



Heft 4/2013

MDK *forum*

Das Magazin der Medizinischen

Dienste der Krankenversicherung

Älter werden wir
dann einfach später

Prävention im Alter



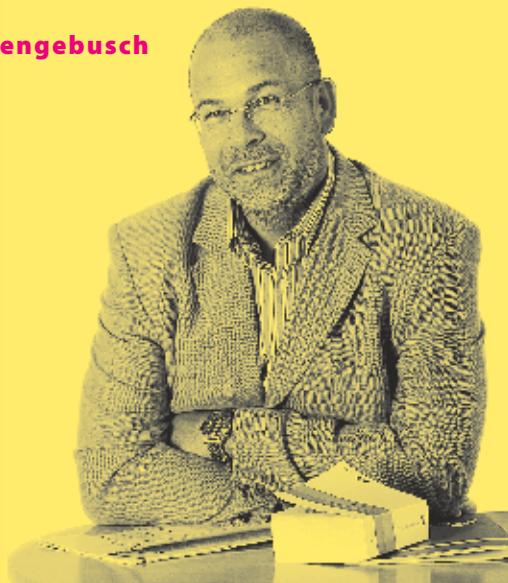
Liebe Leserin, lieber Leser!

»Älter werden ist nicht schwer, älter sein dagegen sehr!« Ganz so ist es wohl nicht, doch fest steht: Deutschland strebt neuen Altersrekorden entgegen. In den nächsten 15 Jahren wird der Anteil der über 65-Jährigen auf 40% steigen. Allein in den vergangenen 25 Jahren erhöhte sich die Lebenserwartung hierzulande um mehr als fünf Jahre. Wer heute in den Ruhestand geht, hat noch beinahe ein Viertel seiner Lebenszeit vor sich: gewonnene Jahre, die man gesund und erfüllt verbringen möchte. Den Stellenwert der Prävention hierfür beleuchten wir im Schwerpunkt dieser Ausgabe.

Und was uns sonst noch bewegt: Die neue Bundesregierung hat mit ihrem Koalitionsvertrag die Themen für die Gesundheitspolitik der nächsten vier Jahre gesetzt. Der dringend benötigte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff steht auf der Agenda und wird die Arbeit der Medizinischen Dienste verändern. Die Situation der Angehörigen von Pflegebedürftigen und der Menschen, die in der Pflege arbeiten, soll sich grundlegend verbessern. Mit den Prüfungen zur internen und externen Qualitätssicherung in den Krankenhäusern kommt ein spannendes neues Aufgabengebiet auf die Medizinischen Dienste zu.

Ich wünsche Ihnen besinnliche Weihnachtstage und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2014 – Aufgaben warten genug!

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Wie gefährlich sind Arzneimittel für unsere Gewässer und für das Trinkwasser?** 2

Gesundheit **Das Ende der Kopfpauschale** 32

TITELTHEMA

Gesund und aktiv älter werden 5

Interview mit Prof. Dr. Ingo Froböse **Älter können wir doch auch später noch werden** 7

Sicher auf den Beinen bleiben 8

Essen und Trinken im Alter **Tischlein, deck dich** 10

Studie belegt: **Reha lohnt sich** 12

Gastkommentar von Prof. Dr. Ursula Lehr, Bundesgesundheitsministerin a. D. **Lässt sich die Pflegebedürftigkeit hinausschieben?** 14

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Koalitionsvereinbarung zur Gesundheits- und Pflegepolitik **Pragmatische Weiterentwicklung statt alter Grundsatzdebatten** 15

Interview mit Dr. Stefan Gronemeyer zur Rehabilitation **MDK prüft jeden vierten Fall** 17

Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen **Die Prüfung der Prüfer** 18

Regressmanagement bei Medizinprodukten **Dem Schaden auf der Spur** 20

WEITBLICK

Prüfen, rufen, drücken ... und verstehen! 22

Medikamente für Syrien 24

Ayla im Dienst **Unterwegs mit dem Therapiehund** 26

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Mangelnde Sprachkenntnisse gefährden Patienten 28

Interview mit Bettina Pfeleiderer, künftige Präsidentin des Weltärztinnenbundes **»Um der Sache willen muss man unbequem sein!«** 30

Präventionsbericht 2013: Prävention in Betrieben und Lebens- welten ausgebaut

Auch im vergangenen Jahr haben die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und die Prävention in Kindergärten und Schulen verstärkt. Damit setzten sie ihre Strategie fort, insbesondere Menschen mit höheren gesundheitlichen Belastungen in ihrer konkreten Lebenswelt anzusprechen. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht hervor, den der GKV-Spitzenverband und Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) Mitte November veröffentlicht haben. Insgesamt gaben die Krankenkassen 2012 zwar weniger für Primärprävention und Gesundheitsförderung aus als im Vorjahr, allerdings deutlich mehr als bisher speziell für die Bereiche BGF und lebensweltbezogene Projekte. Mit im Schnitt € 3,41 pro Versichertem wurde der gesetzlich vorgeschriebene Richtwert der Ausgaben von € 2,94 nach wie vor deutlich überschritten. Der Bericht zum Download steht unter: www.mds-ev.de

Koalitionspläne für kosmetische Chirurgie

Schönheitsoperationen bei Minderjährigen ohne einen medizinischen Grund sollen verboten werden. Nach Informationen der Berliner Zeitung haben Union und SPD dies informell in den Koalitionsverhandlungen vereinbart, als es um Inhalte des geplanten Präventionsgesetzes ging. Piercings und Tätowierungen bei Minderjährigen sollen erlaubt bleiben. Zum Schutz aller Patienten vor unqualifizierten Schönheitsbehandlungen soll auch der Begriff der kosmetischen Chirurgie und die fachärztliche Ausbildung genau definiert und die Berufsbezeichnung geschützt werden. Bisher kann jeder zugelassene Arzt Schönheitsoperationen anbieten, auch wenn ihm die entsprechende Weiterbildung fehlt.

Arzneimittel: Aus für Nutzen- bewertung des Bestandsmarkts

Die Große Koalition will die Nutzenbewertung von bestehenden Medikamenten (Bestandsmarktaufruf) beenden. Dies soll auch für bereits laufende Bewertungen gelten. Entgegen der ursprünglichen Absicht sieht der Koalitionsvertrag nun vor, dass auch die Nutzenbewertung von solchen Substanzen beendet wird, die mit bereits bewerteten Medikamenten im Wettbewerb stehen (Wettbewerbsaufruf). Die Beibehaltung des Wettbewerbsaufrufs war bei den forschenden Arzneimittelherstellern auf Kritik gestoßen. Die Nutzenbewertung war erst in der vergangenen Legislaturperiode mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführt worden, um die Ausgaben für Arzneimittel zu begrenzen. Um das geplante Einsparvolumen zu erreichen, will die Große Koalition das Preismoratorium fortführen und den Herstellerrabatt ab dem Jahr 2014 von 6 auf 7% erhöhen. »Allerdings wird das Einsparvolumen aus Herstellerabschlag und Preismoratorium hinter dem zurückbleiben, was die Bewertung des Bestandsmarktes gebracht hätte«, erklärte die Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, anlässlich der Vereinbarung des Koalitionsvertrages.

Mehr Sicherheit bei Medizinprodukten

Das EU-Parlament hat im Oktober strengere Regeln für Medizinprodukte beschlossen. Vorgesehen ist u. a., dass Hochrisikoprodukte, wie Herzschrittmacher oder Hüftimplantate, nur noch von besonders qualifizierten Stellen zugelassen werden dürfen. Allerdings wird es eine zentrale EU-Zulassungsstelle und eine Prüfung durch die Europäische Arzneimittelagentur, wie sie einige EU-Abgeordnete und unter anderem auch der Verband der Ersatzkassen (vdek) gefordert hatten, nicht geben. Zu mehr Sicherheit speziell bei künstlichen Knie- und Hüftgelenken soll in Deutschland das Endoprothesenregister (EPRD) beitragen. Nach dem Probetrieb seit Oktober 2012 wird das Gemeinschaftsprojekt von Krankenkassen, Ärzten, Kliniken und Herstellern im Januar 2014 den bundesweiten Echtbetrieb starten. Das EPRD wertet

Routinedaten systematisch mit neuen Informationen über den Einbau künstlicher Hüft- und Kniegelenke mit Blick auf die Qualität der Implantate und der medizinischen Behandlung aus.

NRW-Gesundheitspreis für Projekt zur Arzneimittelsicherheit in Pflegeheimen

Für ein Projekt zur sichereren Verwendung von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen hat der Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten-Herdecke den 1. Preis beim diesjährigen »Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen« erhalten. Das Team um Projektleiterin Prof. Dr. Petra Thürmann hat Daten zu unerwünschten Wirkungen von und Problemen mit Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen erhoben. Anschließend wurde gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern unter anderem eine sogenannte »AMTS-Karte« im Kitteltaschenformat entwickelt – AMTS steht für Arzneimitteltherapie-sicherheit. Die Karte soll auf häufige und besonders relevante Probleme in der Arzneimitteltherapie von Altenheimbewohnern aufmerksam machen und enthält auch mögliche Lösungsstrategien und Verbesserungsvorschläge. Internationale Studien und die Daten aus dem Projekt weisen darauf hin, dass in Heimen zahlreiche arzneimittelbezogene Probleme und unerwünschte Arzneimittelwirkungen mit zum Teil schwerwiegenden gesundheitlichen und ökonomischen Konsequenzen auftreten.

Interview mit Prof. Dr.-Ing. Adolf Eisenträger vom Umweltbundesamt

Wie gefährlich sind Arzneimittel für unsere Gewässer und für das Trinkwasser?

FAST JEDER SIEBTE DEUTSCHE entsorgt gelegentlich Tabletten über den Ausguss oder die Toilette. Das bekommen nicht nur Tiere und Pflanzen zu spüren, sondern letztendlich auch wir Menschen: Kläranlagen sind nicht in der Lage, alle im Abwasser enthaltenen Substanzen zurückzuhalten. Wir sprachen mit Prof. Dr. Eisenträger vom Umweltbundesamt, das ökologische und gesundheitliche Risiken unseres Trinkwassers untersucht und bewertet.

Woher kommt unser Trinkwasser eigentlich, bevor es aus unserem Wasserhahn fließt?

Der Weg des Wassers beginnt mit der Entnahme von Grund-, Quell- oder Oberflächenwasser durch den jeweiligen Wasserversorger. Dieses Wasser wird dann im Wasserwerk zu Trinkwasser aufbereitet, gespeichert und zu den einzelnen Haushalten verteilt – bis zu seiner Entnahme aus dem Zapfhahn in der Wohnung.

Auf diesem Weg schützen in Deutschland unterschiedliche Barrieren das Trinkwasser vor Verunreinigungen: Die erste Barriere sind ausgewiesene Trinkwasserschutzgebiete. Sie sorgen dafür, dass kaum Schadstoffe oder Krankheitserreger in das Wasser gelangen, das als Rohstoff (»Rohwasser«) für unser Trinkwasser dient. Die Aufbereitung im Wasserwerk wirkt als zweite Barriere. Und als dritte Barriere pflegen die deutschen Wasserversorger ihr ausgedehntes Leitungssystem gut, so dass auch dort praktisch keine Ver-

unreinigungen hineingelangen. Die fachgerechte Ausführung und sachgerechte Nutzung der häuslichen Trinkwasser-Installation schließlich ist die letzte Barriere und auch die einzige, die jeder persönlich »pflegen« kann und sollte. Dieses Prinzip der vielen Hürden gegen Verschmutzung nennt man das »Multibarrierenprinzip«.

Was passiert, wenn alte Medikamente über den Abfluss entsorgt werden? Können die Kläranlagen das Abwasser von diesen Stoffen reinigen?

Nein, die Kläranlagen können einige dieser Substanzen nicht vollständig entfernen. Das bedeutet: Das gereinigte Wasser kann noch Medikamentenreste enthalten, die mit dem Kläranlagenablauf in die Gewässer gelangen. So wurde beispielsweise unterhalb von Kläranlagenabläufen eine Verweiblichung von männlichen Fischen beobachtet, die in Kontakt mit hormonell wirksamen Arzneistoffen gekommen waren. Arzneimittelrückstände werden inzwischen

häufig in der Umwelt nachgewiesen. Während der Eintrag durch die menschlichen Ausscheidungen über das Abwasser eine unvermeidbare Folge der Medikamenteneinnahme ist, stellt die unsachgemäße Entsorgung eine vermeidbare Umweltbelastung dar. Im Trinkwasser kommen Arzneimittel meist nicht vor, da es nach Möglichkeit aus Gewässern gewonnen wird, die nicht von Abwasser beeinflusst sind, sondern aus tiefen Grundwasserleitern oder gut geschützten Talsperren. Dies ist jedoch nicht überall möglich, und dort, wo Flusswasser zu Trinkwasser aufbereitet wird, entfernt das Wasserwerk zwar auch Arzneimittel weitgehend, einige aber nicht vollständig. Nach derzeitigem Kenntnisstand sind diese Arzneimittelspuren im Trinkwasser für uns Menschen zwar nicht gefährlich, trotzdem gehören sie nicht ins Trinkwasser.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass Verbraucher auf einfache und wirkungsvolle Weise dazu beitragen

können, die Umweltbelastung durch Arzneimittelrückstände zu reduzieren: Abgelaufene oder nicht verbrauchte Arzneimittel dürfen nicht über Toilette oder Spüle entsorgt werden.

Was können alte Arzneimittel konkret in der Umwelt anrichten?

Obwohl die in der Umwelt gefundenen Konzentrationen deutlich unter den Wirkschwellen für uns Menschen liegen, können wir Auswirkungen auf Ökosysteme nicht ausschließen, denn Arzneimittel sind dazu hergestellt, als biologisch aktive Stoffe gezielt in den Regelungsmechanismus von Menschen und Tieren einzugreifen: Sie können und sollen den Stoffwechsel beeinflussen, das hormonelle Gleichgewicht verschieben oder die Signalübertragung von Zelle zu Zelle verändern. Von daher liegt es auf der Hand, dass Arzneimittel auch Wirkungen auf andere Lebewesen haben können, wenn sie in die Umwelt gelangen – insbesondere auf Lebewesen, die im Wasser leben und ihnen 24 Stunden am Tag ausgesetzt sind.

Viele Antibiotika beispielsweise hemmen nicht nur krankheitsauslösende Bakterien, sondern auch das Wachstum von Algen und Pflanzen. Das Schmerzmittel Diclofenac ist dafür bekannt, dass es besonders empfindliche Tiere

schädigen kann. So sind vor wenigen Jahren auf dem indischen Subkontinent die Geier-Populationen mehrerer Arten fast völlig zusammengebrochen, da sich die Aasfresser an Rindern, die zuvor mit Diclofenac behandelt wurden, vergiftet hatten.

Auch synthetische Hormone wie 17 α -Ethinylestradiol (EE 2), ein Wirkstoff der Antibabypille, sind dafür bekannt, dass sie bereits in niedrigen Konzentrationen die Fortpflanzung von Fischen nachhaltig beeinflussen. In einem Freilandexperiment untersuchten Wissenschaftler beispielsweise sieben Jahre lang die Auswirkungen einer ständigen Konfrontation mit niedrig dosiertem EE 2 auf Fische in einem kanadischen See. Dabei zeigte sich, dass dieses synthetische Östrogen schon in einer minimalen Konzentration die Fortpflanzung von Dickkopfelritzen fast zum Erliegen brachte und letztendlich zum Zusammenbruch der Population führte. Dieser Versuch verdeutlicht das Risiko von Langzeiteffekten niedriger Hormonkonzentrationen, wie sie teilweise auch bei uns im Abwasser gefunden werden können.

Eine weitere Gefahr, die diskutiert wird, ist eine mögliche Resistenzbildung von Bakterien über einen Genaustausch durch die steigende Zahl der Antibiotika im Abwasser. Könnten solche resistenten Erreger für uns gefährlich werden?

Infektionen mit Bakterien, die auf die Behandlung mit Antibiotika nicht mehr ansprechen, haben zunehmend Auswirkungen auf den Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier. Doch wie sich diese Resistenzen verbreiten, ist immer noch nicht geklärt. Es ist völlig normal, dass ungefährliche Bakterien in Leitungsröhren leben und an den Wänden sogenannte Biofilme bilden. Doch wenn sich hier Bakterien anlagern,

in deren Genen Antibiotika-Resistenzen verankert sind, können diese gegenüber den ungefährlichen Bakterien Überlebensvorteile haben und damit die Eigenschaft der Resistenz weiter verbreiten. Denn Bakterien können ihre Gene untereinander weitergeben – und zwar nicht nur innerhalb einer Familie, sondern auch an fremde Bakterienarten. Auf diese Weise erscheint ein Resistenzgen plötzlich in einem Bakterium, das nie mit einem Antibiotikum in Kontakt kam. Diese Bakterien können sich dann gegebenenfalls auch in der Umwelt verbreiten.

Es besteht also generell die Gefahr, dass es zu einer Übertragung von Antibiotika-Resistenzen von Umweltbakterien auf Bakterien kommen kann, die auch für den Menschen gefährlich werden können. Die Situation wird vermutlich verschärft durch steigende Konzentrationen von Antibiotika-Rückständen in Abwässern und anderen Umweltmedien. Das Umweltbundesamt prüft derzeit in einem Forschungsprojekt, ob bei hohen Konzentrationen an Antibiotika-Rückständen, wie sie in Gülle und Klärschlamm auftreten können, Antibiotika-Resistenzen in Mikroorganismen zusätzlich gefördert werden. Die mögliche Übertragung der Resistenzen auf Krankheitserreger des Menschen wird zwar befürchtet, es gibt aber bislang nur wenige belastbare Belege.

In der Schweiz wurden Klärwerke um eine weitere Reinigungsstufe ergänzt, um Arzneimittel besser herausfiltern zu können. Wäre dies auch eine Möglichkeit, um das Problem in Deutschland zu lösen?

Die Anwendung weitergehender Reinigungstechniken wurde und wird in Deutschland in großem Umfang erprobt. Die Reinigungsabsicht beschränkt sich jedoch nicht ausschließlich auf Arzneimittel, sondern auch auf Spurenstoffe und Mikro-schadstoffe. In jedem Fall wollen wir mit der Erprobung dieser Reinigungstechniken das Hygieneproblem, dass es zurzeit keine Anforderungen an behandeltes Abwasser in Deutschland gibt, mit lösen.

Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke

Prof. Dr.-Ing. Adolf Eisenträger





Älter
werden
wir
dann
einfach
später

Gesund und aktiv älter werden

DER DEMOGRAFISCHE WANDEL bringt eine höhere Lebenserwartung, eine geänderte Bevölkerungszusammensetzung und damit viele Fragen, aber auch Chancen für den Einzelnen und die Gesellschaft mit sich. Es geht um Lebensqualität bis ins hohe Alter und um individuelle Möglichkeiten der Gesunderhaltung. Dabei geht es auch um das Wohnumfeld, das Wohnen an sich, die soziale Teilhabe, den Dialog der Generationen und um Fragen rund um Versorgung und Pflege.

