



Heft 1/2013

MDK

Das Magazin der Medizinischen

forum

Dienste der Krankenversicherung

Zu Hause bis zuletzt:
Spezialisierte ambulante
Palliativversorgung

Liebe Leserin, lieber Leser!

»Der Tod kehrt ins Leben zurück« übertitelte vor kurzem *DIE ZEIT* einen Essay von Christian Schüle. Der Autor beschreibt einen Wertewandel hin zu einer höheren Lebensqualität im Sterben. Dass dies möglich ist, hat vor allem mit der Weiterentwicklung der Palliativmedizin zu tun, die in vielen Fällen ein nahezu schmerzfreies Lebensende ermöglicht. Es hat auch damit zu tun, dass es seit einigen Jahren einen Anspruch auf intensivmedizinische Betreuung zu Hause gibt, die den sperrigen Namen »spezialisierte ambulante Palliativversorgung«, kurz SAPV, trägt. Dank dieser Leistung, die erst 2007 in das SGB V aufgenommen wurde, können Sterbende in ihren eigenen vier Wänden bleiben, betreut von einem Palliativteam aus Ärzten und Pflegekräften. Starke Schmerzen und Atemnot müssen heute kein Grund mehr sein, in Panik den Notarzt zu rufen, der dann eine Klinikeinweisung veranlasst und damit die Behandlungskette wieder in Gang setzt. Rund 47 000-mal wurde in 2011 die SAPV verordnet, wie der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem letzten Bericht zur Umsetzung der SAPV konstatiert hat. Immer noch nicht genug – aber ein wichtiger Schritt, um das Sterben tatsächlich ins Leben zurückzuholen.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Sollten Medizinstudenten am Seziertisch üben?** 2

Offene Baustellen **Schwarz-Gelb fehlt der Mut** 32

TITELTHEMA

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Zu Hause bis zuletzt 5

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im MDK-Alltag 7

Interview mit Dr. Stefan Gronemeyer zur SAPV-Begutachtung **Palliativkenntnisse und Empathie gefordert** 9

SAPV im Saarland **»Ergebnisbericht« erleichtert Begutachtung** 10

Palliativmedizinische Aus- und Fortbildung
Vom Heilen zum Lindern 11

Unterwegs von Kind zu Kind 13

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

MDS startet Webinare auf dem MD-Campus 15

Neues Konzept von MDK Nordrhein und Novitas bkk
Mehr Unterstützung für kranke Kinder 16

Interview mit Dr. Ulrich Sommer, dem Ärztlichen Leiter des MDK Nordrhein **Besonderheiten und Potenzial des Kinderprojektes** 17

Personbezogene Faktoren der ICF zum Nutzen der Versicherten 18

Dringend gesucht **Unabhängige Hilfsmittelberatung** 20

WEITBLICK

Gecko-Füße im OP **Selbstaftende Nanofasern als Wundverschluss** 21

Interview mit dem Filmemacher David Sieveking
Vergiss mein nicht 22

Die Notfallseelsorgerin
»Man muss sich im Gleichgewicht halten« 24

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Schlaf, Kindlein, schlaf! 26

Süchtig im Pflegeheim 28

Mutter- /Vater-Kind-Maßnahmen auf dem Vormarsch
Zeit für mich und Zeit für dich 30

MDK Baden-Württemberg: Erik Scherb neuer Geschäftsführer



»Flussaufwärts schauen« – mit diesem Credo stellte sich Erik Scherb als neuer Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg bei seiner Amtseinführung in Stuttgart 100 namhaften Vertretern des deutschen Gesundheitswesens vor. Scherb trat sein Amt zum 1. 1. 2013 als Nachfolger von Karl-Heinz Plaumann an, der die Geschicke des MDK Baden-Württemberg elf Jahre lang gelenkt hatte und zum 31. 12. 2012 in Ruhestand ging.

Scherb, Jahrgang 1959, bringt fundierte Kenntnisse und Erfahrungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit: Nach seiner Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellter war er in den verschiedensten Funktionen für die Krankenkassen tätig, seit 2003 als Geschäftsführer bei der AOK Ludwigsburg-Rems-Murr. In einer Phase großer Herausforderungen und sich ständig ändernder Rahmenbedingungen habe er den MDK Baden-Württemberg als zuverlässigen und überzeugenden Dienstleister kennen- und schätzen gelernt, so Scherb. Vorausschauendes Handeln, kreative Lösungen und stetige Weiterentwicklung – darin sieht er die wesentlichen Erfolgsfaktoren für den MDK. Dabei »der Neue« zu sein, stelle für ihn Herausforderung und Ansporn gleichermaßen dar.

Seit 1. März: neue Qualitätsmaßstäbe für teilstationäre Pflege

Seit dem 1. 3. 2013 gelten neue »Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege)« (MuG teilstationär). Sie lösen die bisherige Fassung vom 18. 8. 1995 ab. Anders als bisher gelten sie nur für die Tagespflege, nicht für die Nachtpflege. Nachdem die Selbstverwaltungspartner bereits im Jahr 2011 neue Qualitätsmaßstäbe für die ambulante und die stationäre Pflege vereinbart hatten, liegt nun auch für die teilstationäre Tagespflege eine an den aktuellen Stand der Gesetzeslage und des Wissensstands angepasste Fassung der Vereinbarungen vor. Die Maßstäbe und Grundsätze sind am 10. 12. 2012 mit einem Schiedsspruch festgesetzt und am 28. 2. 2013 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden. Die MuG teilstationär finden Sie unter www.mds-ev.de zum Download.

LSG entscheidet zu Nutzendossiers für Bestandsmarkt-Arzneimittel

Die Klage oder der Widerspruch eines Herstellers gegen die Vorlage von Nutzendossiers für Medikamente des Bestandsmarkts hat keine aufschiebende Wirkung. Dies hat das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg am 1. 3. 2013 entschieden. Es bestätigte damit die Rechtsauffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der G-BA hatte im März 2012 für den damals neu zugelassenen Wirkstoff Linagliptin das gesetzlich vorgesehene Verfahren der frühen Nutzenbewertung abgeschlossen. Um Wettbewerbsgleichheit für Medikamente aus der Gruppe der Gliptine (zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2) herzustellen, hatte der G-BA daraufhin im Juni 2012 beschlossen, dass die Hersteller von Bestands-Arzneimitteln aus dieser Gruppe bis zum 31. 12. 2012 Nutzendossiers für ihre Medikamente vorlegen müssen. Dagegen hatte die Novartis Pharma GmbH geklagt.

Infoblatt zur MDK-Pflegebegutachtung in sieben Sprachen

Mit einem neuen Faltblatt informieren die MDK Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben, über das Thema Pflegebegutachtung.

Wenn jemand pflegebedürftig wird, stehen die Betroffenen, aber auch ihr soziales Umfeld, in der Regel vor einer großen Herausforderung. Nach wie vor herrscht bei vielen Versicherten und deren Angehörigen Unsicherheit über den Ablauf von Begutachtungen und über die Vergabe von Pflegestufen. Mit dem neuen Faltblatt möchten die MDK wichtige Fragen zur Pflegebegutachtung klären und Betroffenen die Angst vor dem Besuch der MDK-Gutachter nehmen. Kurz und verständlich wird deshalb erläutert, wie eine Begutachtung abläuft, wie sich Betroffene und ihre Angehörigen darauf vorbereiten können und was sie dabei beachten sollten. Die Versicherten erhalten das Faltblatt gleichzeitig mit der schriftlichen Terminankündigung des Besuchs eines Gutachters oder einer Gutachterin.

Der Flyer steht außerdem zum Download auf www.mdk.de sowohl in deutscher Sprache als auch in griechischer, italienischer, kroatischer, polnischer, russischer und türkischer Übersetzung.

Gute Frage

Sollten Medizinstudenten am Seziertisch üben?



SEIT JAHRHUNDERTEN ÜBEN ANGEHENDE MEDIZINER zu Anfang ihres Studiums an Leichen, bevor sie mit lebenden Patienten zu tun haben. Für die meisten Ärzte und Lehrenden gilt der Präparierkurs als unverzichtbar. Professor Herbert Lippert, ehemaliger Direktor des Instituts für Funktionelle und Angewandte Anatomie der Medizinischen Hochschule Hannover, hält diese Regelung für nicht mehr zeitgemäß. Wir sprachen mit ihm über seine Thesen.

Die Anatomie gilt unter den Grundlagenfächern der vorklinischen Mediziner Ausbildung als die Königsdisziplin; Sie sehen das anders. Herr Professor Lippert, sind Sie ein »Königsmörder«?

Manche meiner Kollegen meinen dies. Die Anatomie ist seit Jahrhunderten ein wichtiges Fach in der Medizin. Aber inzwischen sind andere Fächer, z. B. Biochemie, Mikrobiologie und Pharmakologie, mindestens ebenso wichtig geworden. Das muss man in der Ausbildung berücksichtigen. Man sollte nicht weiter so unterrichten wie schon vor zweihundert Jahren.

Wenn nicht in der Anatomie, wo sehen Sie für die Studierenden den Einstieg in die Medizin?

Die Anatomie ist eines der ersten Fächer, das der angehende Mediziner studieren sollte. Man muss sich nur darüber im Klaren sein, dass die Anatomie nicht mehr die alleinige Grundlage ärztlichen Handelns sein

kann. Die Prüfungen in der Anatomie orientieren sich an einem offiziellen Gegenstandskatalog, der weit überzogen ist. Da wird so viel Spezialwissen verlangt, womit der spätere in einer Klinik oder Praxis tätige Arzt nichts anfangen kann und das er schon während des klinischen Studiums wieder vergessen hat. Dadurch geht in der Ausbildung viel Zeit verloren. Die Studierenden lernen zu viel auswendig, ohne es wirklich zu verstehen. Das wird durch den Präparierkurs nicht unbedingt besser. Zwar bleibt ihnen länger im Gedächtnis, was sie selbst an der Leiche freigelegt haben, und viele Anatomen sind der Meinung, dass Studierende etwas »begreifen«, wenn sie in die Leiche greifen. Aber die Leichenanatomie vermittelt kaum Verständnis für Lebensvorgänge. Deshalb fordere ich, den Lebenden und nicht die Leiche in den Mittelpunkt des anatomischen Unterrichts zu stellen.

An der Leiche hat der angehende Mediziner zum ersten und auch für lange Zeit letzten Mal Pinzette, Schere und Skalpell in der Hand. Ist dieser »Test« nicht sehr wichtig für den Mediziner, um die Feinmotorik und Auge-Hand-Koordination zu überprüfen?

Alle Kursleichen werden heutzutage konserviert, wodurch die Eiweiße stark verändert werden. Das Gewebe fühlt sich deutlich anders an als beim Lebenden. Die anatomische Präparationstechnik unterscheidet sich wesentlich von der chirurgischen. Auch die psychische Einstellung der Studierenden spielt eine Rolle. Sie stehen im Präparierkurs einem »Patienten« gegenüber, der sich nicht »wehren« und keinen Unmut äußern kann. Er hat kein Schmerzempfinden und man könnte mit ihm im Grunde alles machen, was man will (solange es nicht die Schranken der Pietät verletzt). Wenn sich diese Haltung bei Studierenden festigt, werden sie womöglich später auch mit

lebenden Patienten so umgehen.

Deshalb schlage ich vor, dass sich die Studierenden im Kursus der makroskopischen Anatomie gegenseitig untersuchen sollten. Sie werden sehr schnell merken, wie es ist, wenn Ärzte gefühllos an ihre Patienten herantreten. Das sollte die Einstellung zum späteren Patienten deutlich verbessern.

Es gibt in der Anatomie schon lange Zeit Möglichkeiten, Anatomie auch bildlich darzustellen, zum Beispiel bei den Moulagen im Wiener Josephinum, wo insbesondere schöne Frauen als anatomische Präparate dargestellt werden, oder in der heutigen Zeit die Plastinate von Gunther von Hagens. Könnte man das für die Anatomie nutzen?

Die Plastination bietet sicher gute Möglichkeiten für manche Darstellungsformen – vielleicht nicht ganz so theatralisch wie bei von Hagens. Die Wachsmodelle des Josephinums haben sich im Unterricht eigentlich nie bewährt. Sie sind deshalb so gut erhalten, weil sie nicht verwendet wurden. Was die Studierenden mitbekommen müssen, ist die Variabilität des Körperbaus. Das ist bei der Präparation an der Leiche, aber nicht beim Studium von Modellen gegeben. Oft liegen im Präpariersaal 20 oder mehr Leichen, und wenn sich die Studierenden alle ansehen, bekommen sie ein Bild von der Vielfalt – allerdings bei alten Menschen. Sie müssten aber nicht selbst mit Messer und Pinzette agieren, sondern man könnte ihnen Leichenpräparate zum Studium vorlegen. Das würde durchaus genügen. Der Präparierkurs sollte kein Pflichtkurs für alle sein, sondern eher ein freiwilliges Angebot.

In Ihren Thesen weisen Sie auf die bildgebenden Verfahren der Sonografie, Computertomografie (CT) und Magnetresonanztomografie (MRT) hin. Kann das den Präparierkurs ersetzen oder muss man auch einmal etwas in die Hand nehmen?

Die bildgebenden Verfahren sind unverzichtbar beim Studium der Lagebeziehungen der Organe. Bei der liegenden Leiche befinden sich die inneren Organe in extremer Ausatmungsstellung, so reicht z. B. die Leber bis an die

Brustwarzen. CT- und MRT-Bilder zeigen die Höhenlage der Organe beim Lebenden.

Die bildgebenden Verfahren allein reichen nicht aus. Ohne In-die-Hand-Nehmen ist Anatomie nicht zu studieren. Aber nicht die Leiche, sondern der lebende Mensch sollte im Mittelpunkt stehen: Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation und Funktionsprüfung gestatten, den Körper zu »erfassen«. Der ehemalige Präparierkurs nennt sich heute offiziell Kursus der makroskopischen Anatomie, damit ist die Einbindung anderer Verfahren schon im Namen inbegriffen.

