

MDK forum



**Stationäre Versorger:
Spezialisten oder Alles-
könner?**

Liebe Leserin, lieber Leser!

Ene, mene muh, raus bist du.
Raus bist du noch lange nicht,
sag mir erst, wie gut du bist.

Das Prinzip des Abzählreims ist klar: Wer zuletzt getroffen wird, der fliegt raus. Aber nach welchem Prinzip werden eigentlich Krankenhauskapazitäten geplant? Sind es ausschließlich wirtschaftliche Kriterien, die über den Fortbestand einzelner Häuser entscheiden? Begriffe wie »Gesundheitswirtschaft« und »Gesundheitsmarkt« werden bereits als völlig normal akzeptiert.

Das deutsche stationäre System gilt weltweit als sehr gut ausgestattet; die Relation zwischen Ärzten und Einwohnern ist hoch. Unter qualitativen Gesichtspunkten können die Resultate allerdings nicht immer überzeugen. Führen wirtschaftlicher Druck und Profitorientierung eventuell sogar zur punktuellen Überversorgung? Studien zum Verhältnis zwischen regionalem Angebot und der tatsächlichen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen geben dieser Vermutung Nahrung. Wichtigster Maßstab für die medizinische Versorgung muss jedoch die Qualität sein – nicht die Quantität. Während die gefühlte Realität diesem Anspruch hinterherhinkt, fehlt es an harten Indikatoren und eindeutigen Messverfahren. Unser Schwerpunkt beleuchtet die Problematik der stationären Versorgung aus verschiedenen Blickwinkeln.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch

Aktuell

Frischer Auftritt **MDK und MDS in neuem Corporate Design** 1
Die gute Frage **Ist das Mammographie-Screening (noch) sinnvoll?** 3
Kurznachrichten 5
Die politische Kolumne **Ein Kommentar zur Sterbehilfe** 36

Titelthema

Bedarfsgerechte Versorgung im Krankenhaus – aber wie? 7
Krankenhausversorgung in Deutschland. Ein Plädoyer für mehr Verantwortung und Moral **Alles recht gut?** 9
Auf dem Weg zu mehr Qualität **Warum Checklisten die Patientensicherheit erhöhen können** 11
Interview mit Prof. Armin Töpfer
Vom Wollen, Müssen und Können 12
Der gebürtige Sylter stirbt aus 14
Finanznot in deutschen Kliniken **Operieren, um zu überleben** 15
Wege aus der Personalnot in Landkrankenhäusern
Kleine Kliniken punkten beim ärztlichen Personal mit Service 16

Wissen & Standpunkte

»Wissen Sie noch, wie alt Sie sind?« 17
Kurzinterview zur Erprobung des neuen Pflege-Begutachtungsverfahrens (NBA) **Gute Resonanz** 18
MDS vergleicht Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung 19
»Nach dem Projekt ist vor dem Projekt«:
MDK leistet Beitrag zur Reha vor Pflege 20
Bericht über das erste nationale Schmerzforum am 17. September 2014 in Berlin **Schmerztherapie in Deutschland im Aufwind?** 22
Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie 23

Gesundheit & Pflege

Neurobildung und Ethik
Wie viel Mensch steckt im Gehirn? 24
Biomarkertests bei Brustkrebs
Hoffnungsträger auf dem Prüfstand 26
Demenz-Coaches im Krankenhaus 28

Weitblick

Isolierstationen in Sierra Leone und Liberia **Der unsichtbare Feind unter Verschluss** 30
Emotionen im Alter **Mit Gefühl und Mitgefühl** 32
Chronisch beliebt: Klinikserien im Fernsehen 34

MDK und MDS in neuem Corporate Design

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung gibt sich einen frischen Anstrich. Nach 25 Jahren löst ein modernes Logo mit neuer Farb-Welt und neuer Schrift das stilisierte MD-Logo ab. Erstmals wird der Begriff MDK ausgeschrieben. Überfällig, werden manche gedacht haben, denn das alte, graue Logo war nicht mehr zeitgemäß.

Ausgehend von einem einheitlichen Design aus dem Jahre 1989 hat sich in der MDK-Gemeinschaft über einen langen Zeitraum eine ganze Palette unterschiedlicher Varianten entwickelt. Mal wurde das Logo verändert, mal wurden Farben ergänzt. Bei einer derartigen Vielfalt an Logo- bzw. Designvarianten zersplitterte die geschlossene Aussagekraft, was wiederum die Vermittlung von Werten und Image bei Interessengruppen und in der Öffentlichkeit erschwerte. Dass das stilisierte MD als solches nicht zweifelsfrei zu erkennen war, tat ein Übriges. Der Beschluss der MDK-Geschäftsführer im Dezember 2013, der MDK-Gemeinschaft ein neues Gesicht zu geben, machte den Weg frei für ein gemeinsames, modernes Design. Die MDK-Geschäftsführer richteten eine Arbeitsgruppe Außendarstellung ein. Eine Design-Agentur wurde ausgewählt und der Prozess der Neugestaltung ans Laufen gebracht. »Es ist wie mit einem Haus. Nach 25 Jahren ist es Zeit, die Tapeten abzureißen und über neue Farben nachzudenken«, erklärt Dr. Ulf Sengebusch, der Geschäftsführer des MDK Sachsen und Leiter der AG Außendarstellung der MDK-Gemeinschaft.

Unabhängig, kompetent und verantwortungsvoll

An dem Entstehungsprozess des neuen Designs waren in den verschiedenen Phasen alle MDK eingebunden. Es galt, die gemeinsame Identität der medizinischen Dienste zu klären und zu stärken, um ein glaubwürdiges und von allen Beteiligten getragenes Selbstbild zu entwickeln und zu visualisieren. Das bisher heterogene Erscheinungsbild sollte vereinheitlicht und dem MDK als Dienstleister ein seriöses und klares Erscheinungsbild gegeben werden. Der MDK als unabhängiger, kompetenter und verantwortungsbewusster »Prüfer«, der sich zwischen den Patientenbedürfnissen und den Ressourcen im Gesundheitssystem bewegt und seine Kompetenz mit Empathie und Effizienz verantwortungsvoll einsetzt, war zu visualisieren. Letztlich sollten auch die kommu-

nikativen Prozesse der MDK durch einheitliches Auftreten vereinfacht werden.

Der gesamte Prozess gliederte sich in verschiedene Phasen, die vom Designbüro begleitet wurden. Geschäftsführer, Leitende Ärzte, Leiter der Kompetenz-Centren, Mitarbeiter der Öffentlichkeitsarbeit – sie alle wirkten an der verantwortungsvollen Aufgabe mit, die gemeinsame Identität und das gemeinsame Design zu definieren.

Dabei wurde deutlich, dass die Rolle und Bedeutung des MDK recht einheitlich gesehen wurde – auch wenn dies jeder anders formulierte. Aussagen wie »Der MDK ist Garant für das Solidarsystem in der gesetzlichen Krankenversicherung« oder »Im Hinblick auf die Qualität der ärztlichen und pflegfachlichen Begutachtung ist der MDK ein unentbehrlicher Spieler im Gesundheitswesen« fanden Zustimmung. Ein gemeinsamer Werte-Katalog wurde zusammengestellt.

MDK befragte Versicherte

Das Ergebnis umfasst die Kernattribute »Qualität, Kompetenz, Unabhängigkeit, Dienstleistungsorientierung und Verantwortung«. »Wir hatten eine lange Liste von Schlagwörtern, die das Selbstverständnis des MDK beschreiben, und mussten diese erst einmal sortieren und gewichten – um sie dann in einer grafischen Umsetzung spiegeln zu können«, erklärt Sengebusch.

Ausgewählt aus den Entwürfen haben die anderen

Auf dieser Basis hat das Designbüro mehrere Designlinien – mit Basiselementen des Corporate Designs (CD) wie Logo, Schrift, Farbe, Bild und Gestaltungsprinzipien – entwickelt und der AG Außendarstellung vorgestellt. Die beiden favorisierten Entwürfe wurden mit externer Unterstützung eines Meinungsforschungsinstituts evaluiert. Verschiedene Fokusgruppen von GKV-Versicherten sowie Vertretern der Kranken-



kassen aus Hauptamt und Selbstverwaltung gaben ihre Bewertung ab.

Das neue Logo ist klar und eindeutig

Die Evaluation führte zu einem eindeutigen Ergebnis für den von der AG Außendarstellung in erster Priorität favorisierten Entwurf. »Der Begriff MDK wird zum ersten Mal ausgeschrieben«, freut sich Sengebusch. »Damit ist das neue Logo klar und eindeutig.« Die aus diesem Prozess hervorgegangene Wortbildmarke erzeugt eine positive Erwartungshaltung: Sie verweist auf Kompetenz, Verantwortung und Objektivität. Die gewählten Farbwelten des MDK symbolisieren Vertrauen und Objektivität auf der einen Seite, verbunden mit Frische und Empathie auf der anderen Seite.

Endlich, werden sich viele denken, denn kaum jemand hatte das graue MD entschlüsseln können. Mit dem neuen Design ist der Name der Medizinischen Dienste deutlich erkennbar.

MDK und MDS erscheinen im gleichen Schriftbild. Der Schriftzug neben den Logos ergänzt den individuellen Namen für jeden MDK, jedes Kompetenz-Centrum und den MDS. Zusätzlich gibt es ein gemeinschaftliches Logo für die MDK-Gemeinschaft.

Die MDK-Gemeinschaft präsentiert der Öffentlichkeit das neue Design beim MDK-Kongress am 5. und 6. November 2014. »Der Kongress der MDK-Gemeinschaft bietet gerade im 25. Jubiläumsjahr eine gute Gelegenheit für einen solchen Start zu einem neuen, gemeinsamen Außenauftritt. Gemeinsam wollen wir die MDK-Gemeinschaft als eine verantwortungsvolle Organisation, die in ihren Begutachtungs- und Beratungsaufgaben für die Kranken- und Pflegeversicherung erfahren und auf der Höhe der Zeit ist, positionieren«, erklärt der Leiter der AG Außendarstellung. Nach dem Aufschlag auf

dem MDK-Kongress wird die schrittweise Umsetzung in der MDK-Gemeinschaft erfolgen.

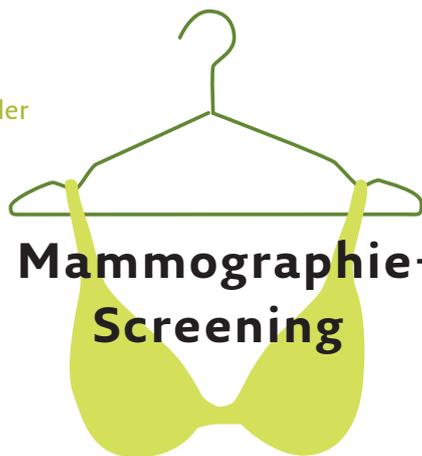
Los geht es mit grundständigen Medien wie Briefpapier, Visitenkarten und Folien. Die Geschäftsführer haben sich darauf verständigt, dass der Umstellungsprozess in den MDK bis zum Herbst 2015 abgeschlossen sein soll. Das neue CD hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Gestaltung des MDK Forum. Die Gestaltung des Magazins wurde entsprechend harmonisiert. Gleichwohl behält das MDK Forum seine eigene Rolle als Magazin der MDK.

»Mit dem neuen Logo visualisieren wir die MDK als Institution, in der der Versicherte im Mittelpunkt steht. Der Versicherte erfährt Qualität und Kompetenz. Er profitiert von der Unabhängigkeit und dem verantwortungsvollen Handeln der Medizinischen Dienste. Das ist unsere Botschaft«, sagt Sengebusch.



Caroline Jung, MDS,
ist Mitglied in der
Arbeitsgruppe »Außendarstellung«
der MDK-Gemeinschaft.
c.jung@mds-ev.de

Interview mit
Prof. Dr. Jürgen Windeler



Ist das **Mammographie-Screening** (noch) sinnvoll?

Jede Frau zwischen 50 und 69 in Deutschland erhält alle zwei Jahre eine Einladung zur Mammographie. Etwa jede zweite geht hin, das sind pro Jahr rund 2,7 Millionen Frauen. Damit ist die Mammographie eines der aufwendigsten Screening-Programme. Doch es mehren sich die Zweifel, ob sich dieser Aufwand lohnt. Wir sprachen mit Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Was macht das Mammographie-Screening in Deutschland aus?

Das Mammographie-Screening ist das einzige Erwachsenenscreening, das in einem Einladungsmodell organisiert ist. So etwas gibt es für keine andere Früherkennung im Erwachsenenalter. Ansonsten aber befasst sich die Diskussion, die wir derzeit über die Mammographie führen, mit den gleichen Themen und Problemen wie die Diskussionen, die man bei anderen Früherkennungsprogrammen geführt hat – oder führen müsste – und auch künftig führen wird.

In dieser Diskussion wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Wirkung von Screening-Programmen erst nach frühestens zehn Jahren sichtbar wird. Das Mammographie-Screening wurde im Jahr 2009 flächendeckend in Deutschland eingeführt – lassen sich heute überhaupt schon Aussagen zum Erfolg machen?

Wenn man 2009 nicht bereits aussagefähige Daten gehabt hätte, hätte man das Screening gar nicht einführen dürfen – und ich glaube auch nicht, dass wir in zehn Jahren entscheidend mehr wissen werden. Für das Mammographie-Screening liegen uns mehr und qualitativ bessere Daten vor als für jede andere Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Sie stammen aus aussagefähigen vergleichenden Studien, die Mitte der 1980er-, spätestens Beginn der 1990er-Jahre abgeschlossen wurden. Auf dieser Grundlage ist das Mammographie-Screening eingeführt worden und darauf basiert heute auch die gesamte Diskussion. Wesentliche neuere Daten gibt es nicht. Die Anfang dieses Jahres publizierten 20-Jahres-Daten aus einer kanadischen Studie haben die bisher bekannten Ergebnisse bestätigt. Was es nicht gibt, sind Mortalitätsdaten

aus dem deutschen Mammographie-Screening-Programm. Hier muss man allerdings ehrlich sagen: Die wird es in aussagekräftiger Form auch nicht geben. Darauf sollten wir also mit Entscheidungen über eine Verbesserung des Programms nicht warten.

Wenn diese Daten nun schon vorliegen, wo liegt dann Ihrer Meinung nach das Problem?

Das Problem – und das gilt übrigens für alle Früherkennungsuntersuchungen – liegt darin, dass die Krankheit, nach der man sucht, verhältnismäßig selten ist. Die Ereignisse, die man gerne vermeiden möchte, nämlich den Tod durch diese Krankheit, sind noch seltener. Wer also einen positiven Effekt einer Maßnahme auf diese seltenen Ereignisse untersuchen möchte, braucht erstens sehr große Populationen. Und zweitens ist die Unsicherheit in den Ergebnissen dann immer noch so groß, dass man selbst mit guten Daten argumentieren kann »Da tut sich ja so gut wie gar nichts« und mit fast den gleichen Daten aber auch sagen kann »Na ja, es tut sich ja ein bisschen etwas, was ein solches Screening rechtfertigt«. Das ist momentan das zentrale Problem.

Bedeutet das, die Schlussfolgerungen aus den vorliegenden Studien sind reine Auslegungssache?

Die Kritiker der Mammographie-Untersuchung, z. B. die Cochrane-Forscher um Peter Goetzsche aus Dänemark, stellen sehr hohe Anforderungen an die Studien und lassen nur sehr wenige gelten. Daraus leiten die Autoren dann ab: Das Mammographie-Screening lohnt sich nicht. Andere Autoren kommen unter Einschluss der übrigen Studien zu dem Ergebnis, dass es vielleicht doch ein bisschen etwas bringt. Noch andere Autoren nehmen nicht nur vergleichende Stu-

dien, sondern auch ganz andere Daten hinzu, die qualitativ möglicherweise schlechter sind, und kommen zu dem Ergebnis, dass das Screening sehr wohl etwas bringt. Quantitativ liegen aber alle diese Ergebnisse dicht beieinander.

Nun sagen die Kritiker, dass Frauen, die am Mammographie-Screening teilnehmen, zwar seltener an Brustkrebs sterben, aber im Schnitt auch nicht länger leben als Frauen, die nicht teilnehmen. Einige von ihnen würden völlig unnötigerweise eine Brustkrebs-Diagnose erhalten, operiert oder bestrahlt werden bzw. eine Chemotherapie bekommen. Diese Strahlenbelastung könne sogar das Herzinfarkt- und Lungenkrebsrisiko erhöhen. Schadet das Mammographie-Screening demzufolge mehr, als es nutzt?

An dieser Darstellung sind zwei Dinge zunächst richtig: Wenn man auf die Brustkrebs-Mortalität schaut, die Sterblichkeit am Brustkrebs, dann gibt es dort vermutlich einen kleinen Effekt. Richtig ist außerdem, dass es keinen auffälligen Effekt auf die Gesamtsterblichkeit gibt: Frauen leben dank der Mammographie nicht länger – im Mittel wohlge-merkt. Aber es ist unklar, ob sich der Effekt in der Brustkrebs-Mortalität deshalb nicht in der Gesamtsterblichkeit zeigt, weil es die beschriebenen Nebenwirkungen gibt, die sozusagen gegenläufig sind. Oder aber, und das ist eine genauso plausible Hypothese, weil der Effekt auf die Gesamtsterblichkeit viel zu klein ist, als dass ihn sorgfältige Studien überhaupt zeigen könnten. Man weiß es einfach nicht. Um solche Aussagen belegen zu können, brauchen Sie riesige und in dieser Größe auch noch sehr aussagekräftige Studien. Die gibt es einfach nicht. Das gilt übrigens für andere Screening-Formen auch.

Also nutzt das Mammographie-Screening doch etwas?

Die Frage ist, was man als Nutzen akzeptiert. Derzeit gehen wir davon aus, dass es eine gewisse Senkung der Brustkrebs-Sterblichkeit gibt. Zweitens können wir davon ausgehen, dass es keine Änderung in der Gesamtsterblichkeit gibt. Drittens gibt es Nebenwirkungen im Sinne von Überdiagnosen, das ist bekannt. Ein Teil der im Mammographie-Screening entdeckten Brustkrebsfälle wären also besser unentdeckt geblieben: Sie müssen therapiert werden, wären aber der Frau sonst nie aufgefallen. Das sind die Nachteile, und sie sind gravierend und auch quantitativ nicht zu vernachlässigen. Und jetzt ist es eine Frage der Bewertung, ob man aus all diesen Punkten insgesamt einen Nutzen ableitet oder nicht. Jemand, der sagt: »Screening bringt nur dann etwas, wenn die Frauen länger leben«, der muss sagen: »Das passiert hier nicht«. Eine Frau, die sagt, es reicht mir schon, wenn ich meine Sterblichkeit an Brustkrebs reduzieren kann, würde dem Screening einen Nutzen zuerkennen.

Bei aller Skepsis: Derzeit bin ich nicht dafür, die Mammographie als Einladungsmodell abzuschaffen, wie es einige fordern. Und zwar nicht, weil der Effekt der Mammographie so überzeugend ist. Doch würde man das Mammographie-Screening in der organisierten Form abschaffen, dann würde

es wie früher ohne eine adäquate Qualitätssicherung weiterlaufen. Schließlich kann niemand die Mammographie an sich verbieten. Insofern würde eine Abschaffung des Programms die Situation für die Frauen eher schlechter machen als besser. Außerdem haben wir durch das Programm die Möglichkeit, alle Frauen zu erreichen und mit vernünftigen Informationen zu versorgen. Der zweite Punkt ist: So ein etabliertes Früherkennungsprogramm ist ein extrem träger Tanker. Dort auf die Bremse zu treten oder die Richtung zu ändern, braucht eine Vorlaufzeit von einigen Jahren. Und wir müssen auch aufpassen, dass die Kritik am Mammographie-Programm nicht dazu missbraucht wird, den Frauen eine graue Mammographie oder eine andere Methode wie zum Beispiel Ultraschall oder MRT als angeblich bessere Alternative anzubieten. Hier sieht die Bilanz noch schlechter aus.

Wäre denn eine solche Richtungsänderung angesichts der neuen Therapiemöglichkeiten angezeigt?

Wer heute an Brustkrebs erkrankt, hat eine viel bessere Perspektive als vor zwanzig Jahren. Wir wissen mehr über den Krebs und haben neue Medikamente gegen Brustkrebs, die die Therapie verbessern. Von daher kann es sein, dass die positiven Effekte des Mammographie-Screenings auf die Brustkrebs-Sterblichkeit heute noch kleiner sind, als sie es vor zehn oder fünfzehn Jahren waren.

Eine Risikoadaptation wäre sicherlich eine mögliche Perspektive – das gilt für jedes Screening. Statt nach dem »Gießkannenprinzip« könnte man die Untersuchung ausschließlich denjenigen zukommen lassen, die davon am meisten profitieren, und den anderen, die nur ein sehr kleines Risiko einer Erkrankung haben, die Nachteile des Screenings ersparen. Darin wird sicherlich die Zukunft liegen. Aber wir haben im Moment noch keine aussagekräftigen Marker für diese Risikoadaptierung. Beim Gebärmutterhalskrebs und Prostatakrebs fängt man jetzt an, über ein ergebnisabhängiges Screeningprogramm zu sprechen, also Teilnehmer, die nach einem ersten Test positiv sind, in engeren Abständen wieder einzuladen als diejenigen, die im ersten Test negativ sind. Aber auch ein solches Vorgehen steckt derzeit noch in den Kinderschuhen.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

G-BA erweitert Anspruch auf häusliche Krankenpflege

Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, können in Zukunft für einen längeren Zeitraum als bisher häusliche Krankenpflege (HKP) erhalten. Statt für bisher drei Werktage können Krankenhausärzte eine HKP nun für fünf Arbeitstage (MO-FR) verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinien für die Verordnung von HKP entsprechend angepasst. Hintergrund waren Probleme mit der nahtlosen Anschlussversorgung, wenn Patienten nahe zum Wochenende oder zu Feiertagen aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Häusliche Krankenpflege können Patienten erhalten, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung ersetzt bzw. vermieden oder verkürzt werden kann. Die Änderung gilt seit dem 7. Oktober.