Im Fokus stehen auch die Aspekte Wohnumfeld, Wohnen, soziale Teilhabe, Generationendialog sowie Fragen rund um Versorgung und Pflege. Die Menschen werden älter, und dies ist eine sehr gute Nachricht. 21% der Bevölkerung in Deutschland sind zurzeit 65 Jahre und älter, 2030 werden es 36,8% sein. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt heute für Mädchen bei 82,7, für Jungen bei 77,7 Jahren. Ein Blick auf die fernere Lebenserwartung zeigt, dass ein heute 65-jähriger Mann damit rechnen kann, noch weitere 17,5 Jahre zu leben, eine 65-jährige Frau hat durchschnittlich noch weitere 20,7 Jahre vor sich.

Den Jahren Leben geben

Ziel ist es, die gewonnenen Jahre bei möglichst guter Gesundheit und möglichst hoher Lebensqualität zu erleben. Wichtig ist es hierbei, dass ältere Menschen ihre Potenziale entfalten, ihre Ressourcen ausschöpfen und an möglichst vielen Bereichen des Lebens teilhaben können. Befragungsergebnisse zeigen, dass sich etwa zwei Drittel der älteren Menschen insgesamt wohlfühlen und sich selbst eine gute bis sehr gute Gesundheit bescheinigen. Dies zeigt einmal mehr, dass Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist.

Krankheitsrisiken im Alter

Allerdings steigen mit zunehmendem Alter generell das individuelle Krankheitsrisiko sowie das Risiko für das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität). So leiden ab 65 mehr als die Hälfte aller Menschen an mindestens einer chronischen Krankheit. Im Vordergrund stehen Herz-Kreislauf-

Prävention wirkt – auch im Alter

Die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Erkrankungen und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Primärprävention begründet das Hinauszögern des Ausbruchs chronischer Morbidität und damit die Kompression.

Einen Lösungsansatz bietet das Konzept der »komprimierten Morbidität« bzw. die Kompressionsthese. Durch präventive Maßnahmen soll der Beginn der Krankheitsphase möglichst weit ins hohe Alter hinausgeschoben werden. Je früher Prävention im Lebenslauf ansetzt, umso wirksamer kann sie sein. Untersuchungen zeigen zudem, dass es auch im fortgeschrittenen Alter möglich ist, mit der Umstellung auf gesunde Lebensgewohnheiten Krankheitsrisiken zu senken und den Gesundheitsstatus zu verbessern.

So gewinnen, je älter eine Gesellschaft ist, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung, um die physische und psychische Gesundheit sowie all-

»Je früher, desto wirksamer« – das gilt auch für die Prävention

Funktionsstörungen beeinträchtigen die soziale Teilhabe

Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates, Diabetes, Krebserkrankungen.

Etwa ein Viertel der Menschen über 65 ist von psychischen Problemen betroffen. Im Zentrum stehen Depressionen und dementielle Erkrankungen. An Demenz leiden heute deutschlandweit etwa 1,4 Millionen Menschen, für 2050 werden 3 Millionen Demenzkranke prognostiziert. Mit zunehmendem Alter treten auch zunehmend Funktionsstörungen auf, u. a. auch das Nachlassen von Hör- und Sehvermögen. Hierdurch kommt es in vielen Fällen zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am sozialen Leben, zu einer Einschränkung der Kontakte und zum Verlust von Selbstständigkeit. Hinzu kommt, dass fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren mindestens einmal jährlich stürzt, teils mit schwerwiegenden Folgen.

tagspraktische Kompetenzen zu fördern. Es ist heute z. B. hinreichend untersucht, dass Menschen, die aktiv sind, die sich gesellschaftlich engagieren, die sich regelmäßig bewegen und sich gesund ernähren, länger gesund bleiben. In vielen Bereichen kann man schon allein durch Bewegung und körperliche Aktivität etwas erreichen, z. B. dazu beitragen, Krankheiten wie Bluthochdruck, Rückenbeschwerden, Arthrosen oder Diabetes mellitus Typ 2 vorzubeugen. Ergebnisse aus Langzeitstudien weisen darauf hin, dass sich allein durch die Änderung der Lebens-



gewohnheiten ein großer Teil der Erkrankungen an Altersdiabetes und an koronaren Herzkrankheiten vermeiden lassen.

Auch wenn bereits Gesundheitsprobleme vorhanden sind, ist es durch geeignete körperliche Aktivitäten möglich, zur Verbesserung z. B. der Beweglichkeit und Belastbarkeit beizutragen. Hinzu kommt, dass Sport und Bewegungsaktivitäten auch Spaß machen und zur Steigerung des Wohlbefindens beitragen. Auch den Betätigungsfeldern Ehrenamtlichkeit und Erwachsenenweiterbildung kommt im Kontext Gesundheit, Zufriedenheit und Lebensqualität besondere Bedeutung zu.



Prävention – eine individuelle und eine gesellschaftliche Aufgabe

Neben den individuellen verhaltensbezogenen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung kommt zudem der Verhältnisprävention ein besonderer Stellenwert zu. So sind etwa eine gesundheitsförderliche Umwelt, adäquate Strukturen sowie gesundheitsfördernde Lebensbedingungen von Bedeutung. Hier sind viele Akteure aus den unterschiedlichen Sektoren auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene gefragt.

Das BZgA-Programm »gesund und aktiv älter werden«

Im Rahmen des Programms »gesund und aktiv älter werden« veranstaltet die bzga Bundeskongresse sowie Regionaltagungen in den Ländern gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse sowie auch Praxiserfahrungen werden im Austausch mit den Akteuren und der Zielgruppe umsetzungsbezogen diskutiert. Aufbauend entwickelt die bzga Medien und Materialien und stellt diese bundesweit zur Verfügung. Die dritte bzga-Bundeskonferenz »gesund und aktiv älter werden« findet am 6. Juni 2014 in Berlin statt – Anmeldungen zum Kongress und Informationen rund um das Thema »Gesundes Alter« unter www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Schaut man allein auf das Lebensumfeld älterer Menschen, stellen sich viele Fragen, die für die Sicherheit, aber auch für die Ausübung von Präventionsaktivitäten eine Rolle spielen: Welche gesundheitsbezogenen Möglichkeiten und Angebote für Ältere gibt es vor Ort, in den Kommunen, in den Stadtteilen, im Viertel? Gibt es z. B. Parks und Grünflächen? Wie sieht es mit Radwegen aus? Sind die Wege beleuchtet? Gibt es ausreichend Sitzgelegenheiten, also Bänke in den Parks, so dass sich die Menschen, die nicht mehr so gut zu Fuß sind, einen Spaziergang auch zutrauen? Gibt es Toiletten, die man unterwegs aufsuchen kann? Viele Fragen, die für die Zielgruppe der Älteren, aber auch durchaus für jüngere Altersgruppen, für Familien relevant sind. Da unterschiedliche Bereiche und Sektoren betroffen sind, kommt es vor allem auf ein gutes Zusammenwirken der unterschiedlichen Disziplinen und Zuständigkeiten an. Auch die Frage eines altersgerechten Wohnens schließt sich an.

Angebote müssen gut erreichbar und kostengünstig sein

Ältere Menschen erreichen

Die individuellen Biografien und Lebensentwürfe spielen für das Gelingen von Prävention und Präventionsangeboten eine Rolle, ebenso das Umfeld, in denen sich die Menschen aufhalten. Die Alltagswirklichkeit, Lebenswelten und Lebenssituationen (z. B. Übergang in die Nacherwerbsphase, Pflegezuständigkeit) der Zielgruppen sollten einbezogen werden. Die Angebote müssen niedrigschwellig, d. h. leicht und unaufwendig erreichbar sowie kostengünstig sein. Die Ansprache muss passen und motivieren. Hierbei ist ein Blick auf die derzeit in der Gesellschaft herrschenden Altersbilder hilfreich.

Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe der älteren und alten Menschen ist es wichtig, den Blick bei der Maßnahmengestaltung nicht nur auf das kalendarische Alter der Menschen zu richten. Ob jemand 50, 60, 70 oder 80 Jahre alt ist, ist nicht allein entscheidend. Vielmehr gilt es, darüber hinaus auch weitere Zielgruppenmerkmale, z. B. Geschlecht, Bildung, den kulturellen Hintergrund, die soziale und familiäre Situation, die jeweiligen Interessen und vor allem auch den Gesundheitszustand zu berücksichtigen.

Erfolgreiche Präventionsprogramme setzen auf die Förderung individueller Gesundheitskompetenzen (Empowerment) und beziehen die Zielgruppe in die Konzeption und die Umsetzung von Maßnahmen ein (Partizipation). Eine bessere Vernetzung von Akteuren und Maßnahmen vor Ort und eine systematische Qualitätssicherung kann außerdem wesentlich zur Nachhaltigkeit und Verstetigung von Maßnahmen beitragen.



Dr. Monika Köster,
Referatsleiterin bei der BZgA, ist u. a. zuständig für das Programm »gesund und aktiv älter werden«. Monika.koester@bzga.de

Interview mit Prof. Dr. Ingo Froböse

Älter können wir doch auch später noch werden

JE ÄLTER WIR WERDEN, desto schwerer fällt uns körperliche Aktivität: Die körperliche Leistungsfähigkeit lässt durchschnittlich pro Lebensdekade um 10% nach. Ohne adäquates Training sind ab dem 70. Lebensjahr 40% der Muskelmasse verloren. Folge ist ein erhöhtes Sturzrisiko. Wir sprachen mit Prof. Dr. Ingo Froböse, der an der Sporthochschule Köln biologische Anpassungsprozesse im Alter untersucht. Er ist überzeugt: Ein solcher Leistungsabfall muss nicht sein!

MDK Forum Im Alter sollte man es langsam angehen, sich viel ausruhen und sportlich gesehen höchstens spazieren gehen – was halten Sie von dieser heute doch noch weit verbreiteten Meinung?

Prof. Dr. Ingo Froböse Nun ja, nicht so sehr viel. Meiner Meinung nach gilt: Nur was genutzt wird, kann auch erhalten bleiben, was so viel heißt wie: »Wer rastet, der rostet.« Bewegung und Aktivität werden im Alter noch wichtiger. Auf diese Weise können wir den

Alterungsprozess zwar nicht aufhalten, aber verlangsamen. Und auch die Selbstständigkeit bleibt so länger erhalten. Meiner Meinung nach sollte es eher heißen: »Je oller, je doller«, denn speziell mit zunehmendem Alter wird das aktive »Angehen« gegen das Alter immer wichtiger.

MDK Forum Weiß denn jeder Teil unseres Körpers, wie alt er ist? Oder gibt es vielleicht auch Anteile, die gar kein Alter in dem Sinne kennen, weil sie sich beispielsweise erneuern können?

Froböse Ab dem 50. Lebensjahr kann man deutlich Veränderungen am eigenen Körper feststellen. Das ist in der Regel der Zeitpunkt, wenn hormonelle Veränderungen auftreten. Der Grundumsatz sinkt, der Fettanteil wird größer und bei den Muskeln bemerken wir eine deutliche Reduktion der Masse, was auch messbar ist. Doch dem kann man durch regelmäßige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung entgegenwirken, das heißt: Wir können

durch gezieltes Training der Ausdauer und Kraft das Alter unseres Körpers zumindest mitbestimmen. Das Ziel heißt: Muskeln rauf, Fett runter. Zum Alter unserer unterschiedlichen Organe lässt sich Folgendes sagen: Unser Darm erneuert sich innerhalb von 2–3 Tagen, unsere Haut innerhalb von 14–20 Tagen und unsere Muskeln innerhalb von 15 Jahren – sie sind also durchaus wandelbar und alles ist im wahrsten Sinne des Wortes in Bewegung. Die Blutzellen bilden beispielsweise täglich sogar 600 Millionen neuer Zellen.

MDK Forum Einer Studie der Sporthochschule Köln zufolge sollen selbst 90-Jährige beim Krafttraining noch eine Leistungssteigerung von bis zu 150% erreichen können. Wie ist das möglich? Nimmt nicht der Verschleiß an den Gelenken im höheren Alter zu und braucht der Körper nicht längere Regenerationszeiten?

Froböse Die Muskeln sind ein Leben lang trainierbar, denn sie sind gewissermaßen immer in der Pubertät. Unsere Muskeln ernähren die Gelenke durch Bewegung, denn mehr Bewegung erhält Gelenke beweglich und verstärkt sie. Sicherlich gibt es im Alter längere Regenerationszeiten. Doch je besser man wird, umso kürzer sind diese. Innerhalb von 12 Monaten ist mindestens eine 100%ige Steigerung der Kraft möglich!

MDK Forum Ist es nicht irgendwann zu spät und zu gefährlich, mit Sport im Alter zu beginnen, oder gibt es »Ausschlusskriterien« wie beispielsweise künstliche Gelenke oder Herzschrittmacher?

Froböse Bei künstlichen Gelenken und Herzschrittmachern sollte man ein

Prof. Dr. Ingo Froböse



in Absprache mit dem Arzt durchgeführt Sportprogramm absolvieren. Trotzdem ist es kein absolutes Ausschlusskriterium. Hier ist auf jeden Fall eine individuelle Beurteilung nötig. Insgesamt lässt sich sagen, dass die individuelle Leistungsfähigkeit besonders beim Sport im Alter ein wichtiger Faktor ist, der beim Training hinterfragt werden muss. Jeder sollte nur so viel trainieren, wie es die körperlichen Konstitutionen zulassen. Aber es ist generell nie zu spät, mit dem Sport zu beginnen.

Für jeden gibt es eine sportliche Aktivität, nur gilt es, sie an die Fähigkeiten anzupassen. Es ist also nie zu spät mit dem Sport zu beginnen,

denn der Körper hat enorm große Reservekapazitäten, die es zu fordern gilt.

MDK Forum Sie haben ein Konzept für Altenheime entwickelt. Warum gehört Ihrer Meinung nach Fitness in Senioreneinrichtungen?

Froböse Die Inhalte dieses Konzeptes sind Muskeltraining, Ausdauertraining und Koordination. Muskeln und Ausdauer halten beweglich, mobil und vor allem selbstständig. Muskeln und Ausdauer sind der Generator für die eigene Lebensqualität und verkleinern die Pflegezeiten. Die Koordination verhindert Stürze und schult das Gehirn. Denn auch das Gehirn wird über die Bewegung langfristig stimuliert – und das ist besser als Sudoku.

MDK Forum Lässt sich auf diese Weise eine Pflegebedürftigkeit Ihrer Meinung nach hinauszögern?

Froböse Ja, sofern es sich um Faktoren handelt, die nicht erblich veranlagt sind, kann man mit Bewegung und Ernährung den Alterungsprozess hinauszögern. So bleibt die Selbstständigkeit länger erhalten und man ist weniger auf Hilfe beziehungsweise Pflege angewiesen.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

Sicher auf den Beinen bleiben

2,7 MILLIONEN UNFÄLLE passieren in Deutschland jedes Jahr im Haushalt. Es trifft vor allem Menschen über 65: Mehr als die Hälfte von ihnen ist bereits ein- oder mehrmals gestürzt. Das sind mehrere Millionen Stürze pro Jahr. Über 5000 sterben jährlich an den Folgen ihrer Verletzungen. Professor Dr. med. Florian Gebhard von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) kennt die täglichen Unfallgefahren im Alter und ist überzeugt: Stürze lassen sich verhindern.

Das Gedächtnis lässt nach. Sehen und hören ebenfalls. Die Konzentration sinkt und die Reaktionsfähigkeit wird langsamer, die Muskelkraft schwächer. Die Folge ist häufig eine Unsicherheit beim Stehen und Gehen. »Viele meiner älteren Patienten sagen: »Man ist halt nicht mehr wie mit 20.« Dass sie nicht mehr so schnell reagieren können wie junge Leute, dass ihre Bewegungsgeschwindigkeit insgesamt eher etwas niedriger ist und dass man leicht mal etwas übersehen kann, dem sollten Senioren Rechnung tragen«, erklärt Unfallchirurg Prof. Florian Gebhard, Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Ulm.

Stürze sind eine besondere Gefahr für ältere Menschen: »Ich habe nicht gesehen, dass eine Treppe da war« oder »Ich bin über die Teppichkante gestolpert« oder »Plötzlich habe ich das Gleichgewicht verloren«.

Wenn eins zum anderen kommt

Die Ursache liegt in der Regel in der Summe der Faktoren. Zwar habe jeder Mensch individuelle Probleme, der eine mehr mit dem Hören, der andere mit dem Sehen, weiß Gebhard. Doch all diese Teilaspekte tragen letztendlich ein Scherflein zur Sturzgefahr bei, so der Arzt. Er kennt viele solche Konstellationen aus dem Klinikalltag.

Ältere Menschen können beispielsweise undeutliche Schatten bei einer schlechten Beleuchtung als Hindernis

wahrnehmen. Dieses Hindernis unterbricht ihren Bewegungsfluss und es kann zu Fehlritten kommen, um dem vermeintlichen Hindernis auszuweichen.

Oder aber ein Raum ist schlecht beleuchtet, so dass ein älterer Mensch einen herumliegenden Gegenstand nicht erkennt und darüber stolpert.

Ein Jüngerer hätte dieses Stolpern wahrscheinlich abfangen können. Doch bei einer Gangunsicherheit bzw. einem schleppenden, schlurfenden Gang oder einer Erkrankung des Bewegungsapparates wie einer Hüftarthrose lässt sich das Stolpern nicht mehr so einfach abfangen und der Mensch stürzt.

Die Beleuchtung spielt eine entscheidende Rolle

Mann mit Hut im Straßenverkehr

Ein Bereich, in dem viele Risikofaktoren zusammenreffen, ist der Straßenverkehr. Hier sind Senioren nach jungen Erwachsenen die zweitgrößte Risikogruppe. Oft können sie nicht mehr rechtzeitig reagieren, übersehen oder überhören dadurch wichtige Signale oder Autos.

Die häufigsten Verletzungen und Komplikationen nach einem Sturz im Seniorenalter sind Brüche im Handgelenk, im Bereich des Oberarmkopfes oder im Bereich des Oberschenkelhalses.

Schwerwiegende Folgen

Gebhard weiß, dass dies einschneidende und schwerwiegende Folgen haben kann: »Die Gefahr bei einem Oberschenkelhalsbruch ist beispielsweise, dass er auf jeden Fall operiert werden muss. Eine solche Operation ist immer eine Belastung, auch wenn die Narkosetechnik heute noch so schonend ist.« Für ältere Menschen ist es zudem eine weitere Belastung, wenn sie ins Krankenhaus kommen und auf diese Weise aus der häuslichen Umgebung und aus ihrem Alltag herausgerissen werden. Für

Wer einmal gestürzt ist, stürzt häufig wieder

viele führt der Sturz auch langfristig zu einer veränderten Lebenssituation, da sie häufig mit einem erhöhten Pflegeaufwand aus der Klinik entlassen

werden. Doch zwei Drittel der Patienten erholen sich laut Gebhards Erfahrung, auch wenn es einige Zeit dauert: »Das ist ein regelrechter Knick in ihrer Lebenslinie, wie ein Trauma. Und das verändert die Menschen. Oft sagen die Angehörigen, die Oma oder der Opa seien ganz lange Zeit nicht mehr ›die Alten‹ gewesen.« Patienten im Pflegeheim erholen sich noch schlechter: 30% der Patienten über 85 Jahre mit hüftgelenksnaher Fraktur sterben innerhalb des ersten Jahres nach dem Sturz.