Sie schlagen vor, dass sich die Studenten gegenseitig untersuchen. Allerdings kommen die Untersuchungsmethoden wie Palpation oder Auskultation erst später im Rahmen der Propädeutik der inneren Medizin hinzu. Ein Student im ersten oder zweiten Semester kennt diese Methoden noch nicht.

Die muss dann der Anatom lehren. Die anatomische Lehre muss eine komplette Umorientierung erfahren: von der Leiche zum lebenden Menschen. Dann müsste im Kursus der makroskopischen Anatomie auch die körperliche Untersuchung des gesunden Menschen gelehrt werden. Es ist paradox, dass die Studierenden die Untersuchung des Körpers erst in der klinischen Phase

und dann gleich am Patienten erlernen. Man muss schließlich mit dem gesunden Menschen genau vertraut sein, damit man das Krankhafte am Patienten erkennen kann.

Das Medizinstudium wird in Deutschland seit etwa fünfzig Jahren novelliert. Sollte man in diesem Zusammenhang nicht über den generellen zeitlichen Ablauf des Studiums nachdenken? So steht in den USA die Klinik vom ersten Tag der Ausbildung an im Vordergrund. Die Grundlagenfächer kommen im Laufe des Studiums. Wäre das ein Weg für Deutschland?

Es gibt verschiedene Reformbestrebungen. Zum Beispiel beginnen die Erstsemester an der Medizinischen Hochschule Hannover mit einem Monat klinischer Medizin, damit keine Zweifel aufkommen, dass sie zu Ärzten und nicht zu medizinischen Wissenschaftlern ausgebildet werden sollen. Der Kursus der makroskopischen Anatomie ist jedoch nach wie vor ein Schwerpunkt der ersten beiden Semester.

Das Gespräch führten Dr. Uwe Sackmann und Martin Dutschek

Prof. Dr. Herbert Lippert





Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Zu Hause bis zuletzt

DIE LETZTEN TAGE in einem Krankenhausbett verbringen, das wollen die wenigsten: Sterbenskranke wünschen sich meist zu Hause und in der Nähe ihrer Angehörigen zu sein. Dies ist bei betreuungsintensiven Erkrankungen schwierig. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll die Betreuung der Patienten außerhalb einer Klinik sicherstellen.

Fragt man Todkranke, dann wollen sie dort versorgt werden, wo sie wohnen, in ihrem sozialen Umfeld oder einer vertrauten Umgebung. Um dies zu ermöglichen, gibt es in Deutschland zwei Versorgungsstrukturen: die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

SAPV – seit 2008 eine Leistung der GKV

Während die AAPV die Betreuung der Betroffenen durch Haus- und Fachärzte im Rahmen der normalen ambulanten Versorgung umfasst, greift SAPV dann, wenn eine besonders aufwendige Betreuung notwendig wird. Ziel ist es in beiden Fällen, Patienten mit nicht mehr heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen zu Hause zu versorgen.

So selbstverständlich das Anliegen der Palliativversorgung klingt: Erst seit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2008 die erste SAPV-Richtlinie infolge des GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetzes verabschiedet hatte, sind die Krankenkassen verpflichtet, flächendeckend Verträge für die ambulante Versorgung besonders betreuungsintensiver Patienten abzuschließen. Bis dahin verbrachten diese Patienten ihre letzten Tage meist im Krankenhaus.

Direktverträge mit SAPV-Anbietern

Für die Versorgung schließen die Krankenkassen SAPV-Verträge direkt mit Anbietern ab, die eine interdisziplinäre Versorgungsstruktur mit entsprechend qualifizierten Ärzten und Pflegekräften vorhalten und in ihre Organisation die ambulanten Hospizdienste mit einbeziehen. Die Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst ist wichtig, weil SAPV nicht zwangsweise in einem häuslichen Umfeld erbracht wird. Lebt ein Patient in einem Hospiz oder Pflegeheim, kann er auch dort Leistungen in Anspruch nehmen. Die Krankenkassen haben bei ihren Verträgen zu prüfen, ob die Leistungserbringer in der Lage sind, eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu gewährleisten. Eine konkrete Organisationsstruktur für die SAPV-Anbieter ist nicht vorgegeben. Auch muss SAPV nicht immer die vollständige Betreuung des Patienten umfassen.

Der Bedarf an SAPV-Begleitungen wurde vom Gesetzgeber auf jährlich etwa zehn Prozent der Sterbenden – und dementsprechend rund 80 000 – geschätzt. Trotz Richtlinie und Förderung lief der Ausbau der SAPV nur sehr schleppend an: Ende 2010, gut zwei Jahre nach dem Erscheinen der Richtlinie, hatten die Kassen zwar 119 Verträge geschlossen und in einem Jahr fast 29 000 SAPV-Verordnungen abgerechnet. Von einer flächendeckenden Versorgung war man aber noch weit entfernt.

Nur selten kostendeckend

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativstiftung, sagt heute rückblickend, dass die Erwartungen an einen schnellen SAPV-Ausbau überzogen waren: »Ich habe 2007 gesagt, wir brauchen bestimmt fünf Jahre bis das ansatzweise flächendeckend ausgebaut ist. Mittlerweile denke ich, dass wir noch mal zehn Jahre brauchen,

Schmerzen lindern, Versorgung koordinieren und Angehörige betreuen

Wettbewerbsstärkungsgesetzes verabschiedet hatte, sind die Krankenkassen verpflichtet, flächendeckend Verträge für die ambulante Versorgung besonders

betreuungsintensiver Patienten abzuschließen. Bis dahin verbrachten diese Patienten ihre letzten Tage meist im Krankenhaus.

Versorgung durch multiprofessionelle Teams

Die Richtlinie sieht die Versorgung durch sogenannte Palliative-Care-Teams vor: Multiprofessionelle Teams mit palliativ geschulten und erfahrenen Ärzten und Pflegekräften kümmern sich – wenn es sein muss, rund um die Uhr – um die Versorgung ihrer Palliativpatienten.

Im Mittelpunkt der SAPV stehen ärztliche und pflegerische Leistungen, die die Symptome und Leiden des Patienten – wie z. B. Schmerzen, Atemnot oder Dekubitus – lindern. Außerdem ist das SAPV-Team dafür zuständig, die Leistungen aller an der Versorgung Beteiligten (Hausarzt, Pflegedienst, Apotheke, ambulanter Hospizdienst, Seelsorge ...) zu koordinieren und Patienten und Angehörige ebenso wie den Hausarzt zur palliativen Versorgung zu beraten.

Kassen müssen Verordnungen genehmigen

Wie bei einigen anderen Leistungen auch, muss eine SAPV durch die Krankenkassen genehmigt werden. Wichtig dafür ist, dass die SAPV vom Hausarzt verordnet wird. Auch ein Krankenhausarzt kann SAPV verschreiben, aller-

Aufbau der Versorgungsstrukturen dauert länger als erwartet

bis wir 90% der Menschen versorgt haben.« Es würde nunmal Zeit kosten, entsprechende Strukturen aufzubauen.

Diese Erfahrungen machten auch die Krankenkassen, denen man vorwarf, den SAPV-Ausbau zu verzögern. »Es stimmt nicht, dass die Kassen das vor sich herschieben«, stellte Ende 2008 Florian Lanz, Sprecher des GKV-Spitzen-

»Woher diese Zahl kommt, weiß niemand.« Seiner Meinung nach müsste die SAPV für jeden zur Verfügung stehen, der heute noch im Krankenhaus stirbt. Da dies auf circa jeden zweiten Todesfall zutrifft, könnte der tatsächliche Bedarf laut Sitte fünfmal so hoch sein.



verbands, gegenüber der Welt klar. Die Palliativärzte hätten vielmehr noch nicht die für solche Verträge erforderlichen regionalen Strukturen geschaffen.

Sitte hätte sich hierfür konkrete Vorgaben von der Richtlinie gewünscht. »Wir haben sehr heterogene Strukturen bei den SAPV-Anbietern«, erklärt er. »Das ist zwar eine Vielfalt, was gut wäre, wenn die verschiedenen Anbieter voneinander lernen würden.« Bei der SAPV sei die Vielfalt jedoch aus der Not geboren. »Wir hätten etwas gebraucht wie: Welche Voraussetzungen gelten für SAPV, und wie viel erhält der Anbieter, wenn diese erfüllt sind?« Zurzeit seien viele der SAPV-Verträge jedoch unzureichend finanziert. Ein Beispiel: »Es gibt im Moment 14 SAPV-Teams für Kinder. Davon arbeitet aber nur eins aus der SAPV heraus kostendeckend.« Bei der Versorgung der Erwachsenen sehe es nicht besser aus. Fehlende Mittel würden über Spenden oder die Wohlfahrt finanziert.

Niemand kennt tatsächlichen Bedarf

2011 ist die SAPV weiter ausgebaut worden: Die Zahl der SAPV-Verträge ist in diesem Jahr um 40% auf 176 gestiegen, die Zahl der Verordnungen um ca. 50% auf 47 000. Damit entwickelt sich die SAPV deutlich weiter, wächst aber nicht mehr so stark wie noch im Jahr zuvor. Sitte befürchtet, dass in Zukunft der Ausbau immer geringer ausfallen könnte. Vor allem qualifizierte Ärzte würden fehlen. »Die Zahl der Ärzte, die die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin machen, flacht schon ab«, stellt er fest.

Dass der Zuwachs bei der SAPV 2011 etwas geringer ausfiel als im Vorjahr könnte auch daran liegen, dass in einigen Regionen schon der Bedarf gedeckt ist. Dies festzustellen fällt jedoch schwer, da der tatsächliche Bedarf nicht bekannt ist. Zur Schätzung, nach der bei 10% aller Todesfälle eine SAPV indiziert gewesen wäre, erklärt Sitte:

Verbesserungen erreicht – Konkretisierungen erwünscht

Der G-BA legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie vor. Danach hat sich die Versorgung von Todkranken mit hoher Betreuungsintensität deutlich verbessert. Mehrere Leistungserbringer geben an, dass Patienten häufiger zu Hause versorgt werden können und durch die SAPV die Hausärzte entlastet werden. Auch komme es zu weniger Krankenhauseinweisungen bei Krisen, und Notarzteinsätze seien seltener.

Der Bericht zeigt aber auch: Einige Leistungserbringer wünschen sich konkretere Vorgaben, beispielsweise bei der Abgrenzung von SAPV und AAPV, der seelsorgerischen Versorgung und der Beschreibung der Erkrankungen, bei denen SAPV verordnet werden kann, oder bei der Definition der besonderen Belange von Kindern. Praktisch haben manche von ihnen das Problem, SAPV hauptsächlich nur bei Krebspatienten verschreiben zu können.

Der G-BA sieht keinen Änderungsbedarf an der Richtlinie, »da die Größenordnung der genannten Problematik nicht ausreichend beurteilbar ist«. Alle Beteiligten – die Krankenkassen, Ärzteschaft und pflegenden Berufe – sollten jedoch aufpassen, dass der Ausbau der SAPV nicht weiter abflacht, bevor eine flächendeckende Versorgung erreicht ist. Eine präzisere Richtlinie könnte dabei für neuen Schwung sorgen.

**47 000
Verordnungen
im Jahr 2011**



Dr. Marc Meißner ist Redakteur in der Politikredaktion des Deutschen Ärzteblattes, Berlin.
marc.meissner@
aerzteblattberlin.de

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im MDK-Alltag

DIE BEGUTACHTUNG VON MENSCHEN AM LEBENSENDE gehört zu den sensibelsten Aufgaben für die Gutachterinnen und Gutachter des MDK. Wenn der Antrag auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung gestellt wird, steht in der Regel die Symptomkontrolle im Mittelpunkt, insbesondere bei Schmerzproblemen oder Luftnot. Aber es geht auch darum, die Patientinnen und Patienten psychisch zu stabilisieren und die Angehörigen in dieser Phase zu unterstützen.

»Guten Morgen, schön, dass Sie da sind!«, empfängt Roswita Koch (Name geändert) Schwester Petra vom Palliativpflegedienst. Die Anstrengungen der letzten Nacht stehen Roswita Koch deutlich ins Gesicht geschrieben. Klirrend kalt ist es am Morgen dieses frühen Wintertages im Ruhrgebiet, Raureif liegt auf dem Dach des Einfamilienhauses. Zeitgleich mit Schwester Petra ist Dr. Susanne Schnell vom MDK zur Begutachtung eingetroffen. Roswita Koch führt den Besuch ins Esszimmer. Vor zehn Monaten, so erzählt sie, sei bei ihrem 74-jährigen Ehemann Reinhard ein Bronchialkarzinom diagnostiziert worden. Zehn Monate lang seien verschiedene Chemotherapien und Bestrahlungen durchgeführt worden, alles habe nichts geholfen. Im Gegenteil, der Tumor sei größer geworden, es seien Metastasen am Brust- und Lungenfell aufgetreten, später habe dann der Tumor auf die Atemwege gedrückt.

»Zu Anfang«, sagt sie, »war der Reizhusten das Schlimmste.« Dann sei Atemnot dazugekommen, insbesondere bei Hustenanfällen, außerdem Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit. »Immer schwächer ist er geworden unter der Chemotherapie«, erinnert sich Roswita Koch. Schließlich hätten ihnen die Ärzte im Krankenhaus keine Hoffnung mehr machen können. Ihr Mann habe auch nur noch

Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben Versicherte, wenn sie an einer nicht heilbaren und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, die nach medizinischen und pflegerischen Erkenntnissen auch ambulant erbracht werden kann (§2 SAPV-Richtlinie). Konkret muss eine nicht heilbare Erkrankung vorliegen – etwa eine fortgeschrittene Karzinomerkkrankung, eine Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen, aber auch Leiden wie Endzustände von Herz- oder Lungenleiden können darunter fallen. Weiterhin muss ein Krankheitsstadium erreicht sein, in dem die Überlebensspanne voraussichtlich nur noch Tage, Woche oder wenige Monate beträgt. Zusätzlich muss eine Progredienz im Krankheitsverlauf innerhalb einer überschaubaren Zeit erkennbar sein, etwa durch eine zunehmende Luftnot, Kachexiesyndrom, Schluckstörungen etc. Und schließlich muss eine besonders aufwendige Versorgung notwendig sein.