Jeder vierte Deutsche leidet unter chronischen Schmerzen

In Deutschland leiden 23 Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Jeder vierte ist mit der Schmerzbehandlung (sehr) unzufrieden. Dies geht aus einer aktuellen Studie hervor, die ein Autorenteam um den Saarbrücker Schmerzspezialisten PD Dr. Winfried Häuser im Auftrag der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) durchgeführt hat. 95% der chronischen Schmerzen waren nicht durch einen Tumor bedingt. Die Studie bestätigte die bisherigen Expertenschätzungen mit Prävalenzraten von 15% bis 25%, kommentierte Prof. Dr. Dr. Tölle, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., die Ergebnisse. Damit läge nun eine gute Grundlage vor, um die konkrete Versorgung der Bevölkerung in Deutschland zu planen.

IGeL-Monitor: Stoßwellen beim Fersenschmerz »tendenziell positiv«

Wenn die Ferse anhaltend entzündet ist und schmerzt, kann eine Therapie mit heftigen Schallstößen Linderung bringen. Dies ist das Ergebnis einer aktuellen Bewertung im IGeL-Monitor des MDK. Die Experten bewerten die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fersenschmerz mit und ohne Fersensporn »tendenziell positiv«. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen diese Stoßwellentherapien nicht, außer für die Zertrümmerung von Nierensteinen. Als IGeL kostet die Behandlung in der Regel pro Sitzung zwischen achtzig und mehreren hundert Euro und wird zwei- bis viermal wiederholt. Zu einem früheren Zeitpunkt hatte der IGeL-Monitor bereits den Einsatz der ESWT bei anderen Beschwerden bewertet. Während die Stoßwellentherapie beim Tennisarm »tendenziell negativ« abschnitt, wurde die Stoßwellentherapie bei der Kalkschulter mit »unklar« bewertet.

Neue Regeln für MDK-Prüfung von Krankenhausrechnungen

Ab dem Aufnahmedatum 1. Januar 2015 gelten neue Regeln für die Prüfung von Krankenhausrechnungen durch den MDK. Sie finden sich in der Vereinbarung zum Prüfverfahren, auf die sich der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verständigt haben. Die Verhandlungen über das Prüfverfahren waren zunächst gescheitert. Die jetzt getroffene Vereinbarung kam dann nach Anrufung und mit Moderation der Bundesschiedsstelle doch noch zustande.

Bundeseinheitlich geregelt sind nun u. a. Fristen für die einzelnen Verfahrensschritte, die Möglichkeiten der Datenkorrektur durch die Krankenhäuser sowie ein zwischen Kassen und Krankenhäusern vor Einschaltung des MDK mögliches Vorverfahren zur Klärung von Unstimmigkeiten bei der Rechnungslegung. Die konkrete Arbeitsweise der MDK wurde bis auf die Einführung der Fristen entgegen der ursprünglichen Intention der DKG nicht reglementiert. Die GKV konnte sich mit ihrer Forderung nach Sanktionen bei fehlerhafter Abrechnung nicht durchsetzen.

Vor dem Start: Umsetzung der schlanken Pflegedokumentation

Die Vorbereitungen für die Implementierung einer schlanken Pflegedokumentation laufen auf Hochtouren. Um die Implementierung zu begleiten, wird zurzeit ein Projektbüro beim Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, eingerichtet. Im Rahmen einer auf zwei Jahre angelegten Implementierungsstrategie möchte Laumann bis Mitte 2016 ein Viertel aller Pflegeeinrichtungen für den Umstieg auf das neue Verfahren gewinnen. Um für dieses Vorhaben zu werben, hatte sich Laumann im Sommer auf eine »Entbürokratisierungstour« begeben. Neben Verbänden der Einrichtungen besuchte er die MDK in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Thüringen und Westfalen-Lippe. In diesen Gesprächen, an denen auch die jeweils benachbarten MDK teilnahmen, unterstrichen die Medizinischen Dienste ihre Akzeptanz für das neue Verfahren und sagten Laumann ihre Unterstützung zu. Die MDK prüfen jährlich die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Prüfungen finden unter anderem auf der Basis der Pflegedokumentation statt.

**Stationäre Versorger:
Spezialisten oder Alleskönner?**



Bedarfsgerechte Versorgung im Krankenhaus – aber wie?

Über die angemessene Anzahl von Krankenhäusern und die Qualität der stationären Versorgung in Deutschland wird seit Jahren gestritten. Während die einen Überversorgung und Qualitätsdefizite beklagen, sehen die anderen in einem bewussten Abbau von Kapazitäten eine Gefahr für die Patientenversorgung. Bis Ende des Jahres soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Eckpunkte für eine Krankenhausreform erarbeiten – Gelegenheit für eine Bestandsaufnahme mit Blick auf eine bedarfsgerechte Versorgung.

»RETTET UNSER KRANKENHAUS«: Dissen, Neuerburg, Willich, Isny, Helmarshausen, Bad Schwalbach – drohende Schließungen von Krankenhäusern rufen häufig die Bürger auf den Plan. Doch müssen wirklich alle Kliniken gerettet werden, die in die finanzielle Schieflage geraten sind? Besteht nicht eher die Gefahr, dass dadurch unwirtschaftliche Krankenhäuser an den Tropf gehängt werden und einen vielfach geforderten strukturellen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft behindern?

Der Krankenhausmarkt: kaum strukturelle Änderungen

Im vergangenen Jahr stellten die Autoren der OECD-Studie »Managing Hospital Volumes« fest, Deutschland habe mit über 8,3 Betten pro 1000 Einwohner überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten. Nur Korea und Japan haben mehr. Dabei waren hierzulande 2003 die Fallkostenpauschalen auch mit dem Ziel eingeführt worden, eine Marktberichtigung voranzubringen.

Laut Statistischem Bundesamt gab es Ende 2012 in Deutschland 2017 Kliniken mit insgesamt 501 475 Betten – 204 Krankenhäuser weniger als im Jahr 2003. Doch tatsächlich wurden zwischen 2003 und 2013 lediglich 74, vor allem kleinere, Krankenhäuser vollständig geschlossen. Die übrigen »Verschwundenen« gingen in Fusionen auf und blieben faktisch in der Versorgung.

Zu viele Betten – und ein angebotsgetriebener Markt

Die vielen Betten kosten Geld und verlangen nach Belegung, denn jede Belegung leistet einen Beitrag zu den Ein-

nahmen – und so zeigt die aktuelle OECD-Studie »Geographic Variations in Health Care«, dass im 13-Länder-Vergleich in Deutschland überdurchschnittlich häufig operiert wird. Zwischen 2005 und 2010 stiegen die Klinikleistungen hierzulande um 1,9 %, im OECD-Durchschnitt nur um 0,3 %. Bei der Zahl der Hüft- und Knie-Endoprothesen, brusterhaltenden Operationen und Koronar-Interventionen bzw. Bypass-OPS nehmen deutsche Krankenhäuser im internationalen Vergleich Spitzenpositionen ein – und trotzdem leben die Menschen hierzulande nicht länger.

Auch der innerdeutsche Vergleich zeigt deutliche Auffälligkeiten: Die Zahl der Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner schwankte 2012 laut Gutachten des Sachverständigenrates je nach Bundesland zwischen 538 und 788 – eine Situation, die strukturelle Fragen aufwerfe, so die Gesundheitsweisen. Und der »Faktencheck« 2011 der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass in bestimmten Landkreisen sechs Mal so häufig Prostataktomien durchgeführt werden wie in anderen, acht Mal so häufig Tonsillektomien. Über die genauen Ursachen dieser Unterschiede und wie sich diese Versorgung auswirkt, lässt sich zurzeit leider nur spekulieren, denn es fehlt an Versorgungsforschung.

Ursachen regionaler Versorgungsunterschiede sind zu klären

Mengenmäßige Überversorgung

Auf einem Führungskräfte-seminar der Krankenhausdirektoren Deutschlands verglich Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, die Krankenhausedichte in Nordrhein-Westfalen und in den Niederlanden. Selbst unter Berücksichtigung struktu-

reller Unterschiede sei angesichts von 401 Krankenhäusern in NRW (17,9 Mio. Einwohner, 34 000 km²) und 132 Häusern in den Niederlanden (16,7 Mio. Einwohner, 41 500 km²) ein Missverhältnis offensichtlich, so Leber.

Angesichts dieser Situation fordern nicht nur die Kassen strukturelle Änderungen in Richtung Kapazitätsabbau. Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hinken die Ergebnisse der OECD-Studie: Zu unterschiedlich seien die Verhältnisse in den Vergleichsländern. Zudem sei es notwendig, Kapazitäten vorzuhalten, um eine gut erreichbare Versorgung im ländlichen Raum und eine Versorgung in Krisenzeiten, etwa bei Epidemien, sicherzustellen.

Informationsdefizite über die Qualität der Versorgung

Doch nicht nur die »Menge« an Krankenhausversorgung ist in der Diskussion. Im Fokus steht ebenfalls die Qualität der medizinischen Versorgung. Hierzu hat die große Koalition bereits erste Schritte eingeleitet: Ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu gründendes Qualitätsinstitut »soll messbare Kriterien für die Qualität von Therapie und Diagnostik wissenschaftlich fundiert entwickeln. Auf dieser Basis können Maßnahmen ergriffen werden, um vorhandene Defizite zu erkennen und die ambulante und stationäre Versorgung gezielt zu verbessern.« Außerdem soll das Institut Qualitätsvergleiche veröffentlichen, damit sich Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses über die Qualität der Einrichtungen und ihrer Leistungen besser informieren können.

Greifen Qualitätsinitiativen nicht?

Wird diese Qualitätsinitiative zum Erfolg führen? Die Erfahrungen mit den 2004 eingeführten Mindestmengenvorgaben für ausgewählte Eingriffe stimmen bedenklich. Gegen diese setzen sich Krankenhäuser mit juristischen Mitteln zur Wehr – oder sie missachten sie einfach: Ein Forscherteam der Universität Witten Herdecke um Dr. Werner de Cruppé analysierte kürzlich die Einhaltung der Mindestmengenvorgaben in den Jahren 2004–10. Es fand heraus, dass viele Krankenhäuser nach wie vor Operationen vornehmen, die nach dem Willen des Gesetzgebers nur noch in dafür spezialisierten Kliniken durchgeführt werden sollen. Die Krankenkassen vergüten diese Eingriffe trotzdem meistens. Dabei liegt auf der Hand: Wo nur zehnmal im Jahr ein künstliches Knie eingesetzt wird, werden die Abläufe weniger routiniert sein als dort, wo diese Operation hundertfach im Jahr durchgeführt wird.

Welcher Weg ist zu weit?

»Jeder Versicherte bzw. Bürger [soll] in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten ..., die seinem Bedarf entspricht«, unterstreicht der Sachverständigenrat. Doch was ist der Bedarf und was heißt bedarfsgerecht? Ein plausibler Ansatz lautet: Patienten sollen die Versorgung erhalten, die sie tatsächlich benötigen – und dies in einer Qualität, die dem anerkannten Stand der Wissenschaft entspricht.

Praktisch bedeutet das: Im Notfall muss eine schnelle und damit gut erreichbare Akutversorgung sichergestellt sein. Die Versorgung soll zudem auf Basis der verfügbaren und gesicherten Erkenntnisse erfolgen. Erfolgreich kann dieser Anspruch angesichts der Fülle der Erkenntnisse nur über die zunehmende Spezialisierung von Medizinern und medizinischen Einrichtungen realisiert werden.

Dies hat tendenziell auch zur Folge, dass Patienten für eine Spezialversorgung weitere Wege in Kauf nehmen müssen. Dennoch liegt eine Spezialisierung auch im Patienteninteresse, denn sie werden sich – abgesehen vom Notfall – bei komplexen Behandlungen eher für einen etwas weiter entfernten qualitativ besseren Spezialversorger entscheiden als für einen weniger spezifisch qualifizierten Allgemein- bzw. Grund-Versorger in der Nähe.

Derzeit gelangen 73% der Notfallpatienten in zehn Minuten zum Krankenhaus; 97,5% in zwanzig Minuten, so Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Auch vor diesem Hintergrund stellt Leber fest: »Das Überversorgungsproblem ist gravierender als das Problem der Unterversorgung«. Er fordert deshalb bundesweite Normen – wie etwa bundesweite Kriterien für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern – und kritisiert: »Krankenhausplanung war gestern – heute besteht sie aus der inspirationslosen Fortschreibung einer wenigen DIN-A4-Seiten umfassenden Adressliste.« Außerdem müssten Marktaustrittshilfen – für den kostenintensiven Schritt der Schließung eines Krankenhauses – einklagbares Recht werden. Entscheider über Schließungen sind derzeit faktisch die Träger; zu Budgets für Marktaustrittshilfen sollten die Profiteure, die Nachbarkrankenhäuser, herangezogen werden, sagte der Experte.

73% aller Notfälle erreichen die Klinik in 10 Minuten oder schneller

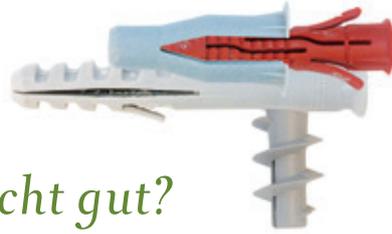
Bedarfsgerecht versorgen – Notwendiges besser tun

Überdurchschnittlich viele Krankenhäuser, Krankenhausbetten und Krankenhausleistungen kennzeichnen den stationären Sektor in Deutschland – bei guten, aber nicht überragenden Ergebnissen. Gleichzeitig wissen wir noch zu wenig über die Qualität der Krankenhäuser, ihre Leistungen und die Ursachen der bestehenden Versorgungsunterschiede. Insofern ist davon auszugehen, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland nicht bedarfsgerecht ist, dass also Leistungen erbracht werden, die nicht notwendig sind, und dass Leistungen in einer Qualität erbracht werden, die in vielen Fällen besser sein könnte. Für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe gibt es somit vieles dringend zu tun.



Michael Reiter MA
ist Herausgeber und Chefredakteur
des Kostenträger Entscheiderbriefs.
michael.reiter@kris-gmbh.de

Krankenhausversorgung in Deutschland.
Ein Plädoyer für mehr Verantwortung und Moral



Alles recht gut?

Die Verbesserung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern rückt in den Fokus öffentlicher Betrachtungen und politischer Reformvorhaben. Doch wie ließe sich die klinische Versorgung verbessern? Geradezu reflexhaft wird bei Problemen nach mehr Geld gerufen. Nicht so von unserer Autorin Dr. Annette Busley (MDS). Sie sieht in mehr Verantwortung und Moral ein wesentliches Fundament für grundlegende Veränderungen.

AUF DEN ERSTEN BLICK stützt nichts die Annahme, dass es wesentliche Probleme in der deutschen Krankenhausversorgung gibt: Die Qualitätsberichterstattung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zeigt seit Jahren durchweg erfreuliche Ergebnisse. Die Menschen in Deutschland haben im europäischen Vergleich zwar keinen Spitzenplatz in der Lebenserwartung, aber die Unterschiede sind insgesamt eher klein – dafür haben wir hierzulande einen vergleichsweise sehr guten Zugang zur Krankenhausversorgung (worum wir mit Recht beneidet werden).

Trotzdem viel Verbesserungspotenzial?

Doch selbst wenn wir annehmen, es wäre alles gut: »Wer nichts verändern will, wird auch das verlieren, was er bewahren möchte« (Gustav Heinemann). Getreu dieser Einsicht vermag ein jeder konstruktive Vorschläge für Verbesserungen zu machen. Und jeder, der es vermag, tut es in diesem Falle auch. Es vergeht kein Tag, an dem nicht das eine oder andere über vermeintlich nötige und auch konkret mögliche Qualitätsverbesserungen im Krankenhaus zu lesen und zu hören ist. Da sollen z. B. Fehlermeldesysteme etabliert, Checklisten durchgegangen, mehr Desinfektionsmittelspendler aufgehängt, Patientenbetten tiefer gelegt und mehr Personal beschäftigt werden. Diese Liste ließe sich nahezu unbegrenzt verlängern. Und jeder Vorschlag ist mit großer Wahrscheinlichkeit dazu geeignet, die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus unter irgendeinem Aspekt zu verbessern.

**Rumdoktern
am Detail
reicht nicht**

Durch viele kleine Maßnahmen dieser Art wurde das heutige Qualitätsniveau erreicht. Aber es sind Probleme geblieben und auch neue entstanden. Vor allem grundlegende Probleme, die sich nicht allein durch Veränderungen von Details

werden lösen lassen. Doch für große Veränderungen fehlt an (zu) vielen Stellen der Mut zu Verantwortung und zu Moral – auch wenn dies eine sehr allgemeine und auf viele Bereiche unserer Gesellschaft anwendbare Klage ist. Gerade an Ärztinnen und Ärzten, aber auch an alle anderen Berufsgruppen, die für das Leben und die Unversehrtheit von Menschen zuständig sind, werden hohe moralische Ansprüche gestellt – und diese Gruppen berufen sich häufig auch sehr vehement auf ihre Verantwortung und Moral, wenn es darum geht, die Freiheit ihrer Entscheidungen zu verteidigen. Dennoch stecken sie ganz unverkennbar in Konflikten.

Zwischen Mammon und Ethos

Nehmen wir als Beispiel die Säuglingssterblichkeit: Sie liegt in Deutschland mit 3,6 von 1000 geborenen Kindern höher als in Schweden (2,1), Norwegen (2,1) oder Finnland (2,4), obwohl die Entfernung zwischen dem Wohnort der Gebärenden und der Geburtsklinik hierzulande im Durchschnitt sehr viel geringer ist. Doch allein das öffentliche Nachdenken darüber, Kliniken mit wenig Behandlungsroutine von der geburtshilflichen Versorgung aus Qualitätsgründen auszuschließen, löst Proteststürme aus. Wo bleibt da die Verantwortung für die geborenen Kinder und ihre Eltern? Oder anders gefragt: Geht es den Kliniken um die Versorgungsqualität oder eher um den Erhalt ihrer Abteilungen?

Ein weiteres Beispiel: Internationale Vergleiche zeigen in Deutschland immer wieder überdurchschnittlich hohe Raten invasiver und damit auch gefahrenträchtiger Behandlungen und Untersuchungen wie z. B. Kaiserschnitte oder Herzkatheteruntersuchungen, ohne dass sich bessere Behandlungsergebnisse wie eine höhere Lebenserwartung oder eine geringere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachweisen lassen.



Spätestens mit der Frage, warum es an deutschen Krankenhäusern den »Transplantationsskandal« geben konnte, ist das bestehende Spannungsfeld zwischen Mammon und Ethos in der Medizin nicht mehr auszublenden. Selbst die Mehrzahl der Chefärzte deutscher Krankenhäuser »vermutet« – so eine aktuell veröffentlichte Untersuchung des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Uni Duisburg-Essen –, dass es eine wirtschaftlich motivierte Überversorgung in den hiesigen Krankenhäusern gibt.

Missverständnis »Leistung«

Überversorgung bedeutet, Patienten werden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ausgesetzt, derer sie nicht sicher bedürfen. Damit werden sie gefährdet. Und damit werden finanzielle Ressourcen verbraucht, die dann an anderer Stelle fehlen. Kliniken vereinbaren mit leitenden Ärzten leistungsbezogene Vergütungsvereinbarungen. Nach dem Prinzip der deutschen Krankenhausvergütung heißt das, das Geld soll der Leistung folgen.

Nichtzuständigkeit Doch leider wird der Begriff »Leistung«
kenn häufig als Menge (bzw. Mengenauswei-
keine Hierarchie tung) definiert – das ist unredlich und bringt den Arzt in ein moralisches Dilemma. In seiner Macht liegt es nämlich nicht, die Zahl der Erkrankten, die einer Behandlung wirklich bedürfen, zu beeinflussen – somit »beugt« er im schlimmsten Falle seine Indikationsstellung.

Der einzige akzeptable Weg wäre es, durch qualitativ herausragende medizinische Versorgung das Renommee der Klinik zu verbessern und damit den Zulauf von Patienten zu erhöhen. Mögliche Leistungsziele könnten beispielsweise eine höhere subjektive Zufriedenheit der Patienten sein, oder verringerte Wundinfekte, weniger Transfusionsbedarf, kürzere Beatmungszeiten, verbesserte Beweglichkeit, reduzierte neurologische Defizite beziehungsweise weniger blinde Neugeborene. Beispiele lassen sich in allen medizinischen Fachgebieten finden.

Mit gutem Beispiel voran

Die Möglichkeit des einzelnen Arztes, sich den »unmoralischen« Mengenausweitungs-Tendenzen zu widersetzen, ist begrenzt. (Da sollte ein jeder selbstkritisch und ehrlich sein, bevor er auf den anderen zeigt!) Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat als erste Fachgesellschaft Handlungsrichtlinien für den Umgang mit wirtschaftlichen Interessen im Gesundheitswesen erarbeitet und konsentiert – ein empfehlenswertes Beispiel! Die Funktionäre dieser Fachgesellschaft haben Verantwortung übernommen und selbst gehandelt, statt es von anderen zu verlangen. Dieser Weg wird ihnen vermutlich Kritik einbringen – aber auch Ehre.

Dadurch unterscheiden sie sich bemerkenswert von vielen »Verantwortlichen« im Gesundheitswesen, die heutzutage auffällig oft dazu neigen, wortreich vor allem ihre »Nichtzuständigkeit« für ein Problem zu erklären. Verantwortung bedeutet die »Zuschreibung einer Pflicht«. Die für ein Krankenhaus Verantwortlichen haben also die Pflicht, u. a. eine gute Qualität des Kernprozesses »Patientenversorgung« sicherzustellen. Aber genau an dieser Stelle entziehen

sie sich geradezu reflexartig mit einem: »Wir würden ja so gerne und wir sehen auch ganz viele Möglichkeiten, aber das System gibt uns dafür nicht das nötige Geld!«.