Was tun, wenn es doch passiert?

»Wer als älterer Mensch einmal gestürzt ist, stürzt häufig wieder«, so der Unfallchirurg. Oft kommt nach einem Unfall die Angst vor einem Sturz hinzu, die wiederum zu einer erhöhten Unsicherheit führt – die Gefahr für einen erneuten Sturz steigt. »Senioren sollten nach einem Sturz

Körperliche Fitness gegen Sturzrisiko

Wichtig ist der Erhalt einer guten körperlichen Grundfitness. »Hier helfen regelmäßige Spaziergänge, ein Muskelaustraining und bestenfalls Ballsportarten, die die Reaktionsfähigkeit schulen«, empfiehlt Gebhard. »Einerseits schützen Muskeln Skelett und Gelenke. Andererseits hat der Betroffene mehr Kraft, um sich abzufangen, und er kann schneller reagieren.« Beim Spazierengehen ist es sinnvoll, gelegentlich einen Gehstock oder moderne Walking-Stöcke zu benutzen. Sie bieten im Zweifelsfall die Möglichkeit, sich auch mal abzustützen und somit einen Sturz vorzubeugen. Weiterhin gibt es Gehhilfen und Rollatoren, Eiskrallen für Gehstöcke oder Schuhspikes für Schnee und Eis.

Das häusliche Umfeld lässt sich zu einer sicheren Umgebung umgestalten: Keine dicken Teppiche mit Stolperkanten, rutschsichere Treppen und eine gute Beleuchtung im Haus, die dazu führt, dass ein älterer Mensch auch in der Dämmerung oder im Dunkeln besser sieht und Treppenstufen oder -absätze erkennen kann. Im Badezimmer helfen eine Toilettensitzerhöhung, Badewannen-Einstiegshilfen oder Duschsitze und Anti-Rutschmatten sowie »Kleinigkeiten« im Alltag wie Anziehhilfen oder Stoppersocken.

Professor Gebhard ist überzeugt: Körperliche Fitness minimiert das Sturzrisiko. Dabei sollten nicht nur Koordination und Reaktionsschnelligkeit trainiert werden, sondern auch Balance, Kraft und Standfestigkeit. Bei Einschränkungen wie beispielsweise durch Herzerkrankungen sollten die Patienten auf jeden Fall Seniorensportgruppen für speziell solche Vorbelastungen aufsuchen. Auf diese Weise lässt sich seiner Meinung nach eine Pflegebedürftigkeit durch Folgen eines Sturzes hinauszögern.



überlegen, ob ihre Umgebung wirklich altengerecht ist. Außerdem sollten sie bei Dunkelheit lieber zu Hause bleiben und alles in allem eine für sich sichere Umgebung schaffen«, rät Gebhard. Generell gilt es, einige Sicherheitsregeln zu beachten.

Zehn Tipps gegen Unfallgefahren im Haushalt

- 1 Auf dicke Teppiche und andere Stolperfallen verzichten
- 2 Teppiche eventuell mit doppelseitigem Klebeband sichern
- 3 Treppen und andere rutschige Flächen mit Teppichfliesen rutschsicher machen
- 4 Erste und letzte Stufe der Treppe kennzeichnen
- 5 Die Beleuchtung im Haus optimieren
- 6 Wasserlachen im Bad sofort entfernen
- 7 Selbstklebende Antirutschbänder an Fliesen und in Badewannen / Duschen
- 8 Haltegriffe an Badewanne und Dusche
- 9 Bei häufigen Schwindelanfällen in der Dusche eine Sitzmöglichkeit anbringen
- 10 Bei Leitern auf Qualitätsmängel achten und Überkopf-Arbeiten meiden

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)



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

Essen und Trinken im Alter

Tischlein, deck dich

ALTERN IST EIN VORGANG, der genetisch bedingt ist, von äußeren Faktoren beeinflusst wird und individuell abläuft.

Ältere Menschen, die körperlich und geistig in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, haben in der Regel dieselben Ernährungsprobleme wie Menschen mittleren Alters. Die Ernährungsrisiken steigen jedoch mit dem Alter stetig an.

»Es war einmal ein steinalter Mann, dem waren die Augen trüb geworden. Wenn er nun bei Tische saß und den Löffel kaum halten konnte, schüttete er Suppe auf das Tischtuch, und es floss ihm auch etwas wieder aus dem Mund ...« So beginnt das bekannte Märchen »Der alte Großvater und der Enkel« der Brüder Grimm. Es endet



damit, dass der Enkel einen Trog für seine Eltern bastelt und ihnen damit den Spiegel vorhält.

Dieses Märchen sagt viel über die Ernährung älterer Menschen – und darüber, dass es sich dabei um mehr handelt als nur um einen objektiven Bedarf an Nährstoffen, Energie und Flüssigkeit.

Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen

Das »Alter an sich« lässt aufgrund unterschiedlicher Lebens- und Gesundheitssituationen selten Rückschlüsse auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit eines Menschen zu. Der eine ist aufgrund von Krankheiten oder Ereignissen im Leben schon mit sechzig Jahren hinfällig, der andere ist mit achtzig Jahren noch aktiv und gestaltet seinen Alltag völlig unabhängig.

Nichtsdestotrotz verändert sich der menschliche Körper mit dem Alter – bei dem einen halt schneller als bei dem anderen. Wassergehalt sowie Knochen- und Muskelmasse nehmen ab. Dagegen steigt der Körperfettgehalt und der Stoffwechsel wird langsamer. Alles in allem haben ältere Menschen einen geringeren Energiebedarf als in jungen Jahren. Die erforderliche Zufuhr an Vitaminen und Mineralstoffen bleibt jedoch gleich, wenn sie nicht sogar höher ist. Um gesund zu bleiben, sollten Senioren daher auf eine Ernährung achten, die etwas energieärmer,

dafür aber nährstoffreicher ist. Wenn der Appetit geringer und die Ernährung einseitiger wird, können essenzielle Nährstoffe fehlen. In solchen Fällen sollten ältere Menschen nach Rücksprache mit ihrem behandelnden Arzt eventuell Nahrungsergänzungsmittel einnehmen. Dies gilt v. a. für die Versorgung mit Vitamin D. Da wir nur ca. 10–20% dieses Vitamins über die Nahrung aufnehmen, ist UV-Licht besonders wichtig: 80–90% des Vitamin D bildet unser Körper hierzulande bei regelmäßigem Aufenthalt im Freien selbst. Eine Vitamin-D-Unterversorgung fördert Osteoporose im Alter. Außerdem beeinflusst Vitamin D die Funktionalität der Skelettmuskulatur. Für ältere Menschen bedeutet das: Sie müssen regelmäßig an die »frische Luft«, damit ihre Knochen und Muskeln fit und gesund bleiben – und somit das Sturzrisiko gering; zumal im Alter die Fähigkeit zur Vitamin-D-Bildung in der Haut im Vergleich zu der junger Erwachsener deutlich geringer ist. Eine Alternative ist der Einsatz eines Vitamin-D-Präparates bei gleichzeitig adäquater Calciumzufuhr.

Was beeinflusst die Ernährung im Alter?

Zu den physiologischen Veränderungen im Alter zählen neben der Altersanorexie und Appetitlosigkeit eine nachlassende Sinneswahrnehmung in Bezug auf Geschmack, Geruch und Sehen sowie altersbedingte Veränderungen der Verdauungsfunktion. Auch der Gesundheitszustand, das heißt akute oder chronische Erkrankungen, (chronische) Schmerzen sowie die Einnahme mehrerer Medikamente oder von Medikamenten mit ungünstigen Nebenwirkungen haben Auswirkungen auf

Essen und Trinken bei Pflegebedürftigkeit

- Die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen respektieren
- Ein ausgewogenes Essensangebot für Senioren
- Wohlbefinden und Lebensqualität fördern
- Jedem Pflegebedürftigen möglichst lange die eigenständige Nahrungsaufnahme ermöglichen
- Den Ernährungszustand der Pflegebedürftigen kennen und dokumentieren
- Das Körpergewicht der Pflegebedürftigen möglichst stabil halten
- Gewichtsverlust und Mangelerscheinungen vermeiden
- Die Würde des Menschen auch dann achten, wenn das Essen gereicht werden muss

den Appetit und damit auf die Ernährung. Hinzu kommen körperliche Beeinträchtigungen wie Mobilitätsstörungen, Immobilität, Schwierigkeiten beim Schneiden, Kaubeswerden durch Zahnverlust, schlecht sitzende Zahnprothesen, Entzündungen oder Schluckbeschwerden. Doch ohne gesunde Zähne schmeckt das beste Essen

tionäre Pflegeeinrichtung, hinzu, sind dies alles zusammen sehr einschneidende Erlebnisse im Leben eines Menschen. Wird das Essen in einer Einrichtung zentral zubereitet, vermissen viele Bewohner das Planen, Einkaufen und Zubereiten der Speisen und das damit verbundene Gefühl, sich heimisch zu fühlen, sich beteiligen zu können und eine sinnvolle Aufgabe zu haben.



nicht. Ob mit besonderen Zahnbürsten, Hilfe bei der Zahnpflege und regelmäßiger zahnärztlicher Betreuung; es kann viel für einen gesunden Mund und ein schönes Lächeln getan werden.

Psychische Veränderungen im Alter wie Vergesslichkeit, Verwirrtheit, Demenz oder Depressionen sind weitere Risikofaktoren für einen schlechten Ernährungszustand. Die bedarfsgerechte Energiezufuhr lässt sich im Einzelfall nur durch regelmäßige Gewichtskontrollen ermitteln. Manche Menschen mit Demenz benötigen beispielsweise aufgrund eines hohen Bewegungsdrangs bis zu 3500 kcal/Tag.

Mangelernährung vorbeugen

Ein sehr hohes Lebensalter (über neunzig Jahre) ist aufgrund von Appetitmangel, Immobilität, Demenz, Schluck- und Kaustörungen, Multimorbidität und Polymedikation ein wichtiger Risikofaktor für eine Mangelernährung. Sind Geschmacks- und Geruchsempfinden gemindert, haben die älteren Menschen weniger Appetit. Außerdem essen sie aufgrund der verminderten Magendehnung und frühzeitiger Sättigungssignale häufig nur kleine Portionen.

Bedürfnisgerechte Ernährung im Alter

Jeder Mensch hat seine persönlichen Essgewohnheiten über Jahre hinweg etabliert. Insofern bedeutet es eine enorme Umstellung, wenn jemand seinen Einkauf nicht mehr alleine bewältigen kann oder ihm das Kochen plötzlich schwerfällt. Auch der Verlust des Partners, der dazu führt, nun allein am Tisch zu sitzen, ist ein einschneidendes Erlebnis. Kommt dann noch der Verlust des bisherigen Wohnraumes, verbunden mit dem Umzug in eine sta-

Aktive Einbeziehung von älteren Menschen

Es ist sinnvoll, ältere Menschen aktiv in die Vor- und Zubereitung von Speisen mit einzubeziehen. Möglichkeiten sind beispielsweise Koch- oder Backgruppen, in denen mehrmals in der Woche mit Unterstützung durch eine Hauswirtschafts- bzw. Küchenkraft, eine Beschäftigungstherapeutin oder freiwillige Helfer wie grüne Damen oder »fitte« Senioren gekocht oder gebacken wird. Tägliche »Schnibbel- oder Kartoffelschälgruppen« können in Alteinrichtungen Gemüse oder Obst zum Verzehr vorbereiten und organisierte Aktionen in der Küche können zu regelmäßigen Highlights wie Einwecken von Obst oder gemeinsames Marmeladekochen werden.

Vorbeugen bei heißem Wetter

Ältere Menschen trinken tendenziell zu wenig. Das kann besonders bei heißem Wetter zur Austrocknung (Exsikkose) führen und lebensbedroh-

lich werden. Bei einem exsikierten älteren Menschen dauert es zudem Tage, bis dieser Wassermangel durch das Trinken wieder ausgeglichen ist – im Gegensatz zum jünger-

Menschen, der selbst schwerste Hypohydratationszustände in kurzer Zeit durch Trinken ausgleichen kann. Ein Flüssigkeitsersatz durch Infusionen kann mit einem kardialen und zerebralen Risiko verbunden sein. Dem lässt sich mit einer ausreichenden Trinkmenge vorbeugen. Doch es ist hier beispielsweise wichtig, darauf zu achten, dass ein Mineralwasser nicht natriumarm ist, damit eine ausreichende Salzaufnahme sichergestellt ist. Durch starkes Schwitzen verliert der erhitzte Mensch mit dem Schweiß Natrium. Deshalb ist grundsätzlich auf eine ausreichende Salzzufuhr zu achten, Tees können mit einer Prise Kochsalz angereichert werden.

Ziele der Prävention

Ältere und pflegebedürftige Menschen sollten bei der Aufnahme von Speisen und Getränken angemessen unterstützt werden. Und auch bei Senioren gilt: Das Auge isst mit. Deshalb ist eine attraktive Gestaltung des Essens bei älteren Menschen, die an Appetitlosigkeit oder anderen Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme leiden, besonders wichtig.

Soziale Veränderungen spielen eine entscheidende Rolle



Caroline Jung, MDS,
Mitglied im Projektteam
»Essen und Trinken im Alter«
der SEG 2 Pflege.
c.jung@mds-ev.de

Studie belegt:

Reha lohnt sich

NICHT ZULETZT MIT DEM Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wird besonderes Augenmerk auf die Rehabilitation von Pflegebedürftigen gelegt. Das MDK-Pflegegutachten hat explizit darauf einzugehen. Welche Effekte bringt die Rehabilitation von Pflegebedürftigen? In einer in diesem Jahr veröffentlichten Studie werden der Pflegeverlauf von gesetzlich Pflegebedürftigen nach Alter, Pflegestufen sowie Versorgungsart in Abhängigkeit von einer erfolgten oder nicht erfolgten Rehabilitation gegenübergestellt. Der MDK Niedersachsen war an dieser Studie beteiligt.

Die Hoffnung, dass durch Rehabilitationsmaßnahmen die Folgen von drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit verhindert oder gemindert werden können, ist groß. Ausgehend von der Annahme, dass die Rehabilitation Pflegebedürftiger deren Lebenserwartung verlängert, wurden in der Studie etwa 90 000 Pflegebedürftige mit und ohne Rehabilitationsleistung verglichen. Die Untersuchung dieser Annahme hat zudem eine versicherungs- und sozialmedizinische Bedeutung, die sich aus dem direkten Zusammenhang zwischen den Gesamtaufwendungen für die Pflegeversorgung und der Lebenserwartung ergibt. Wenn sich durch eine Rehabilitationsmaßnahme die Lebenserwartung verlängert, dann werden die direkten Kosten der Pflegeversicherung vermutlich steigen. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass eine Erhöhung der Lebensqualität nach Rehabilitation nicht nur bei einem Wechsel in eine niedrigere Pflegestufe, sondern insbesondere auch bei unveränderter Pflegestufe eintreten kann. Durch Vermeidung oder Verzögerung einer Höherstufung im Pflegeverlauf könnten womöglich Kosten gespart werden.

Ergebnisse sprechen für Rehabilitationsmaßnahmen

Auf der Datengrundlage der Deutschen BKK wurden pseudonymisierte Daten von 88 575 Pflegebedürftigen aus den Jahren 1995 bis 2007 mit einer durchschnittlichen Beobachtungsdauer von 2,5 Jahren und insgesamt 221 625 Beobachtungsjahren ausgewertet.

Als Ergebnis sind von der Gesamtheit der Pflegebedürftigen mit Rehabilitation zehn Jahre nach Pflegebeginn

30,7% in Pflege, 9,8% reaktiviert und 59,5% verstorben. Als »reaktiviert« wird hier Verlust oder Verminderung der Pflegestufe bzw. Pflegebedürftigkeit durch spontane Bes-



serung und / oder als Resultat einer erfolgreichen Rehabilitation bzw. aktivierenden Pflege verstanden. Von den Pflegebedürftigen ohne Rehabilitation sind zehn Jahre nach Pflegebeginn nur noch 9,2% in Pflege, 3,7% reaktiviert und 87,1% verstorben. Die Pflegebedürftigen mit Rehabilitation weisen also höhere Anteile an noch in Pflege befindlichen Pflegebedürftigen und Reaktivierten sowie geringere Anteile an Verstorbenen auf, im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Rehabilitation. Der Status der Pflegebedürftigen, gemessen mit den

Pflegebedürftige haben nach Reha im Schnitt höhere Lebenserwartung

Welche Patienten wurden in die Studie aufgenommen?

Die Kohorte der rehabilitierten Patienten umfasst pflegebedürftige Versicherte mit rehabilitativen Leistungen entsprechend der gesetzlichen Definition des SGB v für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen sowie Leistungen der geriatrischen (Anschluss-)Rehabilitation wie auch der neurologischen Frührehabilitation, soweit nicht im Akutkrankenhaus durchgeführt. Nicht eingeschlossen waren ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen oder einzelne therapeutische Maßnahmen, z. B. Krankengymnastik.

Anteilen von Reaktivierung, Pflege in Stufen I–III und Tod in den Pflegeverläufen, hängt wesentlich vom Pflegeeintrittsalter und der Ersteinstufung sowie von der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ab. Es besteht ein Zusammenhang zwischen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Verminderung oder Beseitigung von Pflegebedürftigkeit bis hin zur vollständigen Reaktivierung. Über alle Altersgruppen und alle Pflegestufen weisen Pflegebedürftige nach rehabilitativen Maßnahmen trotz eingetretener oder andauernder Pflegebedürftigkeit eine Lebensverlängerung auf. »Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch die jetzigen Formen des Rehabilitationszugangs, zum Beispiel Ein-

leitung einer Maßnahme nach Klinikaufenthalt oder Begutachtung, dem Ziel der Minderung von Pflegebedürftigkeit zumindest teilweise entsprochen wird«, erklärt Professor Wolfgang Seger. Der Leitende Arzt und stellvertretende Geschäftsführer des MDK Niedersachsen hat an dieser Studie mitgearbeitet. »Diese Erfolge machen Mut, im ambulanten wie auch stationären Setting in allen Altern beim Pflegebedürftigen nach erfolgversprechenden Rehabilitationspotenzialen und -maßnahmen zu suchen«, sagt Professor Seger. Selbst nach langer Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe III konnten rehabilitative Maßnahmen zu einer Reaktivierung bzw. Minderung des Pflegebedarfs beitragen. »Dies mag für all diejenigen ein Hoffnungsschimmer sein, die eine eingetretene Pflegebedürftigkeit fälschlicherweise mit einer sich fortlaufend verschlechternden Prognose gleichgesetzt haben«, so Seger.