Patienten wünschen sich, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen

nach Hause gewollt, zu seinem Garten. »Der Garten ist doch sein Ein und Alles.« Roswita Koch hat Mühe, die Tränen zurückzuhalten. Vor drei Tagen sei ihr Mann

dann aus dem Krankenhaus entlassen worden, man habe das SAPV-Team eingeschaltet. Direkt am ersten Tag sei eine Koordinatorin und ein Palliativmediziner des SAPV-Teams vorbeigekommen, beide hätten sich viel Zeit genommen. Ausführlich seien sie und ihr Mann zu Beschwerden und auch Sorgen befragt worden, bis hin zu dem Verhältnis zu den Angehörigen und »auf Glaubensdinge« sei sie befragt worden.

Für wen ist die SAPV gedacht?

Palliativmedizinische und -pflegerische Patientenbetreuung setzt ein, wenn die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Therapie anspricht und nur noch eine palliative Behandlung zur Verfügung steht. Dann hat die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden ebenso wie die Bearbeitung von psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität.



Hilfe in aufwendigsten Versorgungssituationen

Der Bedarf an besonders aufwendiger Versorgung besteht immer dann, wenn andere Versorgungsstrukturen nicht ausreichen, um die Ziele der Palliativversorgung zu erreichen. Das ist häufig dann der Fall, wenn außergewöhnliche Schmerzprobleme oder Lähmungen auftreten, wenn wiederkehrende Angstzustände oder Panikattacken den schwer kranken Patienten belasten oder wenn schwer beherrschbare Luftnot oder ausgeprägte ulzerierende Wunden vorliegen. Dann müssen Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und ambulante Hospizdienste oder auch Seelsorger Hand in Hand zusammenarbeiten.

Für Reinhard Koch gab es schnelle Hilfe: »Mein Mann ist von Kopf bis Fuß untersucht worden«, berichtet seine Frau, »und dann ging alles ganz schnell.« Die Koordinatorin habe noch für den gleichen Tag einen Palliativpflegedienst bestellt, der gleichzeitig auch Grundpflege macht, darüber hinaus habe sie Hausbesuche durch einen Physiotherapeuten organisiert, einen Tag später sei ein fahrbarer Toilettensstuhl geliefert worden. Der Palliativmediziner habe sich mit dem Hausarzt abgesprochen, es seien Medikamente »für den Notfall« organisiert worden. Zusätzlich seien abends noch ehrenamtliche Helfer vom Hospizdienst zum Gespräch gekommen.

Welche Formen der SAPV stehen zur Verfügung?

Nach dem Willen des Gesetzgebers besteht ein abgestuftes System verschiedener SAPV-Leistungen. Am Anfang steht die Beratungsleistung. Bei dieser Form beschränkt

SAPV-Team berät und koordiniert Leistungen – das entlastet Angehörige

sich die Tätigkeit durch einen Palliativmediziner oder die Koordinatorin auf eine Beratung, Anleitung oder Begleitung der Patienten und der Angehörigen,

auch eine Beratung des Hausarztes ist möglich. Darüber hinaus geht die Koordination der Versorgung, die neben der Beratung die Koordination weiterer ambulanter Versorgungsangebote wie die Betreuung durch Haus- und Fachärzte, Psychologen, Pflegedienste, Apotheken, Therapeuten oder ambulante Hospizdienste einschließt. Bei der additiv unterstützten Teilversorgung werden palliativpflegerische und -medizinische Maßnahmen direkt am Patienten erbracht. Hierzu gehört etwa eine Portversorgung, die Einweisung in eine Schmerzpumpenversorgung oder ein aufwendiger Verbandswechsel. Darüber hinaus sind aber noch andere Ärzte oder Pflegedienste mit tätig. Bei der vollständigen Versorgung wird die komplette Betreuung einschließlich der ärztlichen Betreuung durch den SAPV-Dienst gesichert.

Palliativmedizinische Versorgung kann Krankenhauseinweisung verhindern

»Heute Nacht war es ganz arg«, berichtet Roswita Koch. Ihr Mann hatte in einer Hustenattacke Luftnot und solche Todesangst, dass sie den Palliativdienst angerufen habe. Eine Schwester sei gekommen und habe nach Rücksprache mit dem Arzt ihrem Mann eine Spritze gegeben, das habe geholfen. »Und sehen Sie«, sagt sie, »er ist gerade wieder eingesnickt.«

Susanne Schnell hat zunächst die Dokumentation eingesehen und dann Reinhard Koch befragt und untersucht, zumal zeitgleich neben den Leistungen der SAPV auch Pflegeleistungen (SGB XI) beantragt wurden. Bereits zweimal hat sie an mehrtägigen Fortbildungsseminaren des Medizinischen Dienstes teilgenommen, in denen verteilte Palliativmediziner und Multiplikatoren über die Besonderheiten der SAPV referierten.

Aus ihrer Sicht ist die Konstellation eindeutig. Bei dem Bronchialkarzinom, so führt sie aus, zeige der Verlauf, dass es sich um eine nicht heilbare Erkrankung mit nur einer geringen Überlebensspanne handelt. Auch sei der Progress der Erkrankung sowohl in den Arztbriefen wie auch nach Anamnese dokumentiert. Das von Roswita Koch geschilderte nächtliche Ereignis mit schwer beherrschbarer Luftnot und Panikattacken lasse klar erkennen, dass die Versorgung besonders aufwendig sei. Ohne die palliativpflegerische bzw. -medizinische

»Die richtige Leistung zum schnellstmöglichen Zeitpunkt«

Versorgung wäre es sicherlich zu einer Krankenhauseinweisung gekommen. Dies habe sich durch die SAPV verhindern lassen. Für Susanne Schnell steht deshalb fest, dass hier eine SAPV indiziert sei. Da auch weiterhin der Hausarzt mit in die Betreuung involviert ist, empfiehlt sie die additiv unterstützende Teilversorgung. »Meine gutachtliche Aufgabe besteht darin, mit dafür Sorge zu tragen, dass der richtige Patient die richtige Leistung zum schnellstmöglichen Zeitpunkt erhält«, ist sie überzeugt.



Dr. Stephan Knoblich
ist Bezirksleitender Arzt
beim MDK Westfalen-
Lippe.
sknoblich@mdk-wl.de

Interview mit Dr. Stefan Gronemeyer zur SAPV-Begutachtung

Palliativkenntnisse und Empathie gefordert

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung ist seit 2008 in Kraft. Wie hat sich die Situation in diesem Begutachtungsfeld seither entwickelt?

Wir sprachen mit Dr. Stefan Gronemeyer, dem leitenden Arzt und stellvertretenden Geschäftsführer des MDS.

MDK Forum Worin unterscheidet sich die »spezialisierte« von der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung?

Dr. Stefan Gronemeyer Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) ist im Gegensatz zur SAPV kein einheitlich definiertes Versorgungsangebot. Gemeint ist u. a. die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt und ambulante Pflegedienste oder die Versorgung durch Hospizdienste. AAPV kommt in der Regel zum Einsatz, wenn kein komplexes Symptomgeschehen vorliegt und keine besonders aufwendige palliative Versorgung erforderlich ist. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sind meistens nur zu einem kleinen Teil ihrer Tätigkeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt.

Der Übergang zur SAPV ist dann gegeben, wenn bei Schwerstkranken und Sterbenden aufgrund sehr schwerwiegender Symptome eine aufwendige Versorgung durch besonders qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte notwendig ist. Diese müssen in einer Teamstruktur zusammenarbeiten, damit eine umfassende Linderung der Beschwerden des Patienten und eine angemessene Betreuung seiner Bezugspersonen möglich sind. Die SAPV ist ganz individuell auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten. Das Team aus Palliativärzten und speziell ausgebildeten Palliativpflegekräften steht in Kooperation mit weiteren Professionen als Ansprechpartner für Patienten und Angehörige zur Verfügung. Neben einer wirksamen

Schmerz- und Symptombehandlung geht es vor allem darum, Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der häuslichen Betreuungssituation zu schaffen, damit trotz fortschreitender Erkrankung der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann.

MDK Forum Die SAPV ist eine neue Leistung. Wie hat sich der MDK auf dieses Begutachtungsfeld eingestellt?

Gronemeyer Die MDK-Gemeinschaft hat sich schon zu einem frühen Zeitpunkt, als erst wenige Aufträge der Krankenkassen zur SAPV vorlagen, mit diesem neuen Begutachtungsfeld auseinandergesetzt. So wurden einheitliche fachliche Vorgaben für die Begutachtung entwickelt und ein bundesweites spezielles Fortbildungsangebot für MDK-Gutachter etabliert. Diese Maßnahmen kommen den Versicherten jetzt, wo die Begutachtungsaufträge der Krankenkassen deutlich zugenommen haben, im Sinne einer einheitlichen und qualifizierten Begutachtung unmittelbar zugute.

MDK Forum Was ist die Herausforderung bei dieser Begutachtung?

Gronemeyer Die Gutachterinnen und Gutachter haben vor allem die Frage der Krankenkasse zu beantworten, ob die medizinischen Voraussetzungen für die verordnete SAPV-Leistung gegeben sind. Damit den Betroffenen in ihrer schweren Lebensphase belastende Begutachtungen vor Ort erspart bleiben, versucht der Gutachter seine sozialmedizinische Stellungnahme auf der Basis der schriftlichen Verordnung und weiterer Unterlagen vorzunehmen. Dies kann, insbesondere bei wenig aussagekräftigen Informa-

tionsgrundlagen, manchmal schwierig sein. Besonders gefordert sind palliativmedizinische Kenntnisse und die Fähigkeit, sich in die Situation des Patienten, seiner Angehörigen und seiner Behandler hineinzuversetzen. Daher erfolgt diese Begutachtung überwiegend durch spezielle Fachgutachter(teams). Hilfreich ist dabei häufig der direkte Informationsaustausch zwischen MDK und SAPV-Team.

MDK Forum Immer wieder hört man, die Umsetzung der SAPV sei heterogen. Ist es überhaupt möglich, für ein flächendeckendes Angebot zu sorgen?

Gronemeyer Inzwischen gibt es in immer mehr Regionen eine SAPV-Versorgung. Naturgemäß ist es im ländlichen Raum schwieriger, ein solches zugehendes Versorgungsangebot flächendeckend umzusetzen und es kommt regional noch zu Problemen. Die Herausforderung sind hier die längeren Wege für die SAPV-Teams und die Vernetzung in einem größeren Versorgungsgebiet. Letztlich ist hier die Frage, ob es gelingt, qualifizierte Leistungserbringer in ausreichender Zahl auch jenseits der Ballungsräume anzusiedeln. Diese Problematik gibt es allerdings auch in anderen Versorgungsbereichen. Fest steht: Eine flächendeckende qualifizierte und schnelle MDK-Begutachtung ist bei der SAPV in jedem Fall sichergestellt.

*Die Fragen stellt
Christiane Grote*

SAPV im Saarland

»Ergebnisbericht« erleichtert Begutachtung

AUCH DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG kennt regionale Besonderheiten: So hat die ambulante Palliativversorgung im Saarland schon eine lange Tradition. Um den Versorgungsbedarf bei SAPV transparent zu gestalten, haben die Krankenkassen in enger Kooperation mit den SAPV-Teams und dem MDK einen sogenannten Ergebnisbericht entwickelt.

Bereits bevor der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung entwickelt hatte, existierte im Saarland eine vertraglich geregelte ambulante Palliativversorgung im Rahmen des Integrierten Leistungsvertrages. Im Januar 2010 war das Saarland eines der ersten Bundesländer, die ein flächendeckendes SAPV-Leistungsangebot etablieren konnten. Hierzu wurden die IV-Verträge in SAPV-Verträge überführt. Seitdem gibt es in jedem der drei Bezirke ein Erwachsenen-Team sowie ein landesweit agierendes Team für Kinder.

Wenn ein Patient eine SAPV-Leistung erhalten soll, kann die Krankenkasse den MDK beauftragen zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Dabei muss sich die Begutachtung an einheitlichen Kriterien orientieren. Deshalb wurde der Begutachtungsleitfaden SAPV durch die Sozialmedizinische Expertengruppe SEG 2 »Pflege/Hilfbedarf« erstellt. Grundlage für die Be-

gutachten haben je nach Schweregrad weiteren Einfluss auf die Prognose. Alle Gruppen, die hier an der Patientenversorgung beteiligt sind – SAPV-Team, Ärzte, Krankenhaus, häusliche Krankenpflege, Alten- und Pflegeheim, ambulante Hospizdienste und stationäres Hospiz –, werden im Ergebnisbericht genannt, so dass der vielfältige Koordinations- und Versorgungsbedarf erkennbar ist.

Verordnungsrelevante Diagnose nicht alleinentscheidend

Außerdem beschreibt das SAPV-Team im Ergebnisbericht zusätzliche Symptome wie ausgeprägte Schmerzen, (ex)ulcerierende Wunden oder Tumoren sowie eine eventuelle respiratorische, kardiale, urogenitale, neurologische/psychiatrische, psychische oder gastrointestinale Symptomatik. Bei einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik werden beispielsweise der Schmerzcharakter und die Schmerzintensivität benannt. Erst diese detaillierte klinische Beschreibung ermöglicht es in vielen Fällen, in Verbindung mit dem Medikamentenbedarf den Versorgungsumfang und auch die Notwendigkeit der Rufbereitschaft sozialmedizinisch zu beurteilen.

Insbesondere bei widersprüchlichen Angaben – etwa einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik bei fehlender Analgetikagabe – kann der Ergebnisbericht zur Klärung beitragen. Darüber hinaus beinhaltet er Informationen über die Notwendigkeit von Kathetern, Spezialnadeln sowie Drainagen und Sonden, ob der Patient Injektionen, Infusionen, eine parenterale bzw. enterale Ernährung sowie eine Schmerzpumpe erhält bzw. erhalten soll und über vorhandene Wunden.