Viele Krankenhäuser werden von Managern und Ärzten geleitet, die den Blick für ihre Freiheitsgrade – und damit für den Sinn von Visionen und das Vertrauen in ihre Kraft, etwas zu verändern – verloren haben. Sie lassen sich nicht mehr ermutigen von den (vielen) Beispielen, in denen Kollegen (oder Führungskräfte anderer Sparten) wirklich etwas bewegen, sondern reihen sich ein in die graue Masse der Passiven, paralyisiert auf Hilfe Hoffenden.

Das Übel vom Ende der Zuständigkeit

Wir kennen und schätzen Geschichten von Menschen, die mit ihren ganz persönlichen Visionen, ihrer Kraft und ihrem Mut die Menschheit bereichert haben. Sie haben Probleme und Aufgaben gesehen und sich dafür zuständig erklärt, diese zu lösen. Die Zuständigkeit von Politikern endet leider ziemlich schnell, sobald unpopuläre Entscheidungen eine Wiederwahl gefährden könnten – sonst hätte eine durchgreifende Krankenhausplanung viele Probleme längst gelöst. Die Zuständigkeit des Krankenhausmanagers endet, sobald er nicht auf kürzeste Frist die Refinanzierung einer Maßnahme erkennen kann.

Dieses Gefühl der »Nichtzuständigkeit« setzt sich leider fort bis in das letzte Glied: Da gibt es die Reinigungskraft, die unbeobachtet unzureichend wischt, die Krankenschwester, die nicht auf den Nagellack verzichtet, die Röntgenassistentin, die die Aufnahme zu wenig einblendet, und den Assistenzarzt, der mit der OP-Kleidung auf die Station geht. Jeder weiß um sein Fehlverhalten und jeder weiß es meist auch vor sich selbst damit zu entschuldigen, dass die anderen noch viel gravierendere Verstöße begehen. Beim Thema Verantwortung und Moral ist jedoch zuallererst jeder Einzelne gefragt – und erst später die anderen oder das Vergütungssystem.

In die gern kritisierte Kalkulation der Fallpauschalen fließen übrigens auch alle Kosten für die Behandlung von vermeidbaren Komplikationen ein, die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes erleiden, ebenso die Kosten für unkoordinierte oder unökonomisch gestaltete Behandlungsabläufe. Dafür ist Geld im System. Es könnte alternativ verwendet werden.



Dr. Annette Busley
leitet den Bereich »Medizinische
Versorgung« beim MDS.
a.busley@mds-ev.de

Auf dem Weg zu mehr Qualität



Warum Checklisten die Patientensicherheit erhöhen können

Ihr Einsatz ist erprobt: Spezielle Checklisten erhöhen seit Jahrzehnten die Sicherheit im Flugzeug, im Raumschiff, im Atomkraftwerk und in vielen anderen Bereichen, in denen besondere und hohe Risiken bestehen. Aber ist es in der Tat so einfach?

DASS EIN BANALES STÜCK PAPIER, ein Zettel, auch die Sicherheit im Rahmen operativer Eingriffe erhöhen kann, das wird seit Jahren international wissenschaftlich untersucht und ist mittlerweile gut bewiesen. Dabei werden vor Einleitung der Narkose, vor Beginn der Operation und beim Verlassen des Operationssaales systematisch einzelne Punkte abgearbeitet: Wer wird woran operiert? Ist ein Pulsoxymeter angeschlossen, ein Blutverlust über 500 ml zu erwarten und kennen sich alle zurzeit Anwesenden? Solche Fragen beispielsweise sind im Team zu beantworten. Damit konnte die Sterblichkeit in großen Studien nahezu halbiert und die Komplikationsrate deutlich reduziert werden.

Ein Zettel gegen Flüchtigkeitsfehler

Nur ein Stück Papier – kein neues Medikament, kein neues Operationsverfahren oder Medizinprodukt – aber dennoch sind solche Sicherheits-Checklisten so viel mehr als ein bürokratisches Formular. Die zentralen Aspekte sind der Faktor Mensch und das Zusammenwirken im Team. Wir vergessen oder übersehen Dinge und Zusammenhänge, machen »Flüchtigkeitsfehler«, auch wenn uns prinzipiell vollkommen klar ist, wie wichtig etwas ist: Die Brieftasche bleibt versehentlich zu Hause vor dem Einkaufsbummel, die Zahnbürste wurde nicht auf den Wochenendtrip mitgenommen oder das Handy im Büro vergessen. Genauso wie

Ein Blatt Papier kann Leben retten

bei diesen »Ausrutschern« im Alltag können auch im Rahmen einer Routineoperation Fehler und Versäumnisse geschehen, nur die Auswirkungen sind unter Umständen wesentlich gravierender und im Nachhinein nicht mehr auszugleichen. Checklisten können dort für mehr Sicherheit sorgen, wo der bloße Anspruch »das darf nicht passieren, da muss eben volle Konzentration herrschen« schon mal versagt. Das standardisierte Abarbeiten eines Prozesses bzw. das Sicherstellen, dass einzelne – noch so selbstverständliche oder einfache – Schritte auch tatsächlich immer abgearbeitet wurden, das ist der Sinn einer Check-

liste. Eine gut auf die Situation und die wesentlichen Risiken zugeschnittene Checkliste gemeinsam im Team durchzugehen wird dementsprechend zum Bestandteil einer gelebten Sicherheitskultur!

Überzeugungsarbeit ist gefragt

Der Weg dahin ist jedoch nicht so banal, denn diese Sicherheitskultur zu etablieren, das erfordert viel (Überzeugungs-)Arbeit und Engagement sowie die Einsicht aller Beteiligten, dass diese Prozedur tatsächlich sinnvoll und immer wieder durchzuführen ist. Seit Jahren empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation WHO bereits, Sicherheits-Checklisten einzusetzen (Kampagne »Safe Surgery Saves Lives«; siehe www.who.int/patientsafety/safesurgery). Auch national bestehen verschiedene Initiativen und Aktivitäten. Einige Kliniken setzen diese Checklisten regelhaft ein oder haben auf dieser Basis eigene entwickelt. Bei vielen anderen hingegen: Fehlanzeige. »Das haben wir noch nie gebraucht« und »das ist doch alberne Zeitverschwendung« – auch mit solchen Aussagen und Haltungen müssen sich z. B. Qualitäts- und Risikomanager dann auseinandersetzen. Wie es in Deutschland insgesamt zum Thema Checkliste in den OPS aussieht, das ist nicht bekannt. International entwickeln zahlreiche Forschungsgruppen neue Checklisten und damit einhergehend neue Vorgehensweisen für die unterschiedlichsten Fachgebiete, Situationen und Notfälle. Alle haben das gemeinsame Ziel, vermeidbare Fehler im Sinne der Patientinnen und Patienten wirklich sicher zu vermeiden. Es bleibt zu hoffen, dass Checklisten auch im deutschen Gesundheitswesen noch mehr als erforderliche Routine erkannt und selbstverständlich genutzt anstatt belächelt werden.



PD Dr. Max Skorning
ist Leiter »Patientensicherheit« beim MDS.
m.skorning@mds-ev.de

Interview mit Prof. Armin Töpfer



Vom Wollen, Müssen und Können

Wie schafft es ein Krankenhaus, rentabel zu sein und dabei den Patienten im Blick zu haben? Wie lässt sich sicher herausfinden, ob es dort, wo es steht, auch am richtigen Platz ist? Werden die Ressourcen also richtig eingesetzt? Über diese Fragen und darüber, ob »Wirtschaftlichkeit« immer »Sparzwang« bedeutet oder sich nicht doch mit Qualität bzw. Patientenzufriedenheit vereinbaren ließe, sprach MDK Forum mit dem Leiter der Forschungsgruppe Marktorientierte Unternehmensführung (FGMU) der TU Dresden.

forum Sie haben dem Universitätsklinikum Frankfurt vor einigen Wochen im Rahmen eines Wertschöpfungsgutachtens einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen für Stadt, Bundesland und ganz Deutschland bescheinigt. Was sagt dieses Ergebnis über das Klinikum aus?

Prof. Armin Töpfer Die Besonderheit unseres Gutachtens liegt darin, dass wir alle wesentlichen Wertschöpfungsströme in der Hochschulmedizin Frankfurt analysiert haben und sie dann in ihren Wirkungen quantifizieren konnten.

Im Detail haben wir unter ökonomischen

Aspekten die drei Schlüsselindikatoren ermittelt, nämlich welches Steueraufkommen, welche Wertschöpfung und welche Beschäftigungswirkung vom Klinikum und dem Fachbereich Medizin ausgehen. Hierin enthalten sind zum Beispiel der Neubau von Klinikgebäuden und die Anschaffung von medizinischen Großgeräten für die Forschung, aber auch der Umsatz der Krankenhauskantine für Mitarbeiter und der Verkaufsstände für Angehörige von Patienten.

Wir haben aber in unserem Gutachten nicht nur die ökonomischen, also in Euro bewertbaren Nutzenwirkungen ermittelt, sondern auch vor-ökonomische Nutzengrößen der Hochschulmedizin Frankfurt. Zusätzlich haben wir also auch Wirkungen erfasst, die nicht bzw. noch nicht in Zahlen ausgedrückt werden können, so z. B. der Beitrag zum medizinischen Fortschritt und damit die wissenschaftliche Reputation der Hochschulmedizin Frankfurt, aber auch die Lehre und Ausbildung von zukünftigen Ärzten und Pflegekräften.

Um Missverständnissen gleich vorzubeugen: Wir machen keine Wirtschaftlichkeitsgutachten wie ein Wirtschaftsprüfer. Wir untersuchen auch nicht primär die betriebswirtschaftliche Rentabilität eines Krankenhauses, auch wenn unbestritten ist, dass viele Universitätskliniken und dabei auch Frankfurt sich in einer angespannten finanziellen Situation

Prof. Armin Töpfer



befinden. In den Wertschöpfungsgutachten geht es vor allem darum, zu zeigen, was insbesondere mit den vom Land investierten Mitteln, mit eingeworbenen Forschungsgeldern und Spenden, aber vor allem auch mit den über die Patientenbehandlung erwirtschafteten und von den Krankenkassen bezahlten Beträgen durch die Leistungen der Hochschulmedizin Frankfurt bewirkt wird.

Für die Hochschulmedizin Frankfurt zeigt sich beispielsweise als Ergebnis, dass für das Land Hessen und seine Gemeinden 76% der eingesetzten Landesmittel in Form von Steueraufkommen zurückfließen. Erweitert man die Betrachtung um die Bundessteuern, dann beträgt das gesamte Steueraufkommen, das durch die Hochschulmedizin Frankfurt bewirkt wird, 257,1 Mio. €. Dies entspricht sogar einem Rückfluss von 279% der eingesetzten Landesmittel. Allein diese Zahlen sind für viele überraschend positiv.

Mit einer derartigen Input-Output-Analyse können so alle wesentlichen und vielfältigen Wirkungen nachvollzogen werden. Die Hochschulmedizin Frankfurt ist also – bildlich gesprochen – kein schwarzes Loch, das Kosten verursacht, in das viel Geld investiert wird und dessen Nutzen und Wirkung nicht bestimmt werden kann.

forum Über Ihre Beratung haben Sie vielfältige Einblicke in die Krankenhauslandschaft gewonnen. Können Sie daraus Aussagen ableiten, wie »sinnvoll« ein Krankenhaus am entsprechenden Ort ist – aus Sicht der Krankenkassen, der Patienten und auch der Qualität?

Armin Töpfer Weil wir keine Wirtschaftlichkeitsgutachten und auch keine detaillierten gesundheitspolitischen Analysen durchführen, lassen sich aus unseren Gutachten keine direkten Schlussfolgerungen auf die regionale Verteilung von Krankenhäusern ziehen. Sehr wohl ist aber nachvollziehbar, ob das Krankenhaus, wie vorhin gesagt, zum einen eine hohe ökonomische Wirkung über Patientenströme und Krankenversorgung hat, zum anderen aber auch die Wirkungen auf die Reputation einer Klinik durch fortschrittliche Lehre und innovative Forschung.

forum Wodurch zeichnet sich ein »wirtschaftliches Krankenhaus« aus?

Armin Töpfer Wirtschaftlichkeit entsteht grundsätzlich durch die Vermeidung von Verschwendung. Es werden also in klar strukturierten Prozessen der Diagnose, der Behandlung und auch der Verwaltung nur Aktivitäten durchgeführt, die einen Wertbeitrag enthalten. Dies klingt abstrakt, bedeutet aber, dass zunächst vom Patienten aus und vom angestrebten Behandlungserfolg gedacht wird.

Mit dieser Zielsetzung sind die Abläufe und der Einsatz von Material und Geräten einfach und wirkungsvoll zu gestalten. Wirtschaftlichkeit, also eine positive oder zumindest ausgeglichene Relation von Ertrag und Aufwand, gemessen über die DRGs und die anfallenden Kosten, ist immer eine ökonomische Relation. Sie sichert über ein positives Ergebnis des Wirtschaftens den Fortbestand der Klinik. Neben der bis zu einem gewissen Maße erforderlichen Ökonomisierung der Medizin darf aber die eigentliche Zielsetzung medizinischer Behandlung, nämlich Gesundheit und Patientenzufriedenheit, nicht aus den Augen verloren werden. Mit anderen Worten: Ökonomische Kriterien dürfen moralische und ethische Werte nicht auf Dauer dominieren.

Im Krankenhaus-Alltag ist dies ein ständiger Prozess, wichtige und notwendige Veränderungen für Patienten und für mehr Wirtschaftlichkeit umzusetzen. Schlussendlich darf der Wirtschaftlichkeit nicht die Qualität der medizinischen Behandlung und Pflege geopfert werden.

forum Wie hängen Wirtschaftlichkeit und Qualität bzw. Patientenzufriedenheit aus Ihrer Sicht zusammen?

Armin Töpfer Zum einen werden mit einem »Sparzwang« Mittel gekürzt und das aktuelle technologische Niveau der Geräte zur Diagnose und Behandlung nicht gehalten. Patienten können dann nicht mehr optimal und gleichzeitig für das Krankenhaus finanzierbar medizinisch versorgt werden. In der Konsequenz leidet das Renommee und der Ruf des Krankenhauses, die schlechtere medizinische Behandlung im Vergleich zu anderen Kliniken führt zur Abwanderung von Patienten.

Die Herausforderung für jedes Krankenhaus besteht also darin, genau über die bereits angesprochene zunehmende Wirtschaftlichkeit die Mittel für zukunftsgerichtete Investitionen und Behandlungen mit zu erwirtschaften, um auf diese Weise Patientenzufriedenheit und Heilungserfolge zu steigern. Die erzielte Reputation wirkt sich positiv auf die Patientenzahl aus. Gestiegene Fallzahlen vergrößern zugleich das Erfahrungspotenzial und das Vertrauen zukünftiger Patienten.

Dies ist für viele Krankenhäuser zweifellos ein Spagat und kann nicht immer in vollem Maße realisiert werden. Deshalb ist es besonders wichtig, dass jedes Krankenhaus eine

klare Strategie für die eigenen Kompetenz- und Behandlungsfelder formuliert, um so ein hohes fachliches Niveau in diesen Bereichen mit einem sehr guten Behandlungserfolg zu erreichen und gleichzeitig zu vermeiden, dass sich das Krankenhaus zu breit und unspezifisch aufstellt.

Das Ziel ist also dann erreicht, wenn eine hohe medizinische Qualität mit einer hohen Patientenzufriedenheit auf wirtschaftliche Weise, also ohne Anhäufung von Verlusten, erreicht wird. Leitlinien und Behandlungspfade fördern den Prozess, wirtschaftlich und gleichzeitig mit Behandlungserfolg über die verfügbaren DRGs die Kosten des Krankenhausbetriebs zu decken.

forum Wie sollte sich ein »kleines Krankenhaus auf dem Land« aus Ihrer Sicht strukturieren bzw. fokussieren; oder anders gefragt: brauchen wir flächendeckend Alleskönner oder zentriert Spezialisten?

Armin Töpfer Die Antwort ist relativ eindeutig: Je kleiner das Krankenhaus, desto wichtiger ist eine Spezialisierung aus den bereits vorhin genannten Gründen. Auf dem Lande ist aber dennoch ein breites Behandlungsspektrum im Sinne mehrerer Polikliniken erforderlich. Die Lösung kann also nur in einer Netzwerkstruktur unterschiedlicher Kliniken mit der Grundausrichtung und einer zusätzlichen Spezialisierung bestehen. Diese regionalen Verbünde können eine gute medizinische Abdeckung des ländlichen Raumes ermöglichen.

Zugleich wird hierdurch aber gefordert, dass sich jedes Glied der Kette in dieses Netzwerk einfügt. Die Wirtschaftlichkeit entsteht dann durch das breite Basisniveau und die zusätzliche Spezialisierung in der Ergänzung mit anderen Krankenhäusern.

Abschließend und zusammenfassend formuliert, bedeutet dies: Teilen bringt oftmals mehr an Erfolg und Ergebnis auf höherem Niveau als unspezifisch alles selbst machen zu wollen. In der Zusammenarbeit mit großen Kliniken der Grund- und Regelversorgung oder sogar als Maximalversorger können kleine Krankenhäuser in der Region dann als Portalkliniken für schwierigere Fälle fungieren und zugleich in größerem Maße einfachere Standardfälle behandeln. Derartige Kooperationen erweisen sich immer mehr als tragfähig und belastbar.



Dr. Martina Koesterke
ist Mitarbeiterin im Team
»Öffentlichkeitsarbeit« des MDS.
m.koesterke@mds-ev.de



Der gebürtige Sylter stirbt aus

Ein Aufschrei auf Deutschlands bekanntester Ferieninsel: Es wird immer weniger gebürtige Sylter geben. Der Eintrag »Geburtsort: Westerland/Sylt« in amtlichen Dokumenten wird zur Rarität, weil die Geburtshilfe-Abteilung der einzigen Insel-Klinik geschlossen worden ist.

WER IM KRANKENHAUS entbinden möchte oder sollte, muss nun die Insel verlassen – und kommt mit einem gebürtigen Festland-Kind nach Hause. Was nach medienrätlicher Provinzposse aussieht, macht vor allem deutlich, dass die Geburtshilfe in Flächen-Bundesländern in einem Dilemma steckt: »Die werdenden Mütter wollen immer möglichst in der Klinik um die Ecke entbinden«, sagt Gynäkologin Claudia Andersen vom MDK Nord. »Dabei wird jedoch oft übersehen, dass die Qualität der Versorgung von Mutter und Kind nur bei Erfüllung von Mindeststandards gewährleistet ist, die kleine Abteilungen oft nicht mehr erbringen können.«

Mindestens 700 Geburten pro Jahr

Eine Expertengruppe aus verschiedenen deutschen Fachgesellschaften im Bereich Geburtshilfe und Kinderheilkunde hat bereits im Jahr 2006 eine Stellungnahme zu den »Mindestanforderungen geburtshilflicher Abteilungen« abgegeben. Darin wird eine Mindestmenge von siebenhundert Geburten pro Jahr und Klinik gefordert. Nur so kann demzufolge eine Abteilung personell und qualitativ hochwertig ausgestattet sein, um auch im Falle eines Notfalls für Mutter und Kind ausreichende Maßnahmen treffen zu können.

»Wichtig ist dabei vor allem die größere Routine, die Mediziner und Hebammen bei höheren Geburtenzahlen bekommen, um auch akut schwierige, lebensbedrohliche Komplikationen sicher zu meistern«, ergänzt Gynäkologin Claudia Andersen. Mindestens siebenhundert Geburten haben im vergangenen Jahr jedoch nur 14 der damals noch 24 geburtshilflichen Abteilungen in Schleswig-Holstein erreicht. Grund dafür ist auch der allgemeine Geburtenrückgang von mehr 24% von 1990 bis 2012 in Schleswig-Holstein. Diese Zahlen aus einem Bericht der Kieler Landesregierung entsprechen auch dem bundesweiten Trend.

Die Frage nach dem Zusammenhang von Qualität und Geburts-Sicherheit auf Sylt stellte im März auch das Nachrichtenmagazin *Der Spiegel*. Auch diese Recherchen über »fehlende strukturelle Voraussetzungen« in der Westerländer

Belegarztklinik mit unter einhundert Geburten im Jahr feuerten die öffentliche und politische Diskussion weiter an. In ihrem 50-Seiten-Bericht für den Landtag in Kiel kam Sozialministerin Kristin Alheit (SPD) Anfang Juli zu dem Schluss, »dass es perspektivisch zu Strukturentscheidungen wird kommen müssen«. Weiter betonte die Ministerin, dass öffentliche wie private Kliniken die definierten Standards der Fachgesellschaft für Geburtshilfe einzuhalten hätten: »Andernfalls sind Gesundheit und Leben von werdenden Müttern und ihren Kindern nicht optimal geschützt.«

Wie die Qualitätsstandards konkret erfüllt werden, überprüft parallel dazu seit Anfang des Jahres der MDK Nord erstmals im Auftrag der Krankenkassen. Auslöser dafür war auch die Verschärfung der »Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)« zum 1. Januar 2014. Ein Team aus einem Anästhesisten, einer Gynäkologin und einer Pädiaterin macht eine Bestandsaufnahme aller Abteilungen mit Versorgungsstufen 1 bis 3 von Flensburg bis Lübeck. Die Ergebnisse werden im vierten Quartal 2014 vorliegen.

Für die Sylter wurde eine sogenannte »Boarding«-Lösung entwickelt: Den Schwangeren der Insel wird nun angeboten, sie bereits ein bis zwei Wochen vor dem Stichtag in den Kliniken in Flensburg oder Niebüll auf dem Festland aufzunehmen. Damit soll verhindert werden, dass Frauen mit einsetzenden Wehen bei schlechtem Wetter auf der Insel festsitzen, wenn es über den Bahndamm zum Festland zu lange dauern würde und der Rettungshubschrauber nicht fliegen kann. Bis Anfang September sind im Flensburger Perinatalzentrum mittlerweile 28 »Sylter Babys« zur Welt gekommen, in Niebüll 21. Laut Geburtsurkunde sind die kleinen Insulaner nun gebürtige »Flensburger« oder »Niebüller«. Wer weiß, ob sie sich später dadurch weniger als Sylter fühlen als andere – oder ob es mehr der Wunsch der Eltern war.