Weitere Forschungen sinnvoll

Bei den Studienergebnissen muss beachtet werden, dass diese nicht die Art der Erkrankung, das Ausmaß der krankheitsbezogenen Beeinträchtigungen sowie die person- bzw. umweltbezogenen Kontextfaktoren berücksichtigen. Dafür waren die vorliegenden Routinedaten nicht aussagekräftig. Zum Beleg eines kausalen Zusammenhangs zwischen Rehabilitation und Lebenswartung sind weitergehende Analysen mit homogenen Vergleichsgruppen unter Einbezug der Schädigungsart und Krankheitsfolgen sowie der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren erforderlich. Aus der Studie lassen sich weitere für die Versorgungsforschung interessante Arbeitshypothesen ableiten. Ein Fazit lässt sich schon jetzt ziehen: Pflegebedürftige profitieren von Rehabilitationsmaßnahmen, sei es dass sie lebensverlängernd wirken können oder die Pflegebedürftigkeit vermindern bzw. beseitigen. Und noch eins zeigt die Studie: »Es ist angebracht, weiter die Zusammenhänge zwischen Rehabilitation und Pflege zu erforschen. Mit unserer Studie haben wir nur einen bestimmten Ausschnitt wählen können. Die Autoren der Studie sind schon auf Basis dieser Studie überzeugt: Rehabilitation lohnt sich«, sagt Seger.

Die umfangreichen Ergebnisse der Studie sind in der *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2013 erschienen.

Projekt Reha XI

Im Februar 2013 startete im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und mit Unterstützung des MDK das Projekt Reha XI. Wissenschaftlich begleitet wird dieses durch das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang.

Das Projekt soll nachweisen, wie zuverlässig die Gutachterinnen und Gutachter der MDK Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung erstellen, und es soll den Prozess insgesamt transparenter machen. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PnAG) hatte die Verpflichtung zu gesonderten Rehabilitationsempfehlungen eingeführt, über die die Pflegekassen Bericht erstatten sollen.

»Reha XI« besteht insgesamt aus vier Projektschritten: Am Anfang stand eine Ist-Analyse zu den Prozessabläufen. Hierbei waren 14 MDK beteiligt. Anschließend wurden »Stärken und Schwächen« herausgearbeitet. Vor dem Hintergrund der daraus gewonnenen Ergebnisse entstand ein Gute-Praxis-Standard (GPS) zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung. Dieser Standard wurde nachfolgend in sieben MDK evaluiert. Eine Befragung der Pflegekassen soll klären, ob mit dem erarbeiteten Standard (GPS) die übermittelten Informationen eine ausreichende Grundlage bieten, damit die Pflegekassen eine umfassende und begründete Stellungnahme zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme erstellen können.

Bis Ende Januar 2014 sollen die Ergebnisse zum Projekt Reha XI vorliegen.

*Dipl. med. Katrin Breuninger,
Leiterin des Projekts »Reha XI« beim MDK*



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

Gastkommentar von Prof. Dr. Ursula Lehr, Bundesgesundheitsministerin a. D.

Lässt sich die Pflegebedürftigkeit hinausschieben?

WIR LEBEN IN EINER GESELLSCHAFT des langen Lebens. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist von 45 Jahren um 1900 auf ungefähr 75 Jahre für neugeborene Jungen und rund 82 Jahre für neugeborene Mädchen gestiegen. Die Gruppe der Hochbetagten, die der über 80-Jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe.

Diese erfreuliche zunehmende Langlebigkeit stellt aber gleichzeitig eine große Herausforderung für jeden einzelnen und für die Gesellschaft dar! Wir müssen alles tun, um ein möglichst hohes Lebensalter bei psycho-physischem Wohlbefinden zu erreichen. Dazu können sowohl Präventions- als auch Rehabilitationsmaßnahmen ganz entscheidend beitragen, schon der Volksmund weiß: »Vorbeugen ist besser als Heilen!«

Der Erhalt von Gesundheit und Selbstständigkeit ist im Interesse aller: der Seniorinnen und Senioren, ihrer Familien und natürlich auch der Gesellschaft. Und um dies zu erreichen, sind alle gefordert, die Älteren, indem sie ihre Eigenverantwortung wahrnehmen und alles in ihrer Macht Stehende tun, um möglichst lange gesund

zu bleiben. Viele der sogenannten Alterserkrankungen sind durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil sehr wohl beeinflussbar. Dabei kommt es neben

einer möglichst naturbelassenen, vollwertigen Ernährung, ausreichendem Trinken und der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen auch auf körperliche Bewegung sowie geistige und soziale Aktivitäten an.

Die Rahmenbedingungen müssen stimmen

Die Aufgabe der Politik und der Gesellschaft, insbesondere die der Kommunen, ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu körperlicher, geistiger und sozialer Aktivität motivieren bzw. diese überhaupt ermöglichen. Leider erleben wir in vielen Kommunen durch die Schließung z. B. von Schwimmbädern, die Kürzung von Zuschüssen für aktivierende Angebote in der Seniorenarbeit und die für viele schwer verkraftbare Erhöhung von Kursgebühren eine gegenteilige Entwicklung.

Der im Pflegegesetz festgeschriebene Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« ist bisher nur in sehr engen Grenzen realisiert, wir brauchen einen weiteren Ausbau sowohl der ambulanten als auch der stationären geriatrischen Rehabilitation. Die Wiedergewinnung von Fähigkeiten nach Krankheiten und kritischen Lebensereignissen, die zu einem Verlust von körperlichen, aber auch psychischen und sozialen Kompetenzen geführt haben, ist häufiger möglich als allgemein angenommen, wie viele Studien aus dem Bereich der Interventionsgerontologie belegen.

In der Aktivität liegt die Kraft, nicht nur in der Ruhe

Nicht »Schonung«, um die verbleibende Lebenskraft noch recht lange zu erhalten, ist in den meisten Fällen sinnvoll, wie es die inzwischen revidierte »Lebenskraft-Aufbrauchstheorie« forderte, sondern körperliche und geistige Aktivität, denn: Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern, oder wie der Volksmund schlicht, aber richtig sagt: »Was rastet, das rostet.«

Jeder kleinste Schritt, der mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bringt, erleichtert das Leben und kann dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Auch das Zurechtkommen mit Behinderungen und irreversiblen Einschränkungen gehört zu den Zielen einer Rehabilitation: Der Beinamputierte, der fortan an den Rollstuhl gebunden ist, der Halbseitengelähmte, der im Haushalt und Alltag mit vielen Problemen konfrontiert wird, sie brauchen praktische Anleitung und Begleitung in der Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation.

Das Alter im Personalausweis sagt wenig aus

Die gerontologische Forschung hat eindeutig gezeigt, dass das kalendrische Alter eines Menschen wenig über seine Fähigkeiten und seine Ressourcen aussagt, es darf daher auch kein Maßstab für die Gewährung oder Versagung von Rehabilitationsmaßnahmen sein.

Ein realistisches Altersbild, das nicht nur die Defizite, sondern auch die Kompetenzen selbst Hochbetagter sieht, trägt sowohl bei den älteren Menschen als auch bei den in Prävention und Rehabilitation tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur inneren Überzeugung bei, dass Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll und erfolgversprechend sind.

Prof. Dr. Ursula Lehr



Seit 1900 stieg unsere Lebenserwartung um dreißig Jahre

Koalitionsvereinbarung zur Gesundheits- und Pflegepolitik

Pragmatische Weiterentwicklung statt alter Grundsatzdebatten

Als eine der ersten hatte die Arbeitsgruppe »Gesundheit und Pflege« ein Ergebnis vorgelegt. Keiner der anfänglich strittigen Punkte wurde in die übergeordnete Koalitionsrunde getragen. Dies zeigt den Ehrgeiz der beiden Verhandlungsführer Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD), zu einem umsetzungsfähigen Verhandlungsergebnis zu gelangen.

Noch nie haben Koalitionsverhandlungen so lange gedauert. Nach mehr als sechswöchigem Verhandlungspoker haben die Parteivorsitzenden von CDU, CSU und SPD am 27. November 2013 den ausgehandelten Koalitionsvertrag vorgestellt, der die Weichen für die Gesundheits- und Pflegepolitik der nächsten vier Jahre stellt. Schwerpunkte sind die ambulante Versorgung, der Krankenhaussektor, die Zukunftsgestaltung der Pflege und die zukünftige Finanzierung von Krankenversicherung und Pflege. Für die Medizinischen Dienste sind wichtige Umsetzungsaufgaben in der Pflege, neue Aufgaben im Krankenhaus und Änderungen in den Entscheidungsgremien vorgesehen.

Weiterentwicklung der bekannten Instrumente

Elf Seiten lang ist der Fahrplan für die kommende Legislaturperiode. In der ambulanten Versorgung steht die Sicherung der flächendeckenden Versorgung, vor allem durch Ärzte, im Mittelpunkt. Zu diesem Zweck soll es finanzielle Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten geben, die Rolle des Hausarztes soll gestärkt und die Krankenhäuser sollen in unterversorgten Gebieten leichter in die ambulante Versorgung einbezogen

MDK sollen Qualität in Krankenhäusern prüfen

werden können. Neu ist, dass ein mit 300 Millionen Euro ausgestatteter Innovationsfonds geschaffen werden soll, um sektorübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung zu fördern. Für die Patientinnen und Patienten direkt spürbar sollen Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt reduziert werden.

In der Krankenhausversorgung soll die Qualität der Behandlung zu einer wichtigen Steuerungs- und Zielgröße werden. Ein neu zu gründendes Qualitätsinstitut soll sektorenübergreifend Routinedaten sammeln, auswerten und einrichtungsbezogen veröffentlichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird die Anforderungen an die Qualität in Krankenhäusern festlegen, und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird die Einhaltung der Vorgaben durch unangemeldete Kontrollen prüfen. Mehr Transparenz soll künftig auch für Krankenhäuser gelten: Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen nach dem Willen der Koalitionäre künftig für Patienten verständlicher und transparenter aufbereitet werden. Ein ursprünglich vorgesehener Sonderfonds für

die Schließung oder die Umgestaltung defizitärer Krankenhäuser in Pflegeheime oder Gesundheitszentren ist letztlich an der Finanzfrage gescheitert.

In der Finanzierung wurde der Streit um Bürgerversicherung, Kopfpauschale und Gesundheitsfonds letztendlich ausgeklammert. Die SPD konnte sich mit ihrer Forderung nach Bürgerversicherungselementen in der Finanzierung nicht durchsetzen. Im Ergebnis bleibt es bei dem gesetzlich festgeschriebenen Arbeitgeberanteil von 7,3 %. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz liegt damit bei 14,6%. Weitere 0,9 Beitragssatzpunkte werden wie bisher allein von den Versicherten getragen. Im Gegenzug hat die Union zugestimmt, dass Zusatzbeiträge zukünftig nicht mehr als Kopfbeitrag, sondern in Form eines einkommensbezogenen Beitrags erhoben werden. Unklar bleibt, ob der Bundeszuschuss weiterhin 14 Milliarden Euro beträgt oder im Zuge der Haushaltsberatungen reduziert werden kann.

45 000 neue Stellen für Betreuung von Demenzkranken

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff soll eingeführt werden

Was schon 2009 angekündigt war, soll in der kommenden Legislaturperiode endlich umgesetzt werden: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll eingeführt werden. Zur Voraussetzung haben die Koalitionäre jedoch eine Erprobung des damit einhergehenden Begutachtungs-Assessments auf Umsetzbarkeit und Praktikabilität gemacht. Auf dieser Grundlage sollen auch die leistungsrechtlichen Konsequenzen aus dem Pflegebedürftigkeitsbegriff festgelegt werden.

Im Vorgriff sollen weitere Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz umgesetzt werden, etwa durch eine bessere Betreuung in Pflegeheimen. Hierfür sollen 45 000 neue Stellen geschaffen werden. Die bereits durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz verbesserten Betreuungsleistungen sollen auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt werden, weitere Leistungen der Pflegeversicherung sollen flexibler erbracht und die Leistungen für ambulant betreute Wohnformen ausgebaut werden. Um die Transparenz und Nutzerorientierung für Pflegebedürftige und Angehörige zu verbessern, sollen die Qualitätssicherungsverfahren kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die Qualität von Pflegeeinrichtungen soll für Pflegebe-

dürftige und Angehörige besser zu vergleichen sein. Dafür sollen künftig die Qualitätsunterschiede in den Einrichtungen deutlicher werden und das Prüfverfahren und die Veröffentlichung von MDK-Prüfergebnissen verbessert werden.

Zur Finanzierung der skizzierten Pflegereform wird der paritätische Beitragssatz spätestens zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Davon stehen 0,2 Prozentpunkte für die vorgesehenen Leistungsverbesserungen zur Verfügung und 0,1 Beitragssatzpunkte sollen zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds verwendet werden. In einem zweiten Schritt soll der Beitragssatz für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben werden.

MDK: Künftig Beteiligung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegeberufen

Auch der Medizinische Dienst war Thema in den Koalitionsverhandlungen. Die Unionsfraktionen haben gefordert, den Medizinischen Dienst in ein unabhängiges Institut umzuwandeln und damit von der Kranken- und Pflegeversicherung zu lösen. Nach Angaben aus der Unionsfraktion sollte damit keine Änderung der Aufgaben des MDK einhergehen, Ziel sei allein eine Änderung der Rechtsform. Die SPD hat sich ihrerseits für den Erhalt des heutigen Rechtskonstrukts ausgesprochen. Als Kompromiss sieht der Koalitionsvertrag nun vor, dass in den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes künftig Vertreter der Pflegebedürftigen, der Angehörigen sowie der Pflegeberufe mit Stimmrecht vertreten sein sollen.

Die Medizinischen Dienste haben schon im Vorfeld der Bundestagswahl dargelegt, dass sie für die von der Union ins Gespräch gebrachte Institutslösung keine Notwendigkeit sehen. Die Organisation des Medizinischen Dienstes gewährleistet schon heute die notwendige fachliche Unabhängigkeit. Die jetzt vorgesehenen weiteren Beteiligungsrechte für Pflegebedürftige und Angehörige entsprechen Regelungen an anderen Stellen im Gesundheitswesen, wie etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Im Unterschied zum G-BA ist jedoch eine Vertretung mit Stimmrecht vorgesehen. Die Ausgestaltung dieser Vorgabe wirft Fragen auf, die vor einem Gesetzesbeschluss zu klären sind. Einig sind sich die Medizinischen Dienste mit der Politik darin, dass die fachliche Unabhängigkeit ein wichtiger Eckpfeiler ihrer Arbeit ist.

Neue Aufgaben für den Medizinischen Dienst

In einer Stellungnahme zum Koalitionsvertrag haben die Geschäftsführer der Medizinischen Dienste die vorgesehene Stärkung der Pflege und Pflegeversicherung begrüßt. Dank der geplanten Maßnahmen werden die Pflegebedürftigen besser unterstützt und ihre Angehörigen erhalten notwendige Entlastungen. Positiv bewertet wurde die Absicht der Koalitionspartner, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff so schnell wie möglich einzuführen.

Die bestehenden Begutachtungs- und Prüfaufgaben bleiben erhalten. Klar ist auch, dass die MDK die Begutachtungsaufgaben nach Einführung des neuen Begutachtungs-Assessments durchführen werden. Bei der Vor-

bereitung auf die Einführung des neuen Begutachtungs-Assessments und bei der Praktikabilitätstestung werden die Medizinischen Dienste eine führende Rolle zu übernehmen haben.

Trotz aller Kritik an den Pflegenoten bleibt es bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen durch den MDK und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Das Verfahren der Prüfung und Veröffentlichung sollen nach dem Koalitionsvertrag weiterentwickelt werden. Die Abschaffung der Pflegenoten ist damit vom Tisch.

Erfreulich ist, dass dem Medizinischen Dienst auch neue Aufgaben zugewiesen werden sollen. So soll der MDK nach dem Willen der Koalitionäre zukünftig die Einhaltung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur internen und externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern durch unangemeldete Kontrollen überprüfen. Auf diese anspruchsvolle Aufgabe muss sich die MDK-Gemeinschaft jetzt zeitnah einstellen.

Richtung für die zukünftige Gesundheits- und Pflegepolitik

Auch wenn noch offen ist, ob der Koalitionsvertrag die notwendige Zustimmung der drei Koalitionsparteien findet, weist er doch die Richtung für die zukünftige Gesundheits- und Pflegepolitik. Für die Medizinischen Dienste bietet er die Chance, ihre Leistungsfähigkeit sowohl im Krankenhausfeld als auch in der Pflege zu beweisen. Ebenso bietet er die Chance, die artikulierten Kritik und die geäußerten Erwartungen in Richtung Medizinische Dienste, z. B. im Bezug auf sein Service- und Dienstleistungsverhalten, aufzunehmen. Dadurch kann er sein Profil als fachlich unabhängige Begutachtungs- und Beratungsinstitution für die Kranken- und Pflegeversicherung stärken.

Künftige Pflegereform kostet 0,3 Prozentpunkte



Dr. Peter Pick ist
Geschäftsführer des MDS.
p.pick@mds-ev.de

Interview mit Dr. Stefan Gronemeyer zur Rehabilitation

MDK prüft jeden vierten Fall

MDK forum 4/13

DER BUNDESVERBAND der Privatkliniken erhebt gemeinsam mit Sozialverbänden und der Verbraucherzentrale Bundesverband den Vorwurf, dass chronisch kranken oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen notwendige medizinische Rehabilitationsleistungen versagt blieben. Bürokratie und das Begutachtungsprozedere beim MDK, so die Kritik, seien die Ursache. Dem widerspricht Dr. Stefan Gronemeyer, ltd. Arzt und stellv. Geschäftsführer des MDS.

MDK Forum Herr Dr. Gronemeyer, wann beauftragt die Krankenkasse den MDK eigentlich mit der Begutachtung eines Antrages auf medizinische Rehabilitation?

Dr. Stefan Gronemeyer Die Krankenkassen legen dem MDK eine 25%-Stichprobe, also jeden vierten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, vor. So sieht es die am 2. Juli 2008 in Kraft getretene Stichprobenregelung vor. Darüber hinaus muss die Krankenkasse den MDK einschalten, wenn sie Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Maßnahme hat. Die Gutachter des MDK geben eine sozialmedizinische Empfehlung ab, die Leistungsentscheidung trifft aber immer die Krankenkasse unter Einbeziehung dieser Empfehlung. Eindeutige Anträge werden von den Krankenkassen selbst entschieden. Somit prüft der MDK keinesfalls alle Verordnungen von medizinischer Rehabilitation. Diese Behauptung der Unterzeichner der Resolution ist schlicht falsch.

MDK Forum Die Unterzeichner der Resolution kritisieren, der MDK treffe die Entscheidung lediglich nach Aktenlage. Kann ein MDK-Gutachter sich überhaupt ein richtiges Bild machen, ohne den Patienten selbst untersucht zu haben?