Die Informationen aus dem Ergebnisbericht ermöglichen es dem MDK-Gutachter, die klinische Situation des Patienten und die daraus resultierende notwendige Versorgungsform sozialmedizinisch möglichst adäquat einzuschätzen und nachvollziehbar zu beurteilen.

Komorbiditäten haben Einfluss auf die Prognose

gutachtung – und damit auch für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse – ist das Verordnungsmuster 63. Es wird von

dem Arzt ausgefüllt, der die SAPV verordnet. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass allein auf Basis dieser Informationen eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung häufig schwierig ist.

Zusatzdokumentation im Ergebnisbericht

Deshalb haben die gesetzlichen Krankenkassen 2009 gemeinsam mit den SAPV-Teams und dem MDK einen sogenannten Ergebnisbericht entwickelt, der die Verordnung von SAPV inhaltlich ergänzt. Er dient auch als Kommunikationsmedium zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Ergänzende Fragebögen zum Muster 63 werden auch in anderen Ländern eingesetzt. Während der letzten drei Jahre wurde der Bericht in gemeinsamen Reflexionssprachen zwischen Krankenkassen, MDK und SAPV-Team immer wieder praxisorientiert angepasst.

Der Ergebnisbericht wird von den SAPV-Teams vor Ort, also im Rahmen eines Hausbesuches, erstellt. Er umfasst eine Darstellung des Krankheitsgeschehens, des Ausmaßes der Grundkrankheit und der bestehenden Komorbiditäten – unterteilt in internistisch, neurologisch und sonstige Erkrankungen – sowie des daraus resultierenden palliativen Versorgungsbedarfs. Multi- bzw. Komor-

Dr. Annegret Bellmann ist Palliativmedizinerin und leitet den Qualitätszirkel SAPV beim MDK im Saarland.
annegret.bellmann@mdk-saarland.de



Janine Poth-Schwindling Mitarbeiterin in der VDEK Landesvertretung.
janine.poth-schwindling@vdek.com



Palliativmedizinische Aus- und Fortbildung

Vom Heilen zum Lindern

DIE PALLIATIVMEDIZIN BRINGT ALS EIN RELATIV JUNGES FACH zahlreiche neue Herausforderungen für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte: Diese müssen sich nicht nur mit den Symptomen ihrer Patienten auseinandersetzen, sondern zusätzlich auch soziale und ethische Fragen bedenken und ihr Rollenbild als Arzt und Heiler reflektieren.

Das Thema Tod gehört seit jeher zur Medizin. Doch was bedeutet es, einen Patienten damit zu konfrontieren, dass seine Krankheit nicht heilbar ist? Welche Bedürfnisse hat der Patient in dieser Phase? Welche Rolle nimmt der Arzt in einer solchen Situation ein? Antworten auf diese Fragen erhielten Ärzte lange Zeit nur dann, wenn sie einen

auch mit der Lebensqualität der Patienten, der Trauer der Patienten und Angehörigen und religiösen Aspekten. Auch mit dem Thema Sterbehilfe setzen sich die Studenten auseinander.

Vom Sterben haben Studenten oft keine Vorstellung

Die Kommunikation mit Palliativpatienten trainieren die angehenden Mediziner unter anderem mit Simulationspatienten oder in Rollenspielen.

»Jeder Medizinstudent sollte sich mit diesem Thema

Medizinische, psychologische und kommunikative Ausbildungsinhalte

sterbenden Patienten behandelt hatten. Das hat sich in den vergangenen Jahren geändert: Gesetzliche Änderungen führten dazu, dass die palliativmedizinische

Aus- und Fortbildung systematisch aufgebaut wurde. Seit dem Jahr 2004 gibt es die entsprechende Zusatzbezeichnung und mit der Änderung der Approbationsordnung des Medizinstudiums wurde die Palliativmedizin 2009 schließlich als Pflichtlehr- und Prüfungsfach eingeführt.

Ein neues Fach an den Universitäten

In der Palliativmedizin steht nicht – wie bei den meisten anderen medizinischen Disziplinen – das Heilen im Vordergrund, sondern das Lindern. »Die Menschen beschäftigen sich nicht gerne mit dem Thema Sterben«, sagt Dr. Rainer Prönneke, Vorsitzender der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Niedersachsen. »Hinzu kommt, dass es für Palliativpatienten keine Lobby gibt, wie zum Beispiel für Krebskranke.«

Das Curriculum für die Lehrpläne wurde von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entwickelt. »Ich sehe es als einen unglaublichen Erfolg für die Palliativmedizin, dass das Fach verpflichtend in die Lehrpläne aufgenommen wurde«, sagt Prof. Dr. Friedemann Nauck, Präsident der DGP. »Die Studenten erfahren viele Hintergründe der Palliativmedizin zur Kommunikation mit den Patienten und der multidisziplinären Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren wie den Pflegekräften.«

»Den Erkrankten in seiner Ganzheit wahrnehmen«

Unterrichtsstunden in Palliativmedizin. Ähnlich wie bei der Fortbildung für Ärzte besteht das Curriculum für Studenten aus den Bereichen Grundlagen der Palliativmedizin, Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, psychosoziale Aspekte, ethische und rechtliche Fragestellungen, Kommunikation sowie Teamarbeit und Selbstreflexion. Neben den rein medizinischen Inhalten beschäftigen sich die Studenten zum Beispiel



auseinandersetzen«, sagt Prönneke. »Bevor die Approbationsordnung geändert wurde, spielte Palliativmedizin in der Lehre keine Rolle. Gerade aber die ärztliche Haltung und das Selbstverständnis sollte hier diskutiert werden. Die Studenten haben oftmals noch keine Vorstellung davon.«

Zusatzbezeichnung für Fachärzte

Für die bereits ausgebildeten Mediziner bietet die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin eine Möglichkeit, sich für die Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patienten besonders zu qualifizieren. Wer als Arzt in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) tätig sein möchte, für den ist die Weiterbildung eine wesentliche Voraussetzung. Die 160 Stunden dauernde Schulung steht allen Fachärzten zur Verfügung, die Umgang mit Sterbenden oder schwerkranken Patienten haben.

Kommunikationstraining im Rollenspiel

Für den Inhalt der Fortbildung hat die DGP ebenfalls ein Curriculum entwickelt und die Ausbildungsinhalte bundesweit einheitlich vorgegeben. In Theoriestunden und Fallbesprechungen beschäftigen sich die Ärzte mit Themen wie der Symptomkontrolle, der Kommunikation mit dem Patienten, der Selbstreflexion, Teamstruktur, Spiritualität, der psychosozialen Situation und der Ethik. Entsprechende Fortbildungen werden parallel auch für die Pflegekräfte angeboten.

»In erster Linie ist es Aufgabe des Arztes, sich auf die medizinisch-körperlichen Symptome des Patienten zu konzentrieren«, sagt Prönneke, der selbst auch Seminare

Wie denke ich als Arzt über Krankheit und Sterben?

in der Palliativmedizin leitet. »In der Palliativmedizin muss ich jedoch auch die weiteren Bedürfnisse des Patienten betrachten. Der Kranke muss aufgefangen

werden. Zwar kann der Arzt diese Aufgaben nicht alle übernehmen, jedoch kann er dafür sorgen, dass andere Fachleute wie Seelsorger oder Sozialarbeiter zur Stelle sind.«

Ausgebildet, um Leben zu erhalten

Gerade die Kommunikation mit dem Patienten stellt für den Arzt in der Palliativmedizin eine besondere Herausforderung dar, auf die er vorbereitet sein sollte. Neben den üblichen Gesprächen über Symptome und deren Linderung spielt eine Frage für den Patienten oft eine ganz besondere Rolle. »Wenn mich der Patient fragt, wie lange er noch zu leben hat, sollte ich mir als Arzt genau überlegen, was die Antwort bewirken kann«, erklärt Prönneke. »Früher haben die Behandler relativ konkrete Zeiträume genannt. Das hat zwar den Vorteil, dass der Patient sich seelisch darauf einstellen kann, aber gleichzeitig fängt er vielleicht an, Vorbereitungen zu treffen und auf den Tod zu warten.« Der Palliativmediziner sieht in den Herausforderungen des Arztes auf diesem Gebiet eine Chance darin, sich grundsätzlich mit seiner Rolle als Arzt auseinanderzusetzen. »Man muss sich überlegen: Welche

Vorstellungen habe ich selber über Krankheit und Sterben und stimmen diese mit denen meines Patienten überein?« Viele Kursteilnehmer berichten in meinen Seminaren, dass sie daraufhin anders mit ihren Patienten umgehen – auch mit denen, die nicht sterbenskrank sind. Für den Arzt stellt die Arbeit in der Palliativmedizin einen essenziellen Konflikt dar: Er wurde ausgebildet, um das Leben zu erhalten, und hat nun Umgang mit Patienten, bei denen dieses Ziel nicht erreicht werden kann.«

Junge Disziplin mit Entwicklungspotenzial

Seit Einführung der Zusatzbezeichnung haben sich viele Ärzte in der Palliativmedizin fortgebildet. Während es 2009 noch rund 2400 Mediziner waren, hatten 2011 bereits über 6400 Fachärzte die Zusatzbezeichnung erworben. »Viele Ärzte befassen sich nun systematisch mit der Palliativmedizin«, sagt DGP-Präsident Nauck. »Die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist die meistnachgefragte Weiterbildung für Ärzte in Deutschland. Für die Versorgung der Patienten ist das eine sehr gute Entwicklung, da wir nur mit einer guten Aus- und Weiterbildung eine gute Qualität erreichen können.«

Mehr als 6400 Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung »Palliativmediziner«

Friederike Geisler

Definition Palliativmedizin

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativmedizin als »die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt«.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin



Unterwegs von Kind zu Kind

DR. GISELA JANSSEN LEITET DAS KINDER-PALLIATIVTEAM »Sternenboot« der Uniklinik Düsseldorf. Eine Woche im Monat hat die Oberärztin 24-Stunden-Rufbereitschaft und besucht todkranke Kinder zu Hause – wenn es sein muss, Tag und Nacht. Für die Familien bedeutet das eine große Erleichterung. Unser Autor begleitete sie bei zwei Besuchen.

Larissa kuschelt sich im Bett ganz eng an ihren großen Bruder. Das blonde elfjährige Mädchen spielt konzentriert mit ihrem Gameboy, zwischendurch streichelt sie Niklas immer wieder über die Hände. Neben an im Wohnzimmer sitzen ihre Eltern bei Kaffee und Haferplätzchen und unterhalten sich lachend mit ihren Gästen. Ein fröhlicher und völlig normaler Familienalltag. Nur das leise Piepen des Überwachungsmonitors neben dem Bett macht klar, dass hier eben doch nicht alles ganz normal ist.



Niklas Doppstadt ist 13 Jahre alt und hat Morbus Alexander, eine seltene Stoffwechselkrankheit, bei der die weiße Substanz des Nervensystems degeneriert. Diese Krankheit verläuft im Kindesalter tödlich, doch für Niklas und seine Familie ist das im Moment kein Thema. Niklas lacht gerne und viel. Hören kann man das seit dem Luft-röhrenschnitt nicht mehr, aber man sieht das breite, verschmitzte Grinsen in seinem Gesicht und spürt den Schalk eines Teenagers. »Man kann ganz deutlich fühlen, wie viel Lebensfreude dieser Junge trotz seiner massiven Einschränkungen noch hat«, sagt Dr. Gisela Janßen vom Kinderpalliativteam Sternenboot der Uniklinik Düsseldorf. Janßen und die Palliativschwester Tatjana Rebasti sind heute im Rahmen der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) zum Hausbesuch gekommen. Während die Eltern im Wohnzimmer mit der Ärztin die aktuelle Entwicklung des Krankheitsverlaufs besprechen, ist Schwester Tatjana bei Niklas im Zimmer, spricht und scherzt mit ihm und kontrolliert ganz nebenbei seine Haut. Auch die Beatmungskanüle muss sie wechseln. Kaum ist die Palliativschwester weg, kuschelt sich Larissa wieder ins Pflegebett neben ihren Bruder. Sie schauen sich jetzt gemeinsam einen Film an. Der Monitor piept leise im Hintergrund.

Familienleben auf den Kopf gestellt

Ob es um neue Hilfsmittel, die Abwägung einer möglichen Operation oder die Anpassung der medikamentösen Einstellung geht – das Kinderpalliativteam ist für die Familien in solchen Fällen der richtige Ansprechpartner. Dabei arbeitet es in der Regel in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Kinderarzt, dem Kinderpflegedienst sowie bei Bedarf mit Physio- und Ergotherapeuten und dem Kinderhospizdienst. Für die Familie Doppstadt ist es vor allem die 24-Stunden-Rufbereitschaft für Notfälle, die das Angebot der SAPPV so unverzichtbar macht. Früher mussten sie bei jeder akuten Krise den Notarzt rufen. Jedes Mal kam ein anderer Arzt, dem sie die ganze Krankengeschichte von Niklas erklären mussten. Jedes Mal kam Niklas dann sofort ins Krankenhaus und musste teilweise bis zu drei Wochen in der Klinik bleiben – und das passierte bis zu sechsmal im Jahr. Das Familienleben war in dieser Zeit auf den Kopf gestellt.