Boarding Richtung Festland



Jan Gömer
ist Pressesprecher des MDK Nord.
jan.goemer@mdk-nord.de

Finanznot in deutschen Kliniken

Operieren, um zu überleben

Manche Krankenhäuser stehen inzwischen finanziell so an der Wand, dass sie sich Strategien einfallen lassen, die einem Survivaltraining gleichen. Da drängt sich die Frage auf: Was hat Vorrang – das Überleben des Krankenhauses oder die adäquate Behandlung der Patienten?

DONNERSTAGMITTAG 14 Uhr. Der Finanzcontroller des Klinikums betritt den OP-Trakt. Auf seinem Laptop sieht er die aktuellen Zielzahlen. »So etwas hat es früher nie gegeben, dass jemand aus der Verwaltung regelmäßig in den OP-Bereich kommt«, berichtet ein OP-Manager, der nicht namentlich genannt werden möchte. Ihm schwant nichts Gutes.

Cherry Picking für den Umsatz

Es geht um die Erlöse für das Klinikum, die auch mithilfe der OP-Planung erreicht werden sollen. »Cherry Picking« heißt die Lösung. Besonders lukrative OP sollen gesteigert werden. Ob diese immer notwendig und angebracht sind, bleibt fraglich. Szenenwechsel: Eine Krankenschwester überprüft die elektronischen Patientenakten. Schon an den Farbmarkierungen sieht sie im Computer, ob ein Patient die Grenzverweildauer überschritten hat und dadurch zum Minusgeschäft geworden ist.

Dies sind zwei Beispiele, die durchaus zum Klinikalltag in Deutschland gehören. Welche Schlüsse das Stationspersonal daraus zieht, wissen wir nicht. Die Angst, dass ein Haus schließen könnte, ist vielen Mitarbeitern allgegenwärtig. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser verbucht laut Krankenhaus-Rating-Report Defizite. Um überleben zu können versuchen manche Kliniken, ihre Effizienz zu steigern: Sie beschränken die Behandlung des Patienten auf das medizinisch Notwendige. Prozesse werden optimiert; die Verweildauer sinkt. Mengenausweitungen in profitablen Leistungen sind eine weitere naheliegende Möglichkeit.

Die Mengenausweitung unter der Lupe

»Kontinuierliche Mengenausweitungen von jährlich ca. 3% und überhöhte Preise führen dazu, dass seit 2005 die Krankenhausaussgaben um 27% auf ca. 62 Mrd. Euro in 2012 gestiegen sind«, erklärte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) in einer Pressemitteilung. Dies ist das Ergebnis des Forschungsberichts zur Mengentwicklung im Krankenhaus.

Qualitätsabhängige Bezahlung als Königsweg?

Das derzeitige Krankenhausabrechnungssystem über diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG-System) lässt es nicht zu, Leistungen nach der Qualität zu vergüten oder schlechte Qualität zu sanktionieren. Voraussetzung dafür wäre, dass sich Qualität relativ genau bewerten ließe. Nach dem Willen der Koalition soll sich nun ein neu zu gründendes Qualitätsinstitut mit diesen Fragen befassen, Daten sammeln, analysieren und für Transparenz sorgen.

Doch die Vergütung medizinischer Leistungen nach Qualitätskriterien bleibe noch für einige Jahre nicht realisierbar. In dieser Legislaturperiode werde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) »das Projekt nicht vollständig stemmen«, zitierte die Ärzte Zeitung den Vorsitzenden Josef Hecken im März.

Zielkonflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität

Stechen im Wettbewerb ums Überleben die Finanzziele den medizinischen Nutzen aus? Klar ist, dass wachsender Kostendruck und Zielvorgaben Einfluss auf die Behandlung haben. Das beklagte die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und präsentierte auf ihrem Jahreskongress Ende April 2014 eine Studie dazu. Das Ergebnis: Viele Ärzte fühlten sich mit den strikten Sparvorgaben der kaufmännischen Geschäftsleitungen alleine gelassen. Zudem fürchteten sie, dass harte Umsatzziele im Krankenhaus und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens negative Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben.

Die Gründung des Qualitätsinstituts ist absehbar. Bis jedoch belastbare Ergebnisse vorliegen, wird das Survivaltraining vieler Kliniken mit den jetzigen Methoden noch auf Jahre weitergehen.

Martin Dutschek

Mitarbeiter haben Angst vor Schließungen



Kleine Kliniken punkten beim ärztlichen Personal mit Service

Nach dem Berufsmonitoring 2014 der Universität Trier wünschen sich die Medizinstudierenden am allerwenigsten einen Job auf dem Land: Kleinere Landkrankenhäuser haben das Nachsehen. Aber sie finden Wege, wie man sich interessant macht für junge Ärztinnen und Ärzte.

SELTSAM: Stetig klagen Klinikchefs über den Ärztemangel. Dabei ist die Anzahl der ärztlichen Vollzeitkräfte in Deutschland von knapp 109 000 im Jahr 2000 auf mehr als 140 000 im Jahr 2012 angewachsen, so die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in ihrer jüngsten Statistik vom Februar 2014. Mit Teilzeitkräften sind es sogar 179 000. Dass die Personaldecke also generell dünner wird, kann man nicht behaupten.

Trotzdem – der Ärztemangel ist Fakt. »Erstens haben wir immer mehr ältere Ärzte, die in absehbarer Zeit aus dem Dienst ausscheiden werden«, erklärt René Schubert von der Krankenhausgesellschaft Sachsen. »Zweitens sieht die Weiterbildungsordnung immer mehr Spezialisierungen vor, denn die Kassen fordern für spezielle Behandlungen auch die entsprechenden Spezialisten. Sonst zahlen sie nicht. Und die Kliniken suchen diese Spezialisten wie die Nadel im Heuhaufen; derzeit zum Beispiel Hygiene-Fachleute.« Hier übt also vor allem der medizinische Fortschritt Druck aus auf die Personalabteilungen der Krankenhäuser. Und drittens, so Schubert, »werden immer mehr Frauen Ärztinnen. So stehen sie nicht durchgehend als Vollzeitkräfte zur Verfügung.«

Krankhausgesellschaften und Kliniken reagieren

Vor fünf Jahren haben sich unter anderem die Krankenhausgesellschaft des Landes Sachsen, die KV Sachsens, Kassen, Gemeinden, Verbände, Ministerien, die medizinischen Fakultäten Sachsens, die Ärztekammer und andere Akteure zur Initiative »Ärzte für Sachsen« zusammengeschlossen. Der Verbund bietet Rundfahrten durch die Provinz, durchorganisierte Weiterbildungsverbände und hat auf Jobbörsen im In- und Ausland um Nachwuchs geworben. »Derzeit arbeiten achtzig junge Ärztinnen und Ärzte aus Österreich bei uns«, so Schubert, »und manche bleiben.« Allerdings: In den kleinen Kliniken etwa im Erzgebirge nimmt sich der Erfolg bescheidener aus, wie Schubert einräumt.

So sind also auch die Häuser selbst gefragt. Beispiel: Heidekreisklinikum in Niedersachsen (zwei Häuser, rund 110 Ärztinnen und Ärzte). Schon 16- bis 18-jährigen Gymna-

siasten bietet das Haus Schnupper-Praktika auf den Stationen an. »Da wir akademisches Lehrkrankenhaus der Uni-Klinik Eppendorf in Hamburg sind, haben wir guten Kontakt zu den Studierenden und werben natürlich auch dort für unser Haus«, sagt die Personalleiterin Karin Heuer. Den Weiterbildungsassistenten winkt ein geradezu familiäres Rundum-sorglos-Paket, wenn sie sich für eine der beiden Heidekreisklinken entschließen. So sind praktisch alle Teilzeitmodelle möglich: nur drei Wochen im Monat, nur vormittags oder nur nachmittags oder nur drei Nächte in der Woche. Auch unterstützt das Klinikum bei der Wohnungssuche und im Alltag. »Ich habe schon persönlich KITAS abgeklappert, um für das Kind einer jungen Ärztin einen Platz zu finden«, berichtet Heuer. Die Angebote dürften den Medizinstudierenden gefallen. Zwischen 80,9 und 84% der Befragten im Berufsmonitoring 2014 jedenfalls wollen geregelte, flexible Arbeitszeiten und eine Kinderbetreuung in der Weiterbildung.

»Wir legen Geld auf den Tisch«

Die drei Kliniken am goldenen Steig in Südostbayern legen sogar Geld auf den Tisch, um die Medizinstudierenden aus der Region auch als Ärzte in der Region zu halten. »Sie erhalten ab dem Physikum 300€ im Monat und verpflichten sich, anschließend drei Jahre lang bei uns zu arbeiten«, sagt Claudia Decker, Sprecherin des Klinikums. Auch hier gibt es alle möglichen Arbeitszeitmodelle und gute Arbeitsbedingungen: Junge Ärzte bekommen früh Verantwortung.

Dies kommt auch in den Unis an: Die Attraktivität der Landgemeinden ist laut KBV-Berufsmonitoring seit 2010 gestiegen. Damals hatten noch 43,5% der Studierenden eine Aversion gegen einen Job auf der grünen Wiese; heute sind es nur noch 39%.



Christian Beneker
ist Journalist im »Bremer Medienbüro«

»Wissen Sie noch, wie alt Sie sind?«

Demenzkranke sollen künftig mehr Geld von den Krankenkassen bekommen. Aber wie kann man beurteilen, wie viel Pflege sie brauchen? Die Gutachter müssen ein völlig neues Bewertungssystem anwenden. In einem Augsburger Altenheim wird es schon erprobt.

MÜNCHEN – Es gibt Tage, an denen wirft Annemarie Meyer Teller quer durch den Aufenthaltsraum des Pflegeheims. Oder sie schreit: »Ich will Freiheit!«, stundenlang, bis die Nerven der anderen Bewohner blankliegen, und die der Pfleger auch. »Die ist schon sehr aufwendig«, sagt die Pflegerin. Klaus Klügl nickt verständnisvoll. Klügl ist ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Er ist im Auftrag der Kassen in das Heim der Arbeiterwohlfahrt in Augsburg-Herrenbach gekommen, um zu beurteilen, wie viel Pflege die demenzkranke Heimbewohnerin Meyer braucht, die in Wirklichkeit anders heißt. Und wie viel Geld sie also von ihrer Kasse ausbezahlt bekommen soll. Klügl trägt ein dunkles Sakko zur Jeans und spricht mit weicher, geduldiger Stimme. Er versteht die Klage der Pflegerin – berücksichtigen kann er sie aber nicht. Stattdessen fragt er, wie oft die alte Frau in der Woche gebadet wird (einmal), wie oft die Pfleger sie nachts zum Toilettenstuhl tragen (zweimal) oder sie im Bett umdrehen, um zu verhindern, dass sie sich wund liegt (zweimal).

Wie oft, wie lange, wie viele Minuten? So geht die Fragerei seit Jahren, wenn die Gutachter des MDK zu Besuch kommen in den Heimen oder auch bei den alten Menschen zu Hause. Es ist ein ermüdendes Spiel, denn oft fällt es den Kranken schwer, minutengenau anzugeben, wie viel Hilfe sie bei jedem Handgriff brauchen. Die Pflegekräfte wiederum fühlen sich oft nicht ernst genommen. Denn natürlich waschen, kämmen und versorgen sie die alten Menschen. Gerade bei geistig verwirrten Bewohnern sind sie aber noch viel mehr gefordert. Das aber zählt für die Prüfer nicht. Ist die alte Frau aggressiv? Läuft sie weg? Klaus Klügl kann es nirgendwo merken. So war es immer, aber so soll es nicht bleiben. Bald soll vielmehr alles besser und gerechter werden, das hat Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) versprochen. Darum lächelt Klaus Klügl am Ende. »Haben Sie schon von dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gehört?«, fragt er dann. Und, ob er noch mal neu anfangen dürfe – mit anderen Fragen.

Pflegebedürftigkeitsbegriff – dieses sperrige Wort ist so eine Art Sehnsuchtsbegriff einer ganzen Branche. Eigentlich

steht er nur für ein anderes, gerechteres Prüfsystem, das auch geistige Einschränkungen stärker berücksichtigen soll. Aber viele sehen darin mehr. Der neue Fragenkatalog soll stärker schauen, was die alten Menschen noch können und welche Unterstützung sie brauchen, um möglichst selbstständig zu sein. Er könnte damit den Blick auf die Kranken selbst verändern, so die Hoffnung. Viele, die sich für eine bessere Pflege einsetzen, warten deshalb seit langem auf das neue System. Auch Klügl: 2008 schon war er dabei, als der Fragenkatalog erstmals getestet wurde, erzählt er. »Damals waren wir alle ganz euphorisch.« Passiert ist dann nie etwas. Die Politik schreckte vor den Kosten zurück. Denn klar ist: Wer ehrlich prüft, wird herausfinden, dass sehr viele alte Menschen mehr Geld bekommen müssten. Gesundheitsminister Gröhe hat das nun erstmals anerkannt: Insgesamt 2,4 Milliarden Euro will er aufwenden, damit auch Demenzkranke die Hilfe bekommen, die ihnen zusteht. Der Beitragssatz soll dafür 2017 nochmals um 0,2% erhöht werden. Vorher aber wird das Verfahren noch ein letztes Mal in einer Studie erprobt. Und so testet Klügl wieder einmal die neue, alte Idee.

Die Pflegerin hat Klügl inzwischen zu Annemarie Meyer geführt. Die alte Dame ist sichtlich von ihrem höflichen Gast angetan. Der hat an die offene Zimmertür geklopft, ihre Hand genommen und sich nah an ihr Ohr gebeugt, um zu fragen, ob er sie wohl mit ein paar Fragen belästigen dürfe. Er darf. Aber so viel Freundlichkeit macht dann doch misstrauisch: »Ich sage Ihnen gleich, ich nehme keinen Vertrag, gar nichts«, sagt sie und schaut den Mann wissend an. »In meinem Alter ist das erledigt.« Der Prüfer nimmt die Verwechslung mit einem Staubsaugerverkäufer gelassen. Er wolle ihr auch nichts andrehen. Er käme von der Krankenkasse, weil sie doch gestürzt sei. Ob sie sich daran noch erinnere? »Nee, das weiß ich gar nicht mehr«, sagt Meyer und schaut hilfesuchend die Pflegerin an. »Sie haben sich doch die Hüfte gebrochen«, hilft die. Aber Meyer weiß dazu nichts zu sagen. »Wissen Sie denn noch, wie alt Sie sind?«, fragt Klügl nun und erntet nur den gleichen unsicheren Blick. »Das überlasse ich ihr«, sagt die alte Frau schließlich und weist auf die Pflegerin.

Zurück im Schwesternzimmer will Klügl nun genau wissen, ob Frau Meyer noch ohne Hilfe sitzen kann, ob sie alleine isst und ob sie noch kleine eigene Entscheidungen trifft. Es sind Fragen nach ob, und nicht nach wie viel und wie lange. Das ist der wichtigste Unterschied zum alten Fragenkatalog. Die Pflegerin greift die neuen Fragen dankbar auf, kommt ins Reden über ihre Bewohnerin. Einmal habe sie Meyer bis zum Supermarkt verfolgen müssen, weil sie weggerannt war, erzählt sie. Seit einem Hüftbruch aber sitzt die alte Dame nun im Rollstuhl. Für die Pfleger ist sie damit einfacher geworden. Im alten Begutachtungssystem aber bringt ihr diese körperliche Einschränkung glatt eine höhere Stufe ein. Statt Pflegestufe eins erhält sie künftig zwei. Und im neuen System? Statt drei Pflegestufen soll es da fünf Pflegegrade geben. Klügl lächelt, als sein Computer ihm das fiktive Ergebnis ausspuckt: Annemarie Meyer würde wegen ihrer geistigen Einschränkungen Grad fünf erhalten.

So wie Annemarie Meyer wird es vielen Kranken gehen. Etwa 20% der Pflegebedürftigen könnten Schätzungen zufolge im neuen System höher bewertet werden, allen voran die Demenzkranken. Noch ist unklar, wie viel Geld es für diese neuen Pflegegrade tatsächlich gibt, und ob es eher an die Heime oder an die alten Menschen selbst fließen wird. Klügl will vorerst noch nicht mal zu fest damit rechnen, dass die Reform überhaupt kommt. Dass sie aber gerechter wäre, daran hat an diesem Vormittag in dem Pflegeheim in Augsburg-Herrenbach niemand mehr einen Zweifel.

Nina von Hardenberg,
Süddeutsche Zeitung vom 26. August 2014

Gute Resonanz

Die erste der beiden Erprobungsstudien, die das neue Begutachtungsverfahren (NBA) vor der Einführung durch den Gesetzgeber testen sollten, neigt sich dem Ende. MDK *forum* sprach mit Dr. Andrea Kimmel, der Leiterin der Praktikabilitätsstudie beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), über ein erstes Fazit.

forum Der erste Teil des Praxistext ist beinahe abgeschlossen. Können Sie schon etwas zu den Ergebnissen sagen?

Dr. Andrea Kimmel Gestartet ist die Praktikabilitätsstudie Anfang April dieses Jahres. Insgesamt waren 86 Gutachterinnen und Gutachter aller MDK, vom Gutachterdienst der Knappschaft und von Medic Proof als Vertreter der privaten Pflegeversicherung eingebunden; darunter sowohl Fachkräfte für Kranken- beziehungsweise Alten- und Kinderkrankenpflege sowie Ärzte und Kinderärzte. Sie wurden im Vorfeld zunächst intensiv vorbereitet und nahmen an Schulungen teil. Seit Juli haben die Gutachterinnen und Gutachter dann das NBA in realen Begutachtungssituationen angewendet.

Inzwischen ist die Praxisphase fast abgeschlossen und die Daten sowie die Erfahrungen der Gutachter werden ausgewertet. Im September fanden sogenannte Fokusgruppen zum Erfahrungsaustausch der Gutachter statt. Alle Ergebnisse fließen in einen Abschlussbericht ein, den wir im Dezember dieses Jahres vorlegen werden.

forum Was sagen die Gutachterinnen und Gutachter zu dem neuen Verfahren?

Kimmel Ihre Rückmeldungen sind durchweg positiv. Zwar mussten sie sich erst mit der neuen Begutachtungsphilosophie vertraut machen. Doch nach kurzer Zeit sei ihnen die praktische Anwendung des NBA routiniert von der Hand gegangen. Außerdem konnten uns die Gutachter wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Begutachtungsmannuale und des zukünftigen Verfahrens geben.

Unser Ziel war es ja, das NBA bei einer ausreichenden Anzahl von Antragstellern mit möglichst heterogenen Hilfebedarfen anzuwenden. Wir wollten wissen, ob und wie das neue Verfahren in der täglichen Anwendung funktioniert. Und wir wollten wichtige Hinweise gewinnen, um den Implementierungsprozess zu unterstützen – all das scheint uns gelungen zu sein.

forum Wie reagieren die Versicherten bzw. deren Angehörige?

Kimmel Einerseits erleben es die Gutachter als positiv, dass sie den Versicherten, seine Beeinträchtigungen und Ressourcen nun viel umfassender als bislang abbilden können und sich nicht mehr um das »Zählen« von Minuten kümmern müssen. Insbesondere für Menschen mit gerontopsychiatrischen und kognitiven Beeinträchtigungen sei dies eine wertvolle Verbesserung. Auch die Resonanz bei den Versicherten und ihren Angehörigen sei sehr gut: Da die Selbstständigkeit im Fokus steht, so wie beispielsweise bei der Wahrnehmung sozialer Kontakte und bei außerhäuslichen Aktivitäten, fühle sich der Versicherte viel stärker wahrgenommen und wertgeschätzt.

Die Fragen stellte Dr. Martina Koesterke

MDS vergleicht Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung

Die Früherkennung von Darmkrebs gehört zu den Leistungen der GKV. Dafür werden – neben der Darmspiegelung – Tests genutzt, mit denen nach verstecktem Blut im Stuhl gesucht wird. Ein Gutachten des MDS zeigt, dass immunologische Tests einen Zusatznutzen zu den bisher eingesetzten Guajak-basierten Tests haben können.

MITTE 2008 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Nationalen Krebsplan ins Leben gerufen, um »die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer aufeinander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu forcieren. Ein Ziel des Nationalen Krebsplans besteht darin, das Programm zur Früherkennung von Darmkrebs weiterzuentwickeln. Die damit befasste Expertengruppe hat unter anderem eine unzureichende Treffsicherheit der heute in der Darmkrebsfrüherkennung eingesetzten Guajak-basierten Stuhlbluttests (gFOBT) bemängelt.

Als mögliche Alternative werden immunologische Stuhltests (iFOBT) in Betracht gezogen, weil diese Tests mit einem empfindlicheren Nachweissystem arbeiten. Das bedeutet, sie können diejenigen Personen, die tatsächlich an Vorstufen von Darmkrebs oder an Darmkrebs erkrankt sind, besser identifizieren. Die Expertengruppe empfiehlt, dass, soweit die fachlichen und wissenschaftlichen Voraussetzungen für eine Nutzenbewertung geeigneter immunologischer Tests zur Darmkrebsfrüherkennung gegeben sind, eine entsprechende Beratung und Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen sollte.