Gronemeyer Ja, eine sachgerechte und fundierte sozialmedizinische Begutachtung per Aktenlage ist möglich. Entscheidend hierfür ist die Qualität und Vollständigkeit der Verordnung zur medizinischen Rehabilitation, die durch weitere aussagekräftige Unterlagen, z. B. Krankenhaus- oder Facharztberichte, unterstützt werden sollte. Gelingt es allerdings nicht, sich anhand der vorliegenden Unterlagen ein klares Bild von dem Versicherten zu machen, oder zeigen sich Widersprüche

in den Angaben, kann eine persönliche Untersuchung des Versicherten erforderlich sein.

MDK Forum Die Unterzeichner der Resolution fordern ein Verordnungsrecht für alle niedergelassenen Ärzte. Den MDK wollen sie zu einer persönlichen Untersuchung verpflichten, wenn er zu einem anderen Urteil als der behandelnde Arzt kommt. Was halten Sie davon?

Gronemeyer Bereits heute zeigt sich in der Begutachtungspraxis der MDK, dass die vom gemeinsamen Bundesausschuss mit Zustimmung der Kassenärzte festgelegten Qualifikationsanforderungen zu einer Verbesserung der Indikationsstellung aufseiten der verordnenden Ärzte geführt haben. Diesen Schub in Richtung Qualitätsverbesserung sollte man nicht aufs Spiel setzen. Ein Wegfallen der Qualifikationsanforderungen würde das Gegenteil bewirken – zum Nachteil der Versicherten! Denn keinem Versicherten ist geholfen, wenn sie oder er in der falschen Einrichtung landet.

Den MDK zur regelhaften Untersuchung mit körperlicher Befunderhebung zu verpflichten, ist weder notwendig noch sinnvoll. Wir sind verpflichtet, die Begutachtung effizient zu gestalten, weil die Kosten für die Begutachtung auch von der Versicherungsgemeinschaft zu tragen sind. Die Begutachtung von Anträgen auf Rehabilitationsleistungen ist nach Aktenlage möglich. Es wäre daher politisch nicht begründbar, hier viele weitere Arztstellen für die persönliche Begutachtung zu schaffen.

MDK Forum Laut Koalitionsvertrag soll geprüft werden, ob sich die Pflegekassen künftig an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen sollen, um den Grundsatz »Reha vor

Pflege« konsequenter umzusetzen. Glauben Sie als Rehabilitationsmediziner, dass es dadurch in Zukunft mehr und zielgenauere Rehaleistungen geben wird?

Gronemeyer Die Absicht des Gesetzgebers, Reha vor Pflege konsequent umzusetzen, ist natürlich zu begrüßen. Skepsis ist allerdings angebracht, ob ein weiterer Rehabilitationsträger nicht eher zu einer Zunahme von Schnittstellen führt als zu einer Abnahme. Ob sich daraus in Zukunft mehr Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige oder für Menschen ergibt, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, bleibt daher abzuwarten. Denn viele Menschen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, haben bereits im Vorfeld Rehabilitationsleistungen erhalten – insbesondere im Anschluss von Krankenhausbehandlungen. Darüber hinaus darf man nicht vergessen, dass es sich um eine vulnerable Patientengruppe handelt, deren Rehabilitationsfähigkeit häufig eingeschränkt ist.

Die Fragen stellte Christiane Grote

Dr. Stefan Gronemeyer



Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen

Die Prüfung der Prüfer

EINMAL IM JAHR prüfen die Medizinischen Dienste die Qualität von Pflegeeinrichtungen: eine hohe Verantwortung. Einrichtungen und Pflegebedürftige müssen verlässlich nach einheitlichem Verfahren geprüft werden, damit die Ergebnisse vergleichbar sind. In einer MDK-übergreifenden Qualitätssicherung testen die MDK ihre Bewertungen gegenseitig. Diese freiwillige Qualitätssicherung wird ab 2014 verbindlich und durch zusätzliche Module ergänzt.

Für die Qualitätsprüfung besuchen in der Regel zwei Gutachter eines MDK eine Pflegeeinrichtung. Was sie prüfen und wie sie die vorgefundenen Sachverhalte zu bewerten haben, ist in Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) festgelegt und gilt bundesweit einheitlich. Bei ambulanten und stationären Einrichtungen sind jeweils um die 130 – zum Teil unterschiedliche – Prüfkriterien bzw. Prüffragen in einer Prüfung zu berücksichtigen. Etwa ein Drittel davon bezieht sich auf die Einrichtung, etwa zwei Drittel betreffen die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen.

Ab Januar 2014 wird ein für alle Medizinischen Dienste verbindliches Qualitätssicherungsverfahren gelten. So

tätssicherung mit einer schriftlichen Befragung erfasst. Die Ergebnisse und Konsequenzen aus der Qualitätssicherung werden jährlich in einem Abschlussbericht zusammengefasst und im Internet veröffentlicht.

Auditoren begleiten das Prüfteam

Das zentrale Element der Qualitätssicherung bildet die MDK-übergreifende Qualitätssicherung in Form von sogenannten Witness-Audits, wie sie auch in anerkannten Akkreditierungs- und Zertifizierungssystemen üblich sind. »Witness« heißt übersetzt »Zeuge« – beim Witness-Audit werden die Auditoren während der Prüfungen vor Ort begleitet, um sie selbst zu überprüfen und zu beurteilen. »Dieses Verfahren praktizieren die MDK bereits seit 2011 auf freiwilliger Basis – mit zugegebenermaßen hohem Aufwand, aber auch mit viel Erfolg«, sagt Dr. Hans Gerber vom MDK Bayern. Gerber leitet die Sozialmedizinische Expertengruppe Pflege der MDK-Gemeinschaft (SEG 2), die die Grundlagen für die bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten erarbeitet hat und an der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens ab 2014 beratend beteiligt ist.

Im Rahmen des Witness-Audits nimmt ein Auditor eines MDK an einer Qualitätsprüfung teil, die von einem Prüfteam eines anderen MDK durchgeführt wird. Auditor kann nur sein, wer mehrjährige Erfahrungen in den Pflege-Qualitätsprüfungen hat und eine abgeschlossene Auditoren-Ausbildung nachweisen kann. Der Auditor begleitet und beobachtet das Prüfteam während der Prüfung. Zusätzlich zum Prüfteam bewertet auch er – quasi als dritter Prüfer – die einzelnen Prüfkriterien. Um die Unabhängigkeit und Aussagekraft des Audits zu sichern, dürfen sich Auditor und Prüfteam vor, während und nach der Prüfung nicht über ihre Bewertungen austauschen. In einer standardisierten Auditcheckliste dokumentiert der Auditor später für jede Prüffrage, ob die Bewertung von Auditor und Prüfteam übereinstimmt oder nicht. In den Fällen, in denen die Bewertungen voneinander abweichen, erläutert der Auditor die Gründe für seine Bewertung in der Checkliste.

Da sich die Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen nicht allein auf die Bewertung der Prüfkriterien beschränkt, umfasst auch das Audit weitere Aspekte des Prüfprozesses: etwa die Frage, ob die Zahl der in die Prü-

Auditoren haben große Erfahrung mit Qualitätsprüfungen

sehen es die »Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung nach §§ 114ff. SGB XI« vor, die das Bundesministerium

für Gesundheit am 24. Juli genehmigt hat. Sie gelten für alle MDK und für den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft. »Ziel ist es, eine einheitliche Prüfpraxis der Medizinischen Dienste zu gewährleisten. Im Kern geht es darum, die Vergleichbarkeit der Qualitätsprüfungen sicherzustellen, Schwachstellen der Prüfungen und der Prüfgrundlagen zu identifizieren und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen sowie die Transparenz der Qualitätsprüfungen zu erhöhen«, sagt Dr. Andrea Kimmel vom Fachteam Pflege beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes.

Abgestimmter Maßnahmen-Mix

Kimmel gehört der Arbeitsgruppe an, die den Auftrag hat, das Konzept für das neue Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln. Neben den Medizinischen Diensten sind darin die Pflegekassen(-verbände) vertreten. Einem eigens eingerichteten Begleitgremium gehören neben MDK und Pflegekassen auch Vertreter aus der Wissenschaft/Qualitätsexperten aus dem Bereich des Prüfwesens, des Verbraucherschutzes, von Betroffenenorganisationen und der Leistungserbringerverbände an.

Die Qualitätssicherung ab 2014 soll mehrere Maßnahmen umfassen, die aufeinander abgestimmt werden: 1. MDK-interne Qualitätssicherung. 2. MDK-übergreifende Qualitätssicherung und 3. externe Qualitätssicherung. Auch die Zufriedenheit der auftraggebenden Pflegekassenverbände und der geprüften Pflegeeinrichtungen mit der Pflege-Qualitätsprüfung wird im Rahmen der Quali-

Ist das Prüfteam professionell vorgegangen?

fung einbezogenen Pflegebedürftigen korrekt ist und ob diese so ausgewählt wurden, wie es die dafür geltende Stichprobenregelung vorsieht. Oder ob und wie das Prüftteam seine Beratungsfunktion gegenüber der Pflegeeinrichtung erfüllt hat. Last but not least muss der Auditor auch dazu Stellung nehmen, wie professionell das Prüftteam vorgegangen ist und wie gelungen die Kommunikation und Kooperation mit der Pflegeeinrichtung und den Pflegebedürftigen verlaufen ist.

Viele Übereinstimmungen – aber auch Handlungsbedarf

In den Jahren 2011 und 2012 hat die MDK-Gemeinschaft insgesamt fast neunzig Pflege-Qualitätsprüfungen nach diesem Verfahren auditiert. Bei jeweils etwa 95% der in diesen Audits geprüften Kriterien gab es eine übereinstimmende Bewertung von Auditor und Prüftteam. Alle Kriterien, bei denen die Bewertung nicht übereinstimmte, wurden in sogenannten Fallkonferenzen analysiert, um die Gründe für die unterschiedliche Bewertung herauszufinden und entsprechend gegensteuern zu können. Kimmel ist davon überzeugt, dass die Audits für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen hilfreich sind: »Die Audits zeigen, dass es mehrere Ursachen für nicht übereinstimmende Bewertungen gibt. Zum einen sind es nicht eindeutige bzw. interpretationsfähige Formulierungen in den Prüfgrundlagen, zum anderen gibt es Prüffragen, die sich inhaltlich überschneiden.« Aus den Audits hätten sich zudem wertvolle Hinweise für die Schulungen zur Qualitätsprüfung ergeben. Bereits im August 2012 seien Prüfer und Auditoren in einem Multiplikatorenseminar speziell auf die identifizierten »Problembereiche« geschult worden.

»Vor allem bei Prüffragen zur Struktur- und Prozessqualität der Pflege gab es hohe Übereinstimmungen in den Bewertungen von Auditor und Prüftteam. Unterschiedliche Bewertungen hatten wir vor allem bei einigen der Kriterien, die die pflegerische bzw. medikamentöse Versorgung und Prophylaxe der Pflegebedürftigen in den Blick nehmen«, so Gerber. Ursache dafür seien z. B. Interpretationsspielräume, die eine Abgrenzung der Medikamentenversorgung von der Behandlungspflege erschweren. Die Medizinischen Dienste haben die Erkenntnisse aus den Audits genutzt und bereits Vorschläge für eine Präzisierung der Prüfgrundlagen erarbeitet.

Die Qualitätssicherung ab 2014

Das Konzept für die verbindliche Qualitätssicherung steht zum größten Teil. Letzte Details sollen Anfang 2014 in trockenen Tüchern sein. Das Konzept beruht auf Vorarbeiten einer Projektgruppe der SEG 2, die dafür bereits externe Qualitätsexperten eingebunden hatte.

Geplant ist, die Audits in Zukunft auf diejenigen Kriterien zu fokussieren, bei denen häufiger nicht übereinstimmende Bewertungen von Auditor und Prüftteam zu erwarten sind. Kriterien, bei denen es schon heute zu hohen bis höchsten Übereinstimmungen kommt – das gilt unter anderem für die Kriterien zur Strukturqualität der Einrichtungen –, wären dann nicht mehr Gegenstand des

Audits. Neu in das Audit einbezogen wird der Prüfbericht, den das Prüftteam über die Pflege-Qualitätsprüfung anfertigt. Der Prüfbericht soll die Pflegeeinrichtung über festgestellte Qualitätsmängel informieren und der Pflegekasse ermöglichen, einen begründeten Maßnahmenbescheid an die Einrichtung zu senden. Deshalb geht es im Audit um die Frage, ob der Prüfbericht vollständig, korrekt, verständlich, nachvollziehbar und plausibel ist.

Ein weiteres Novum ist die externe Qualitätssicherung. Eine externe Organisation soll die Planung und Umsetzung der MDK-internen Aktivitäten zur Qualitätssicherung – einschließlich der Umsetzung der Erkenntnisse aus der übergreifenden QS – evaluieren. »Auch für diesen Bereich sind die Details weitgehend erarbeitet, offen ist momentan noch, welche Organisation die externe Qualitätssicherung übernehmen wird«, berichtet Kimmel.

Insgesamt zeigen die Qualitätssicherungsaktivitäten der MDK an vielen Punkten gute Ergebnisse, an einigen Stellen ist noch »Luft nach oben«. Kimmel und Gerber sehen darin für die Medizinischen Dienste eine Bestätigung des Erreichten ebenso wie einen Ansporn, die Pflege-Qualitätsprüfungen im Interesse der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern.

Audits zeigen Interpretationsspielräume bei Prüfkriterien



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



Regressmanagement bei Medizinprodukten

Dem Schaden auf der Spur

MEDIZINPRODUKTE KÖNNEN LEIDEN LINDERN, helfen bei Diagnose und Therapie und können sogar Leben retten. Doch auf der anderen Seite können Medizinprodukte einen Patienten auch schädigen. 71 solcher Schäden bei einzelnen Patienten und drei Serienschäden von Medizinprodukten untersuchte das nutzerfinanzierte Pilotprojekt »Regressmanagement Medizinprodukte« beim MDS in den vergangenen drei Jahren. Nun liegen die Ergebnisse vor.

Der Medizinproduktemarkt wächst. Laut dem »Branchenbericht Medizintechnologien 2013« des bvMed (Bundesverband Medizintechnologie e.V.) legte der Gesamtumsatz der produzierenden Medizintechnik-Unternehmen in Deutschland nach Angaben der offiziellen Wirtschaftsstatistik im Jahr 2012 um 4% auf 22,2 Milliarden Euro zu. Der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den Ausgaben für Medizinprodukte liegt bei rund 16,9 Milliarden Euro. Zudem ist dieser Markt schnelllebig. Um wirtschaftliche Zusammenhänge hinter medizinproduktassoziierten Schäden zu erkennen, sind gute Marktkenntnisse notwendig. Nur so können die Wege problematischer Produkte erkannt und eine wirksame Strategie zur Durchsetzung von Forderungen entwickelt werden.

Der einzelnen Krankenkasse fehlt oft Durchschlagkraft

Doch um mögliche Regressansprüche aufgrund von Schäden durch Medizinprodukte aufzudecken, fehlt der

einzelnen Krankenkasse in der Regel das juristische, medizinische und technische Fachwissen, das notwendig wäre, um auf Augenhöhe mit dem Hersteller verhandeln zu können. Außerdem führen Mängel in der Gesetzgebung zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Aufklärung der Sachverhalte und der Durchsetzung von Regressen. So ist es für einzelne Krankenkassen beispielsweise schwierig herauszufinden, welche Patienten betroffen sein könnten. Ist der Einzelfall erst einmal erfasst, müssen während der Bearbeitung zahlreiche unterschiedliche Gesetze berücksichtigt und miteinander kombiniert werden. Diese sind darüber hinaus auf europäischer Ebene sehr unterschiedlich. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Medizinprodukte importiert wird – aus dem nichteuropäischen Ausland.

Kaum Kontrolle – wenig Sicherheit

Daher erscheint fragwürdig, ob die derzeitigen gesetzlichen Regelungen für die Marktzulassung ausreichen,

um Patienten vor Risiken und Schäden zu schützen. »Wir befürchten, dass auch der zureit diskutierte Verordnungsentwurf der Europäischen Kommission zur Reform des Medizinprodukterechts im Sinne des Patientenschutzes daran wenig ändern wird«, erklärt Dr. Stefan Gronemeyer, leitender Arzt beim MDS.

Das gilt vor allem für Medizinprodukte höherer Risikoklassen wie beispielsweise Endprothesen oder Herzkatheter und für aktive, implantierbare Medizinprodukte. Der Geschädigte muss sich im Schadensfall in diesem Geflecht aus Gesetzen und Zuständigkeiten sein Recht erkämpfen. Können Ansprüche nicht geltend gemacht werden, werden Folgekosten wie beispielsweise zusätzliche Behandlungen und/oder Pflegeaufwand häufig auf die Kranken- und Pflegeversicherungen beziehungsweise andere Sozialversicherungsträger übertragen und die Solidargemeinschaft dadurch belastet. Es kann aber nicht die Aufgabe von beitragsfinanzierten Kranken- beziehungsweise Sozialversicherungen sein, unternehmerische Risiken von Medizinprodukteherstellern zu tragen.

Interdisziplinäres Know-how für mehr Patientenschutz

Das Projekt »Regressmanagement Medizinprodukte« begann im Januar 2011 als nutzerfinanziertes und auf drei Jahre angelegtes Pilotprojekt beim MDS. Träger waren der AOK Bundesverband (AOK-BV) und der Verband der Ersatzkassen (VDEK). In einem interdisziplinären Team arbeiten Juristen, Mediziner und Ingenieure zusammen, wodurch den Krankenkassen bei der Aufklärung von Er-

eignissen und bei der Durchsetzung von Ersatzansprüchen eine kompetente Unterstützung angeboten werden kann. Diese Unterstützung reicht von der Klärung

Viele Schäden betreffen Medizinprodukte aus der Orthopädie

»einfacher« Einzelfragen bis zur integrierten medizinisch-technischen und juristischen Bewertung komplexer Schadensfälle.

Bis Ende 2013 bearbeitete das interdisziplinäre Projektteam 71 medizinproduktassoziierte Einzelfälle mit spezifischen Fragestellungen seitens der beteiligten Krankenkassen in juristischer, medizinischer und medizintechnischer Hinsicht. Ein entscheidender Anteil betraf Medizinprodukte aus der Orthopädie.

Hüftendoprothesen unter der Lupe

Eines der wichtigsten Themen in der Laufzeit des Projekts: der Oberflächenersatz von Hüftendoprothesen. Das Projektteam hat u. a. Gutachten für die Gespräche mit dem Hersteller erstellt. Dazu prüfte es weltweit Meldungen verschiedener Aufsichtsbehörden zu Auffälligkeiten und durchsuchte die relevanten Prothesenregister in Europa und Australien. Es erfolgte eine ausführliche Literaturrecherche. Aus diesen Arbeiten entstanden mehrere Stellungnahmen und Empfehlungen für die Krankenkassen und ihre Verbände zum Umgang mit den Schadensfällen sowie ein ausführliches Gutachten. Auf der Grundlage dieses Gutachtens konnte Anfang 2012 eine Regulierungsvereinbarung zur Abwicklung der Schäden zwischen Hersteller und den Krankenkassenverbänden erreicht werden.