Als vor drei Jahren das Kinderpalliativteam in die Versorgung von Niklas integriert wurde, änderte sich für die

Palliativversorgung von Kindern

In Deutschland gibt es aktuell 14 spezialisierte Kinderpalliativteams, die pro Quartal rund 20-30 Kinder versorgen. Anders als in der ambulanten Palliativversorgung von Erwachsenen werden Kinder aus einem sehr großen Einzugsgebiet versorgt. Tumoren im Finalstadium sind eher selten, viel häufiger behandelt das Kinderpalliativteam Kinder mit genetischen Störungen, fortgeschrittenen Erkrankungen des Zentralnervensystems oder Stoffwechseldefekten und Herzfehlern. Selten werden auch junge Erwachsene, die eine Erkrankung seit dem Kindesalter haben, vom Kinderpalliativteam versorgt. Anders als bei Erwachsenen ist für Kinder und Jugendliche nicht erst in der Finalphase, sondern auch schon in Krisensituationen lange vor dem Tod eine spezialisierte Palliativversorgung vorgesehen. Diese soll das Leid des Kindes lindern und ein Leben im häuslichen Umfeld der Familie möglich machen. Die Kinderpalliativversorgung ist für die sehr kleine Zahl an Patienten eine aufwendige und kostenintensive Versorgung. Von den bundesweit 13 Kinderpalliativteams arbeiten zurzeit elf nicht kostendeckend und sind auf zusätzliche Spenden angewiesen. Der Kostendruck sowie ein Mangel an qualifiziertem Fachpersonal erschweren weitere Teamgründungen, die zur flächendeckenden Versorgung in Deutschland notwendig wären.

Familie einiges. »Die kannten den Niklas und seine Geschichte ganz genau und wussten bei einem Akuteinsatz sofort, was zu tun ist. Wir mussten zum ersten Mal bei einem Notfall nicht ins Krankenhaus. Für uns hat sich dadurch so vieles verbessert«, erzählt Andreas Doppstadt. Der Stress und die Angst seien seitdem deutlich weniger geworden: »Wir können auf feste Ansprechpartner zu jeder Tages- und Nachtzeit zurückgreifen. Zuletzt haben wir am ersten Weihnachtstag morgens um sechs angerufen und Frau Janßen kam sofort. So etwas kann man gar nicht adäquat honorieren«, sagt Susanne Doppstadt dankbar.

Zeit für die Patienten

Gisela Janßen freut sich über das Lob: »So ein Feedback ist natürlich toll, aber eigentlich braucht mir niemand zu danken, ich bin ja froh, dass ich diese Arbeit machen darf. Das hier ist genau die Art Medizin, wie ich sie mir wünsche. Wir haben Zeit für unsere Patienten und können uns ganzheitlich um sie und um ihre ganze Familie kümmern.« Doch der Einsatz fordert seinen Preis. Denn diese Arbeit im Kinderpalliativteam ist für die vier Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung Palliativmedizin und sechs speziell ausgebildete Kinderkrankenschwestern nur ein

Feste Ansprechpartner rund um die Uhr geben Sicherheit

Teil ihrer Arbeit. Alle Mitarbeiter sind zusätzlich in der hämatologisch-onkologischen Ambulanz an der Düsseldorfer Unikinderklinik tätig, Janßen leitet diese

Ambulanz seit 1996. Die beiden Teilzeitjobs muss sie unter einen Hut bringen. Doch die palliative Arbeit ist ihre Berufung, seit sie als Assistenzärztin vor 30 Jahren begonnen hat, todkranke Kinder ehrenamtlich zu Hause zu betreuen. Eine Woche im Monat übernimmt sie die 24-Stunden-Rufbereitschaft. Gemeinsam mit einer Palliativschwester ist sie dann für die Versorgung von 35 Familien zwischen Kleve, Köln und Wuppertal zuständig. Regelmäßig besuchen sie jede Familie etwa einmal im Monat, Notfallhausbesuche kommen noch hinzu. Zusätzlich koordiniert sie neue Termine, spricht mit dem Kinderarzt oder dem Kinderhospizdienst und berät bei dringenden Fragen auch die Eltern am Telefon. Nebenher muss sie die Arbeit in der Klinik trotzdem irgendwie organisieren.

Doch es sind nicht nur der lange Arbeitstag oder die Rufbereitschaft, die diesen Job so hart machen. Während in der Kinderheilkunde der Tod selten ist, gehört das Sterben in der Kinderpalliativversorgung zum Alltag. Wie erträgt man all dieses Leid? »Emotionen gehören bei mir dazu und die darf ich auch zeigen. Wenn ich in den Gesprächen mit den Eltern und den Kindern nur noch Routine abspulen würde, wäre ich in dieser Arbeit nicht mehr richtig«, sagt Janßen. Ist ein Kind nach langjähriger Betreuung gestorben, kann es auch mal vorkommen, dass sie gemeinsam mit den Eltern weint. Trotzdem sieht sie auch in diesen Momenten der Trauer ihre Aufgabe darin, den Überblick zu behalten und der Familie Halt zu geben.

Keine Minute mehr allein

Es regnet, die grauen Wolken hängen tief und es ist nass-kalt im Düsseldorfer Norden. Der nächste Patient wartet.

Schon beim Betreten der Wohnung spürt man, dass in der Familie Schönburg (Namen der Familie geändert) kaum noch Kraft zum Lachen ist. Draußen wird es immer dunkler. Irgendwie passt das. Die Mutter, Ursula Schönburg, wirkt müde. Sie ist jetzt 65 und ihr Sohn sitzt schon seit vielen Jahren im Rollstuhl.

Christian ist 24 Jahre alt – der junge Mann hat von Geburt an eine Muskeldystrophie Duchenne, eine angeborene Krankheit, bei der die Muskeln degenerieren, bis irgendwann das Herz oder die Lunge versagen. Seit einigen Wochen hat er auch die letzte Bewegungsfähigkeit seiner Hände verloren. Jetzt kann er nicht mehr am Computer spielen oder durch das Internet surfen. Seine Mutter erzählt, dass er in letzter Zeit immer öfter weint, dass er ständig Angst hat, dass seine Mutter ihn weggibt. »Man kann den Jungen keine Minute mehr alleine lassen, er will jetzt ständig in meiner Nähe sein«, erzählt Ursula Schönburg. Seit ihr Mann vor fünf Jahren gestorben ist, ist sie für die Pflege des Jungen mehr oder weniger allein zuständig. Unterstützung erhält sie außer vom Kinderpalliativteam von einem Pflegedienst und einer Betreuerin der Stadt. Ab März soll sie auch ein von Frau Janßen vermittelteter Kinderhospizdienst regelmäßig besuchen. So kann sie zumindest ein paar Mal im Monat das Haus verlassen, Einkäufe machen oder einfach mal spazieren gehen. Die Ärztin streichelt Christian die Hände und versucht, mit ihm zu sprechen. Man sieht, dass er sich bemüht, aber es will ihm nicht gelingen. Eine Träne läuft über seine Wangen.

Es ist später Nachmittag, als das Palliativteam die Wohnung verlässt. Auf dem Weg in die Klinik telefoniert Janßen mit einem Kollegen, um die medikamentöse Neueinstellung von Christian noch einmal zu besprechen. Schwester Tatjana hat jetzt Feierabend. Für Gisela Janßen beginnt der zweite Teil ihres Arbeitstages. Aber nur, wenn nicht noch ein Anruf mit einem akuten Notfall kommt und das Team wieder raus muss.

Drei Tage nach unserem Besuch ist Christian gestorben.



Otmar Müller ist freier Journalist in Köln mit dem Schwerpunkt Gesundheit / Medizin.

MDS startet Webinare auf dem MD-Campus

IM APRIL STARTET DER MDS IN EINE NEUE FORTBILDUNGSÄRA. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste können dann ausgewählte Fort- und Weiterbildungseinheiten des MDS als Webinare besuchen. Technisch realisiert werden diese »Seminare im Internet« über die Lern- und Informationsplattform MD-Campus.

In der neuen Vortragsreihe werden aktuelle Themen für ärztliche und pflegfachliche Gutachter und Gutachterinnen als sogenannte »Webinare« angeboten. An diesen kurzen Seminareinheiten können angemeldete Nutzer des MD-Campus im Rahmen von Liveübertragungen über das Internet aktiv teilnehmen. Sie sehen und hören den

Referenten per Videoübertragung und verfolgen zeitgleich eine vom Referenten vorbereitete Präsentation bzw. Livevorführung. Nach der 45- bis 60-minütigen Präsentation besteht die Möglichkeit, Fragen an den Referenten zu stellen und sich mit den anderen Teilnehmern im Chat auszutauschen.

Die erste Vortragsreihe umfasst aktuell sieben Webinare, die im monatlichen Rhythmus stattfinden und an den Veranstaltungstagen jeweils um 15 Uhr beginnen. Voraussetzung sind ein Internetanschluss und ein aktueller Internet-Browser. Los geht es am 24. April 2013 mit dem Thema »Milieugestaltung bei Menschen mit Demenz«. Am 28. Mai folgt die »Einführung in das Hilfsmittelverzeichnis für den MDK [HIMI online]«. Einen Überblick über den gesamten Veranstaltungsplan und weitere Informationen finden Sie unter www.md-campus.de.

Die Anmeldung zu den Webinaren erfolgt, wie auch bei allen anderen Seminaren des MDS, über die Fortbildungsbeauftragten/Personalstellen der MDK. Die Teilnahme ist kostenlos. Interessenten wenden sich bitte direkt an Ihre zuständige Abteilung. Die Teilnehmer erhalten dann vom MDS die Zugangsdaten zum Webinar, mit denen sie live teilnehmen können.

Virtuelle Akademie bietet noch mehr ...

Nach Abschluss einer Einheit wird der Mitschnitt der Veranstaltung auf dem MD-Campus eingestellt und kann dort jederzeit von allen angemeldeten MD-Campus-Nutzern als Video abgerufen werden. Ein Austausch mit den Referenten ist dann allerdings nicht mehr möglich.

Rund 1200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste sind heute auf dem MD-Campus registriert. Zur Vor- und Nachbereitung von Präsenzveranstaltungen bietet die virtuelle Akademie derzeit Teilnehmerinnen und Teilnehmern Hintergrundinformationen, Aufgaben und Austauschmöglichkeiten. Darüber hinaus können Nutzer des MD-Campus in Online-Selbstlernkursen ihr Wissen erweitern bzw. vertiefen. Um den MDK-übergreifenden fachlichen Austausch zu unterstützen wurden im MD-Campus Fachforen für verschiedene medizinische Fachgebiete bereitgestellt.

Geplante Themen und Termine:

24. 04. 2013 **Milieugestaltung bei Menschen mit Demenz**
Referent **Andreas Kutschke** Pflegewissenschaftler, Krankenpfleger für geriatrische Rehabilitation, Referent in der Altenpflege, Fachbuchautor (Mönchengladbach)
28. 05. 2013 **Einführung in das Hilfsmittelverzeichnis für den MDK** [HIMI online]
Referent Orthopädietechnikermeister **Ingo Doneth** Fachgebietsleiter Hilfsmittel beim MDS (Essen)
17. 07. 2013 **Prävention von Gewalt in der Pflege – Ergebnisse des MILCEA-Projektes**
Referentin Dr. **Andrea Kimmel** Fachgebiet Qualitätsmanagement Pflege beim MDS (Essen)
16. 10. 2013 **Auswahl von Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln**
Referent Dipl.-Ing. **Norbert Kamps** Fachgebiet Hilfsmittel beim MDS (Essen)
13. 11. 2013 **Freiheitsentziehende Maßnahmen – Pflege ohne Gitter und Gurt**
Referent **Uwe Brucker** Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung beim MDS (Essen)
11. 12. 2013 **Grundlagen InfoMed**
Referent **Thomas Kohlhaußen** Leiter der Stabsstelle Wissensmanagement beim MDS (Essen)
- Termin folgt **Systematische Literatur-Recherche online**
Referent Dr. med. **Monika Leigemann** MSc Leiterin der SEG-7, Fachbereich Evidenzbasierte Medizin beim MDS (Essen)

Informationen unter www.md-campus.de oder über Sebastian Kauf: s.kauf@mds-ev.de

**Live dabei sein:
Interaktives Lernen auf
MD-Campus**

Sebastian Kauf ist
Mitarbeiter im Fachgebiet
»Fort- und Weiterbildung«
beim MDS.
s.kauf@mds-ev.de



Neues Konzept von MDK Nordrhein und Novitas BKK

Mehr Unterstützung für kranke Kinder

WENN EIN KIND an einer schweren Krankheit leidet, bedeutet dies für die gesamte Familie eine große Belastung, die an die physischen und psychischen Grenzen gehen kann. Die Novitas BKK und der MDK Nordrhein haben jetzt ein Konzept zum Kinderfallmanagement entwickelt. Intensiv geschulte Pflegeberaterinnen der Kasse bieten den betroffenen Eltern Beratung und Hilfestellung an und stehen ihnen als feste Ansprechpartnerinnen zur Verfügung.

Das hatte niemand geahnt. Jana (Name geändert) ist zwar ein ruhiges Kind, doch gerade in den letzten Tagen war sie sehr schläfrig und zudem etwas fiebrig. Da traf es sich gut, dass für die Einjährige ein Routinebesuch beim Kinderarzt anstand. Danach ist nichts mehr, wie es war. Denn Jana ist sterbenskrank. Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass Janas Nieren kaum mehr arbeiten. »Terminale Niereninsuffizienz« ist die Diagnose. Jana muss sofort in die Klinik und erhält dort eine Dialyse. Ein

leiden unter komplexen Erkrankungen wie Krebs oder angeborenen Stoffwechsel- oder Muskelerkrankungen, oder es sind ehemalige Risikofrühgeborene. »Vielfach laufen bei uns die Fäden zusammen«, berichtet Tanja Steinhauer, Teamleiterin für besondere Versorgungsformen bei der Novitas BKK. »Wir kommen häufig dann ins Spiel, wenn die Kinder aus der Klinik entlassen werden sollen.«

Schwierig wird es, wenn die Kinder nach Hause kommen

So auch bei Jana. Ihre Eltern haben in der Klinik inzwischen im Schnelldurchgang gelernt, eine Bauchfelldialyse bei ihrem Kind durchzuführen. Doch jetzt müssen sie damit zu Hause zurechtkommen. »Für viele Familien ist der Übergang aus dem behüteten Krankenhaus nach Hause wie ein Kulturschock«, berichtet Steinhauer von ihren Erfahrungen. »Bei manchen sieht es in der Wohnung wie in einer Intensivstation aus.« Pflegeberaterinnen lernen wenn möglich das Kind und die Eltern vor Ort kennen. »Dann können wir uns ein viel besseres Bild über die Situation machen und klären, was benötigt wird«, so Steinhauer. »Das A und O ist dabei eine enge Kommunikation mit den Eltern und den vielen Beteiligten.«

Für Jana muss jetzt eine Pflegestufe beantragt werden, sie benötigt ein spezielles Pflegebett und zahlreiche Apparaturen, unter anderem für die Dialyse. Zudem müssen die Spülflüssigkeit und etliche Medikamente besorgt werden. »Hier sind wir gefragt«, erklärt Steinhauer. »Die Pflegeberaterinnen nehmen in der Regel zunächst mit den Eltern und dann auch mit den Ärzten im Krankenhaus Kontakt auf und fragen, was benötigt wird. Beide Seiten sind darüber meist erleichtert, dass ihnen Aufgaben abgenommen werden. Einige der Kinder im Projekt werden künstlich beatmet. Dafür muss zum Beispiel ein 24-Stunden-Dienst besorgt werden. Aber wo finden Sie entsprechende Pflegekräfte, wenn die Familien auf dem Land leben? Wir machen uns dann auf die Suche nach geeigneten Pflegediensten.« Manchmal ist es aber auch die schwere Aufgabe von Steinhauer und dem Team, ein geeignetes Hospiz für ein Kind zu finden und es auch dorthin zu begleiten. »Die Schicksale der Kinder und Familien geht uns im Team allen sehr nahe«, sagt sie.