Krebsfrüherkennung weiterentwickeln

Das im April 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) untermauert die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, indem Strukturen, Reichweite, Wirksamkeit und Qualität der bestehenden Krebsfrüherkennungsangebote nachhaltig verbessert werden sollen. Aufgabe des G-BA ist es dabei, das Nähere zur Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme innerhalb von drei Jahren in seinen Richtlinien zu regeln. Die Arbeiten zur Weiterentwicklung des Darmkrebsfrüherkennungsprogramms hat der G-BA bereits im Jahr 2013 aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband den MDS im vergangenen Jahr beauftragt, gFOBTs mit iFOBTs

hinsichtlich ihres Nutzens, ihres Schadens und ihrer Testgüte zu vergleichen. Der MDS hat sein Gutachten Mitte 2014 veröffentlicht. Darin kommen die Wissenschaftler aus dem Bereich »Evidenzbasierte Medizin« zu dem Ergebnis, dass es Hinweise dafür gibt, dass Screenings auf der Basis von iFOBT im Vergleich zum bisherigen Screening mit gFOBT einen patientenrelevanten Zusatznutzen haben. Sie empfehlen für die Darmkrebsfrüherkennung den Ersatz des gFOBT durch einen oder ggf. mehrere geeignete iFOBTs.

Bewertung des iFOBT-Screenings eingeleitet

Für diesen Vergleich hat der MDS nach Studien gesucht, die bestimmte Qualitätsstandards erfüllten und Auskunft über den patientenrelevanten Nutzen (z. B. die Verringerung der Sterblichkeit) bzw. die Testgüte (Zuverlässigkeit der Testergebnisse) liefern konnten. Eine Studie, die den Nutzen der beiden Tests in der Früherkennung vergleicht und die Einschlusskriterien des Gutachtens erfüllt, konnte nicht gefunden werden. Aus Sicht des Projekt-Teams ist es aber gerechtfertigt, den Nutzen für den Patienten aus den gefundenen Testgüte-Studien abzuleiten, da man davon ausgehen könne, dass die von einem iFOBT entdeckten Kranken in gleichem Maße von den ggf. folgenden therapeutischen Maßnahmen profitieren wie die von einem gFOBT entdeckten Kranken.

Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses hat der G-BA am 18. September das Beratungsverfahren »Bewertung eines iFOBT-basierten Darmkrebscreenings im Vergleich zu einem gFOBT-basierten Darmkrebscreening« eingeleitet und den Unterausschuss »Methodenbewertung« des G-BA mit der Bewertung beauftragt.



Elke Grünhagen
ist Mitarbeiterin im Team
»Öffentlichkeitsarbeit« des MDS.
e.gruenhagen@mds-ev.de

»Nach dem Projekt ist vor dem Projekt«: MDK leistet Beitrag zur Reha vor Pflege

Selbst ein kleiner Schritt hin zu mehr Selbstständigkeit kann für einen pflegebedürftigen Menschen großes bedeuten. Dabei geht es oft gar nicht um die Pflegestufe. Viel wichtiger kann es beispielsweise sein, beim Essen wieder selbst den Löffel halten zu können oder die wenigen Schritte in die Küche zu schaffen. Hier kann eine Rehabilitation manches bewirken, im Idealfall auch mal einen Umzug ins Pflegeheim verhindern. Doch wann und bei wem ist eine Indikation für Rehaleistungen zu stellen?

OB EIN REHABILITATIONSBEDARF besteht, eine Reha also voraussichtlich die Selbstständigkeit und Lebensqualität verbessern kann, müssen die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bei jeder Pflegebegutachtung überprüfen. Diese Aufgabe ist im Gesetz verankert und durch die Pflegereformen der vergangenen Jahre immer wieder erweitert worden. Um Stärken und Schwächen des aktuellen Begutachtungsablaufs zu ermitteln und Optimierungsmöglichkeiten herauszufinden, haben die Medizinischen Dienste zusammen mit den

Kranken- und Pflegekassen das Projekt Reha XI durchgeführt: Es sollte die »Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung« im Rahmen der Aufgaben der Medizinischen Dienste nach dem SGB XI unter die Lupe nehmen. Ziel war

Mehr als 3200 Mal wurde der GPS in der Begutachtung angewendet

ein ergebnisoffener Blick auf die alltägliche Begutachtungspraxis der MDK. Auf der Basis dieser Ist-Analyse wurde für das Projekt ein so genannter Gute-Praxis-Standard (GPS) entwickelt, der den Prozess zur Erstellung einer Rehabilitations-Empfehlung erleichtert und vereinheitlicht. »MDK und Kassen leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Rehabilitation und flankieren so Zielsetzungen der Pflegepolitik, den Grundsatz »Reha vor Pflege« zu stärken«, erklärt der leitende Arzt des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Dr. Stefan Grone-meyer. Gleichzeitig werde die Kritik an der bisher niedrigen Zahl von Rehabilitationsempfehlungen des MDK in konstruktiver Weise aufgegriffen. Das Projekt wurde in der Zeit von Februar 2013 bis Februar 2014 durchgeführt und vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen als wissenschaftliche Institution begleitet.

Vier Projektziele - vier Schritte

Zunächst ging es darum, Stärken und Schwächen im üblichen Ablauf der Pflegebegutachtung herauszufinden und diese transparent zu machen. Der Ablauf zur Feststellung des Reha-Bedarfs ist zweistufig: Für die Einstufung in eine Pflegestufe ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter des MDK zunächst den Hilfebedarf, beispielsweise beim An- und Auskleiden, der Aufnahme der Nahrung oder der Körperpflege und inwieweit die Selbstständigkeit durch rehabilitative Maßnahmen verbessert werden kann. Für die Indikationsstellung einer medizinischen Rehabilitation gelten dabei vier Kriterien: Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele sowie eine positive Rehabilitationsprognose. Wenn die Pflegefachkraft des MDK bei einem Hausbesuch Hinweise auf Rehabilitationsbedarf feststellt, schaltet sie einen ärztlichen MDK-Gutachter ein, da die definitive Indikationsstellung als ärztliche Aufgaben anzusehen ist. Sofern die Kriterien erfüllt sind, stellt der Mediziner die Indikation, die dann der Pflegekasse mitgeteilt wird. »Die Prozessanalyse hat uns gezeigt, dass sich die Pflegefachkräfte und Ärzte der MDK bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs grundsätzlich gut ergänzen. Es wurde aber auch Schulungsbedarf bezüglich der einheitlichen Anwendung von Reha-Indikationskriterien und Optimierungspotenzial bei der Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten deutlich«, erklärt Dipl. Med. Katrin Breuninger, Seniorberaterin Rehabilitation / Heilmittel beim MDS. Auf der Basis dieser eingehenden Analyse und eines anschließenden Expertenkonsenses wurde der Gute-Praxis-Standard entwickelt. Die anschließende Evaluation des Begutachtungsablaufs nach GPS bei mehr als 3200 Fällen in

sieben MDK hat gezeigt, dass diese Vorgehensweise sehr gut praktikabel ist. So wertet der wissenschaftliche Leiter des Projektes, Prof. Heinz Rothgang vom ZeS, die Anwendung des GPS insgesamt als Erfolg. Mit dieser Vorgehensweise wurde bei durchschnittlich etwas mehr als 6% der begutachteten Antragsteller deutlich häufiger eine Rehabilitationsindikation festgestellt, als im Routineverfahren (ca. 1%). Dies wird als starker Hinweis auf eine bessere Erkennung des Reha-Bedarfs gewertet. Offen bleiben musste allerdings die Frage, wie zuverlässig durch die GPS-Anwendung Versicherte mit Rehabilitationsbedarf identifiziert werden, insbesondere, da die Methodik hier an Grenzen gestoßen ist. Ein weiteres Problem beschreibt Rothgang so: »Die Menschen erwarten bei einer MDK-Begutachtung vor allem eine Pflegestufe und waren oft nicht darauf vorbereitet, dass auch der Rehabilitationsbedarf geprüft wird.« Sie befürchten, dass ihnen damit Abstriche bei der Pflegeleistung drohen könnten. In dem Ablauf nach GPS wurde daher mit einem Informations-Flyer darüber aufgeklärt, dass die Durchführung einer medizinischen Reha eine Pflegestufe nicht ausschließt und umgekehrt.

Ein »Gute Praxis Standard« als Handwerkszeug

Der GPS umfasst insgesamt sieben Themenbereiche bzw. Prozessbausteine von der Schulung über Unterlagen, Vorinformationen, den Haubesuch, die Nachbereitung und die Ärztliche Entscheidung bis hin zur Datenübermittlung. »Aus Sicht der Beteiligten war es ganz wichtig, dass Ärzte und Pflegefachkräfte des MDK umfassend gemeinsam geschult wurden und dabei der Blick auch intensiv auf kleinteiligere Reha-Ziele gerichtet wurde«, erklärt Breuninger.

Ergebnisse liegen vor - Ziel erreicht?

In 6,3% aller nach GPS begutachteten Antragsteller stellen die Gutachterinnen und Gutachter im Projekt die Indikation zur medizinischen Rehabilitation. Das sind mehr als bei der Routinebegutachtung, bei der durchschnittlich maximal etwa 1% der Versicherten eine Indikation zur Rehabilitation erhalten. Dies hat vermutlich zwei Gründe. Zum einen gibt es einen gewissen Studieneffekt, der aus der Fokussierung des Themas Rehabilitation in der Studie resultiert. Zum anderen geht Rothgang aber auch davon aus, dass der GPS und die Schulung zur Erkennung von Reha-Bedarf den Prozess tatsächlich verbessert haben.

Offensive Diskussion im Expertengespräch

Der MDS lud Anfang Oktober interessierte Wissenschaftler sowie Vertreter aus Politik und Verbänden zu einem Expertengespräch nach Berlin ein, um die Ergebnisse des Projektes Reha XI der Fachöffentlichkeit zu präsentieren. Neben der Bedeutung des Grundsatzes »Reha vor und bei Pflege« vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wurde auch die Umsetzung des Konzeptes aus Sicht der Krankenkassen sowie die Erfolgsfaktoren einer Rehabilitationsmaßnahme für diese Zielgruppe beleuchtet. Ein Blick über den nationalen Tellerrand eröffnete interessante Perspektiven geriatrischer Rehabilitation in niederländischen Pflegehei-

men. Insgesamt erweiterte sich die Thematik hin zu der Frage nach einer optimalen Leistungserbringung. Es folgte eine Diskussionsrunde mit der Politik darüber, was zur Stärkung der Rehabilitation Pflegebedürftiger nun auf die Agenda gehöre. Die Resonanz der Teilnehmer zum Projekt Reha XI war durchweg positiv, wobei mehrfach die Offenheit und Transparenz bei der Darstellung teilweise auch problematischer Ergebnisse hervorgehoben wurde.

Der Abschluss von Reha XI ist erst der Anfang

Reha XI ist eines der größten Evaluationsprojekte zur Begutachtung, das Medizinische Dienste und Kassen bisher durchgeführt haben: Neben 26 Pflegekassen waren alle 15 MDK beteiligt und insgesamt 150 Pflegefachkräfte und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter einbezogen. Damit liefert Reha XI zahlreiche Impulse für eine Optimierung der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung, die nun flächendeckend in der Regelbegutachtung umgesetzt werden. »Ich freue mich, dass wir bei dieser umfangreichen Prozessanalyse unter Beteiligung der Akteure vor Ort auf eine sehr engagierte Unterstützung und großes Engagement der MDK und Kassen zählen konnten. Die Bereitschaft, auch Probleme offen zu benennen, hat uns zu einem empirisch fundierten Expertenkonsens zum bestmöglichen Vorgehen in der Begutachtung geführt«, fasst Gronemeyer zusammen.

Mit Abschluss des Projektes Reha XI ist das Thema aber für die MDK-Gemeinschaft noch nicht beendet – im Gegenteil: Mit »Opti-Reha MDK« (optimierte Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung) ist im Juli dieses Jahres ein weiteres Projekt gestartet, um den im Projekt Reha XI entwickelten einheitlichen Begutachtungs-Standard auch bundesweit umzusetzen. Die gemeinsame Schulung von Pflegefachkräften und Ärzten wird nach einem einheitlichen Curriculum durchgeführt, die Abläufe noch weiter optimiert und die Fälle ohne Rehabilitations-Indikation in der Qualitätssicherung überprüft. Ab 2015 erfolgt die Begutachtung nach dem optimierten Begutachtungsstandard, der sich an dem im Projekt Reha XI entwickelten GPS orientiert.

Dr. Martina Koesterke

Optimierter Begutachtungs-Standard ab 2015 bundesweit

Bericht über das erste nationale Schmerzforum
am 17. September 2014 in Berlin

Schmerztherapie in Deutschland im Aufwind?

Das Schmerzforum unter dem Motto »Schmerzmedizin in Deutschland – Status quo und prioritäre nächste Schritte zur Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung« zeigte: Die schmerztherapeutische Versorgung in Deutschland muss dringend weiter verbessert werden.

SCHMERZEN, INSBESONDERE CHRONISCHE, sind ein medizinisch, ethisch und volkswirtschaftlich relevantes Thema. Millionen Menschen in Deutschland leiden daran, ca. zwei bis sechs Millionen benötigen eine spezielle schmerztherapeutische Behandlung. Fakt ist jedoch, dass viele Menschen noch nicht von ambulanten und stationären schmerztherapeutischen Angeboten erreicht werden. Ursache dafür ist zum einen der geringe Bekanntheitsgrad der Angebote und zum anderen die fehlende flächendeckende Versorgungsstruktur. Das nationale Schmerzforum verstand sich deshalb als Kommunikationsplattform, das Impulse geben will, um genau diese Probleme anzugehen.

Nicht nur für Patienten eine Herausforderung

stationären schmerztherapeutischen Angeboten erreicht werden. Ursache dafür ist zum einen der geringe Bekanntheitsgrad der Angebote und zum anderen die

fehlende flächendeckende Versorgungsstruktur. Das nationale Schmerzforum verstand sich deshalb als Kommunikationsplattform, das Impulse geben will, um genau diese Probleme anzugehen.

Blick auf die schmerztherapeutische Versorgung

Mehr als sechzig Vertreter aus Wissenschaft, Versorgung, Verbänden, Politik, Krankenkassen und auch der MDK kamen zu Wort. Erklärtes Ziel war es dabei, ein konzertiertes und strukturiertes Vorgehen zur Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung in Deutschland auf den Weg zu bringen. In verschiedenen Impulsstatements und Referaten schätzten Fachleute und Entscheidungsträger die aktuelle Situation in Deutschland ein: »Was wurde bisher erreicht? Was war erfolgreich?« und »Wo gibt es Defizite und Handlungsbedarf?«. Darüber hinaus erläuterten sie, was getan werden kann, um die schmerztherapeutische Versorgung voranzubringen.

Multimodale Behandlungsansätze

In der Fachöffentlichkeit unstrittig ist, dass die Akutschmerztherapie bei chronischen Schmerzen notwendig ist und dass multimodale Behandlungsansätze gegenüber unimodalen Therapien deutlich im Vorteil sind.

Dies spiegelt sich auch in der Praxis wider, wie beispielsweise in der Umsetzung der Qualitätssicherungs-Verein-

barung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im ambulanten Bereich. Auch die Etablierung neuer teilstationärer und stationärer multimodaler Behandlungseinheiten gehört dazu.

Wie wichtig eine wirksame Schmerztherapie ist, zeigt sich auch in der verbesserten Finanzierung schmerztherapeutischer Leistungen im Krankenhaus (»Schmerz-OPS«).

Chronische Schmerzen stellen die Medizin vor große interdisziplinäre Herausforderungen. Die vielen verschiedenen Schmerzauslöser, die unterschiedliche Schmerzsymptomatik wie auch die -intensität erfordern eine vertrauensvolle fachliche Zusammenarbeit. Doch diese abgestimmte sektorenübergreifende Versorgung muss – auch hier sind sich die Fachleute einig – noch besser als bisher umgesetzt werden.

Erfahrungen des MDK

Der MDK brachte seine Erfahrungen aus den Begutachtungen im Rahmen einer Roundtable-Diskussion ein. Die Schmerztherapievereinbarung ist im ambulanten Bereich zwar umgesetzt. Doch es besteht noch struktureller und inhaltlicher Optimierungsbedarf. So gibt es beispielsweise in den einzelnen Regionen teilweise eine Unter-, Fehl- oder auch Überversorgung. Eine ausreichende Interdisziplinarität ist in der Praxis ebenfalls nicht sichergestellt, höchstens auf dem Papier. Von daher wäre es sinnvoll, die QS-Vereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß §135 Abs. 2 SGB V noch einmal zu verschärfen.

Überarbeitungsbedarf besteht aus Sicht des MDK auch bei der zeitnahen Einbindung von Psychotherapie und Psychologie – dies ist derzeit erst nach sechs Monaten gefordert. Im Einzelfall sollte es zudem möglich sein, bei Bedarf und Angemessenheit auch eine Langzeitbehandlung bei einem Schmerzspezialisten in Anspruch zu nehmen.

Disziplinen viel stärker vernetzen

So komplex und vielfältig chronischer Schmerz sein kann, so sektorenübergreifend müssen auch die Behandlungsangebote sein. Hierzu gehören nicht zuletzt eine angemessene Vor- und Nachbehandlung sowie eine intensive Versorgungsforschung. Die multimodale Schmerztherapie (MMST) endet allerdings meist an Sektorengrenzen. Deshalb sollten aus Sicht des MDK neue Projekte zur MMST nur dann gefördert werden, wenn ein sektorenübergreifendes Konzept vorliegt.

Die Versorgungsstudien sollten drei Kriterien erfüllen: Sie sollten der Komplexität der chronisch schmerzkranken Patienten gerecht werden, die Effektivität der MMST erhöhen und die hohen Kosten der MMST rechtfertigen. Wegweisend muss die Fragestellung sein: »Welcher Schmerzpatient braucht MMST und wenn ja, was braucht es vorrangig, wie intensiv und wie lange?«

Außerdem muss überall, wo multimodale Schmerztherapie draufsteht, auch MMST drin sein. Herzstück dieser Behandlung ist die multiprofessionelle Therapie unter einem integrativen Konzept. Hierzu zählt auch die Vernetzung aller Therapiebausteine bei gleichzeitig hoher Behandlungsintensität. Nicht das »Nebeneinanderher«, sondern das fachliche Miteinander, nicht das »Abhaken« von Therapiebausteinen, sondern das gemeinsam geplante, abgestimmte und unter Behandlung nachjustierte Behandlungskonzept unter ärztlicher Behandlungsleitung muss richtungsweisend sein. Wünschenswert wäre zudem, wenn die Behandlungsinhalte und -intensitäten der MMST stärker differenziert

würden. Nach den Erfahrungen aus der MDK-Begutachtung kommen derzeit vorrangig Behandlungsprogramme mit niedriger und mittlerer Intensität zum Einsatz. Die wissenschaftliche Daten-

lage zeigt aber, dass insbesondere bei hoch chronifizierten Patienten eine MMST mit hoher Behandlungsintensität – das heißt mehr als hundert Therapiestunden – angezeigt ist.

Perspektiven für die Zukunft

Hilfreich wäre ferner ein stärkerer Fokus auf Qualitätssicherung und die erforderlichen Strukturen schmerztherapeutischer Einrichtungen. Eine Basis dafür bieten die Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaft zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen. Auch die Interdisziplinarität müsste institutionalisiert werden – in allen Sektoren.

Die Ideen und Impulse des ersten nationalen Schmerzforums sollen in Projektarbeit münden, um so den vielen verschiedenen Verbesserungsansätzen Rechnung zu tragen. Zudem will sich die Veranstaltung als jährliche Kommunikationsplattform etablieren, um die Weiterentwicklung der Schmerzmedizin als ethisch und gesundheitspolitisch bedeutsames Thema zu fördern und zu koordinieren.

Dr. Sabine Antonioli,
leitende Ärztin des MDK Sachsen
Sabine.Antonioli@mdk-sachsen.de

Alle Infos zur geriatrischen Begutachtung in Buchform

Das »Kompendium« des KCC erscheint jetzt im Springer Medizin Verlag. Es gilt als das Standardwerk für geriatrische Gutachter: Seit 2012 arbeiten viele Gutachter in Deutschland mit dem *Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie*. Die verlässliche Arbeitsgrundlage war bisher lediglich online zugänglich und nur für die Verwendung innerhalb der MDK-Gemeinschaft verfügbar. Nun erscheint das Kompendium als gedrucktes Buch und steht der gesamten Fachöffentlichkeit zur Verfügung.

Dr. Friedemann Ernst, einer der Autoren vom Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCC), betont die Vorteile gegenüber anderen Veröffentlichungen: Jahrelange Erfahrungen von Geriatern und Gutachtern seien ausgewertet worden. Ziel der Autoren war es, eine bundesweit einzigartige Wissensbasis zu erstellen.

Auf 150 Seiten führt das Buch durch alle fachgerechten Begutachtungen geriatrischer Einzelfälle in den Versorgungsbereichen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege. »Mit den 44 FAQs«, so Dr. Ernst, »wollen wir dem Gutachter ein Handbuch bieten, das im Alltag und unter Zeitdruck prompt Informationen liefert. Wer zum Beispiel zum Fazit springt – weil er den medizinischen Hintergrund bereits kennt –, bekommt dort schnelle Antworten auf seine Fragen.«

Mit diesem Inhalt richtet sich das *Begutachtungswissen Geriatrie* in erster Linie an sozialmedizinische Gutachter der Medizinischen Dienste in Deutschland. Hilfreich ist das Buch außerdem für die Formulierung geriatrischer Gutachten für die Sozialgerichte, an denen auch externe Sachverständige beteiligt sind. Unabhängig davon ist es für jeden Mediziner interessant, der sich über den geriatrischen Patienten, das Behandlungskonzept oder z. B. die Bedeutung von Assessment-Ergebnissen informieren will.

Das *Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie* des KCC, herausgegeben vom Springer Medizin Verlag, wird im vierten Quartal 2014 zum Preis von € 39,99 im Buchhandel erhältlich sein.

Jan Gömer

Ernst
Lübke
Meinck

Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie

3. Auflage

Empfohlen vom
Kompetenz-Centrum
Geriatrie in
Trägerschaft des
GKV-Spitzen-
verbandes und der
MDK-Gemeinschaft

Springer

Wie viel Mensch steckt im Gehirn?

