationen: »Zum Beispiel, wenn Menschen herausforderndes Verhalten zeigen, dann würde

ich die Werkstattmitarbeiter nicht einsetzen, oder auch bei komatösen Menschen. Spezifische Pflegeaufgaben bleiben Aufgaben des Pflegefachpersonals.« In der Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderung komme es darauf an, flexibel auf persönliche Fähigkeiten und Vorlieben zu reagieren: »Wenn mir jemand signalisiert ›ich traue mich nicht‹, dann würde ich ihn auch nicht damit beauftragen.«

Die Tische sind gereinigt, der Boden ist gefegt, und Kirsten Niebers Arbeitstag geht für heute zu Ende. Was ihr am meisten Spaß an ihrer Arbeit macht? »Dass man selbstständig arbeiten kann«, lautet die spontane Antwort. »Und dass man spürt, wie wichtig man auch selbst für die alten Menschen ist.«



Christiane Grote leitet das Fachgebiet Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des MDS. c.grote@mds-ev.de

Bilanz schwarz-gelbe Gesundheitspolitik

Enttäuschte Erwartungen

DIE FEHLER DER SCHWARZ-ROTEN GESUNDHEITSPOLITIK korrigieren: Das wollten die Liberalen mit Beginn der Legislaturperiode. Doch von den ehrgeizigen Zielen blieb in den vier Regierungsjahren der schwarz-gelben Koalition kaum etwas übrig. Die Bilanz der liberalen Gesundheitsminister Philipp Rösler und Daniel Bahr fällt eher mager aus.

Mit Philipp Rösler zog im Herbst 2009 erstmals ein FDP-Politiker ins Gesundheitsministerium ein. Nach gut acht Jahren unter roter Führung sollte endlich ein völlig neuer Wind wehen. Die Erwartungen waren hoch. Kein Wunder: Im Wahlkampf hatten die Liberalen viel versprochen – von der Abschaffung des umstrittenen Gesundheitsfonds bis zu einem transparenten Vergütungssystem für Ärzte. Was aber bleibt in Erinnerung? Rösler verkündete 2011

Die Liberalen wollten den Gesundheitsfonds abschaffen

das Jahr der Pflege – und verabschiedete sich dann ins Wirtschaftsministerium. Sein Nachfolger Daniel Bahr schaffte immerhin die Praxisgebühr ab. Möglich wurde dies allerdings nicht durch die liberale Gesundheitspolitik, sondern aufgrund der guten Wirtschaftslage und der damit verbundenen Rekordeinnahmen der Krankenkassen.

Volle Kassen bescheren günstige Bedingungen

Die Milliarden-Überschüsse haben Schwarz-Gelb überhaupt viel Ärger erspart. Im Gegensatz zu früheren Regierungen konnte die Koalition weitgehend aus dem Vollem schöpfen. Auch die Reform der Zusatzbeiträge, die gerade Geringverdiener und Rentner getroffen hätte, kam nicht zum Tragen. Ohne die Rekordeinnahmen der Kassen hätten dagegen rasch kräftige Extra-Gebühren gedroht. Manch Experte rechnete bereits für 2015 mit Zusatzbeiträgen von bis zu € 50 im Monat. Davon ist derzeit keine Rede: Einige Versicherungen können sogar Prämien ausschütten – ein willkommenes Wahlkampfeschenke.

Dabei verlief der Start der schwarz-gelben Gesundheitspolitik alles andere als reibungslos. Bereits bei den Koalitionsverhandlungen lagen beide Seiten weit auseinander. Das Ergebnis war folgende kryptische Aussage im Koalitionsvertrag: »Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden.« Gesundheitsminister Rösler sah dies als Freischein für die Einführung einer Gesundheitsprämie. CSU-Chef Horst Seehofer stemmte sich mit aller Kraft dagegen. Fast ein Jahr dauerte der Streit, bei dem sich beide Seiten teils wüst beschimpften. So bescheinigte der damalige FDP-Staatssekretär Daniel Bahr der CSU das Auftreten einer »Wildsau«. CSU-General Alexander Dobrindt konterte und bezeichnete die Liberalen als »Gurkentruppe«. Der Gesundheitsstreit endete mit einer Notlösung: Der bundesweit einheitliche

Beitragssatz wurde auf 15,5% angehoben und der Arbeitgeberanteil auf 7,3% festgesetzt. Damit müssen die Versicherten alle künftigen Kostensteigerungen aus medizinischem Fortschritt und demografischem Wandel alleine schultern. Zugleich hob Schwarz-Gelb die Deckelung der Zusatzbeiträge auf. Um Sozialschwache nicht übermäßig zu belasten, wurde ein komplizierter Sozialausgleich eingeführt.