Extrem belastet:

Familien mit schwerkrankem Kind

Schock für die gesamte Familie. Ab jetzt muss das kleine Mädchen regelmäßig dialysiert werden. Sie erhält eine sogenannte Peritonealdialyse, auch Bauch-

felldialyse genannt. Mehrmals am Tag wird eine Spülösung über einen dünnen Schlauch in Janas Bauchraum gegeben. Die Giftstoffe wandern aus dem Körper in die Lösung, die nach wenigen Stunden wieder gewechselt wird. Das bestimmt ab jetzt den Tagesablauf von Jana in der Klinik.

Familien mit schwerkranken und pflegebedürftigen Kindern wie Jana befinden sich in einer besonders schwierigen Situation. »Ist ein Kind schwer erkrankt, dann sind die Eltern und das Umfeld emotional bis zum Äußersten belastet«, berichtet Dr. Jörg Schefels, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin beim MDK Nordrhein. »Gleichzeitig benötigen die Kinder eine umfassende und schnelle Versorgung.«

Entlastung für betroffene Eltern

Um Familien in solchen Situationen bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu unterstützen, haben die Novitas BKK und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein ein Konzept zum Kinderfallmanagement entwickelt. Kernstück des Modells ist es, den betroffenen Eltern die bestmögliche Beratung und Hilfestellung zu bieten. Dazu wurden zunächst Pflegeberaterinnen der Kasse durch ein Team um Schefels zu Themen aus der Sozialmedizin, der Kinderheilkunde sowie in Konflikt- und Fallmanagement intensiv geschult. Die Pflegeberaterinnen stehen den Eltern inzwischen als feste Ansprechpartnerinnen bei ihren Fragen zur Verfügung. Die Kinder gehören allen Altersgruppen an. Sie

Gemeinsame Fallkonferenzen fördern sektorenübergreifende Zusammenarbeit

In regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen mit dem MDK-Arzt Schefels besprechen die Kassenmitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen offene Fragen und erarbeiten konkrete Lösungswege für die jungen Patienten. Welche Hilfsmittel benötigt das Kind jetzt oder zukünftig? Welches ist der richtige Rollstuhl, was ist beim Beatmungsgerät zu beachten, sind Rehabilitationsmaßnahmen notwendig? Wie steht es mit der Verordnung von Heilmitteln wie zum Beispiel Logopädie? »Gerade bei den Hilfsmitteln gibt es viele Nachfragen«, berichtet Schefels. Inzwischen berät der Kinderarzt die Kasse regelmäßig einmal pro Woche zum Thema Hilfsmittel für Kinder.

Rund 120 Kinder und deren Familien sind während der Pilotphase begleitet worden. Die Kasse ist mit dem Verlauf des Projektes sehr zufrieden. »Unser oberstes Ziel war dabei eine spürbar höhere Lebensqualität für die betroffenen Kinder und ihre Familien«, sagt Reiner Geisler, Vorstand der Novitas BKK. »Das haben wir erreicht, und darüber hinaus und in zahlreichen Einzelfällen sogar durch eine passgenauere Therapie einen besseren Gesundheitszustand.« Aufgrund der positiven Ergebnisse haben

die Novitas BKK und der MDK Nordrhein entschieden, das Projekt fortzuführen.

Jana ist inzwischen zu Hause. Doch sie ist so krank, dass sie dringend eine Nierenspende benötigt. Sie hat Glück im Unglück, denn ihr Vater kommt als Lebendspender infrage. Jetzt laufen die Vorbereitungen für die Transplantation. Jana und ihre Familie warten auf den Termin – und mit ihnen das Team des Kinderfallmanagements.

Dr. Barbara Marnach
ist Pressesprecherin des
MDK Nordrhein.
barbara.marnach@
mdk-nordrhein.de



Interview mit Dr. Ulrich Sommer, dem Ärztlichen Leiter des MDK Nordrhein

Besonderheiten und Potenzial des Kinderprojektes

MDK Forum Herr Dr. Sommer, was ist aus Sicht des MDK Nordrhein an dem Projekt Kinderfallmanagement so besonders?

Dr. Ulrich Sommer Es sind vor allem zwei Dinge. Zum einem können wir mit unserem Know-how dazu beitragen, dass Familien in einer schwierigen Lebenssituation adäquate Unterstützung erhalten. Das ist wichtig und das dürfen wir als MDK nie aus dem Auge verlieren. Zum anderen steht in diesem Projekt die Beratung durch den MDK im Vordergrund. Jenseits der Prüfung des Einzelfalles geht es um die Entwicklung von tragfähigen Versorgungskonzepten. Wir sind bereits weit im Vorfeld bei Leistungsfragen integriert. Wir beraten die Kasse vielmehr strategisch, zum Beispiel bei Fragen, welche Leistungen Kinder mit bestimmten Erkrankungen benötigen. Das ist der Weg, auf dem ich den MDK Nordrhein künftig sehe.

MDK Forum Was verändert sich durch das Projekt?

Sommer Eine ganz entscheidende Veränderung ist die sektorübergreifende Zusammenarbeit. Da entscheidet nicht einer über einen Rollstuhl und der nächste unabhängig davon über Krankengymnastik. Das Projekt ist darauf ausgerichtet, in Zusammenhängen zu denken und Leistungen aufeinander abzustimmen. In der Fallkonferenz wird das Kind und seine gesamte Situation vorgestellt. Daraus wird ein Konzept entwickelt. Dadurch verläuft die Betreuung der Kinder unkomplizierter, schneller und zielgenauer. Davon profitieren alle.

MDK Forum Welche Rolle spielt der MDK Nordrhein in dem Projekt?

Sommer Der MDK spielt eine wesentliche Rolle. Durch unseren Facharzt werden die Kassenmitarbeiter auf ihre speziellen Aufgaben im Projekt vor-

bereitet. Wir haben außerdem gemerkt, dass im laufenden Projekt viel sozialmedizinische Fachkompetenz gefragt ist. In den Fallkonferenzen werden die Fragen ausführlich besprochen. Das ist Input, den wir als MDK liefern.

*Die Fragen stellte
Dr. Barbara Marnach*

Dr. Ulrich Sommer



Personbezogene Faktoren der ICF zum Nutzen der Versicherten

IN DER BEGUTACHTUNG VON SOZIALLEISTUNGEN spielen personbezogene Faktoren eine bedeutende Rolle. Allerdings fehlte es bisher an einer systematischen Zusammenstellung, wie sie zum Beispiel von der WHO für Umweltfaktoren bereits geschaffen worden ist. Auf der Basis von Vorarbeiten aus der MDK-Gemeinschaft hat die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) einen Vorschlag erarbeitet, der diese Lücke schließen soll.

Das der ICF (International Classification of Functioning) zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell der Wechselwirkungen kann dabei als Hilfestellung im Rahmen der individuellen Bedarfsfeststellung für Teilhabeleistungen angesehen werden.

Die Visualisierung der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, den Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems auf die Funktionsfähigkeit unter gleichzeitiger Berücksichtigung fördernder oder hemmender Einflüsse aus dem individuellen Lebenshintergrund, welche Interventionen erforderlich sind, hilft, die individuell festgelegten Teilhabeziele zu erreichen. Der

Behinderung: Resultante aus Gesundheitsproblemen und Kontextfaktoren

Entscheidungsprozess kann somit transparent und nachvollziehbar dargestellt werden. Mit diesem Modell wird verdeutlicht, dass Behinderung als Ergebnis

der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihrer individuellen Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) zu verstehen ist und nicht allein als Merkmal dieser Person zugeschrieben werden darf (siehe Beispiel im Kasten).

Zu einer umfassenden Sachaufklärung gehört sowohl für den Sachbearbeiter eines Sozialleistungsträgers als auch für den Gutachter, Arzt oder Therapeuten die Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren und dabei explizit auch die Beurteilung, ob sich diese im Einzelfall günstig oder ungünstig auf die Teilhabe auswirken.

Die Umweltfaktoren stellt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der ICF-Komponente »Kontextfaktoren« systematisch vor. Für die personbezogenen Faktoren fehlt diese systematische Zusammenstellung. Deshalb bleibt die Darstellung der in Zusammenhang mit dem Gesundheitsproblem und den Teilhabebeeinträchtigungen stehenden Wechselwirkungen letztendlich ein Stück der Beliebigkeit bzw. der individuellen Vorstellungskraft der Beteiligten überlassen. Der Einfluss personbezogener Faktoren kann daher nicht systematisch aufgezeigt werden.

Standardisierung der Beurteilungskriterien

Diese Lücke vorerst und ansatzweise zu schließen und die WHO dabei zu unterstützen, hierzu eine internationale konsentrierte Klassifikation vorzulegen, hat sich die »Arbeitsgruppe ICF« der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zur Aufgabe gemacht.

Auf der Grundlage von Vorarbeiten aus der MDK-Gemeinschaft wurde ein Vorschlag für den deutschen Sprachraum erarbeitet. Ziel der gemeinsamen Arbeit war es, zu einer Standardisierung der Beurteilungskriterien in der sozialmedizinischen Begutachtung beizutragen. Dabei ging es nicht nur um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Stellungnahmen, sondern auch um deren Qualität.

Diese verbesserte Transparenz kann im Einzelfall dazu genutzt werden, berechtigten Ansprüchen der von Krankheit oder Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen insbesondere auch rechtliche Geltung zu verschaffen. Die von der Arbeitsgruppe in sechs Kapiteln zum Teil neu geordneten und zusammengefassten Merkmale wurden 2010 als Vorschlag für den deutschen Sprachraum publiziert. Um den Zugang zur Thematik zu erleichtern, wurde 2012 die vorgeschlagene Systematik um Beispiele ergänzt.

Ausgangspunkt der Diskussionen in der Arbeitsgruppe war das Verständnis, dass bei allen Überlegungen der betroffene Mensch mit seinem Anspruch auf Autonomie (Selbstbestimmung) und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen muss. Daher sollte die Faktorenaufstellung umfassend, universell, wertneutral, handhabbar, relevant, eindeutig, final ausgerichtet und nicht diskriminierend sein.

Die Kapiteleinteilung wurde so gewählt, dass sich alle von der WHO in beispielhaft angeführten Items für per-

Relevante Kontextfaktoren sind entscheidend für passgenaue Leistung

Personbezogene Kontextfaktoren der DGSMP

Kapitel 1 Alter; Geschlecht; genetische Faktoren

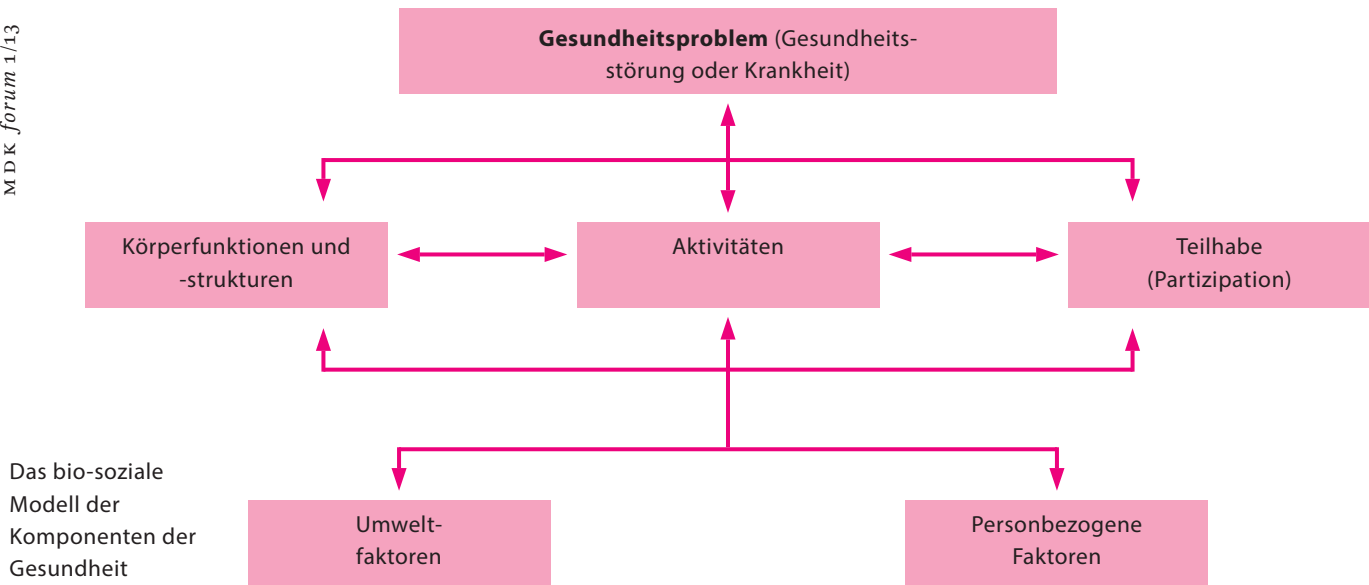
Kapitel 2 Faktoren des Körperbaus; andere physische Faktoren

Kapitel 3 Faktoren der Persönlichkeit; kognitive und mnestiche Faktoren

Kapitel 4 Einstellungen; Grundkompetenzen; Verhaltensgewohnheiten

Kapitel 5 unmittelbare Lebenslage; sozioökonomischer / soziokultureller Status

Kapitel 6 andere Gesundheitsfaktoren



sonbezogene Faktoren wiederfinden. Bei der Kapiteleinteilung orientierte man sich zunächst an den einfachen, aus Kapitel 1 vorgegebenen Merkmalen, die von der einzelnen Person in der Regel zum Zeitpunkt ihrer Feststellung nicht einfach verändert werden können (überdauernde Merkmale). Das Kapitel »Andere Gesundheitsfaktoren« wurde wie im WHO-Vorschlag hintangestellt.