Die moderne Bildgebung erlaubt faszinierende Einblicke ins menschliche Denkkorgan. Die Freude über den Wissenszuwachs geht jedoch einher mit juristischen, medizinischen und ethischen Bedenken. Wie sind diese zu bewerten? Und ändern die Einblicke unser Bild vom Menschen?

IM 17. JAHRHUNDERT hatte der englische Arzt Richard Lower eine bahnbrechende Erkenntnis: Was beim Schnäuzen aus der Nase kommt, ist keine Gehirnmasse! Etwa zur selben Zeit sah Antony van Leeuwenhoek erstmals Nervenzellen unter dem Mikroskop, und Thomas Willis veröffentlichte eine exakte Anatomie des Gehirns. Ende des 18. Jahrhunderts entdeckte dann Luigi Galvani, dass Muskeln und Nerven etwas mit elektrischen Ladungen zu tun haben. Schon früh also enthüllte das Gehirn viele seiner Geheimnisse.

Gehirn und Persönlichkeit hängen zusammen

Vor allem Opfer von Unfällen, Schlaganfällen und Operationen zeigten tragische, aber für die Wissenschaft enorm aufschlussreiche Defizite: Ein Arbeiter etwa, dem ein dicker Bolzen den Kopf durchschlug, erholte sich wieder und funktionierte auch im Alltag, aber seine Persönlichkeit war vollkommen verändert. Ebenso erging es Patienten mit psychischen Erkrankungen, denen Ärzte mit der sogenannten Lobotomie Nerven im Gehirn durchtrennten. Dagegen zeigen Schlaganfallopfer bei oft unveränderter Persönlichkeit diverse kognitive, mitunter kuriose Ausfallerscheinungen. So konnte beispielsweise ein Patient keine Pflanzennamen mehr behalten, Tiernamen hingegen schon.

Welch hohen Stellenwert die Gehirnforschung gerade in den vergangenen Jahrzehnten bekam, bestätigt unter anderem der Nobelpreis für Physiologie und Medizin, der in diesem Jahr für die Erkenntnis vergeben wurde, wie uns bestimmte Nerventypen eine Orientierung im Raum ermöglichen. Auch wurden in jüngster Zeit Großprojekte ins Leben gerufen, die das Gehirn systematisch erforschen sollen: allen voran das von der EU mit einer Milliarde Euro ausgestattete Human Brain Project, die entsprechende US-amerikanische BRAIN Initiative und das von den US-amerikanischen National Institutes of Health organisierte Human Connectome Project. Bei diesen Vorhaben geht es darum, das Gehirn mit seinen untereinander vernetzten 86 Milliarden Nervenzellen systematisch zu erfassen, das heißt, die Gehirnregionen

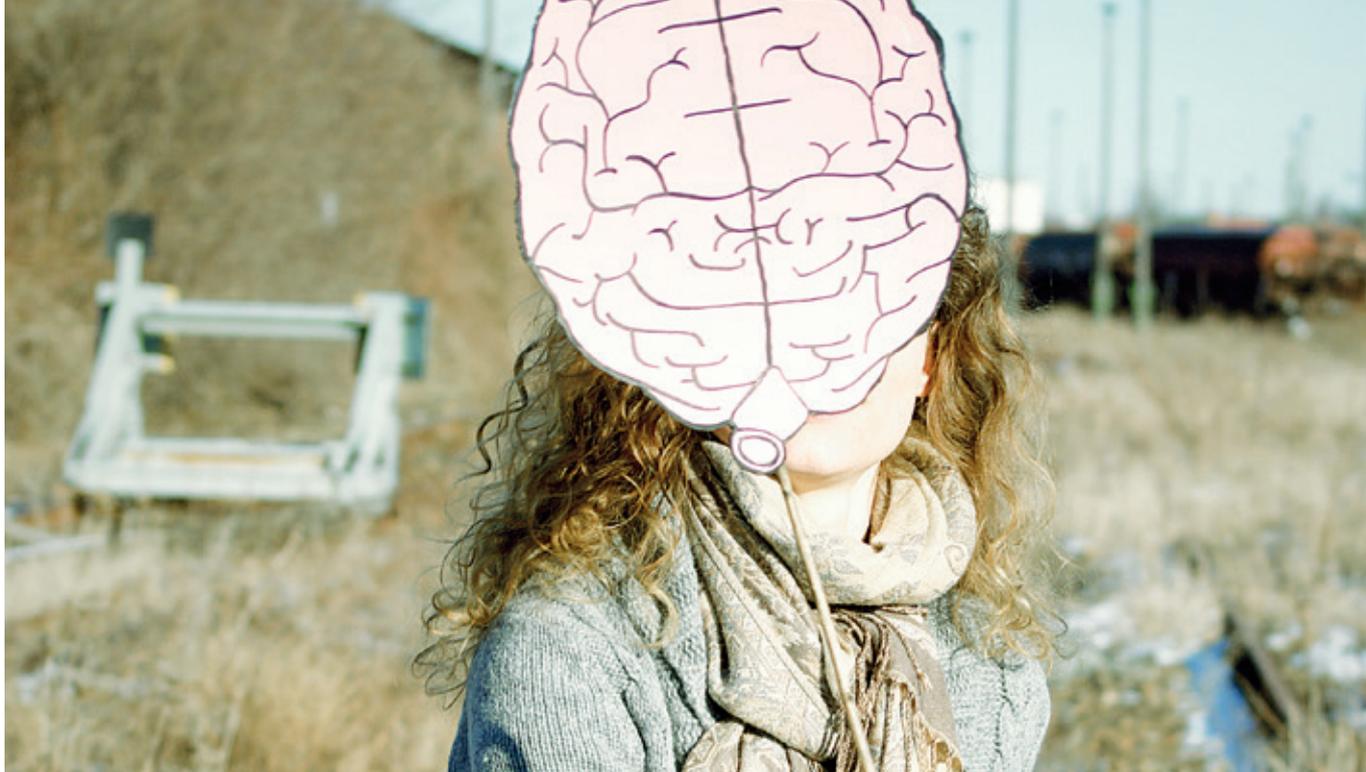
genau zu kartieren, die Nervenverbindungen nachzuzeichnen und das Denken zu simulieren.

Ein gerade angelaufenes, deutschlandweites Großprojekt, die sogenannte Nationale Kohorte, wird ebenfalls zum Wissen über das Gehirn beitragen. Von den 200 000 Menschen, deren körperlicher Zustand und Lebensgewohnheiten zwanzig bis dreißig Jahre lang erfasst werden sollen, werden 30 000 auch mithilfe der Magnetresonanztomographie »durchleuchtet«. Diese Untersuchungen werden unter anderem darüber Aufschluss geben, wie sich das menschliche Gehirn im Laufe des Lebens verändert und mit welchen Lebensgewohnheiten diese Veränderungen einhergehen.

Die Magnetresonanztomographie hat der Hirnforschung bereits jetzt neue Dimensionen eröffnet: Mit einer speziellen Magnetresonanztomographie, dem sogenannten Hirnscan, kann man Menschen sozusagen beim Denken zusehen – stark durchblutete, also aktive Gehirnareale lassen sich in einem Hirnscan farblich hervorheben. Es liegt auf der Hand, dass solche technischen Möglichkeiten auch gesellschaftliche Auswirkungen haben könnten. Diese auszuloten war Gegenstand der Herbsttagung 2013 des Deutschen Ethikrates.

Und die technischen Möglichkeiten sind in der Tat faszinierend: »Wir können die Gehirne von Pianisten und Streichern mittlerweile gut unterscheiden«, sagte der Neuropsychologe Lutz Jäncke von der Universität Zürich auf der Tagung. Sogar Vorhersagen sind möglich: Erst vor wenigen Wochen veröffentlichte die Universität von Kalifornien Ergebnisse, wonach Hirnscans im Kleinkindalter zusammen mit den üblichen Tests etwaige Leseschwächen weit besser vorhersagen können als die Tests alleine.

Spektakulär war auch der kürzlich veröffentlichte Bericht eines Hirnforschers, der einem Wachkomapatienten einen kurzen Hitchcock-Film vorgeführt und dabei dieselben Aktivitätsmuster registriert hatte wie bei gesunden Probanden, selbst in Hirnregionen, in denen der Verstand lokalisiert ist. Und Forscher vom Max-Planck-Institut in Leipzig erregten vor wenigen Wochen Aufsehen, als sie veränderte Aktivitäten im Gehirn von Depressionspatienten, die ein bestimm-



tes Medikament eingenommen hatten, nachweisen konnten. Normalerweise äußert sich die Wirkung – oder Nichtwirkung – der Medikamente erst nach Wochen, was die Suche nach den passenden Medikamenten langwierig und für alle Beteiligten belastend macht. Die Liste solcher Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft ließe sich nahezu beliebig fortsetzen.

Im Fokus des deutschen Ethikrats

Kein Wunder also, dass ebendiese schier unbegrenzten Möglichkeiten der modernen Bildgebung des Gehirns die Mitglieder des Ethikrates auch beunruhigten. So sei »absehbar«, sagte der Rechtsphilosoph Reinhard Merkel, dass Verteidiger sich vor Gericht der Neurobildgebung bedienen werden, etwa wenn sie demonstrieren wollen, dass ein Angeklagter die Wahrheit sagt, nicht schuldig ist oder keine Gefahr mehr darstellt. Auch wenn diese Möglichkeiten noch nicht wirklich Realität sind, erzielen schon jetzt Vorhersagen, ob ein Mensch pädophil oder psychopathisch werden wird, »erstaunlich hohe Trefferzahlen«, wie es in einem Infobrief des Ethikrates zur Herbsttagung heißt. Vor Gericht wird es in Zukunft also weniger darum gehen, ob solche Aussagen technisch möglich, sondern ob sie juristisch zu rechtfertigen sind.

In der Medizin dagegen hat die Magnetresonanztomographie längst ihren festen Platz, liefert sie doch ganz ohne Strahlenbelastung brillante und zum Teil bewegte Bilder aus dem Körperinneren. Doch auch in der Medizin ist sie nicht unumstritten: Gerade die gläserne Darstellung des ganzen Körpers gibt den Ärzten mitunter mehr Rätsel auf, als sie Fragen beantwortet. Wann ist ein Befund »auffällig«? Und auch wenn er sicher auffällig ist, würde diese Auffälligkeit jemals medizinisch relevant werden? Um dem ethischen Dilemma, ob ein Arzt trotz dieser Unsicherheiten einen auffälligen Befund überhaupt erwähnen soll, zu entgehen, müssen etwa die 30 000 Probanden der Nationalen Kohorte vorab einwil-

ligen, dass ihnen etwaige Auffälligkeiten mitgeteilt werden.

In der Neurobildgebung beschäftigen sich Mediziner besonders mit der Früherkennung degenerativer Erkrankungen wie der Alzheimer-Demenz. Hirnscans zeigen die Alzheimer-typischen Ablagerungen im Gehirn deutlich. Doch was man mit dieser Information eigentlich anfangen soll, ist unklar. Zum einen gehen die Ablagerungen nicht unbedingt mit Nerven-degenerationen einher und zum anderen kann man die Entwicklung einer Demenz ohnehin kaum verlangsamen oder gar stoppen. Aus diesem Grund bewertet der IGeL-Monitor des MDS die Magnetresonanztomographie zur Früherkennung einer Alzheimer-Demenz auch als »tendenziell negativ«.

Hirnscans berühren auch eher philosophische Fragen: Was sagen sie aus über das Bild vom Menschen? Lassen sie noch Platz für das Konzept der Seele? Der Psychiater Thomas Fuchs sprach sich auf der Tagung vehement dagegen aus, das Gehirn als »alleinigen Konstrukteur des Ichs« und somit als »Nachfolger der Seele« anzusehen. Die Essenz des Menschen fände sich nicht an einem bestimmten Ort im Körper, sondern »in den Beziehungen zwischen Gehirn, Körper und Umwelt«. Wird man also bereits durch einen Umweltfaktor, etwa den Kauf eines neuen Kletterseils, ein anderer Mensch? Oder doch eher, wenn das Seil reißt und das Gehirn beim Sturz geschädigt wird? So rief die Vorsitzende des Ethikrates Christiane Woopen die Teilnehmer der Tagung zu einem Gedankenexperiment auf: Was wäre, wenn man ein Gehirn transplantieren würde? Erhielte man dann einen neuen Menschen oder würde das »Ich« des Gehirns oder des Körpers fortbestehen?

Auf der Tagung wurden auch Stimmen laut, die vor überzogener Kritik an der Neurobildgebung warnten, die sich beispielsweise an der Vorstellung entzündet, man könne das Verhalten eines Menschen vorhersagen. So stellte der Hirnforscher John-Dylan Haynes nüchtern fest: »In den meisten Fällen wird man viel schneller zum Ziel kommen, wenn man eine Person einfach fragt, was sie zu tun gedenkt.«



Dr. Christian Weymayr
ist Biologe, Medizinjournalist und
Redakteur des IGeL-Monitors.
info@christian-weymayr.de

Hoffnungsträger auf dem Prüfstand

Brustkrebs ist mit Abstand die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Entsprechend groß ist das Interesse, wenn neue Biomarkertests für betroffene Patientinnen auf den Markt kommen. Ob diese Tests in die Regelversorgung aufgenommen werden sollten, wird derzeit intensiv geprüft.

ALLEIN IM LAUFE dieses Jahres werden etwa 75 000 Frauen bundesweit neu an Brustkrebs erkranken, schätzt das Robert-Koch-Institut. Doch obwohl die Zahl der diagnostizierten Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hat, sterben heute weniger Frauen an Brustkrebs als noch vor zehn Jahren. Die Überlebenschancen betroffener Frauen haben sich vor allem aufgrund verbesserter Früherkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten deutlich erhöht. Die Fortschritte in der Therapie sind unter anderem darauf zurückzuführen, dass bestimmte Merkmale der Patientin und des Tumors immer genauer erfasst werden und als Grundlage für eine differenzierte Therapieentscheidung dienen.

Nicht so einfach

Immer wieder machen im Zusammenhang mit der Brustkrebstherapie in den letzten Jahren neue Biomarkertests Schlagzeilen. »Gentest kann Brustkrebspatientinnen Chemotherapie ersparen«, heißt es da beispielsweise, oder: »Chemotherapie ja oder nein: Biomarker helfen bei der Behandlungsentscheidung«. Dr. Barbara Zimmer vom Kompetenz-Centrum Onkologie (KCO), sieht solche Meldungen kritisch. Denn sie weiß: Ganz so einfach ist es nicht. Das KCO als gemeinsame Einrichtung der Medizinischen Dienste der gesetzlichen Krankenversicherungen berät die Kassen in allen Fragen einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung von Krebspatienten und befasst sich in diesem Zusammenhang schon seit Jahren intensiv mit neuen Biomarkertests.

»In der Presse und der öffentlichen Wahrnehmung werden Biomarker oft als etwas komplett Neues angesehen«, erläutert Barbara Zimmer. »Das Prinzip ist im Grunde gar nicht neu. Biomarker sind bestimmte Merkmale, die objektiv gemessen werden können und Informationen zum Gesundheits- oder Krankheitszustand anzeigen«, erklärt die Medizinerin und liefert auch gleich ein Beispiel: »Der Blutzuckerspiegel ist ein seit langem bekannter und anerkannter Biomarker in der Behandlung bei Diabetes mellitus.« Unter-

schiedliche Biomarker können den behandelnden Ärzten ganz unterschiedliche Informationen liefern. Während die einen etwa zum Erkennen und Einordnen von Krankheiten dienen, helfen andere, den zu erwartenden Krankheitsverlauf (die Prognose) zu bestimmen. Manche Biomarker zeigen die mögliche Wirksamkeit von Therapien an (prädiktive Aussage), während andere eine wichtige Rolle bei der Überwachung des Krankheitsverlaufs spielen. Aufgrund des wissenschaftlichen und technischen Fortschrittes haben in den letzten Jahren insbesondere molekulare und zellbasierte Biomarker bei Krebserkrankungen zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Fundierte Therapieentscheidungen

Nach den geltenden Leitlinien für die Behandlung von Brustkrebspatientinnen wird bei neu erkrankten Frauen schon heute eine ganze Reihe von Merkmalen betrachtet. Neben dem Lebensalter der Patientin sind das beispielsweise die Größe, die Gewebebeschaffenheit und die Ausbreitung des Tumors: Sind Lymphknoten befallen? Gibt es Fernmetastasen? Anhand von entnommenem Tumorgewebe wird zudem untersucht, ob die Krebszellen Rezeptoren für die Hormone Östrogen und Progesteron oder aber sogenannte HER2-Rezeptoren aufweisen. »All das wird heute bereits standardmäßig untersucht«, betont Barbara Zimmer. »Wir stehen also keineswegs mit leeren Händen da, sondern verfügen schon jetzt über ein Spektrum von Markern und klinischen Faktoren, die wir bei neu erkrankten Patientinnen bestimmen.« Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Entscheidung ein, welche Anschlusstherapie für die jeweilige Patientin die erfolgversprechendste und geeignetste ist.

Denn mit der operativen Entfernung des Tumors ist für die meisten Frauen die Brustkrebsbehandlung nicht abgeschlossen, erklärt die KCO-Expertin: »Viele Betroffene brauchen auch eine Strahlentherapie und eine medikamentöse

**Biomarker liefern
viele Informationen**



Behandlung, um das verbliebene Rückfallrisiko zu senken. Wenn der Tumor hormonempfindlich ist, dann ist eine anti-hormonelle Therapie Pflicht. Und wenn das HER2-Merkmal deutlich nachweisbar ist, folgt auf jeden Fall die Antikörpertherapie.« Auch die Frage, ob eine Chemotherapie notwendig ist, kann bei vielen Patientinnen schon jetzt beantwortet werden – bei vielen, aber nicht bei allen. An dieser Stelle kommen die neuen Biomarkertests ins Spiel.

Derzeit werden große Erwartungen in neue Biomarkertests bei Brustkrebs gesetzt. Zwar sind einige Tests als Prognosemarker bereits in Studien untersucht. Die Frage ist aber, ob diese Tests in der Lage sind, die Entscheidungsfindung für oder gegen eine Chemotherapie zu verbessern. Das heißt, ob diese Tests zusätzliche gesicherte Aussagen liefern, auf deren Basis eine Therapieentscheidung getroffen werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich dieser Frage angenommen und berät seit 2013 zu neuen Biomarkertests bei Brustkrebs.

Kassenleistung ja oder nein?

Laut G-BA sind derzeit rund 15 solcher biomarkerbasierter Tests für Brustkrebspatientinnen kommerziell verfügbar. Die Frage, ob, und wenn ja, welche davon künftig zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird derzeit geprüft. Für die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung genügt es nicht nachzuweisen, dass ein bestimmter Biomarkertest beispielsweise einen prognostischen Stellenwert besitzt. Die Fragen, die es zu beantworten gilt, lauten vielmehr: Hat dieser Test einen höheren Nutzen für die Brustkrebspatientinnen als die bisherigen Untersuchungen? Lässt sich aus dem Testergebnis eine Änderung der Therapie ableiten, die mit einem nachweislichen Nutzen für die betroffenen Frauen verbunden ist?

»Zurzeit ist die Frage, ob man sich durch die Hinzunahme eines solchen Tests sicherer entscheiden kann, noch nicht geklärt«, sagt Barbara Zimmer. Die gegenwärtige Studienlage liefere keinen abschließenden Beleg dafür, dass durch

diese Tests die Behandlungsqualität nachweislich verbessert werde. Bis dieser Nachweis erbracht ist, befürwortet das KCO den Einsatz solcher Tests grundsätzlich nur im Rahmen von Studien. Barbara Zimmer erklärt, warum: »Wenn aufgrund der Ergebnisse neuer Biomarkertests auf eine ansonsten empfohlene Chemotherapie verzichtet wird und dann ein Rückfall eintritt, ist das aus unserer Sicht im Interesse der Patientin nicht vertretbar.« Derzeit laufen mehrere große Studien, erste Ergebnisse werden aber frühestens 2015 erwartet.

Klärungsbedarf

Auch der G-BA sieht noch Klärungsbedarf. Im April 2014 erteilte er dem Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen den Auftrag, den aktuellen Wissensstand zur Anwendung von biomarkerbasierten Tests zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mamma-Karzinom zu recherchieren und zu bewerten. Den Antrag für dieses Bewertungsverfahren hatte der GKV-Spitzenverband im vergangenen Jahr gestellt, Ergebnisse sollen bis Ende 2015 vorliegen. Zuletzt hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Juni 2014 einen Erprobungsantrag für den Biomarkertest Oncotype abgelehnt, den die Herstellerfirma Genomic Health Deutschland gestellt hatte. Nach §137e SGB V kann der G-BA für eine neue Behandlungsmethode, die einen potenziellen, aber noch nicht hinreichend belegten Zusatznutzen verspricht, eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens zu gewinnen. Die im Rahmen der Erprobung erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Von dieser Möglichkeit hat der Gemeinsame Bundesausschuss jedoch keinen Gebrauch gemacht. Die neuen Hoffnungsträger bleiben vorerst weiter auf dem Prüfstand.

Dr. Silke Heller-Jung

Demenz-Coaches im Krankenhaus

Etwa 10 bis 15% aller Krankenhauspatienten sind an Demenz erkrankt. Sie stellen für die Mitarbeiter in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen oft eine besondere Herausforderung dar. Um auf die spezifischen Bedürfnisse eingehen zu können, wurde die Weiterbildung zum Demenz-Coach entwickelt.