Sparpaket bei Arzneimitteln auf den Weg gebracht

Zum Kompromiss gehörte auch das Arzneimittelsparpaket – einer der wenigen Erfolge. Erstmals werden alle Medikamente, die mit einem neuen Wirkstoff auf den Markt kommen, auf ihren Zusatznutzen überprüft. Auf Basis dieser Ergebnisse verhandeln Hersteller und Krankenkassen den Preis. Bisher diktierte bei neuen Arzneimitteln die Pharmaindustrie quasi den Preis. In einem zweiten Schritt werden auch einige Medikamente gegen Volksleiden wie Diabetes oder Osteoporose, die bereits seit längerem auf dem Markt sind, auf ihren Nutzen geprüft. Auch wenn das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – kurz AMNOG – sicher Schlupflöcher enthält, dämpft es wirksam den Kostenanstieg bei Medikamenten. Dass ausgerechnet ein FDP-Gesundheitsminister der mächtigen Pharmalobby Druck machte, überraschte selbst die Opposition.

Minireform bei der Pflegeversicherung

Weitaus weniger Mut bewies Schwarz-Gelb bei der Pflege. Wieder wurden nur die größten Löcher notdürftig geflickt. Das heißt: Leichte Anhebung des Beitragssatzes, ein bisschen mehr Geld für Demenzzranke und etwas mehr Flexibilität bei den Pflegeleistungen. Der große Wurf wurde dagegen erneut vertagt. Dabei sind die Probleme in der Pflegeversicherung seit

Jahren bekannt. »Die Pflegeversicherung leidet unter der Geburtskrankheit, dass insbesondere Demenz nicht angemessen

berücksichtigt wird«, klagt Heinz Rothgang, Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen. Bereits die Große Koalition setzte einen Beirat ein, der eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeitete. Wie bereits Ministerin Ulla Schmidt (SPD) scheute auch Nach-Nachfolger Daniel Bahr eine zügige Umsetzung. Der Grund: Die Einbeziehung der Demenzzranke in die Pflegeversicherung würde Milliarden kosten – und damit einen kräftigen Anstieg des Beitragssatzes bedeuten.

Mehr Wunsch als Wirklichkeit: Röslers »Jahr der Pflege«

»Enttäuschend und unzureichend« nannte VdK-Präsidentin Ulrike Mascher die Reform. Der Pflegekompromiss sei ein »kleines Pflaster, mit dem man die großen Lücken in der Pflegeversicherung nicht schließen kann«.

Pflege-Bahr für private Vorsorge

Um die Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren, plante Schwarz-Gelb den Aufbau einer Kapitalreserve. Im unionsinternen Streit zwischen privater Zusatzversicherung und kollektiver Rücklage blieb am Ende allerdings wieder nur eine Notlösung: Ähnlich wie bei der Riester-Rente wird eine private Pflegezusatzversicherung künftig staatlich gefördert (Pflege-Bahr). Doch der von der FDP gefeierte Einstieg in die private Vorsorge ist vor allem ein milliardenschweres Geschenk an die Versicherungswirtschaft. Unter dem Siegel »staatlich gefördert« werben die Versicherer seit Anfang des Jahres um neue Kunden. Chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung, die ein höheres Pflegerisiko haben, werden sich die Zusatzpolice trotz € 5 im Monat Zuschuss nicht leisten können. Für jüngere Versicherte sind die neuen Angebote dagegen meist unattraktiv. Der Grund: Weil es bei den staatlich ge-

Pflege-Bahr: Fünf Euro und ein milliardenschweres Geschenk

förderten Policen keine Gesundheitsprüfung gibt, drohen kräftige Beitragsanhebungen. Eine ungeforderte Versicherung dürfte somit langfristig günstiger sein.

Was oftmals auch verschwiegen wird: Wer die Prämien nicht mehr bezahlen kann und die Police kündigen muss, bekommt später keine Leistungen. Stiftung Warentest hat dem Pflege-Bahr jüngst ein miserables Zeugnis ausgestellt. Oftmals seien die Vertragsbedingungen schlechter als bei ungeforderten Policen.

Hochgesteckte Ziele nicht erreicht

»Der Gesundheitsfonds muss weg« – mit diesem medienwirksamen Slogan zog die FDP 2009 in den Wahlkampf. Ähnlich wie die Forderung nach radikalen Steuersenkungen ließen sich auch in der Gesundheitspolitik die hochgesteckten Ziele nicht umsetzen. Dies zeigte sich bereits bei den Koalitionsverhandlungen. Dass die Bewertungen für die FDP-Minister Rösler und Bahr eher mäßig ausfallen, liegt vor allem daran, dass allzu große Erwartungen geweckt wurden. Der Gesundheitsmarkt ist ein milliardenschweres Geschäft. Allein die gesetzlichen Kassen geben in diesem Jahr rund 190 Milliarden Euro aus. Reformen sind nur in kleinen Schritten möglich – zu groß ist der Widerstand der Lobbyisten. Bahr hat dies erkannt und mit dem Patientenrechtegesetz zumindest kleine Fortschritte erzielt. Die FDP dürfte aus dem Wahlkampf 2009 gelernt haben und sich diesmal mit radikalen Forderungen zurückhalten. Das bedeutet nicht, dass sich der nächste Gesundheitsminister zurücklehnen kann: Die Milliarden-Überschüsse der Krankenkassen wähen nicht ewig. Und das nächste Sparpaket kommt bestimmt.