Auch im Fall der fehlerhaften Brustimplantate der Firma PIP legte das Projektteam eine juristische Stellungnahme vor – ebenso wie bei Serienschäden von Bandscheibenprothesen, Herzvorhof-Verschlussystemen sowie Hüftendoprothesen verschiedener Hersteller.

Alle an einen Tisch

Die Erfahrung der letzten drei Jahre in dem Projekt »Regressmanagement Medizinprodukte« hat gezeigt, dass die Arbeit in einem interdisziplinären Team für die Serien- als auch für die Einzelfallbearbeitung große Vorteile bringt. Mediziner, Ingenieure und Juristen haben voneinander gelernt und betrachten den Sachverhalt nicht mehr nur aus der Perspektive ihrer ursprünglichen Disziplinen. Das Projektteam trifft sich zu regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen taktischer und strategischer Fragestellungen, Arbeitspakete werden gemeinsam bearbeitet.

So wurden Erkenntnisse gewonnen, die – in einem gesundheitspolitischen Kontext betrachtet – für Verbesserungsvorschläge im Bereich der Gesetzgebung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit führen können und den Projektträgern zur Verfügung stehen. Deshalb ist es erfreulich, dass der Verband der Ersatzkassen eine Fortführung des Projekts unter dem Dach des MDS beschlossen hat.

Gutachten des Projektteams war Grundlage für Schadensregulierung



Dr. Ravi Johannes Pazhur
leitet das Fachteam
»Medizinprodukte« beim MDS.
r.pazhur@mds-ev.de



Sonja Hemmerich MBA
ist Gesundheitsökonomin
und Rechtsanwältin,
Projekt »Regressmanagement
Medizinprodukte«.

Prüfen, rufen, drücken ... und verstehen!

HERZSTILLSTAND – es kann jeden plötzlich treffen. Wenn nicht spätestens innerhalb von 5 Minuten etwas unternommen wird, dann droht der (Hirn-)Tod. Ehepartner, Kinder, Verwandte oder Freunde möchten helfen, wissen aber nicht, was zu tun ist. Oder sie haben Angst, etwas falsch zu machen. Deshalb unterbleibt die entscheidende Ersthelfer-Maßnahme, die Herzmassage, vor Eintreffen des Rettungsdienstes in Deutschland meistens. Das soll sich ändern.

Den Herzstillstand könnte man als den schwerwiegendsten medizinischen Notfall überhaupt bezeichnen, seine Ursachen sind vielfältig. Wenn das Herz, die Pumpe für den Kreislauf, stehenbleibt, dann gelangt kein Blut zu den Körperzellen, und vor allem der lebensnotwendige Sauerstoff fehlt in den Organen sofort. Der Betroffene bricht zusammen, bleibt reglos liegen und atmet nicht mehr oder nicht mehr normal. Es drohen schwerste Hirnschäden, auch wenn das Herz später durch Reanimationsmaßnahmen wieder von alleine schlagen sollte. Dies gilt insbesondere dann, wenn nicht innerhalb von etwa fünf Minuten wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen werden. Auf 100 000 Einwohner kommen jedes Jahr fünfzig bis achtzig Fälle eines Herzstillstands.

Sofortige Hilfe ist entscheidend

Rettungsdienst und Notarzt können so schnell meistens nicht beim Patienten sein. Treffen sie deutlich später ein, ist ohnehin kaum mehr eine Rettung möglich. Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass Betroffene auf sofortige Hilfe angewiesen sind, auf zufällige Beobachter, die den bedrohlichen Notfall »Herzstillstand« erkennen, außerdem für einen Notruf sorgen und vor allem beherzt mit der entscheidendsten Maßnahme, der Herzmassage, beginnen.

PRÜFEN – RUFEN – DRÜCKEN, so lautet der markante Merkspruch für diese Situation (siehe Infokasten). Nur drei wichtige Dinge sind es also, die jeder wissen und nach denen jeder handeln sollte. Damit das bekannter wird und mehr Menschen gerettet werden können, haben der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)

und die Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin (DGAI) im Jahr 2012 die Initiative »100 pro Reanimation« gestartet. Mindestens 100-mal

pro Minute sollte nämlich kräftig – fünf bis sechs Zentimeter tief – in der Mitte der Brust gedrückt werden zur lebensrettenden Herzmassage. Diese Reanimationsmaßnahme kann jeder durchführen und damit ein Leben retten.

»Ein Leben retten«

Zusammen mit dem Deutschen Rat für Wiederbelebung (German Resuscitation Council) und unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit or-

ganisierten Anästhesisten, Notfallmediziner, Kliniken, Hilfsorganisationen und viele mehr zahlreiche einzelne Aktionen in der »Woche der Wiederbelebung« vom 16. bis 22. September 2013. Auch die MDK-Gemeinschaft hat sich beteiligt. In Sachsen etwa wurden die Mitarbeiter der MDK-Beratungs- und Begutachtungszentren in Chemnitz und Dresden mit Material und Konzepten aus der Initiative geschult. »Die Teilnehmer waren beeindruckt, wie einfach es ist, die Herzmassage auszuführen«, sagt MDK-Gutachter Paul Schaarschmidt aus Dresden. Er hat sich in Sachsen aktiv für die Schulung der MDK-Mitarbeiter eingesetzt. »Die Teilnehmer erfahren, dass es wirklich sie selbst sind, die »ein Leben retten« können und dass das Beherrschen der Herzmassage eine Selbstverständlichkeit sein kann wie das Lesen, Schreiben und Schwimmen.«

Das nämlich machen uns andere vor, z. B. in Skandinavien und den Niederlanden. Dort wird eine Herzmassage teilweise in über 70% der Fälle bereits vor Eintreffen des Rettungsdienstes durchgeführt – mindestens dreimal häufiger als in Deutschland. Wenn es in Deutschland gelänge, die Rate an Laienreanimation vor Eintreffen des Rettungsdienstes auf dieses Niveau anzuheben, dann würden jährlich tausende Menschen mehr einen Herzstillstand überleben.

Eine lebensrettende Herzmassage kann jeder durchführen

Erste Hilfe bei Herzstillstand

1 PRÜFEN

Keine Reaktion? Keine oder keine normale Atmung?

2 RUFEN

Rufen Sie 112 an.

3 DRÜCKEN

Drücken Sie fest und schnell in der Mitte des Brustkorbs: mind. 100 x pro Minute. Hören Sie nicht auf, bis Hilfe eintrifft.

Weitere Infos:

www.100-pro-reanimation.de

Wenn Herzdruckmassage Schule macht

Auf 100 000 Einwohner kommen jedes Jahr rund fünfzig Fälle eines Herzstillstands. Fachleute haben erkannt, dass es vor allem die Schule ist, in der schon in jungen Jahren die Ersthilfe als Selbstverständlichkeit erlernt werden sollte. So haben bundesweit viele tausend Schülerinnen und Schüler an den Schulungen teilgenommen.

Auch in Deutschland könnten jährlich tausende Menschen gerettet werden

Wenn schon früh Ängste und Hemmungen abgebaut werden, dann kann im Fall der Fälle besonders gut geholfen werden. In der Praxis kommt es an auf das Prüfen, Rufen und Drücken – in der Theorie ist aber das Verstehen und das Wissen um die eigene Verantwortung eine wesentliche Grundlage für das tatsächliche Handeln im Notfall. Wo sollte dies besser vermittelt werden als in der Schule? Dies weiter voranzutreiben, das wird einer der nächsten wichtigen Schritte gegen den Herzstillstand.

Weitere Hintergrundinformationen, Videoclips, Schulungsunterlagen und interessante Links finden Sie unter www.einlebenretten.de

Drei Fragen an Prof. Dr. Alexander Schleppers

Prof. Schleppers ist ärztlicher Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. MDK Forum stellte drei Fragen anlässlich der Woche der Wiederbelebung.

Was hat die »Woche der Wiederbelebung« bewirkt?

Hunderttausende Menschen in Deutschland wurden informiert und geschult, ein voller Erfolg. Unter anderem konnte mit über 12 000 Teilnehmern ein Guinness-Weltrekord in gleichzeitigem Reanimationstraining aufgestellt werden, der Komiker Kaya Yanar wirkte in einem Werbespot für Laienreanimation mit, es wurden Flashmobs durchgeführt, Infostände und Trainingsmodelle in vielen Innenstädten aufgebaut. Wir haben damit in kurzer Zeit eine starke Präsenz für dieses lebenswichtige Thema erzeugt, auch in den Medien und in sozialen Netzwerken – eine wesentliche Grundlage für die Verbesserung der Überlebensrate nach einem Herzstillstand.

Was ist die größte Hürde, die mit der Initiative »Ein Leben retten. 100 Pro Reanimation« genommen werden muss?

Am wichtigsten ist es, Berührungsängste in der Bevölkerung abzubauen. Die Menschen müssen wissen, wie einfach sie ein Leben retten können, dass nur sie als Anwesende diese Chance haben und dass sie nichts dabei falsch machen können, außer sie tun nichts.

Wie geht es jetzt weiter mit dem Thema »Laienreanimation« in Deutschland?

Wir werden kontinuierlich für die Bedeutung der Laienreanimation werben und die nächste »Woche der Wiederbelebung« wird vom 22. bis 26. September 2014 stattfinden. Die Nachhaltigkeit steht für uns im Fokus, deshalb treten wir auch politisch besonders ein für die Integration eines regelmäßigen Wiederbelebungstrainings in den Unterricht an weiterführenden Schulen. Erfolgreiche Projekte und wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass hier ein Schlüssel zur Verbesserung des Reanimationserfolgs liegt.



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



Medikamente für Syrien

DIE NACHRICHTEN berichten kaum noch über den Bürgerkrieg in Syrien: Noch immer wird dort gekämpft, noch immer sterben Menschen und noch immer fehlt es an Hilfe. Die Versorgung ist aufgrund der Sicherheitslage schwierig, Krankenhäuser sind immer wieder Ziele von Bombenangriffen. Seit mehr als zwei Jahren hilft Europas größtes Medikamentenhilfswerk Action Medeor den Menschen in Syrien und lieferte bisher mehr als 145 Tonnen Arzneimittel dorthin.

»Auch wenn das Interesse der Öffentlichkeit am Bürgerkrieg in Syrien immer mehr nachlässt, spitzt sich die humanitäre Notlage dort immer mehr zu und es fehlt den Ärzten an fast allem. Wir haben bisher Medikamente im Wert von knapp zwei Millionen Euro verschickt. Das ist viel, doch es wird noch viel mehr benötigt«, kritisiert der Apotheker und Vorstand von Action Medeor Chris-

Spendenaufkommen nicht so hoch wie erhofft

troph Bonsmann. In den vier Kliniken in Aleppo, Homs, Deir Al-Zor und Tabqa, die das Medikamentenhilfswerk betreut, müsse zum Beispiel alle 70 Sekunden ein Kind medizinisch versorgt werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat gemeinsam mit Hilfsorganisationen festgelegt, was in solchen Krisenregionen benötigt wird. Die Liste umfasst rund 350 verschiedene Arzneimittel. Im Gegensatz dazu sind in der »Roten Liste«, dem Standardwerk für Ärzte in Deutschland, mehr als 20 000 verschiedene Medikamente und Arzneiformen aufgeführt.

Eine Tonne Medikamente – für 10 000 Menschen und drei Monate

Eine Umsetzung der WHO-Liste in die Wirklichkeit ist ein sogenanntes Emergency Health Kit, eine komplette Grundausstattung für provisorische Krankenstationen und Feldlazarette. Dabei handelt es sich um zwei Paletten voll von Medikamenten wie Antibiotika oder den Schmerzmitteln Paracetamol und Ibuprofen, die es auch als Saft für Kinder gibt, Verbandsmaterial, Jodtinkturen oder Infusions-

lösungen. Ein solches Kit wiegt etwa eine Tonne und kann nur mit dem Gabelstapler bewegt werden. Es hat einen Wert von € 10 000 und enthält außerdem nützliche Dinge wie Karteikarten für die Behandlungsdaten oder einen einfachen Plastikeimer, in dem Wasser aufgefangen und desinfiziert werden kann. Verunreinigtes Wasser ist eine der Hauptursachen für Erkrankungen, weshalb auch Wasserentkeimungstabletten und Durchfall-Medikamente nicht fehlen dürfen. Mit einem Emergency Health Kit können die Helfer 10 000 Menschen drei Monate lang versorgen, so die Kalkulation von Action Medeor.

Im Lager stehen die Kits schon vorgepackt: »Wir sind immer für einen Katastrophenfall vorbereitet, auch wenn wir gar nicht genau wissen, wie es vor Ort aussieht. Oft kann der Empfänger, die Hilfsorganisation vor Ort oder das Krankenhaus, kaum abschätzen, was in welchen Mengen benötigt wird. Doch wenn die Helfer sagen, »ich brauche ein Emergency Health Kit«, dann ist es diese Tonne auf zwei Paletten, genau von außen beschriftet, und alle wissen Bescheid, wie es funktioniert«, erklärt Bonsmann.

Der Bedarf ist unvorstellbar

Die WHO hat den Bedarf in Syrien analysiert und lange Listen aus Damaskus nach Tönisvorst geschickt, was die Kapazitäten der Hilfsorganisation bei weitem überstieg, erinnert sich Bonsmann: »Wir haben uns an die deutsche Pharmaindustrie gewendet und um Unterstützung gebeten. So gingen in der letzten Woche zum Beispiel allein acht Container mit Infusionslösungen von einer deutschen Firma nach Syrien.«

Bedarfsmeldungen erhält Action Medeor auch von einer befreundeten syrischen Hilfsorganisation, die in Deutschland registriert ist. Der »deutsch-syrischen Verein« hat enge Kontakte zu Ärzten in den sogenannten befreiten Gebieten, die nicht von der Regierung kontrolliert werden. »Hier hat die WHO kaum Einblick. Doch die syrische Organisation kann direkt vor Ort, wie zum Beispiel in dem heimlich geführten Krankenhaus in einem Keller in Aleppo, auf der Intensivstation oder in der Dialyseeinheit Ärzte oder der Krankenschwestern fragen, was dort für die nächsten Monate am dringendsten gebraucht wird«, weiß der Apotheker.

Ein ganz besonderer Hilferuf

Er erinnert sich an eine ungewöhnliche Situation im August dieses Jahres. Der deutsch-syrische Verein bat im Rahmen eines Besuches um eine Atropin-Lieferung, da dieses Medikament angeblich in den syrischen Kliniken benötigt würde. Normalerweise erweitern Atropin-Tropfen zum Beispiel die Pupillen vor einer Untersuchung beim Augenarzt. Doch in eine Vene gespritzt, wirkt Atropin als Gegenmittel bei Vergiftungen wie mit Nervengas. Drei Tage später meldeten die Nachrichtenagenturen, dass es in Syrien möglicherweise einen Giftgas-Angriff gegeben habe. Für Action Medeor bestand kein Zweifel: »Niemand bestellt Atropin zum Spaß. Binnen eines Tages war plötzlich unser ganzer Lagerbestand leer gekauft. Das war für uns ein Indiz dafür, dass es sich um Nervengas handeln musste«, so Bonsmann. Die Mitarbeiter von Action Medeor packten in Sonderschichten das Giftgas-Gegenmittel, um es innerhalb von 24 Stunden nach Syrien liefern zu können.

Direkt ab Werk macht es kostengünstig

Die Medikamente kann Action Medeor per Ausschreibungsverfahren direkt ab Werk und damit kostengünstiger einkaufen. Sie sind in Großgebinden abgepackt: Die Schmerztabletten gibt es nicht in den in Deutschland gängigen 10er Blistern, sondern als 1000 Tabletten in einer Dose. Sie sind für den Export und nicht für den europäischen Markt bestimmt und werden teilweise in Europa, teilweise in Asien hergestellt. »Wir haben bisher Pakete im Wert von fast zwei Millionen nach Syrien geschickt. In

Täglich kommen

125 Babys als Bürgerkriegsflüchtlinge zur Welt

der Apotheke hätten wir dafür etwa €15 Millionen zahlen müssen«, erklärt Bonsmann. Es gibt keine Zwischenhändler und auch keine Werbungskosten,

die Produkte verteuern. Allerdings muss das Medikamentenhilfswerk im Durchschnitt drei bis sechs Monate, manchmal auch ein Jahr einplanen, bevor es die Bestellung geliefert bekommt, da die Herstellerfirma sie erst in den Produktionsprozess einplanen muss.

Von den 350 Medikamenten der WHO-Liste hat Action Medeor rund 170 Medikamente im Lager vorrätig. Die Mitarbeiter prüfen jede Charge im Rahmen der Medikamentenkontrolle auf Qualität. Erst dann wird sie eingelagert und kann bei Bedarf an Partner außerhalb von Europa geliefert werden – da die Medikamente keine Arzneimittelzulassung für Europa haben.

Der lange Weg des Containers bis zum Einsatzort

Daneben gibt es im Lager 650 verschiedene medizinische Bedarfsartikel vom Wassereimer über die Toilettenrolle oder den Wasserkanister bis hin zu den üblichen Spritzen, Kanülen oder Nahtmaterial. Wenn sich der deutsch-syrische Verein mit einer Bitte um Lieferung meldet, packen die Mitarbeiter von Action Medeor entsprechend der Liste alles zusammen. Jedes Produkt lässt sich dabei per Charge nachverfolgen. Papiere werden erstellt und es wird der logistische Weg der Fracht geplant. Im Fall Syrien ist das kompliziert, denn dieser Weg muss aus Sicherheitsgründen immer wieder verschieden sein, erklärt Bonsmann: »Manchmal sind es ganz kuriose Wege über Italien, per Schiff in die Türkei und an die syrische Grenze. Dort wird noch einmal umgeladen und es geht nach Aleppo in die entsprechende Klinik. Dabei gilt immer: Wir bringen unsere Sendungen nur mit verlässlichen Transporteuren nach Syrien.« Action Medeor dokumentiert, ob ihre Produkte vor Ort ankommen. Doch selbst fährt kein Mitarbeiter mit. Das wäre zu gefährlich. »Auch der deutsch-syrische Verein ist sehr vorsichtig«, sagt Bonsmann. »Wer genau jetzt für und mit unseren Medikamenten in Syrien unterwegs ist, wird namentlich nicht genannt.« Viele Ärzte riskierten in Syrien selbst ihr Leben, weil sie Schussverletzten und Kriegsopfern helfen. In den Augen des syrischen Regimes werden sie auf diese Weise selbst zu Gegnern.

Bonsmann kennt Syrien. Der Apotheker war vor Beginn des Krieges in Damaskus, Homs und Aleppo. Er ist erschüttert, wenn er heute die Bilder aus den Bürgerkriegsgebieten sieht: »Ich habe dort Pharmafirmen besucht und hatte den Eindruck, dass es ein sehr lebensfrohes, westlich orientiertes Volk ist.« Auch die Pharmaindustrie hatte er sich anders vorgestellt. Der Großteil der lokalen Arzneimittelproduktion sei damals nicht nur für den einheimischen Markt, sondern auch für den Export bestimmt gewesen – und alles angelehnt an europäischen Qualitätsstandard.