IN EINEM KRANKENHAUS zu liegen, ist für jeden Menschen eine Ausnahmesituation. »Für einen Patienten mit Demenz ist es jedoch noch mehr: im wahrsten Sinne des Wortes verwirrend – als sei man in Tokio ohne Dolmetscher und Navigationsgerät auf sich allein gestellt«, sagt Katja Plock. Die Gesundheits- und Krankenpflegerin im Klinikum Gütersloh hat eine Ausbildung zum Demenz-Coach absolviert und koordiniert seitdem den Einsatz der etwa zwanzig ehrenamtlich tätigen Patientenbegleiter im Klinikum. Die Weiterbildung zum Demenz-Coach wurde vom Klinikum Gütersloh bezahlt. Die Bürgerstiftung Gütersloh unterstützt das Projekt. Die Stiftung trägt auch die Kosten für die Qualifizierung der ehrenamtlichen Patientenbegleiter.

Ehrenamtliche werden qualifiziert

Grundsätzlich kann jeder ehrenamtlich unterstützen. Wer sich als Ehrenamtlicher um einen Patienten mit Demenz in der Klinik kümmern möchte, muss zuvor eine Qualifizierung in vierzig Unterrichtsstunden absolvieren. Als ausgebildeter Demenz-Coach leitet Katja Plock diese Kurse und begleitet auch die ersten Besuche ehrenamtlicher Helfer: »Das gehört zu unserer Qualitätssicherung ebenso wie das Reflexionsgespräch nach dem Besuch.« Nach dem Kurs gehen die Ehrenamtlichen dann selbstständig zum Patienten.

Besucht werden Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Eine fremde Umgebung, fremde Menschen und unbekannte Abläufe im Krankenhaus machen schon Patienten ohne Demenz zu schaffen. Für demenziell Erkrankte ist die Belastung noch höher. Diese Patienten benötigen für diese Zeit des stationären Aufenthalts eine besondere Fürsorge und Begleitung, um sich in der ungewohnten Umgebung zu rechtzufinden. »Wir geben unseren Patienten mit Demenz das Gefühl von größerer Sicherheit und fördern sie intensiv. Dabei unterstützen wir die Pflegekräfte mit einem sehr wichtigen Gut: Zeit«, erklärt Katja Plock.

Wertschätzung für die Patientenbegleitung

Seit Sommer 2013 hatten die ehrenamtlichen Helfer etwa siebenhundert Einsätze. Ihre Arbeit ist vielfältig. Manche sitzen am Bett und lesen den Demenzpatienten etwas vor oder betrachten zusammen mit ihnen Bilder und Fotos. Andere nutzen einen Igelball zur Handmassage oder motivieren die Patienten zu Spaziergängen. Sehr wichtig sind auch die Begleitungen innerhalb des Krankenhauses in andere Abteilungen oder zu Untersuchungen, wie zum Beispiel zur Röntgenabteilung. Eine musikalische Helferin bringt ihre Flöte mit und spielt am Krankenbett beruhigende Melodien. Vor einem Besuch am Krankenbett meldet sich die Helferin oder der Helfer bei der Stationschwester an. Der Besuch dauert im Durchschnitt eine Stunde – eine Stunde Einzelbetreuung, Zeit für den Patienten und seine indivi-

Demenz-Coaches:

- begleiten demenzkranke Menschen in Kliniken von der Aufnahme bis zur Entlassung
- beraten und begleiten pflegende Angehörige während des Klinikaufenthalts
- kooperieren mit dem Krankenhaus-Sozialdienst
- entwickeln Konzepte für den Umgang mit demenzkranken Menschen in Kliniken in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- initiieren und organisieren demenzspezifische Fortbildungen für Mitarbeiter und Ehrenamtliche



duellen Bedürfnisse. Die Vorteile liegen auf der Hand: Sowohl die Pflegekräfte als auch Angehörige werden dadurch entlastet und die Patienten werden je nach Krankheitserscheinung etwa wacher oder ruhiger. Die Rückmeldungen von Pflegepersonal und Angehörigen sind durchweg positiv, berichtet Katja Plock. »Unsere Ehrenamtlichen melden uns zurück, dass sie diese Tätigkeit und die damit verbundene Wertschätzung als sehr bereichernd und befriedigend empfinden.« Einmal im Monat kommen alle Ehrenamtlichen zusammen, tauschen mit Katja Plock ihre Erfahrungen aus und geben sich gegenseitig viele Anregungen.

Die meisten Patientenbegleiter kommen ein bis zwei Mal in der Woche. Das Klinikum in Gütersloh legt Wert auf eine Eins-zu-eins-Betreuung. Das heißt, ein Ehrenamtlicher kümmert sich nur um einen Patienten. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von knapp unter sechs Tagen müssen sich die Patientenbegleiter immer wieder auf neue Situationen einstellen. Aber genau darin liegt auch für viele Betreuer der Reiz. »Viele Ehrenamtliche entscheiden sich für die Hilfe im Krankenhaus und nicht in einer Altenpflegeeinrichtung. Denn im Krankenhaus ist wegen der kurzen Betreuungszeit die soziale Bindung nicht so intensiv. Beim Tod eines Patienten in einer Pflegeeinrichtung ist das Verspüren des Verlusten eines Betreuten oft sehr hoch«, erläutert Katja Plock.

Weiterbildungspreis für Demenz-Coach-Konzept

Die Gütersloher können weitere Unterstützung gut gebrauchen. Ende Oktober dieses Jahres startet wieder ein neuer Kurs für die Begleitung demenzieller Patienten im Krankenhaus. Katja Plock berichtet, dass einige Ehrenamtliche bereits Erfahrungen mit Demenzkranken haben. Voraussetzung für ihren Einsatz im Krankenhaus ist dies aber nicht. Das Alter spielt auch keine Rolle. »Auch junge Leute sind in unserem Team sehr willkommen. Die jüngste ehrenamtlich Tätige ist 19 Jahre alt, die Älteste über siebzig Jahre.

Das vom Demenzzentrum Ostwestfalen-Lippe und der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen in Gütersloh entwickelte Weiterbildungskonzept zum Demenz-Coach wurde im Jahr 2013 mit dem Deutschen Weiterbildungspreis ausgezeichnet. Die Fortbildung umfasst 208 Unterrichtsstunden. Thematisch geht es unter anderem um das Krankheitsbild Demenz, Ethik-Kommunikations- und Schnittstellenmanagement. Das Angebot richtet sich in erster Linie an Gesundheits- und Krankenpfleger. In etwa 25 Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen kommen Demenz-Coaches zum Einsatz.



Martin Dutschek,
Leiter Personalentwicklung beim
MDK Niedersachsen.
martin.dutschek@mdkn.de

Isolierstationen in
Sierra Leone und Liberia

Der unsichtbare Feind unter Verschluss

Unser Auge kann sie nicht sehen, doch sie bringen den Tod. Sie sind hinterhältig, denn sie töten auch diejenigen, die retten wollen. Und sie verbreiten Angst und Schrecken. Doch inmitten der Ebola-Panik gibt es die Andren. Diejenigen, die bleiben und nicht weglaufen.

TILL ECKERT, SIMON SCHEIBLHUBER UND NICOLAS ASCHOFF sind Medizinstudenten der Universität Witten/Herdecke im Alter von 22 bis 27 Jahren. Von langer Hand hatten sie einen vierwöchigen Afrika-Aufenthalt zur Fortbildung in Tropenmedizin geplant. Als sie dorthin aufbrachen, sprach in Sierra Leone noch niemand über Ebola. Doch das sollte sich ändern.

Viren kennen keine Staatsgrenzen

Die ersten Ebolafälle traten in Guinea auf. Aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr, unzureichender Kapazitäten der lokalen Gesundheitssysteme sowie fehlender Aufklärung breitete sich das Virus schnell über die Grenzen hinweg aus: Es folgten Infektionen in den Nachbarländern Sierra Leone, Liberia und zuletzt auch Nigeria. Am 8. August 2014 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Epidemie zum internationalen Gesundheitsnotfall (Public Health Emergency of International Concern).

»Keiner von uns hat beim Abflug damit gerechnet, dass das Virus in den vier Wochen bis zu unserem Krankenhaus nach Makeni vordringen würde. Aber es kam immer näher«, erinnert sich Till Eckert. »Wir haben das in den ersten drei Wochen in den Dienstbesprechungen mitbekommen.

Finanziert aus der eigenen Tasche

Irgendwann wussten wir: Über kurz oder lang wird Ebola auch die Stadt Makeni, ein großes Handelszentrum des Landes, erreichen.« Als die Epidemie schließlich kurz vor der Grenze des Distrikts stand, kam der Tag der Entscheidung: »Wir hätten abreisen oder in einem anderen Teil des Landes einfach Urlaub machen können. Wir haben uns aber dafür entschieden, zu bleiben und zu helfen.« Die Studenten entwickelten kurzerhand ein Konzept für eine Isolationsstation und setzten es anschließend direkt tatkräftig um.

»Da es Probleme mit der Finanzierung gab, haben wir die ersten Materialien mit unserem eigenen Geld vorfinanziert«, sagt Till Eckert. »So konnten wir schnell anfangen.« Und das

war auch gut so. Die Station verfügt über einen reinen Eingang und einen Ausgang. Wer sie betreten möchte, darf das nur im vollen Schutzanzug tun. Die Desinfektion erfolgt hauptsächlich mit Chlor. Bei der Reinigung stehen die Ärzte und Pflegenden mit den Füßen in Eimern. Sie tragen bis zu drei Paar Handschuhe gleichzeitig, die aufwendig nacheinander desinfiziert und entsorgt werden müssen.

Ein Wettlauf gegen die Zeit

Hatten die drei noch gehofft, vor der Inbetriebnahme einige Tage Zeit zu haben, um Ärzte, Krankenschwestern, Reinigungskräfte oder andere Helfer zu schulen, kam es wieder anders: Am Morgen nach der Fertigstellung der Station kamen schon die ersten Patienten mit Ebolaverdacht ins Krankenhaus. Nun musste alles schnell sehr gehen. Bei dieser »Feuerprobe« stellte sich heraus: Das von den dreien konzipierte Neun-Schritte-System zum sicheren Entkleiden funktionierte auf Anhieb. »Das Wichtigste dabei ist, dass wirklich alles Material, was in die Station hineingeht, sie nie wieder verlässt – außer zum Verbrennen. Und auch das muss unter strengen Sicherheitsauflagen geschehen.«

Ein großes Problem ist die mangelnde Aufklärung

Doch die größte Sorge machte Eckert nicht der Wettlauf mit der Zeit: »Es fehlt, gerade seit dem in Sierra Leone bis 2007 dauernden Krieg, an Wissen und Bildung. Viele Menschen glauben gar nicht, dass das Virus überhaupt existiert, weil sie es nicht sehen können. Dadurch wurden zum Teil die Leichen von verstorbenen Angehörigen zur Totenwaschung aus den Krankenhäusern entwendet, was natürlich zu weiteren Infektionen führt.« Außerdem fehle den Menschen oft das Geld, um sich in einem Krankenhaus behandeln zu lassen. Viele könnten sich nur den Besuch von Natur- oder Wunderheilern leisten.

Inzwischen sind im ganzen Land Isolierstationen nach dem Vorbild ihrer Station eingerichtet worden. Doch der

22-Jährige bleibt bescheiden: »Wir haben – im Rahmen unserer Möglichkeiten – gerne geholfen. Und letzten Endes hat das auch sehr gut geklappt.« Und dann lächelt er: »Nach Afrika aufgebrochen sind wir, um unseren praktischen Teil der Curriculumanforderungen zu absolvieren. Dass es aber so praxisnah werden würde, hätten wir nie gedacht.«

Ganz Westafrika braucht Hilfe

Auch in der Nachbarrepublik Liberia wurden in den vergangenen Wochen deutsche Teams im Kampf gegen Ebola aktiv. Europas größtes Medikamentenhilfswerk action medeor hat gemeinsam mit der Hilfsorganisation ISAR Germany in der Hauptstadt Monrovia zwei Isolierstationen in Form von Spezialzelten für insgesamt 44 Patienten errichtet. Kostenpunkt rund € 600.000, die zu einem Großteil durch die Else Kröner-Fresenius-Stiftung aufgebracht wurden. Ein Platz für die Zelte war schnell gefunden – in der Nähe der Gerlib-Klinik, in der bereits Ebola-Patienten behandelt wurden. Einheimische Firmen begannen unverzüglich damit, den Bauplatz mit schwerer Technik herzurichten. Innerhalb von drei Tagen waren die beiden Isolierstationen aufgebaut, inzwischen sind sie miteinander verbunden.

Seit fast zehn Jahren ist die Gerlib-Klinik in Liberia Partner von action medeor und wird regelmäßig mit Medikamen-

ten versorgt. Nach dem Tod von drei infizierten Mitarbeitern musste die Klinik vorübergehend geschlossen werden. Margret Gieraths-Nimene, Leiterin der Gerlib-Klinik, wendete sich mit einem Hilferuf an action medeor: »Wir benöti-

gen für unsere Krankenhausmitarbeiter dringend Schutzmaterial. Ohne diese Schutzanzüge lasse ich keinen mehr arbeiten, weil eben drei meiner Mitarbeiter verstorben sind.«

action medeor brachte daraufhin große Lieferungen mit Schutzanzügen, Mund- und Kopfschutz sowie Handschuhen auf den Weg. Doch das ist nur der Anfang, weiß Haacker: »Die vielen Stationen draußen auf dem Land brauchen Schutzkleidung, Infusionen und Medikamente, um Begleiterscheinungen zu lindern.« Und es fehlen Ärzte und Krankenpfleger. Um die Ausbreitung des Virus zu stoppen und die Betroffenen pflegen zu können, werden außerdem dringend weitere Isolierstationen benötigt.

Mareike Illing und Heiner Fricke, Mitglieder des Hilfstteams in Liberia, sind erschüttert über das Ausmaß, wie stark die Epidemie die sozialen Strukturen im Land zerstört. »Ebola tötet, Ebola macht Tag für Tag Kinder zu Waisen, Ebola löscht jeden Tag ganze Familien aus!«, sagt Illing und fordert, die internationale Hilfe für die betroffenen Länder in Westafrika zu verstärken. Noch passiere viel zu wenig, noch komme zu wenig Hilfe in der von der Ebola-Epidemie betroffenen Region an. »Wir konnten jeden Tag beobachten, wie Menschen von Kliniken abgewiesen werden mussten, wie Menschen vor den Kliniken leiden und sterben«, sagt sie. »Diese Bilder werden wir nie vergessen!«, ergänzt Heiner Fricke.

Doch action medeor rüstet nicht nur Isolierstationen aus. Es gibt drei verschiedene Arten von Hilfspaketen: Das »Ebola Kit« ist ein Screening-Kit zum Schutz des medizinischen Personals für den Fall, dass ein Patient neu in einer Klinik eintrifft und unklar ist, ob er infiziert sein könnte. Es enthält

Schutzanzüge sowie unterschiedliche Handschuhe in jeweils verschiedenen Größen, Schutzbrillen, Mundschutz, Ärztenseife, Desinfektionsmittel und berührungslose Fieberthermometer. Bei verdächtigten und bestätigten Fällen gibt es ein weiteres Kit, in dem sich zusätzlich Gesichtsmasken, Handschuhe höherer Klassifikation und Überschuhe befinden. Das Medical-Kit umfasst außerdem Malariatests und -medikamente, da es bei einer Malariaerkrankung zu ähnlichen Symptomen kommt, Antibiotika und Schmerzmittel. Insgesamt hat die Hilfsorganisation bisher Sendungen mit einem Gewicht von mehr als 27 Tonnen und einem Wert von € 240.000 nach Westafrika verschickt. Die Lieferungen gehen auch nach Benin, Nigeria, Togo oder Gambia, so Haacker: »Wir haben viele Hilfsanfragen aus Ländern, die noch nicht direkt betroffen sind. Sie müssen sich aber trotzdem schon für den Fall vorbereiten, dass Ebola auch bei ihnen auftritt. Um die Ausbreitung zu verhindern, ist es dringend nötig, mehr zu tun. Doch wir erreichen bei weitem nicht den Spendeneingang wie bei anderen Katastrophen. Wir dürfen die Menschen dort nicht im Stich lassen.«

Dr. Martina Koesterke

Spendenkonto

action medeor
Sparkasse Krefeld
KTO 9993
BLZ 320 500 00
IBAN DE78 3205 0000 0000 0099 93
BIC SPKRDE33
Onlinespenden: www.medeor.de/spenden
Stichwort: *Ebola*

Mit Gefühl und Mitgefühl

Altersweise, altersmilde, altersstarrsinnig – unsere Sprache kennt viele Begriffe, die sich mit der Gefühlswelt alter Menschen befassen. Wie sich Emotionen und soziale Fähigkeiten im fortgerückten Alter verändern, ist individuell verschieden und hängt von vielen Faktoren ab.

IN IHREM BUCH *Oma Hilde, Sokrates und der Dalai Lama* hat die Autorin Kristin Raabe ihrer Großmutter ein liebevolles Denkmal gesetzt: »Aus ihr hätte eine verbitterte, vom Leben gezeichnete alte Frau werden können – aber sie wurde zu einer freundlichen, weisen alten Dame«, die noch dazu die seltene Kunst beherrschte, »jeden Menschen – auch uns Kinder – absolut ernst zu nehmen.« Eine solche stets frohgemute, einfühlsame und verständnisvolle »Bilderbuchoma« klingt fast zu schön, um wahr zu sein. Doch wenn man dem US-Psychologen Robert Levenson Glauben schenkt, ist Oma Hilde offenbar kein Einzelfall. Levenson glaubt, dass sich die emotionale Intelligenz über viele Jahre steigern, um schließlich jenseits des 60sten Geburtstags ihren Höhepunkt zu erreichen: »Zunehmend, so scheint es, geht es im Alter um soziale Beziehungen und Sich-Kümmern und darum, dass andere sich um einen selbst kümmern. Die Evolution scheint unser Nervensystem so eingerichtet zu haben, dass es optimal für Mitgefühl und Empathie gerüstet ist, wenn wir älter werden.«

Emotionale Intelligenz erreicht mit 60 ihren Höhepunkt

Adieu, Tristesse ...

Diese Betrachtungsweise ist relativ neu. Lange wurde das Alter als ein Lebensabschnitt betrachtet, in dem die Menschen angesichts des näher rückenden Todes immer stärker auf sich selbst fokussiert sind und emotional »verflachen«. Parallel zu den kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, so die Annahme, schwänden auch emotionale Kapazitäten wie Einfühlungsvermögen oder Anteilnahme. Doch in den letzten zwanzig Jahren setzt sich in zunehmendem Maße die Erkenntnis durch, dass die Gefühlswelt älterer Menschen bei weitem nicht so »grau in grau« ist wie angenommen und dass Emotionalität und Einfühlungsvermögen sowie das Interesse an sozialen Kontakten bis ins hohe Alter hinein erhalten bleiben. Und nicht nur das: Ein harmonisches Miteinander und emotional befriedigende soziale Bindungen haben für Senioren offenbar sogar einen besonders hohen Stellenwert.

In diversen Studien zeigte sich, dass alte Menschen unter alltäglichen Bedingungen ihren jüngeren Zeitgenossen in sozialer und emotionaler Hinsicht häufig ebenbürtig, mitunter sogar überlegen sind. Ihre Lebenserfahrung und Reife befähigen betagte Menschen dazu, soziale Beziehungen erfolgreich zu pflegen, und helfen ihnen dabei, negative Ereignisse wie etwa Verluste zu verkraften. Nur wenn es darum geht, mit lang anhaltenden und unausweichlichen Belastungen fertig zu werden, tun sich die Senioren im Vergleich zu jüngeren Menschen schwerer.

Wissen, was der andere fühlt

Eine ganz zentrale Rolle spielt im Zusammenleben mit anderen Menschen die Fähigkeit, sich in andere hineinversetzen zu können. Mit der Frage, ob sich diese soziale Kompetenz im Laufe des Lebens verändert, beschäftigt sich die Leipziger Entwicklungspsychologin Ute Kunzmann schon seit geraumer Zeit. »Empathie ist zunächst einmal eine Reaktion auf die Gefühlslage eines anderen«, erklärt die Wissenschaftlerin. Diese Reaktion lässt sich in drei unterschiedliche Ausprägungen gliedern: Teilt jemand die Gefühle eines anderen Menschen und empfindet quasi das Gleiche wie dieser, sprechen Psychologen von einer primär emotionalen Reaktion. Aus diesem »Mitempfinden«, einer Art emotionalen Gleichklangs, resultiert in manchen Situationen das Mitgefühl, bei dem aus der ursprünglichen emotionalen Reaktion eine weitere, situationsadäquate folgt, beispielsweise Anteilnahme oder Bedauern. Von einer primär kognitiven Reaktion, der sogenannten empathischen Akkuratheit, spricht man hingegen, wenn jemand die Gefühle eines anderen genau wahrnimmt und quasi auf der Verstandesebene nachvollziehen kann.

Mitempfinden als emotionaler Gleichklang

Verschiedene Studien, in denen Menschen unterschiedlichen Alters selbst angeben sollten, wie viel Empathie sie ihren Mitmenschen gegenüber an den Tag legen, erwecken

auf den ersten Blick den Eindruck, dass das Einfühlungsvermögen im Alter abnimmt. Doch solche Selbsteinschätzungen sind mit Vorsicht zu betrachten und müssen nicht immer zutreffend sein: Denkbar wäre beispielsweise, dass ältere Menschen die Messlatte für empathisches Verhalten so hoch legen, dass sie deshalb ihren eigenen Ansprüchen nicht genügen, dass sie aus Bescheidenheit die eigene Empathiefähigkeit herunterspielen oder dass sie generationsbedingt schlicht weniger Übung darin haben, die eigenen Gefühle zu reflektieren.

Empathie auf dem Prüfstand

Die Forscher um Ute Kunzmann wollten es genauer wissen und untersuchten bei Menschen unterschiedlichen Alters das emotionale Mitempfinden, das darauf aufbauende Mitgefühl und die eher vom Verstand gesteuerte empathische Akkuratheit separat. Dazu zeigten sie den Studienteilnehmern kurze Filme. Darin erzählen Menschen über Erinnerungen, die ihnen wichtig sind; ihre Gesichter spiegeln dabei ihre Gefühle wider. Die Zuschauer sollten nun die Gefühle dieser Personen einschätzen (die diese den Forschern mitgeteilt hatten, so dass die »Treffsicherheit« überprüft werden konnte). Außerdem sollten sie ihre eigenen Emotionen beim Anschauen des Films schildern. Zusätzlich wurden die Reaktionen der Zuschauer beobachtet.