Abgrenzung zwischen Komponenten der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren

Die Abgrenzung von Items in der Komponente »Personbezogene Faktoren« zu gleichlautenden Items der ICF-Komponenten »Körperfunktionen« oder »Aktivitäten« ist durch eine andere Perspektive des Betrachters gegeben. Während für die Funktionsfähigkeit als Beurteilungsmerkmal die Ausprägung der Schädigung bzw. Beeinträchtigung bedeutsam ist, stellt sich für die Kontextfaktoren die Frage, ob sie im Einzelfall zum Zeitpunkt der Fragestellung die Funktionsfähigkeit positiv oder negativ beeinflussen können.

Personbezogene Faktoren – ein Tabu?

Für die fehlende Ausgestaltung der Komponente »Personbezogene Faktoren« werden als Gründe, neben den von der WHO angeführten sozio-kulturellen Unterschieden, oft die mögliche Stigmatisierung bzw. Diskriminierung oder aber versicherungsrelevante nachteilige Konsequenzen für den Betroffenen angegeben.

Aber auch ohne eine Systematik für die personbezogenen Faktoren werden diese schon seit jeher in einzelnen Fragestellungen, z. B. vom Arzt oder Therapeuten, reflektiert, ggf. aber nicht umfassend erkannt und gewertet. Ihre Erhebung und Bedeutung blieben somit weiterhin intransparent und ein Stück der Beliebigkeit oder Erfahrung des Betrachters überlassen. Die strukturierte Beschreibung von relevanten Kontextfaktoren liegt aber

im Interesse der Betroffenen, für die ja eine passgenaue Leistung wichtig ist.

Ein verantwortungsbewusster Umgang im Zusammenhang mit personbezogenen Faktoren bedeutet, dass nicht alle in dieser Komponente aufgelisteten Items abgefragt werden dürfen, sondern nur die Kriterien, die für die aktuelle Fragestellung von Bedeutung sind. Umwelt- und personbezogene Faktoren gar nicht zu berücksichtigen wäre geradezu für die Betroffenen nachteilig und unethisch.

Literaturtipps:

Gesundheitswesen Nr. 74 (2012) S. 449–58:

Beispiele zum Entwurf der AG »ICF« des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP)

Begutachtungs-Richtlinie »Vorsorge und Rehabilitation«

Personbezogene Kontextfaktoren werden in der neuen Begutachtungs-Richtlinie »Vorsorge und Rehabilitation« speziell für das Begutachtungsfeld Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen thematisiert. Beispiele:

- mangelnde Grundkompetenzen (Sozial-, Selbst- und Handlungskompetenzen) im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter / eines Vaters;
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung;
- Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz

Diese und andere personbezogene Faktoren können mit ausschlaggebend sein für eine positive sozialmedizinische Empfehlung.



Dringend gesucht

Unabhängige Hilfsmittelberatung

2012 SORGTEN MEDIZINPRODUKTE MEHRFACH EU-weit für negative Schlagzeilen. Welchen Beitrag die unabhängige Beratung und Begutachtung in der Versorgung mit Hilfsmitteln und Medizinprodukten leisten kann, um den Versicherten vor Schaden zu bewahren, diskutierten Experten und Betroffene auf dem Expertentag der SEG 5.

Gerissene Brustimplantate, aus denen technisches Silikon in den Körper entweicht. Hüftprothesen, die schon nach wenigen Jahren brechen. Stents in Hirngefäßen, die das Risiko für Schlaganfälle verdoppeln, statt es zu verringern. Die Medizinprodukte, die im vergangenen Jahr für Negativschlagzeilen sorgten, trugen das CE-Siegel – als Beleg dafür, dass sie nach dem Europäischen Konformitätsbewertungsverfahren als sicher eingestuft sind und für den europäischen Markt somit zugelassen.

Viel Leid wäre vermeidbar, würden Medizinprodukte von Anfang an einer schärferen Kontrolle unterzogen, so ARD-Journalist Herbert Stelz anlässlich des Expertentages der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Hilfsmittel und Medizinprodukte« (SEG 5), der im November in Offenbach stattgefunden hat.

Ein Tropfen auf den heißen Stein

Mit dem Entwurf für eine neue Medizinprodukte-Verordnung hat die EU-Kommission zwar umgehend auf den Ruf nach mehr Sicherheit reagiert. Auch auf nationaler Ebene wurde nachgebessert mit einer Überarbeitung der Verwaltungsvorschrift zum Medizinprodukte-Gesetz. »Die eigentlichen Probleme werden aber damit nicht angegangen«, bemängelt Dr. Ravi Pazhur, Leiter des Fachgebiets Medizinprodukte beim MDS.

Die EU-Verordnung sieht europaweite Kontrollen für den Zertifizierungsprozess vor, die Verwaltungsvorschrift zusätzliche Kontrollen bei den Herstellern. Am Zertifizierungsprozess selbst soll sich allerdings nichts ändern: In dem geltenden Konformitätsbewertungsverfahren wird nur die medizinisch-technische Funktionsfähigkeit und Eignung von Medizinprodukten unter die Lupe genommen. Zumindest die Medizinprodukte der Hochrisikoklasse III, zu der auch die oben genannten gehören, müssten aber zusätzlich auf das medizinische Risiko sowie ihre Wirksamkeit geprüft werden.

Produkte der Klasse III verbleiben auf Dauer im menschlichen Körper oder greifen gar wie Herzschrittmacher und Defibrillatoren aktiv in körperliche Vorgänge ein. Zu den Hochrisiko-Produkten gehörten auch die Brustimplantate des französischen Herstellers PIP, die 2012 einen großen Medizinprodukte-Skandal auslösten.

Wer übernimmt die Folgekosten?

Die Herstellerfirma ist pleite. Für ihre kriminellen Handlungen, wie die Befüllung mit technischem Silikon, muss der Haftpflichtversicherer in Frankreich wahrscheinlich nicht aufkommen. Für die Geschädigten in den anderen

EU-Staaten sieht es noch schlechter aus. »Hier brauchen wir dringend eine gesamteuropäische Lösung«, sagt Pazhur. In ganz Europa fordern Krankenversicherungen daher von Herstellern von Medizinprodukten den Abschluss einer Haftpflichtversicherung.

Unseriöse Praktiken sind auf dem Markt für Medizinprodukte weit verbreitet und für den Laien meist nur schwer zu durchschauen, bestätigt Daniela Hubloher, Patientenberaterin von der Verbraucherzentrale Hessen. Bei Medizinprodukten, die nicht in den Körper gelangen, leide zwar nicht unbedingt die Gesundheit, wohl aber der Geldbeutel. So meldeten sich in ihrer Sprechstunde oft Ratsuchende, denen der Arzt ein Hörgerät verschrieben hat. Beim Akustiker würden dann verschiedene Geräte zur Auswahl vorgelegt, dazu der Hinweis, die Kosten für die guten Geräte würden von den gesetzlichen Krankenkassen ja leider nicht übernommen. »Viele verzweifeln dann regelrecht, weil sie die € 2000 für das teurere Gerät nicht aufbringen können«, sagt Hubloher. Dabei könnte ihnen mit einem richtig eingestellten Kassengerät durchgeholfen werden.

Gute Qualität ist bei Hilfsmitteln oft keine Frage des Geldes, bestätigt Ulrike Lux. Es komme vielmehr auf individuelle Lösungen an. Lux ist selbst auf einen Rollstuhl angewiesen. Ihre Erfahrung bringt sie in eine städtische Beratungsstelle für Behinderte ein. »Standardversorgungen können für Behinderte fatal sein«, sagt sie und plädiert für mehr Flexibilität: Wie im Fall des Hemiplegikers, der aufgrund der halbseitigen Lähmung zwar nur eine Hand bewegen konnte, dessen Rollstuhl aber dennoch standardmäßig mit zwei Greifreifen ausgestattet war. Dadurch war der Rollstuhl um wenige Zentimeter zu breit für die Badezimmertür. Entfernen lassen durfte er den zweiten Greifreifen trotzdem nicht – aus haftungsrechtlichen Gründen.

Die wichtigste Voraussetzung in der Versorgung mit Medizinprodukten ist eine unabhängige fachkundige Beratung, da sind sich die Teilnehmer des Expertentages einig. Doch um den Verbraucher wirksam schützen zu können, müssen weitere Maßnahmen gesetzlich verankert werden wie etwa die Nutzenbewertung von Hochrisikoprodukten.

Ein Versagen von Klasse-III-Produkten kann tödliche Folgen haben



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

Gecko-Füße im OP

Selbsthaftende Nanofasern als Wundverschluss

CHIRURGEN VERSCHLIESSEN WUNDEN üblicherweise mit Nähten und verknoten anschließend die Fäden. Das kostet nicht nur Zeit, sondern kann im Bereich der Knoten auch zu Entzündungen führen. Hier soll Mutter Natur helfen: Nach dem Vorbild von Gecko-Füßen entwickelten Forscher selbsthaftende Nanofasern für eine bessere Wundheilung.

Die Bionik hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit dem Einstieg in das digitale Zeitalter stark verändert: Von der Erfassung der groben Struktur und dem Studieren der mechanischen Gegebenheiten à la Leonardo da Vinci hat sie sich hin zur Nanotechnologie gewandelt und damit immer feinstofflichere Formen angenommen. Die Gründe hierfür reichen von der immer stärker werdenden Rechnerleistung über verfeinerte Produktionsprozesse bis hin zur interdisziplinären Vernetzung der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Was gleich geblieben ist: die Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten in der Natur.

Mutter Natur als Vorbild

Ein Beispiel ist der Wundverschluss, den unlängst eine Forschergruppe um Dr. Aránzazu del Campo vom Max-Planck-Institut für Polymerforschung im Rahmen der Verleihung des Innovationspreises für Medizintechnik vorstellte. In Kooperation mit Universitätsmedizinern und weiteren Partnern entwickelte sie ein Nahtmaterial, das Gewebe nach Operationen ohne Knoten fixieren kann und sich später problemlos entfernen lässt.

Der Gedanke dahinter ist zunächst recht einfach: Wer jemals einem Gecko dabei zugesehen hat, wie er schnurstracks an einer senkrechten Wand hochklettert oder gar kopfüber an einer Zimmerdecke entlangläuft, kennt die Haftkraft seiner Füßchen. Dabei ist die Oberfläche, auf der er »klebt«, von zweitrangiger Bedeutung.

Wie klebt der Gecko an der Wand?

Es sind nanoskopisch kleine Härchen an ihren Fußunterseiten, die es Geckos wie auch Fröschen ermöglichen, an verschiedensten Oberflächen schnell zu haften und den Fuß ebenso schnell wieder lösen zu können – im Grunde genommen das, was ein Chirurg im Operationssaal braucht.

Dem Forscherteam gelang es, chirurgisches Nahtmaterial mit Fibrillen ähnlich diesen feinen Hafthärchen zu versehen: »Wir haben am MPI-P eine spezielle Methode entwickelt, die Nanofasern auf gekrümmte Oberflächen aufzubringen«, so del Campo. »Die neuen Oberflächenstrukturen sollen alleine, also ohne Knoten, das Gewebe zusammenhalten, es bei der Wundheilung schonen und sich problemlos entfernen lassen.« Denn die bisherigen selbsthaftenden Wundverschlüsse hafteten oft nicht stark genug. Oder die Chirurgen haben das frisch verheil-

te Gewebe beschädigt, wenn sie die Wundverschlüsse wieder entfernen mussten.

Die Prüfung in der Pathologie

Das REPAIR-Lab des Instituts für Pathologie der Universitätsmedizin Mainz untersucht die Wechselwirkungen zwischen Geweben und innovativen Biomaterialien – wie in diesem Fall dem neuen Wundverschluss. »Wenngleich uns die Natur in etlichen Bereichen schier unlösbare Rätsel aufgibt, so gibt sie auch zahlreiche Antworten auf zentrale Fragen der Forschung. In der Medizintechnik kommen diese neuartigen Wundverschlüsse einem Quantensprung gleich. Mein Team ist stolz darauf, gemeinsam mit Aránzazu del Campo eine echte Perspektive in dem für die Medizin so wichtigen Bereich Wundheilung aufzuzeigen«, so der Universitätsprofessor und Pathologe James Kirkpatrick.

Sein Ziel ist es nun herauszufinden, ob das Biomaterial zu Funktionsänderungen im Heilungsprozess führt und wie genau die Entzündungszellen auf die Nanofasern reagieren. Auf diese Weise erhält er wichtige Informationen zur Gewebeverträglichkeit. Das Institut für Pathologie schafft damit eine Basis auf dem Wege zur klinischen Anwendung. Für Kirkpatrick ist dieses Projekt ein Paradebeispiel für eine interdisziplinäre Kooperation zwischen der Universitätsmedizin und Forschungseinrichtungen wie dem Max-Planck-Institut.