Gut ist manchmal nicht gut genug

Christoph Bonsmann ist überzeugt, dass Action Medeor gute Hilfe leistet. Doch die politische Situation erfüllt ihn mit Sorge: »Niemand weiß, wie eine Lösung des Konfliktes oder eine Zeit nach der Militärdiktatur aussehen könnte. Unsere Partner sagen, es ist gut, dass die Chemiewaffen jetzt entsorgt werden, aber dadurch hat das Morden nicht aufgehört. Tagtäglich sterben dort Menschen entweder durch gezielte Angriffe oder durch die massive Unterversorgung. Wir gehen jetzt auf den Winter zu und es wird ein massives Versorgungsproblem geben, die komplette Agrarproduktion steht seit einem Jahr still. Die humanitäre Situation wird sich daher noch weiter verschärfen.«

Dr. Martina Koesterke

Atropin in großen Mengen – ein Hinweis auf Giftgas

Ayla im Dienst

Unterwegs mit dem Therapiehund

IMMER MEHR PFLEGE-EINRICHTUNGEN versuchen, ihren Bewohnern den Umgang mit Vierbeinern zu ermöglichen. Denn allein schon die Anwesenheit von Waldi, Hasso und Co. kann viele positive Effekte auf Körper und Seele haben. Wir haben den Therapiehund Ayla zusammen mit seinem Frauchen zum Einsatz in einem Frankfurter Pflegeheim begleitet.

Ayla weiß genau, was sie will: Flink bahnt sich die schlanke Dobermann-Hündin ihren Weg durch die Eingangshalle, vorbei an Sesseln und Rollstühlen, schnurstracks auf das braune Sofa zu. Dort wartet Herr Reimann, ein Tütchen mit Hunde-Leckerli auf dem Schoß. Ihn begrüßt Ayla immer zuerst, wenn sie das Seniorenheim »Am Wasserturm« besucht. Jedes Mal, wenn die Tüte knistert, spitzt sie erwartungsvoll die Ohren. Ansonsten aber verharret sie reglos. »Ein Therapiehund muss aufs Wort hören«, sagt Aylas Frauchen Jutta Reinhardt, »das ist eine Grundvoraussetzung.«

Die Leckerli gibt es nur zur Belohnung. Bei Herrn Reimann* allerdings auch fürs Pfötchengeben. Das sieht Frauchen nicht so gerne, denn Hundekrallen hinterlassen auf empfindsamer Seniorenhaut leicht Spuren. Für Therapiebegleithunde gelten daher strengere Regeln. Jutta Reinhardt mahnt die beiden also zur Zurückhaltung – wengleich es ihr schwerfällt, wenn sie sieht, wie viel Spaß Herr Reimann dabei hat.

Ayla muss weiter. In ihrem Terminkalender stehen weitere Besuche auf den Etagen. Vor dem Fahrstuhl warten zwei Pflegerinnen und eine Küchenhilfe mit dem Abendessen für die oberen Wohnbereiche. Als die Küchenhilfe ihren Servierwagen in den Fahrstuhl schiebt, wird es eng. Ayla muss ganz nach hinten rücken, fremde Beine drängen sich vor ihrer Nase. Sie schnuppert nur diskret daran.

Nicht jeder Hund eignet sich als Therapiehund

»So was nimmt Ayla ganz gelassen«, meint Frauchen. Die Prüfung zum Besuchshund vor zwei Jahren hat Ayla mit Bravour bestanden. Dabei hatte sich die Hundestaffel vom Roten Kreuz in Bad Hersfeld einiges einfallen lassen: Um die angehenden Besuchshunde auf ihre Stresstoleranz zu testen, mimten Schauspieler Verwirrte, randalierten, schrien und warfen Gehhilfen um. In solch einer Situation darf ein Besuchshund sich nicht ängstlich verkriechen, auch nicht laut oder aggressiv werden. Er muss ruhig bleiben und seine Sozialkompetenz beweisen.

Dennoch scheint Ayla erleichtert, als sich die Fahrstuhltür im zweiten Stock öffnet. Vor dem Fahrstuhl haben die Damen von der Ballspielgruppe einen Stuhlkreis gebildet. Ayla trabt von einer zur anderen, beschnuppert angebotene Hände, lässt sich streicheln und sucht Blickkontakt. »Erinnern Sie sich noch an mich?« fragt Reinhardt, die Hände schüttelnd ebenfalls ihre Runde dreht. An Ayla

erinnern sich viele – an Frauchen nicht unbedingt. »Hier spiel ich nur die zweite Geige«, lacht Jutta Reinhardt.

»Das ist immer so«, sagt Katharina Meise-Bantel. »Bei Tieren und kleinen Kindern sind alle sofort hellwach!« Als Leiterin des Begleitenden Dienstes organisiert sie auch die Besuche des Mensch/Therapiehund-Teams. »Tiere und Kinder machen Unsinn. Regeln, die für andere gelten, finden bei ihnen keine Anwendung. Sie genießen Narrenfreiheit und bringen andere damit zum Lachen.« Dementsprechend unbefangen verläuft die Kontaktaufnahme: Ayla lässt sich ausgiebig streicheln und kraulen. Dass die Bewegungen der Frauen mitunter etwas unbeholfen sind, stört sie nicht.

Derweil hat Jutta Reinhardt ihre Begrüßungsrunde beendet und sich hinter Frau Werner* positioniert. Die beäugt das Treiben um Ayla von ihrem Rollstuhl aus skeptisch. Als Reinhardt fast unmerklich an der Hundeleine zupft, schaut Ayla neugierig auf und kommt näher. Frau Werner zögert. Schließlich streckt sie doch vorsichtig die rechte Hand aus, um Aylas Fell zu berühren. Da bewegt sich der dunkle Hundekörper plötzlich auf sie zu, und ehe Frau Werner sich versieht, hat Ayla ihren Kopf auf Frau Werners linken Arm gelegt. Hund und Frau mustern sich eingehend. Da schließlich hellt sich Frau Werners Miene auf. Ein Schmunzeln geht durch den Raum.

»Türöffner« zum Therapieprozess

»Hunde sind unglaublich gute Eisbrecher«, erklärt Andrea Beetz, Präsidentin des Internationalen Verbandes für Tiergestützte Therapie (ISAAT). Bei ihrer Arbeit mit schwer traumatisierten Patienten hat die Psychologin schon öfters beobachtet, wie verblüffend schnell sich diese im Beisein von Tieren öffnen. »Die Beziehung zum Tier ist anders als die zum Menschen nicht durch schlechte Erfahrungen vorbelastet. In der Begegnung mit dem Tier hat der Patient die Möglichkeit, angstfrei eine Beziehung aufzubauen.«

Neben Trauma-Patienten gehören demenziell Erkrankte zu den Patienten, die von tiergestützten Interventionen

Tiere genießen Narrenfreiheit und bringen andere zum Lachen



Dina Koletzki de Salazar
ist Referentin
Kommunikation beim
MDK Hessen.
d.koletzki@mdk-hessen.de

besonders profitieren. »Wenn bei fortschreitender Demenz die sprachlichen Fähigkeiten schwinden, werden non-verbale Kommunikationsmöglichkeiten immer wichtiger,« weiß Andrea Beetz, »also Mimik und Gestik, Blickkontakt – vor allem aber Berührungen und körperliche Nähe.«

Der Hund hilft beim Beziehungsaufbau

Angenehme Berührungen bewirken im Körper die Ausschüttung von Oxytocin, einem Hormon, das eine wesentliche Rolle beim Aufbau emotionaler Bindungen spielt. Besonders hohe Oxytocin-Ausschüttungen lassen sich bei der Geburt beobachten, beim Stillen und beim Geschlechtsakt. Aber auch bei anderen positiven sozialen Interaktionen. Die Wirkungen des Oxytocins sind vielfältig: Es reduziert Angst und Stress, wirkt beruhigend und senkt den Blutdruck.

Die Bindung zwischen Mutter und Kind, Geschlechtspartnern oder eben den Mitgliedern einer Gemeinschaft wird dadurch gestärkt. »Trotzdem kann das Tier den Therapeuten nicht ersetzen«, betont Andrea Beetz. Aufgabe des Hundes ist es vielmehr, mit seiner vorbehaltlosen Zuwendung den angstfreien Raum zu schaffen, den ein Trauma-Patient mit seinem deutlich erhöhten Sicherheitsbedürfnis benötigt, um die eigentliche Therapie überhaupt erst zulassen zu können.

Zu den Bewohnern, die sich auf Ayla ganz besonders freuen, gehört Helga Sanders. »Ein herrliches Tier«, schwärmt sie, krault Ayla ausgiebig und spricht mit ihr. Wenn Ayla ihr dann freudig über die Hände leckt, kommt die Erinnerung: an die Kälber, den eigenen Hofhund und die Katzen – damals in Wetau, dem Dorf ihrer Kindheit, irgendwo in der Nähe von Leipzig.

»Wenn Ayla kommt, überlegen wir uns, wer sich über einen Besuch freuen würde«, betont Meise-Bantel. »Von vielen Bewohnern wissen wir das aus der Biografie-Arbeit. Einiges erfahren wir zudem von den Angehörigen, aber auch von Fotos und Erinnerungsstücken, die die Bewohner aufbewahren.« Etwas Planung ist notwendig, komplett durchgeplant sind die Besuche trotzdem nicht: »Spontane Begegnungen sind durchaus gewollt – vorausgesetzt, dass sie sowohl Mensch als auch Tier behagen.« Im Zweifelsfall lässt Jutta Reinhardt Ayla an der Leine – nicht aus Sicherheitsgründen, sondern zur Beruhigung des Gegenübers.

Pflegebedürftige können wieder Zuwendung geben

Reinhardt fischt ein Stückchen Trockenfutter aus der Gürteltasche unter ihrem Jackett und reicht es an Frau

Schmidt weiter. Als Frau Schmidt Ayla den Leckerbissen in ihrer fest verschlossenen Hand hält, nähert sich die Hundeschnauze vorsichtig schnuppernd. Den Kopf schief gelegt, beginnt Ayla mit feuchter Zunge an Frau Schmidts Hand zu lecken. Das kitzelt so sehr, dass Frau Schmidt schließlich laut lachen muss und ihre Hand den Leckerbissen freigibt.

»Füttern und gefüttert werden sind Formen der gegenseitigen Zuwendung«, erklärt Psychologin Beetz. Mit der Pflegebedürftigkeit wird der Mensch auf einmal zum reinen Empfänger von Zuwendung – ohne selbst welche geben zu können. Pflegebedürftigen vermittelt das oft das Gefühl, nutzlos zu sein. »Mit dem Tier bekommt der Pflegebedürftige wieder die Möglichkeit, selbst Zuwendung zu geben – kann die Verantwortung bei Bedarf aber jederzeit wieder abgeben.«

Kein Wunder also, dass das Verteilen von Leckerli bei Aylas Besuchen zu den Höhepunkten zählt. »Es war nicht immer einfach, die Bewohner davon abzuhalten, Salami-scheiben oder belegte Brötchen an Ayla zu verfüttern«, erzählt Jutta Reinhardt. Mittlerweile aber haben die meisten verstanden, dass das Hundefutter Ayla viel besser bekommt. Und der eine oder andere erwartet Ayla dienstags sogar mit einem eigenen Vorrat an Leckerli. Wie Herr Reimann.

**Namen geändert*

Der Hund schafft angstfreien Raum



Mangelnde Sprachkenntnisse gefährden Patienten



KEIN FLUGPASSAGIER MAG SICH VORSTELLEN, dass die Piloten nicht miteinander oder mit dem Towerlotsen kommunizieren können, nur weil sie keine gemeinsame Sprache sprechen. In deutschen Krankenhäusern oder Praxen ist dies der Alltag. Die Experten sind sich einig, dass die Patientensicherheit durch mangelnde Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte ein Problem ist. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) will bundeseinheitliche Sprachtests einführen.

Immer mehr im Ausland ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte finden in Deutschland einen Arbeitsplatz. Mediziner stellen den Hauptteil der 7500 Ausländer, die ihre Berufsqualifikation im medizinischen Bereich im vergan-

gen Jahr anerkennen ließen. Ein Blick in die Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) zeigt: Die Zahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland hat

sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt. Etwa 16 000 Mediziner aus dem Ausland waren 2002 in der Bundesrepublik gemeldet, 2012 waren es schon mehr als 32 000. Künftig soll es einheitliche Kriterien für die Überprüfung von Sprachkenntnissen bei Ärzten und anderen verkammerten Heilberufen geben. Das hatte die GMK Ende Juni 2013 in Potsdam beschlossen. Doch der Zeitplan ist alles andere als ambitioniert. Die GMK hat zwar ein Eckpunktepapier in Auftrag gegeben. Das soll aber erst auf der GMK im Juni 2014 beraten werden. Bis dann eine verbindliche Regelung umgesetzt wird, kann es viele Monate dauern.

Kommunikation ist Patientensicherheitsziel der WHO

Die sichere Kommunikation ist eines der Patientensicherheitsziele der Joint Commission International (JCI), die eng mit der Weltgesundheitsorganisation WHO zu-

sammenarbeitet. Besonders gefährlich kann es werden, wenn zum Beispiel bei Übergaben von Patienten auf andere Stationen oder bei Notfällen wichtige Informationen unterbleiben, nur weil die Sprachkenntnisse dafür nicht ausreichen. Aus der Forschung der Luftfahrt ist bekannt, dass gerade in Krisensituationen die sprachliche Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt ist. Wenn dann noch eine andere Sprache gesprochen wird, kann der Kommunika-

Kompetenzniveau B 2

Das Kompetenzniveau B 2 beschreibt eine selbstständige Sprachverwendung in gutem Mittelmaß: Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.

tionsstrang sogar reißen. Das kann fatale Folgen haben. »Hilfreich ist solchen Situationen wäre immerhin eine strukturierte Kommunikation, die sich an eine Reihenfolge von bestimmten Informationspunkten hält«, sagt Professor Norbert Pateisky, der bis vor kurzem als Leiter der Abteilung Patientensicherheit an der Medizinischen Universität Wien tätig war. »Ein standardisiertes Muster bei der Übergabe von kritisch kranken Patienten etwa nach dem SBAR-Schema (situation, background, assessment, recommendation) kann helfen, dass Informationen zuverlässig weitergegeben werden«, sagt Pateisky. Zusammen mit Piloten trainiert und berät der Wiener Patientensicherheitsexperte seit Jahren Klinikmitarbeiter in Sachen Patientensicherheit. »Das SBAR-Schema oder eine von der Klinik festgelegte andere Kommunikationsstruktur erleichtern ausländischen Ärzten die Verständigung, da Sender und Empfänger die Reihenfolge der Informationsblöcke kennen«, erklärt Pateisky.

Gängige Sprachtests reichen nicht

Um die Approbation zu erhalten, müssen bereits heute die »erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache« vorhanden sein. So steht es in der Bundesärzteordnung. Wie diese nachzuweisen sind, ist allerdings nicht geregelt. Die Anerkennung ist Sache der zuständigen Behörden. Das sind zum Beispiel die Bezirksregierungen oder die Landesämter für Gesundheit. Verlangt wird in der Regel das Niveau B2 des europäischen Referenzrahmens. Doch der B2-Sprachnachweis reicht nach Einschätzung von Klinikern und betroffenen ausländischen Ärzten nicht aus. Gefordert werden spezielle Deutschkurse für Ärzte. Ärzte müssen zum Beispiel Arzt-Patienten-Gespräche führen oder Arztbriefe verfassen können.

Hohe Durchfallquote

In Rheinland-Pfalz sind Sprachprüfungen bereits verpflichtend. Etwa 40% der Kandidaten fielen bei diesen Tests durch. Mit steigender Tendenz, wie der Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer, Dr. Jürgen Hoffart, gegenüber der Ärzte Zeitung erklärte. »Es kommt vor, dass Blutzucker und Bluthochdruck verwechselt werden oder dass Arztbriefe so unspezifisch formuliert werden, dass der weiterbehandelnde Kollege ratlos bleiben muss«, berichtete Hoffart.

Die bisherigen Prüfungen hätten gezeigt, dass auch Inhaber eines Sprachdiploms der Stufe B2 beziehungsweise C1 oft nicht in der Lage sind, in ausreichendem Maße mit einem Patienten zu kommunizieren. Diese Stufen reichen in den meisten anderen Bundesländern aus, um als Arzt praktizieren zu dürfen.

So darf man gespannt sein, auf welchen Level sich die Länderbehörden irgendwann einigen. Bis dahin kann man nur hoffen, nicht durch mangelnde Sprachkenntnisse einen Schaden zu erleiden. Wann einheitliche und ausreichende Sprachtests dann noch für andere medizinische Berufe zum Standard werden, steht in den Sternen.

Martin Dutschek

Buchbesprechung: Handbuch *Die Pflegeversicherung*

Flexibilisierung der Leistungen bei Pflege, Verbesserung der Versorgung Demenzkranker, Stärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege, Förderung neuer Wohnformen und Akzentuierung der Dienstleistungsorientierung: das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung den Notwendigkeiten von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen weiter angepasst. Infolgedessen haben der GKV-Spitzenverband, der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDSt) und die Sozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 2) die Begutachtungs-Richtlinien überarbeitet sowie erstmals Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen verfasst.

Dies machte eine aktualisierte Neuauflage des Handbuchs »Die Pflegeversicherung« erforderlich. Das Buch stellt eingehend die zentralen Aspekte der sozialen Pflegeversicherung, die Charakteristika der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie den Sachstand zum neuen Begutachtungsassessment dar. Zusätzlich wurden Beiträge zur Langzeitpflege in Europa, zur Palliativ-Versorgung, zu Rechtsverstößen in der Pflege, zum Datenschutz bei Pflegebegutachtung und Qualitätsprüfungen sowie zur Situation privater Pflegepersonen und professionell Pflegenden aufgenommen. Ein ausführliches Literatur- sowie detailliertes Sachverzeichnis runden das Handbuch ab.

Die Herausgeber aus dem Kreis der SEG 2 und die Autoren befassen sich seit langem sachverständig oder wissenschaftlich mit Pflegebedürftigkeit sowie Qualitätssicherung und Innovationspotenzial in der Pflege. Das vorliegende Standardwerk reflektiert ihren beträchtlichen Erfahrungsschatz. Es empfiehlt sich als Referenz für alle Akteure im Bereich der Pflegeversicherung.