Im Verlauf dieser Untersuchung erwiesen sich die Senioren als die mitfühlenderen Zuhörer; sie zeigten mehr innere Anteilnahme als die jüngeren und teilten bereitwilliger die Gefühle der jeweils anderen. Schwächer schnitten die Senioren dagegen bei der eher kopfgesteuerten akkuraten Empathie (der Fähigkeit, die Gefühle anderer korrekt einzuschätzen) ab. Einen möglichen Grund dafür sehen die Leipziger Wis-

Negative Gefühle verrät der Blick in die Augen

senschaftler in dem Umstand, dass die akkurate Empathie sich parallel zu kognitiven Fähigkeiten wie dem logischen Denken entwickelt und deshalb im Alter tendenziell auch mit diesen abnimmt.

Interessanterweise schätzten die Senioren in der Leipziger Studie die Gefühle der im Film Gezeigten jedoch ebenso treffsicher ein wie die Jüngeren, wenn das angesprochene Thema oder die Situation ihnen besonders wichtig oder vertraut waren – vielleicht, weil sie hier auf ihre gesammelte Lebenserfahrung zurückgreifen konnten. Denkbar wäre auch, dass Menschen ihre Fähigkeit zur akkuraten Empathie mit zunehmendem Alter nur noch in Situationen nutzen, die sie als der Mühe wert erachten.

Eine Frage des Blickwinkels

In diversen Studien, die die Emotionserkennung anhand von Fotos untersuchten, schnitten ältere Erwachsene schlechter ab, wenn es darum ging, bestimmte negative Emotionen wie Angst, Ärger oder Traurigkeit zu erkennen. Eine mögliche Erklärung könnte in einem unterschiedlichen Blickverhalten liegen. Offenbar fixieren viele ältere Menschen im Gespräch hauptsächlich die untere Gesichtshälfte ihres Gegenübers – sei es, um ein eingeschränktes Hörvermögen auszugleichen, sei es, weil sie noch dazu erzogen wurden, andere Menschen »nicht so anzustarren«. Gerade bei negativen

Emotionen ist aber häufig die Augenpartie wesentlich aussagekräftiger. Eine gewisse Rolle spielt sicherlich auch der Umstand, dass an der Erkennung unterschiedlicher Emotionen verschiedene Hirnareale beteiligt sind, die unterschiedlich schnell und stark altern.

Offenbar ist empathische Akkuratheit aber ohnehin nicht allein eine Sache der Wahrnehmung. Auch das, was man über die einzuschätzende Person weiß, ist bei der treffsicheren Einschätzung der Gefühle eines anderen Menschen von Belang. Forscherinnen am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung stellten in einem Experiment fest: Von Angesicht zu Angesicht konnten jüngere Menschen die Gefühle ihres Partners exakter einschätzen. War der oder die Liebste jedoch nicht zugegen, konnten die Senioren mit ihrer oft jahrzehntelangen Erfahrung punkten und wussten ebenso präzise wie die Jüngeren, wie ihr Ehepartner gerade »tickt«.

Senioren punkten mit Erfahrung

Rosarot statt grau in grau

Der sozioemotionalen Selektivitätstheorie zufolge neigt der Mensch mit zunehmendem Alter dazu, seine Aufmerksamkeit verstärkt auf Positives zu richten und Negatives eher auszublenden. Auch das hat möglicherweise einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Einfühlungsvermögen älterer Menschen. Forscher am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften fanden nämlich heraus, dass die eigenen Emotionen die Einschätzung der Gefühle anderer verzerren: Wem es selbst gut geht, der tendiert dazu, negative Erfahrungen seines Gegenübers als »nicht so schlimm« wahrzunehmen. Möglicherweise hatte also auch die stets so wohlgenute Oma Hilde in manchen Situationen einfach eine rosarote Brille auf ...



Dr. Silke Heller-Jung hat in Frechen bei Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen. redaktion@heller-jung.de

Chronisch beliebt: Klinikserien im Fernsehen

Medizin-Soaps im TV – ein Dauerbrenner. Die einen lieben die warmherzige ARD-Serie »In aller Freundschaft«, die anderen die kniffligen Fälle des ebenso genialen wie zynischen Diagnostikers Dr. House. Nicht nur das Strickmuster, auch Charaktere und Themen der beiden Produktionen sind grundverschieden.

IN DER LEIPZIGER SACHSENKLINIK scheint es für jeden die richtige Medizin zu geben: Fünf bis sechs Millionen Zuschauer lockt die Serie »In aller Freundschaft« jeden Dienstag vor den Bildschirm. Die MDR-Produktion ging 1998 auf Sendung und ist eine der größten Erfolgsgeschichten im Ersten. Von Kritikern wird sie allerdings belächelt. »Heile Krankenhauswelt in der Endlosschleife«, spöttelte die *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Der Branchendienst Quotenmeter.de legte noch nach: »Die Storylines sind seicht bis zum Erbrechen, die Charaktere platt wie Briefmarken.« Dennoch ist die Klinik-Soap nicht totzukriegen. Auch nach 16 Jahren und mehr als 650 Folgen liegt ihr Marktanteil noch bei 20%.

Die US-Serie »Dr. House«, die in Deutschland seit 2006 auf dem Privatsender RTL läuft, bringt es nur auf 1,5 Millionen Zuschauer. Doch von Medizinern wird sie hochgelobt. Der Marburger Professor Jürgen Schäfer behandelt die komplizierten Fälle des Dr. House sogar in seinen Seminaren. »Gutes Entertainment kann Leben retten«, meint Schäfer. Er ist Spezialist für unerkannte Krankheiten und bescheinigt der Serie sogar eine medizinische Bildungsdimension. Denn auch Dr. House ist rätselhaften und seltenen Erkrankungen auf der Spur und nutzt dafür die Methoden modernster Hightech-Medizin.

Dr. House im Medizin-Hörsaal

Gutenachtgeschichten oder Gesundheitsaufklärung?

Auch Marion Esch, Medienwissenschaftlerin an der Technischen Universität Berlin, ist von der US-Serie begeistert. »Dr. House ist nicht nur wissenschaftlich ausgezeichnet recherchiert, es werden auch wichtige ethische und politische Aspekte der Medizin aufgegriffen.« Über deutsche Arztserien macht sie sich dagegen gerne ein wenig lustig: »Schöne Gutenachtgeschichten, die nicht den Anspruch haben, in der Medizin relevantes Geschehen aufzugreifen.«

Das ist aber durchaus so gewollt. Die Macher von »In aller

Freundschaft« sagen es ganz offen: Sie wollen nicht die großen Konflikte der Zeit abbilden und haben kein Sendungsbewusstsein.

»In unseren Patientengeschichten erzählen wir Geschichten aus dem Alltag und zeigen Menschen, mit denen sich der Zuschauer identifizieren kann«, erklärt der Produzent Sven Miehe. Bewusst unspektakulär soll die Serie sein. Klassischer Beinbruch statt bizarre Symptome eines ausgefallenen Leidens. Der Oberarzt heißt bezeichnenderweise Dr. Heilmann. Treusorgendes Klinikpersonal umgibt die dankbaren Kranken. »Die Sachsenklinik ist ein Krankenhaus, in dem die Patienten gut aufgehoben sind«, so Miehe. Es spritzt kein Blut, Notfälle werden nicht von rasenden Sanitätern in den OP geschoben. Die beschauliche Krankenhauswelt spricht vorwiegend Senioren an: Fünf der sechs Millionen Zuschauer sind älter als 49 Jahre.

Die Jüngeren gucken »Dr. House«, dessen letzte Episode 2012 in New Jersey gedreht wurde. Die schillernde Figur des fiktiven US-Chirurgen hat so gar nichts gemeinsam mit dem hausbackenen Dr. Heilmann. Gregory House ist ein genialer Diagnostiker, allerdings auch drogenabhängig, arrogant und launisch. Sein unkonventionelles Verhalten wirft oft komplexe ethische Fragen auf, etwa wenn er eine nicht zugelassene Therapie anordnet, um das Leben eines Patienten zu retten. Dadurch gerät er oft in Streit mit der Krankenhausleitung. »Die Fälle sind teilweise so gut recherchiert, dass ich selbst manchmal nachschlagen muss«, sagt Medizinprofessor Schäfer.

Quote machen mit Landärzten und Provinzpolizisten

Medienwissenschaftlerin Esch beklagt die deutsche TV-Tradition, die Unterhaltung und Bildung strikt trennt. »Im öffentlich-rechtlichen Rundfunk findet Wissenschaft nur in Informationsformaten ihren Platz. Fiktionale Formate gelten hierzulande als reines Entspannungs- und Unterhal-



tungsmedium.« In den USA seien die Serienhelden oft Wissenschaftler. Bei ARD und ZDF wähle man als Leitprotagonisten bevorzugt »Landärzte, Provinzpolizisten und Nonnen«, so Esch. Ein akademischer Anspruch gehört freilich nicht zu diesem Konzept. Die Idee des Infotainments, der gezielten Verknüpfung von Information und Unterhaltung, ist den Gestaltern der öffentlich-rechtlichen Programme fremd geblieben. Zu suspekt und unangemessen für einen seriösen Bildungsauftrag scheinen die typischen Stilmittel des Infotainments, die Dramatisierung und die Personalisierung.

In den Vereinigten Staaten hat dieser Ansatz Tradition. So bietet etwa die nationale Gesundheitsbehörde Drehbuchschreibern medizinische Beratung an. »Das würde ich mir in Deutschland auch wünschen. Wir verschenken da viel Potenzial bei der Gesundheitsaufklärung«, sagt Professor Schäfer.

Manchmal greift das Medizin-Double zum Skalpell

Auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) diskutierte Schäfer mit Darstellern und Machern von »In aller Freundschaft«. Für den Schauspieler Thomas Rühmann, seit 16 Jahren TV-Chirurg in der Sachsenklinik, steht nicht Medizin, sondern die menschliche Seite im Mittelpunkt der Serie. »Ich mag mehr die unterhaltenden Konflikte«, meinte er. »Bei Operationen kriege ich keinen chirurgischen Flash.«

Dennoch attestierten die Fachärzte auch der Sachsenklinik medizinische Präzision. »Bei den Dreharbeiten ist ein Arzt als medizinischer Berater immer vor Ort«, erläutert Produzent Miehe. Die Studios haben einen eigenen Operationsaal, der mit Hilfe von Leipziger Chirurgen gebaut wurde und echte chirurgische Instrumente und Geräte beherbergt. Um die tausend verschiedenen Krankheitsbilder haben die TV-Ärzte seit dem Serienstart behandelt. Schon bei der Entwicklung der Drehbücher arbeiten Mediziner eng mit den Autoren und Redakteuren zusammen.

Denn in fast jeder Szene lauern Stolperfallen für medizi-

nische Laien. Dialoge mit Fachsimpeleien unter Ärzten, eine aufregende Wiederbelebung oder komplizierte Behandlungsmethoden – die Sachsenklinik bemüht sich um Faktentreue. Mitunter operieren sogar echte Chirurgen vor der Kamera mit, wenn ein Komparse überfordert wäre. Eine von ihnen ist Udo Trandorf. »Bei der Arm-OP müssen die Handgriffe sitzen. Der Schnelligkeit halber ist es manchmal besser, das macht jemand, der die Abläufe schon kennt, als jemand, dem man das erst noch beibringen muss«, sagt der Allgemeinmediziner, der sonst in einer Chirurgischen Praxis arbeitet.

Sachsenklinik: Und sie bewegt sich doch

Die Zufriedenheit der Deutschen mit dem Gesundheitswesen hat in Zeiten knapper Mittel nachgelassen, doch in der Sachsenklinik wird weiterhin alles für den Patienten getan. »Wir zeigen ein Krankenhaus, das Vertrauen schafft«, so der Produzent. Die Gesundheitsberufe dürfte das freuen. Überhaupt ist das Team von »In aller Freundschaft«, zu dem über 60 feste Mitarbeiter gehören, nicht glücklich mit dem immer wieder geäußerten Vorwurf der Trivialität. Wohl auch als Reaktion auf die Kritiker soll es in der 18. Staffel, die im kommenden Jahr zu sehen sein wird, weniger kuschelig zugehen. Die Sachsenklinik wird privatisiert, Kostendruck und ein Rendite suchender Investor halten Einzug in die heile Leipziger Klinikwelt. Allzu heftig soll der Zusammenprall mit den Realitäten des Gesundheitssektors aber nicht ausfallen, veraten die Macher. Denn dies würde das Stammpublikum der Serie wohl nicht goutieren.



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main. andrea.exler@googlemail.com

Ein Kommentar zur Sterbehilfe



Wenn es im Bundestag um die großen Fragen von Leben und Tod geht, dann entfällt für die Abgeordneten der sonst übliche Fraktionszwang. Das heißt, sie dürfen frei nach ihrem Gewissen abstimmen, unabhängig davon, was die Mehrheit ihrer Parteifreunde denkt. Selbst ein Schulterschluss zwischen Linken und CSU ist bei ethischen Themen denkbar. Und das ist gut so.

DIE ERFahrungen bei anderen ethischen Themen wie Spätabtreibung und Präimplantationsdiagnostik, bei denen Gesetze ohne Fraktionszwang entstanden, sind gute Beispiele für eine positive Debattenkultur und eine ernsthafte Auseinandersetzung, frei von parteipolitischer Polemik.

Diese Debattenkultur sollte Maßstab und Vorbild für das Thema Sterbehilfe sein. Doch bevor es irgendwann im Jahr 2015 zu einer gesetzlichen Neuregelung kommt, steht uns eine große gesellschaftliche Auseinandersetzung über das Sterben ins Haus. Sie muss dringend geführt werden, denn bislang wird dieses Thema, das so unweigerlich zum Leben dazugehört, nicht nur in der Gesundheitspolitik an den Rand gedrängt. Es besteht auch eine große Diskrepanz zwischen dem, was die Politik anstrebt und dem, was das Volk denkt. Das ist immer gefährlich.

Politiker sind dagegen, das Volk denkt anders

Während sich im Bundestag eine deutliche Mehrheit formiert, die organisierten Beistand zum Suizid gesetzlich verbieten will, befürworten nach einer Allensbach-Umfrage rund 67% Sterbehilfe bei unheilbar Schwerstkranken. Das Meinungsforschungsinstitut Infratest/Dimap hat sogar 79% der Bevölkerung ermittelt, die es Ärzten gestatten wollen, Schwerstkranken beim Suizid zu helfen, bei denen keine Hoffnung auf Heilung mehr besteht. Angesichts dieser Umfragen muss eine alternde Gesellschaft aufpassen, nicht auf die Rutschbahn zu geraten, die das Leben von Sterbenden und Schwerstpflegebedürftigen entwertet.

Bevor die Politik jedwede Form der Sterbehilfe neu regelt oder verbietet, muss sie sich mit der Frage befassen: Warum befürworten so viele Menschen Sterbehilfe? Diese hohen Umfragewerte lassen sich nur mit der Angst der Menschen vor Leid am Ende des Lebens begründen. Doch ist der Tod ein schlechter Ausweg, um sich vor Leid zu schützen. Wenn

ein Mensch wirklich so krank oder so altersschwach ist, dass er dem Tod geweiht ist, bleibt immer noch die Möglichkeit, sein Leid zu lindern – mit der Palliativmedizin.

Bei der Palliativmedizin muss die Politik zuerst ansetzen. Da ist Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) gefragt, der Sterbehilfe strikt ablehnt. In vielen Regionen herrscht Unterversorgung bei Medikamenten und menschlicher Begleitung für Sterbende. Das muss verbessert werden. Es ist angezeigt, die Palliativmedizin auszubauen und zu stärken, bevor man über die Sterbehilfe entscheidet. Bislang ist aus dem Berliner Regierungsviertel zu hören, dass man die Sterbehilfe regeln und zugleich die Palliativmedizin verbessern möchte. Eine Debatte für das Leben wäre aber viel einfacher zu führen, wenn schon vorher die Sterbebegleitung verbessert und den Menschen damit ein wenig die Angst vor dem Leid am Ende des Lebens genommen würde. Aktuell entsteht das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Es könnte um den Punkt Ausbau von Hospizen und Palliativmedizin ergänzt werden.

Erst bewerten, dann regeln

Anschließend muss man die Debatte vom Kopf auf die Füße stellen und zunächst bewerten, was heute gilt, bevor man etwas neu regelt. So sind auch heute schon passive Sterbehilfe, also der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, und indirekte Sterbehilfe, also die Gabe starker schmerzlindernder Mittel unter Inkaufnahme eines früheren Todes, möglich. Dies will zum Glück auch niemand ändern. Verboten und auch strafbar wiederum ist und muss bleiben die aktive Sterbehilfe, also das Töten auf Verlangen.

Im Kern geht es demnach um die Frage, ob und in welcher Form der assistierte Suizid, also die Hilfe zum Selbstmord, möglich sein soll. Sollen nur Freunde und Verwandte dem Sterbenden beim Selbstmord helfen dürfen? Darf sich ein Arzt dafür zur Verfügung stellen? Und wenn ja, unter welchen Bedingungen? Wie krank muss ein Patient sein? Soll es dazu etwa eine Abrechnungsziffer geben? Das wäre absurd.

Es geht um mehr als nur ein neues Gesetz

Gut ist, dass sich die Politik so viel Zeit lassen und das Thema ausführlich debattieren will, bevor die Entscheidungen fallen. Denn gefragt ist mehr als ein neues Gesetz: Vielmehr geht es darum, einen gesellschaftlichen Konsens über die Grenzen von Sterbehilfe herzustellen. Die Bundestagsabgeordneten Kerstin Griese und Eva Högl (SPD) weisen in ihrem Positionspapier zu Recht darauf hin, dass die bisherigen Regelungen gut sind, dass es aber an Aufklärung darüber fehlt, wie Sterbenden und Sterbewilligen heute schon geholfen werden kann. Gesetzlich fordern sie lediglich ein Verbot von organisierter Sterbehilfe. Dieses Verbot, so viel lässt sich in dem noch frühen Stadium der Debatte schon sagen, wird aller Voraussicht nach kommen: Dass Vereinen wie dem von Roger Kusch in Hamburg, der systematisch Hilfe zum Suizid organisiert, das Handwerk gelegt werden muss, ist zu Recht bei einer sich abzeichnenden Mehrheit im Bundestag Konsens.

Derzeit zeigen sich im Bundestag drei bis vier verschiedene Positionen, aus denen Gesetzentwürfe werden könnten. Eine Gruppe rund um Gesundheitsminister Gröhe will organisierte Sterbehilfe verbieten und hält die Beschlusslage der deutschen Ärzteschaft, die assistierten Suizid untersagt, für richtig. Eine Gruppe um den SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach plant hingegen gesetzlich zu regeln, unter welchen Bedingungen Ärzte ebendies dürfen. Griese und Högl wiederum streben mit ihrem Vorschlag einen »Weg der Mitte« an, zwischen einem Verbot aller Maßnahmen am Lebensende, die das Sterben erleichtern, und einer Öffnung und Ausweitung von aktiver Sterbehilfe. Dieser Vorschlag könnte auch in der Union Unterstützer finden. In der Debatte hat sich auch die Vorsitzende des Justiz-Ausschusses im Bundestag, Renate Künast (Grüne), zu Wort gemeldet. Sie lehnt ein Verbot der organisierten Sterbehilfe ab und nimmt damit eine Minderheitenposition ein. Sollte sie Sympathisanten versammeln, könnte daraus ein vierter Antrag entstehen.

Ganz zentral und bislang in der Debatte zu wenig beachtet ist eben die Position der Ärzte. Schließlich handelt jeder Arzt, der beim Selbstmord behilflich ist, gegen den Grundsatz, Leben zu retten. Beim 114. Ärztetag in Kiel im Jahr 2011 hatten die Mediziner den klaren Beschluss gefasst, dass ihnen der assistierte Suizid versagt sein soll. Damit ziehen die Ärzte engere Grenzen als der Gesetzgeber, der die Hilfe zum Selbstmord nicht unterbindet. Allerdings haben nicht alle Landesärztekammern den Beschluss übernommen. Es wäre für eine Befriedung des Themas, das zu einer handfesten gesellschaftlichen Auseinandersetzung zu werden droht, wichtig, dass die Ärzteschaft in der Frage einheitlich auftritt. Die Mediziner müssen also in die Debatte einbezogen werden.

Gesucht wird ein »Weg der Mitte«

fen. Griese und Högl wiederum streben mit ihrem Vorschlag einen »Weg der Mitte« an, zwischen einem Verbot aller



Eva Quadbeck
ist Hauptstadtkorrespondentin
der Rheinischen Post in Berlin.
Eva.Quadbeck@rheinische-post.de

IMPRESSUM

MDK *forum*. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Verantwortlicher Redakteur Dr. Ulf Sengebusch
[ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de].

Redaktion Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de];
Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de];
Elke Grünhagen [e.gruenhagen@mds-ev.de];
Dr. Martina Koesterke [m.koesterke@mds-ev.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 MedienCentrum AG

Bildnachweis Titelmotiv: Henri Gervex
»Vor der Operation« (1887), Musée d'Orsay, Paris.
Giraudon / Bridgeman Images
S. 2 Photocase / suze; S. 25 Photocase / Seleneos;
S. 27 Photocase / manun; S. 29 Photocase / Cattari Pons;
S. 35 Photocase / mi.la.
Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden
uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur
Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



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

Haidenauplatz 1, 81667 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 Meefßen**
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 e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Geschäftsführerin **Dr. Ina Bossow**
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 **Andreas Hustadt**
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 e.V.

Allee-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer **Volker Reiboldt**
Telefon 0391.5661-0
Telefax 0391.5661-160
E-Mail kontakt@mdk-san.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