Steffen Habit
ist Wirtschaftsredakteur
beim *Münchner Merkur*.

IMPRESSUM

MDK Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

Herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Verantwortlicher Redakteur **Dr. Ulf Sengebusch**

REDAKTION

Martin Dutschek Leiter Personal-
entwicklung beim MDK Niedersachsen
[martin.dutschek@mdkn.de]

Christiane Grote Fachgebietsleiterin
»Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« beim MDS
[c.grote@mds-ev.de]

Elke Grünhagen Mitarbeiterin im Bereich
»Allgemeine Grundsatzfragen« beim MDS
[e.gruenhagen@mds-ev.de]

Dr. Uwe Sackmann Qualitätsmanagement-
beauftragter beim MDK Baden-Württemberg
[uwe.sackmann@mdkbw.de]

Dr. Ulf Sengebusch Geschäftsführer des MDK
im Freistaat Sachsen
[ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de]

REDAKTIONSBÜRO

MDS e.V., Martina Knop
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon +49.201.8327-111
Telefax +49.201.8327-3111
m.knop@mds-ev.de

Gestaltung und Layout de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger Medien Centrum

BILDNACHWEIS

Titelmotiv: erschaffen / photocase.com

S. 20 Meikel.inSpirit / photocase.com

S. 22 sör alex / photocase.com

S. 26 Svea Anais / photocase.com

S. 28 Gemmi / photocase.com

S. 31 dixiland / photocase.com

Fotos der Autoren und Gesprächspartner
wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet,
privat zur Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr
Geschäftsführer **Erik Scherb**
Telefon 07821.938-0
Telefax 07821.938-1200
E-Mail info@mdkbw.de

MDK Bayern

Putzbrunner Straße 73, 81739 München
Geschäftsführer **Reiner Kasperbauer**
Telefon 089.67008-0
Telefax 089.67008-444
E-Mail Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Schlaatzweg 1, 14437 Potsdam
Geschäftsführer **Dr. Axel Meeßen**
Telefon 0331.50567-0
Telefax 0331.50567-11
E-Mail info@mdk-bb.de

MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9, 28195 Bremen
Geschäftsführer **Wolfgang Hauschild**
Telefon 0421.1628-0
Telefax 0421.1628-115
E-Mail postmaster@mdk-bremen.de

MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel
Geschäftsführer **Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy**
Telefon 06171.634-00
Telefax 06171.634-155
E-Mail info@mdk-hessen.de

MDK Mecklenburg-Vorpommern

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Geschäftsführer **Dr. Karl-Friedrich Wenz**
Telefon 0385.7440-100
Telefax 0385.7440-199
E-Mail info@mdk-mv.de

MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover
Geschäftsführer **Carsten Cohrs**
Telefon 0511.8785-0
Telefax 0511.8785-199
E-Mail kontakt@mdkn.de

MDK Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg
Geschäftsführer **Peter Zimmermann**
Telefon 040.25169-0
Telefax 040.25169-509
E-Mail info@mdk-nord.de

MDK Nordrhein

Bismarckstraße 43, 40210 Düsseldorf
Geschäftsführer **Wolfgang Machnik**
Telefon 0211.1382-0
Telefax 0211.1382-330
E-Mail post@mdk-nordrhein.de

MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,
66123 Saarbrücken
Geschäftsführer **Jochen Messer**
Telefon 0681.93667-0
Telefax 0681.93667-33
E-Mail infomdk@mdk-saarland.de

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1
01067 Dresden
Geschäftsführer **Dr. Ulf Sengebusch**
Telefon 0351.4985-30
Telefax 0351.4963-157
E-Mail dgottfried@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt

Allee-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer **Volker Rehboldt**
Telefon 0391.5661-0
Telefax 0391.5661-160
E-Mail info@mdk-sachsen-anhalt.de

MDK Thüringen e.V.

Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar
Geschäftsführer **Kai-Uwe Herber**
Telefon 03643.553-0
Telefax 03643.553-120
E-Mail kontakt@mdk-th.de

MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster
Geschäftsführer **Dr. Ulrich Heine**
Telefon 0251.5354-0
Telefax 0251.5354-299
E-Mail info@mdk-wl.de

MDS e.V.

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Geschäftsführer **Dr. Peter Pick**
Telefon 0201.8327-0
Telefax 0201.8327-100
E-Mail office@mds-ev.de