Dr. Sabine Antonioli,
Leitende Ärztin des MDK Sachsen



Die Pflegeversicherung.
Handbuch zur Begutachtung,
Qualitätsprüfung, Beratung
und Fortbildung.
Aktualisierte, überarbeitete
und umfassend erweiterte
3. Auflage. Berlin u. a.:
Walter de Gruyter 2014

Interview mit Bettina Pfeleiderer, künftige Präsidentin des Weltärztinnenbundes

»Um der Sache willen muss man unbequem sein!«

Von 2016 an wird die Münsteraner Radiologin Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer drei Jahre lang den Weltärztinnenbund führen. In ihm engagieren sich Ärztinnen aus mehr als neunzig Ländern von allen Kontinenten. Mit dem MDK Forum spricht Pfeleiderer über die Arbeitssituation von Ärztinnen und über die Bedeutung des Gender-Aspekts in der Medizin.

MDK Forum Frau Professor Pfeleiderer, Sie sind im August zur designierten Präsidentin des Weltärztinnenbundes (Medical Women's International Association – mwia) gewählt worden. Was treibt Sie an, sich neben Ihrer Tätigkeit als Professorin berufspolitisch und international zu engagieren?

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer Ich bin der Meinung, dass man sich als Professorin für verbesserte Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und für eine geschlechtersensible Medizin engagieren sollte – auch weil einer Professorin im Allgemeinen eher zugehört wird. Dazu kommt, dass ich viele Probleme im beruflichen Alltag wie beispielsweise die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Mutter zweier Töchter aus eigener Anschauung kenne. Ich habe mir früher oft gewünscht, die Netzwerke und auch ein Mentorenprogramme zu haben, die es heute für junge Ärztinnen selbstverständlich gibt. Es war nicht immer einfach, mich alleine durchzukämpfen! Daher bin ich Mitglied im deutschen Ärztinnenbund geworden und dort Mentorin im Mentorinnen-netzwerk und leite als Vorsitzende die DÄB Regionalgruppe Münster. Durch diese Arbeit bin ich dann auf den Weltärztinnenbund und dessen Arbeit aufmerksam geworden, denn jedes DÄB-Mitglied ist automatisch Mitglied im Weltärztinnenbund.

Nach dem vorletzten Weltärztinnenkongress 2010 in Münster, den ich maßgeblich mitorganisiert habe, wurde ich 2010 Vorsitzende des mwia-Wissenschaftskomitees. Gerade dort kamen mir die Erfahrungen und Kenntnisse aus meinem normalen beruflichen Alltag sehr zu Hilfe. Dazu

gehört, dass ich gewohnt bin, mir komplexe Daten zu erarbeiten und sie vereinfacht darzustellen, dass ich Freude habe, mich in komplexe Zusammenhänge einzuarbeiten, dass ich neugierig auf andere Menschen bin und eine große Leidenschaft für Dinge mitbringe, die mich interessieren oder die mir am Herzen liegen. Und als ich dann gefragt wurde, ob ich mir vorstellen könne, den Weltärztinnenverband 2016 zu führen und zu kandidieren, habe ich mich nach Bedenkzeit dafür entschieden. Bedenkzeit deswegen, weil es so eine große und wichtige Aufgabe ist und man es – gerade weil es ehrenamtlich ist – nur machen darf, wenn man es mit Freude, Leidenschaft für die Sache und Verantwortungsbewusstsein macht. Es ist nicht damit getan, dass man nur dasitzt und lächelnd Hände schüttelt. Um der Sache willen muss man unbequem sein und seine Stimme erheben!

MDK Forum Welche besonderen Schwerpunkte wollen Sie in den nächsten Jahren Amtsperiode setzen?

Pfeleiderer Das kann ich Ihnen noch nicht genau sagen. Die jetzige Präsidentin hat sexuelle und häusliche Gewalt als Schwerpunkt gewählt. Da der mwia 2019 auch 100 Jahre alt wird, könnte ich mir einen Schwerpunkt vorstellen, der die ursprüngliche Motivation für die Gründung des Weltärztinnenbundes aufgreift: Empowerment von Ärztinnen weltweit, Verbesserung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie eine geschlechtergerechte Medizin. Aber ich habe bis 2016 noch Zeit, einen Schwerpunkt festzulegen.

MDK Forum Der mwia positioniert sich gegen die Diskriminierung von Frauen allgemein und speziell gegen sexuelle und häusliche Gewalt. Welche Rolle kann der mwia bei der Umsetzung dieser Ziele spielen?

Pfeleiderer Dadurch, dass wir Kolleginnen aus mehr als 90 Ländern weltweit repräsentieren und die Zahl der Mitgliedsländer ständig wächst, sehen wir uns als Netzwerk mit einer zunehmend hörbaren Stimme. Wir schreiben Briefe an Präsidenten, verfassen Resolutionen zu wichtigen Themen wie z. B. Leihmutterschaft in Indien, mit denen unsere Kolleginnen in vielen Ländern zu ihren Regierungen gehen. Wir verfassen Lehrmaterialien zu Themen wie »Sexualität von Jugendlichen« oder »soziale Gerechtigkeit«, mit denen man Workshops gestalten oder in Lehrveranstaltungen an Universitäten gehen kann. Wir halten regionale Konferenzen ab und einen Weltkongress, um uns zu vernetzen. Und wir bieten in Zusammenarbeit von Partnern kostenlose Kurse zu »globalen Gesundheitssystemen« an. Der Unterschied zu Organisationen wie »Ärzte ohne Grenzen« liegt darin, dass wir unsere Rolle nicht in der Krisennothilfe sehen, sondern in der Aufklärung.

MDK Forum Was muss getan werden, um die medizinische Versorgung von Frauen vor allem in Entwicklungsländern zu verbessern?

Pfeleiderer Es braucht eine gerechtere Verteilung der vorhandenen Ressourcen innerhalb der Gesellschaft. Damit das möglich wird, müsste vor allem die gesellschaftliche Rolle, die Frauen zugeschrieben wird, und der Wert von Frauen an sich verändert werden. Frauen werden zu oft noch als minder-

wertig betrachtet. Daher bin ich der Meinung, dass man auch die Einstellung von Söhnen, Männern und Vätern verändern muss und dass Programme dort ansetzen müssen. Ansonsten wird es nicht zu dauerhaften Verbesserungen führen.

MDK Forum Welche Rolle spielen berufspolitische Themen im mwia?

Pfleiderer Eine sehr wichtige Rolle. Denn wir sind ein Netzwerk von Ärztinnen, in denen kulturelle und religiöse Unterschiede nur eine geringe Bedeutung haben und gemeinsame Interessen mögliche Gräben bislang immer überwinden konnten. Unser Ziel ist es, Ärztinnen in ihrem eigenen Lebensumfeld zu stärken und zu fördern.

MDK Forum In Deutschland erlangen mehr Frauen als Männer die Approbation. Dennoch schließen viele die Facharztweiterbildung nicht ab.

Was muss getan werden, um den Beruf für Frauen attraktiver zu machen?

Pfleiderer Man muss daran arbeiten, dass Familie und Beruf besser vereinbar werden: Flexiblere Dienstzeiten gehören dazu, aber auch strukturierte und transparentere Weiterbildungspläne, die sich mehr an Inhalten als daran orientieren, ob man eine Ganztags- oder Halbtagsstelle hat. Wer möchte schon acht Jahre an seinem Facharzt arbeiten?

MDK Forum Sie beschäftigen sich nicht nur politisch, sondern als Leiterin der Arbeitsgruppe »Cognition and Gender« am Institut für Klinische Radiologie der Uni Münster auch wissenschaftlich mit dem Gender-Aspekt. Ist die geschlechtsspezifische Medizin aktuell schon im wissenschaftlichen Mainstream angekommen?

Pfleiderer Nein, leider noch nicht. Ich

denke es wird auch noch einige Zeit benötigen, bevor dies Selbstverständlichkeit erlangt. Daher müssen auch die Studierenden für diese Aspekte sensibilisiert werden. Geschlechtsaspekte in der Medizin sollen dann meiner Meinung nach in jedes Fach und über das ganze Studium longitudinal integriert und nicht als ein separates Fach unterrichtet werden. Man sollte keine Wahl haben, sondern es müsste eine Selbstverständlichkeit sein. Ich betrachte daher das Fach Gendermedizin oder Fachgesellschaften, die sich speziell mit Genderaspekten in der Medizin beschäftigen, als einen notwendigen Zwischenschritt, um überhaupt das Thema mehr publik zu machen. Aber dort sollte man nicht stehenbleiben!

MDK Forum Stellen Sie sich vor, wir sprechen uns nach Ihrer Präsidentschaft noch einmal: Was müsste geschehen sein, damit Sie sagen, diese Zeit war sinnvoll und erfolgreich?

Pfleiderer Ich sehe es so: Jede Minute, die ich in den Weltärztinnenbund investiere, ist sinnvoll. Nach meiner Erfahrung mit der Arbeit dort bislang kann man immer etwas bewegen. Man darf nur nicht den Fehler machen, dass man die großen Paukenschläge erwartet. Große gesellschaftliche Veränderungen entstehen nicht plötzlich aus dem Nichts. Es ist keine Arbeit, die einen romantischen Helfer aspekt befriedigt. Oft ist es mühsames Aktenstudium, und es gibt viele Momente, in denen mir alles zu langsam vorangeht. Wenn man etwas bewegen möchte, muss man möglichst viele dabei mitnehmen und deren Geschwindigkeit mitgehen. Das musste ich erst lernen. Um nochmals auf Ihre Frage zurückzukommen: Die Zeit war dann erfolgreich, wenn es mir mehr eine Freude als eine Bürde war! Und bislang kann ich das so sagen!

Die Fragen stellte Christiane Grote

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfleiderer



Gesundheit

Das Ende der Kopfpauschale

DER GROSSE WURF ist Union und SPD in den Koalitionsvereinbarungen zur Gesundheit nicht geglückt. Doch es gibt Fortschritte wie die Abschaffung der umstrittenen Zusatzbeiträge. Solide Finanzierung geht anders: Spätestens wenn die Milliarden-Reserven in der Krankenversicherung aufgezehrt sind, wird der Handlungsdruck allerdings wieder steigen.

Die Fernsehzuschauer kennen die beiden nur zu gut aus den Talkshows. Gleich ob »Hart aber fair«, Maybrit Illner oder Günther Jauch – wurde im Fernsehen über Gesundheitspolitik diskutiert, saßen Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD) meist in der Runde. Vor der Kamera lieferten sich die Gesundheitsexperten hitzige Diskussionen über die Vor- und Nachteile

Kein Termin beim Facharzt? Krankenhäuser sollen einspringen

der Bürgerversicherung. In der Arbeitsgruppe Gesundheit verliefen die Verhandlungen dagegen konstruktiv und harmlos, berichten Teilnehmer. Denn in vielen Bereichen liegen Union und SPD nicht weit auseinander.

Termingarantie für Arztbesuch

Erste Ergebnisse konnten Spahn und Lauterbach schon nach wenigen Treffen der Arbeitsgruppe verkünden. Um allzu lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin für gesetzlich Versicherte zu verhindern, gibt es künftig eine Termingarantie innerhalb von vier Wochen. Wenn die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung dies nicht ermöglicht, können die Betroffenen zur Behandlung in ein Krankenhaus gehen. Bezahlt würde dies aus dem Budget der Praxisärzte. »Das ist ein wesentlicher Schritt in Richtung Abbau der Zweiklassenmedizin«, sagte SPD-Verhandlungsführer Lauterbach. Und sein CDU-Kollege Spahn pflichtete ihm bei: »Gesetzlich Versicherte zahlen bis zu 350 Euro Beitrag im Monat. Wir finden, dafür muss auch eine zeitnahe Behandlung möglich sein.«

Ungewohnt deutliche Worte an die Ärzteschaft. Dort stieß die Neuregelung erwartungsgemäß auf wenig Begeisterung. Es sei fraglich, ob eine pauschale Vierwochenfrist ohne Prüfung der medizinischen Gründe für den Arztbesuch sinnvoll sei, sagte Andreas Köhler, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. »Wenn man die Fachärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Pflicht nimmt, dann müssen auch Lösungen gefunden werden, wie man die heute schon häufig überlasteten Praxen entlasten kann.«

Weiter Zwangsrabatte für Pharmaindustrie

Nicht nur die niedergelassenen Ärzte nimmt Schwarz-Rot ins Visier. Auch die Pharmaindustrie muss weiterhin Zwangsrabatte hinnehmen. Der Herstellerabschlag auf verschreibungspflichtige Arzneimittel soll künftig bei 7% liegen. Ursprünglich war eine Senkung von 16% auf 6% geplant. Die 2010 von Schwarz-Gelb eingeführte Nutzenbewertung für neue, innovative Medikamente will die Große

Koalition beibehalten. Die bereits angelaufene Überprüfung etablierter Arzneimittel auf ihren Nutzen wird dagegen gestoppt – zumindest dies dürfte für ein Aufatmen in der Pharmabranche gesorgt haben. Die Koalitionäre begründeten das überraschende Aus bei der Nutzenbewertung des Bestandsmarkts mit rechtlichen und verfahrenstechnischen Problemen.

Krankenhäuser:

Bezahlung soll sich an Qualität orientieren

Fortschritte auch bei der Klinikfinanzierung. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll bis Ende 2014 eine umfassende Reform ausarbeiten. Die Bezahlung soll sich erstmals an der Behandlungsqualität orientieren. Das heißt: Krankenhäuser mit einer hohen Komplikationsquote würden mit Abschlägen bestraft. Eine rasche Umsetzung ist allerdings fraglich. Bisher gibt es keine validen Qualitätsdaten für die mehr als 2000 Kliniken in Deutschland. Die geplante systematische Auswertung der vorhandenen Informationen ist zumindest ein erster Schritt.

Aus für den pauschalen Zusatzbeitrag

Doch die Arbeitsgruppe Gesundheit war keine Kuschelrunde. Streit gab es um die künftige Finanzierung der Krankenversicherung. »Jeder, der das Wahlergebnis sieht, sieht, dass es eine Bürgerversicherung nicht geben kann und nicht geben wird«, hatte CDU-Verhandlungsführer Spahn schon zu Beginn der Gespräche klargestellt. Und auch Lauterbach wusste, dass mit der Union eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung illusorisch ist. Unklar blieb aber lange, wie es mit dem umstrittenen Zusatzbeitrag weitergeht. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds hatte Schwarz-Rot unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) beschlossen, dass Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen, eine Extragebühr verlangen können. Damit sollte der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt werden. Schwarz-Gelb erweiterte die Regelung, indem sie die Obergrenze für die Zusatzbeiträge kappte. Kritiker sprachen von einer Kopfpauschale durch die Hintertür.

Der guten Konjunktur haben es die Krankenkassen zu verdanken, dass Zusatzbeiträge bisher kaum zum Einsatz kamen. Der Druck auf die Kassenchefs war allerdings gewaltig. Denn die Wirkung der Extragebühren war verheerend. Selbst Kassen, die kurzfristig einen Aufschlag

Rückwärtsgang bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln

verlangen mussten, verloren hunderttausende Versicherte. Vor allem junge, gesunde Beitragszahler wechselten. Die Krankenkassen bemühten sich daher, Zusatzbeiträge um jeden Preis zu vermeiden. Stattdessen sparten sie zu Lasten der Versicherten etwa bei Mütter-Kind-Kuren oder Krankengeld.

Trotz Fehlsteuerung wollte die Union am bestehenden System festhalten. »Wir halten das für das richtige Finanzierungsinstrument«, sagte Spahn. CDU / CSU fürchteten, dass bei einer Neuregelung auch die Arbeitgeber wieder stärker belastet würden. Seit der schwarz-gelben Gesundheitsreform 2010 ist der Beitragssatz für Arbeitgeber bei 7,3% festgeschrieben. Steigende Ausgaben etwa durch demografischen Wandel und technischen Fortschritt müssen die Versicherten allein stemmen.

Nach zähen Verhandlungen einigten sich Union und SPD auf einen Kompromiss: Der pauschale Zusatzbeitrag in Euro und Cent wird abgeschafft. Krankenkassen mit Finanzsorgen können einen prozentualen Aufschlag fest-

Kompromiss bei der Finanzierung der Krankenversicherung

legen. Der komplizierte Sozialausgleich ist damit überflüssig. Beide Seiten werteten die Einigung als Erfolg. »Das ist das historische Ende der Kopfpauscha-

le«, erklärte Lauterbach. Die Union begrüßte, dass der Arbeitgeberanteil unverändert bleibt. »Das ist ein wichtiges Signal für die Arbeitsplätze in den nächsten Jahren«, sagte Spahn.

Die Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge erspart dem neuen Gesundheitsminister viel Ärger. Denn die Zeit der Milliarden-Überschüsse geht zu Ende. Bereits 2015 fehlen den Krankenkassen nach offiziellen Schätzungen drei Milliarden Euro, 2016 sollen es schon sechs Milliarden Euro sein. Das alte Modell der Zusatzbeiträge hätte manche Kasse dann leicht in Schieflage bringen können. Trotz der Einigung über die Kassenfinanzen bleiben viele Probleme ungelöst: Die schrittweise Anhebung der Pflegebeiträge um insgesamt 0,5 Prozentpunkte dürfte kaum für die dringend nötigen Leistungsverbesserungen ausreichen. Auch für Privatversicherte gibt es keine Verbesserungen. Beim Wechsel zu einem anderen Anbieter kann weiterhin nur ein Teil der Altersrückstellungen mitgenommen werden. Der Wettbewerb bleibt also auf das Neukundengeschäft beschränkt.

Die letzte Große Koalition hat sich in der Gesundheitspolitik nicht gerade mit Ruhm bekleckert. Als Negativbeispiel ist nur der Gesundheitsfonds zu nennen. Bleibt zu hoffen, dass es Schwarz-Rot diesmal besser macht. Die konstruktiven Verhandlungen zwischen Spahn und Lauterbach stimmen einen zumindest vorsichtig optimistisch.



Steffen Habit
ist Wirtschaftsredakteur
beim Münchner Merkur.

IMPRESSUM

MDK Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

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

REDAKTION

- Martin Dutschek** Leiter Personalentwicklung des MDK Niedersachsen [martin.dutschek@mdkn.de]
Christiane Grote Leiterin Team »Öffentlichkeitsarbeit« des MDS [c.grote@mds-ev.de]
Elke Grünhagen Mitarbeiterin im Team »Öffentlichkeitsarbeit« des MDS [e.gruenhagen@mds-ev.de]
Dr. Martina Koesterke Mitarbeiterin im Team »Öffentlichkeitsarbeit« des MDS [m.koesterke@mds-ev.de]
Dr. Ulf Sengebusch Geschäftsführer des MDK im Freistaat Sachsen [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de]

Die Artikel externer Autorinnen und Autoren geben deren Meinung wider, nicht unbedingt die der Redaktion.

REDAKTIONSBÜRO

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

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

BILDNACHWEIS

Weary – Florence Fuller (um 1880–1900) /
Private Collection / The Bridgeman Art Library

- S. 2 biloba / photocase.com
S. 4 ScreenyWonder / photocase.com
S. 24 thomashlavac / photocase.com
S. 27 goenz / photocase.com
S. 28 .marqs / photocase.com
S. 24 Helgi / photocase.com
S. 28 sto.E / photocase.com
S. 31 cydonna / photocase.com

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

ISSN 1610-5346



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