Ziel soll letztendlich ein Prototyp für die industrielle Herstellung sein. Er könnte helfen, den Heilungsprozess nach Operationen zu beschleunigen und Infektionen zu vermeiden. Für Patienten würde dies vielleicht schon bald eine kürzere Wundheilung und geringere Narbenbildung bedeuten. Außerdem könnten Patienten und Chirurgen von kürzeren Operationszeiten profitieren.

Gecko-Füße auf dem Weg in den Operationssaal



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



Jörg Betton Mentges
ist Medizintechniker und
arbeitet im Fachgebiet
»Hilfsmittel« des MDS.
j.mentges@mds-ev.de

Interview mit dem Filmmacher David Sieveking

Vergiss mein nicht

IN EINEM PASSAGENWEISE FAST HEITEREN FILM hat der Regisseur David Sieveking die letzten Jahre seiner an Demenz erkrankten Mutter dokumentiert und sich mit Rückblenden und Interviews ihrem Leben angenähert: So entstand *Vergiss mein nicht*. Wir sprachen mit Sieveking über die Filmarbeit und seine Erfahrungen mit der Demenz.

MDK Forum Wie ist die Idee zu diesem Film entstanden?

David Sieveking Am Anfang stand eigentlich die pragmatische Idee, noch möglichst viel Zeit mit meiner Mutter zu verbringen. Auslöser war, dass meine Schwestern und ich das Gefühl hatten, dass unser Vater von der Situation zu Hause überfordert ist. Zu diesem Zeitpunkt lag die Diagnose etwa ein Jahr zurück. Ich hatte die Hoffnung, etwas zu machen, das meinen Eltern hilft. Die Bedingung für mich war aber, dass meine Mutter von diesem Projekt profitiert. Deshalb haben wir eine Art Probezeit gehabt, in der wir zu Hause mit Kamera- und Tonmann gearbeitet haben. Dabei hat sich herausgestellt, dass wir meine Mutter durch unsere Gegenwart regelrecht mobilisiert haben. Das hat mich dann motiviert, den Film tatsächlich zu machen.

MDK Forum Welche Botschaft hat Ihr Film? Wollen Sie den Zuschauern die Angst vor einer Demenzerkrankung nehmen?

Sieveking Für mich steht die »Botschaft« nicht im Vordergrund. Ich bin eher froh, wenn ein Film Spielräume für Interpretationen und Deutungen lässt. Aber ich freue mich natürlich, wenn mir jemand sagt: »Der Film hat mir Mut gemacht, ich habe nicht mehr so eine Angst vor Alzheimer wie vorher.« Denn an einer Demenz zu erkranken muss nicht heißen, dass man dann keine guten Erfahrungen mehr miteinander machen kann.

MDK Forum Manchmal hört man, dass Angehörige oder Betroffene die Diagnose als Erleichterung empfinden. Wie war das bei Ihnen?

Sieveking Bis zur Diagnose »Demenz« hat es bei uns fast drei Jahre gedauert. Das war eine »Ärzte-Odyssee« und ein sehr aufreibender Prozess, in dem meine Mutter ihre Autonomie nicht aufgeben wollte und in dem sie bisweilen sehr deprimiert war. In dieser Zeit haben wir alle gehofft, dass sie wieder so wird, wie sie vorher war, dass es quasi Heilung und ein Zurück gibt. Vor der Diagnose haben wir uns oft gefragt: Wieso macht sie jetzt dies und das? Aber Probleme zu psychologisieren, ist oft nicht hilfreich. Und da hilft es manchmal einfach, wenn man weiß: Das ist ein unumkehrbarer Abbauprozess im Gehirn, und es nützt nichts, da nach Schuld zu suchen oder nach irgendeinem spezifischen Grund für ein Verhalten. Für meinen Vater war der Satz einer Ärztin besonders wichtig, die ihm gesagt hat: »Versuchen Sie nicht mehr, ihre Frau aus der Vergangenheit zu erklären.« Das hat ihm geholfen, die neue Situation zu akzeptieren.

Ich finde im Nachhinein, dass es uns wahrscheinlich sehr geholfen hätte, wenn die Ärzte die Diagnose schon ein

bis zwei Jahre früher hätten stellen können. Denn die Diagnose hat den Anstoß gegeben, Unterstützung zu suchen, eine Pflegestufe zu beantragen usw. Mit einer Diagnose kann man sich besser auf das einstellen, was auf einen zukommt, und sich darauf vorbereiten, selbst wenn es keine Heilung gibt.

MDK Forum Wie hat Ihre Mutter auf die Diagnose reagiert?

Sieveking Den Moment der Diagnose hat meine Mutter eigentlich verpasst. Zumindest die Mutter, die sich mal dafür interessierte. Alles fing nach einer größeren mehrstündigen Hüftoperation an, nach der sie ziemlich verwirrt aufwachte. Dann hieß es, es sei ein »Durchgangssyndrom«, das bessert sich wieder. Aber sie kam nie wieder auf die Höhe wie vorher. Sie sagte damals: »Ich will einen Neurologen sehen wegen meiner Demenz.« Bei den Tests schnitt sie aber in den Augen der Ärzte regelmäßig immer so gut ab, dass eine Demenz ausgeschlossen wurde. Sie konnte halt noch lange Zeit gut rechnen und war sehr eloquent. Aber in unseren Augen war ihr geistiger Abbau frapierend. Sie war schon ein Jahr nach der Hüft-OP nicht mehr fähig, ihren Alltag allein zu meistern. Als nach drei Jahren endlich die Diagnose kam, konnte sie selbst damit nichts mehr anfangen, und wir konnten uns nicht mehr mit ihr darüber austauschen. Da war sie schon in einer ganz anderen Welt.

Der Film setzt zu einer Zeit an, in der meine Mutter mit ihrem alten Ich insofern schon abgeschlossen hatte, als sie ihre alte Identität eigentlich schon vergessen zu haben schien. Man könnte sagen, dass sie ihr Vergessen vergessen hatte. Emotional gesehen war sie in dieser Phase eigentlich nicht schlecht drauf, aber es war vor allem für uns Angehörige verdammt schwierig, mit der Situation umzugehen.

David Sieveking



MDK Forum Ihre Familie hat dann die Pflege zu Hause selbst organisiert ...

Sieveking Mein Vater sagt heute, dass er sich viel zu spät Hilfe gesucht hat. Er wollte das eigentlich alles allein erledigen, »den Helden spielen«, wie er es ausdrückt. Zwischenzeitlich, und das sieht man ja auch im Film, war meine Mutter dann für eine kurze Zeit in der Kurzzeitpflege. Ich habe mir eine Reihe von Pflegeheimen angesehen. Das, was wir dann ausgesucht hatten, war eigentlich das einzige, das ich wirklich gut fand. Das ist aber ein sehr teures 5-Sterne-de-luxe-Pflegeheim. Finanziell hätten wir das nicht so einfach schultern können. Und wir wussten ja nicht, wie lange unsere Mutter das hätte in Anspruch nehmen müssen. Andererseits wollten wir, dass sie eine gute Betreuung bekommt. Deshalb haben wir versucht, das zu Hause hinzubekommen, und wir haben dann eine Pflegehilfe eingestellt. Mein Vater wollte seine geliebte Frau auch schlichtweg bei sich behalten.

Und obwohl wir gut aufgestellt sind, war es dann teilweise doch sehr problematisch. Meine Familie lebt ja über Deutschland verstreut, meine Schwestern haben eigene Kinder und sind berufstätig. In dieser Konstellation hat man kaum Möglichkeiten, die Pflege gemeinsam zu Hause zu realisieren. Und mein Vater allein hätte das nicht geschafft. So war es ganz entscheidend, sich auch Hilfe von außen zu suchen.

MDK Forum Ihr Film wirkt an vielen Stellen heiter, auch Ihre Mutter wirkt fast heiter. Angst scheint es bei ihr nicht zu geben?

Sieveking Doch, die gab es natürlich auch. Im Film wird zum Beispiel eine Szene im Schwimmbad gezeigt: Meine Mutter war früher eine passionierte Schwimmerin, aber bei diesem Schwimmbadbesuch weiß sie nichts mit dem Wasser anzufangen und weigert sich, ins Wasser zu gehen. »Können wir uns irgendwo hinsetzen, wo wir nicht sterben?«, fragt sie in dieser Situation. Das hat mich ganz schön erschüttert. Sie hat oft Sätze gesagt wie: »Ich kann das nicht, weil ich das nicht weiß.« Oder: »Ich habe solche Angst.« Oder sie wollte einfach liegen bleiben, weil sie nicht wusste, wie sie auf die ständigen Anforderungen

reagieren sollte. Mein Vater erlebte eine Zeit, wo sie vor Angst mit den Zähnen klapperte. Aber es war dann zum Glück so, dass man ihr die Furcht vor dem Unbekannten nehmen konnte und sie dann bereit war, etwas zu machen.

MDK Forum Wie sehen Sie den gesellschaftlichen Umgang mit Demenz?

Sieveking Menschen mit Demenz sollten, solange es eben geht, als Teil der Gesellschaft akzeptiert werden. Im Moment führt unser Umgang in einen Teufelskreis: Aus Sorge, dass sie überfordert werden, hält man die Demenzkranken vom sozialen Leben fern. So können die Nicht-Dementen aber nie lernen, wie man mit Demenzkranken umgeht. Wenn ich mit meiner Mutter einkaufen gegangen bin oder mit ihr im Schwimmbad war, sind wir meistens wie Außerirdische angeguckt worden. Eine verwirrte alte Frau – die sieht man einfach selten, egal ob im Kino oder im Supermarkt. Dabei ist Bad Homburg wirklich keine Studentenstadt. Ich bin überzeugt, dass es für die Gesellschaft wirklich gut wäre, wenn wir diese Berührungängste abbauen könnten. Konkret bezogen auf die Betreuung von Menschen mit Demenz ist eine Botschaft meines Films, dass man sie nicht komplett aus Alltagsaktivitäten herausnehmen sollte. Angeregt durch kleine Handgriffe und teils nur minimale Bewegung wurde auch ihr Geist wacher und sie lächelte. Man muss sich Zeit lassen und vieles ausprobieren, um herauszufinden, was in dem individuellen Fall angemessen ist.

MDK Forum Was müsste aus Ihrer Sicht noch getan werden, und wer ist hier aufgerufen? Die Politik?

Sieveking Ich glaube, dass Politik oder Staat allein dieses Problem nicht lösen können. Wir haben ja in unserem Gesellschaftsmodell eine Menge an den Staat delegiert. Aber beim Thema Altenpflege stößt dieses Modell an seine Grenzen. Hier ist vor allem die Familie gefragt – und die sollte dann angemessen vom Staat unterstützt werden. Momentan wirkt es eher so, dass der Staat die Familien möglichst ausnutzt. Mir hat bisher noch niemand wirklich erklären können, weshalb die Sätze für die Pflege durch Angehörige

zu Hause und die Pflege in Pflegeheimen so extrem unterschiedlich sind. Und auch die Pflegebegutachtung und welche Pflegestufe man dann bekommt, ist für einen Laien schwer zu verstehen. Da würde ich mir schon mehr Transparenz und Hilfe wünschen.

MDK Forum Wie war die Resonanz auf Ihren Film?

Sieveking Für einen Dokumentarfilm mit so einem schweren Thema läuft der Film erstaunlich gut. Wir haben beim Filmfestival in Locarno den Kritikerpreis gewonnen, den Hessischen Dokumentarfilmpreis gekriegt und beim Dokumentarfilmfest in Leipzig haben wir auch noch einen Preis erhalten. Wir hatten eine sehr gute Berichterstattung und eine große Medienresonanz und sind jetzt bei über 50 000 Zuschauern in Deutschland und gut 25 000 in der Schweiz. Mein gleichnamiges Buch, das den Film inhaltlich ergänzt, läuft auch sehr gut: Es ist seit sechs Wochen in der Spiegel-Bestsellerliste. Die Menschen fühlen sich offenbar sehr angesprochen und sind sehr angerührt. Ich habe ja nicht ausschließlich einen Demenzfilm gemacht, sondern auch ein Generationenportrait, motiviert durch das Leben meiner Mutter, die mir ja ihre Geschichte nicht mehr erzählen konnte. Film und Buch sind auch überraschend unterhaltsam, da meine Mutter zwar ihr Gedächtnis, nicht aber ihren Humor verloren hat.

*Das Gespräch führte
Christiane Grote*



Die Notfallseelsorgerin

»Man muss sich im Gleichgewicht halten«

WER EINEN SCHLIMMEN UNFALL BEOBACHTET oder einen Angehörigen bei einem Unglück verloren hat, der findet hier Unterstützung – wie auch Ersthelfer oder Feuerwehreinsatzkräfte vor Ort: bei einem der rund 11 000 Notfallseelsorger in Deutschland, deren Arbeit dann beginnt, wenn Menschen großes Leid erfahren. Eine von ihnen ist Erneli Martens.

Wie jeden Donnerstag steht Erneli Martens vor ihren 15 Schülern der Feuerwehrazademie Hamburg. Die jungen Männer lassen sich zu Einsatzkräften ausbilden. Martens hat gerade eine halbe Stunde unterrichtet, da meldet sich ihr Pieper. Sofort ruft sie die Leitstelle an und erfährt: »Person unter Zug«. Erneli Martens greift nach ihrer Jacke, tröstet ihre Schüler und steigt in den roten Smart. Ihr Einsatz ist gefordert.

Ob Verkehrsunfall, Zugunglück oder Selbstmord – dort, wo der Tod auftaucht und das Leben von Familien, Freunden oder Unfallzeugen aus der Bahn wirft, beginnt die Arbeit der 51-jährigen Pastorin. Als Notfallseelsorgerin der Feuerwehr

Wie sagt man, dass ein geliebter Mensch tot ist?

Hamburg überbringt sie Todesnachrichten, kümmert sich um Unfallzeugen oder -verursacher und um die Helfer. Sie ist oft der erste Ansprechpartner für Menschen, die eine Nachricht erhalten haben, die sie für eine lange Zeit in tiefe Trauer stürzen wird.

Notfallseelsorge

Die Notfallseelsorge wird in Deutschland überwiegend von den Kirchen organisiert. Zwei Drittel der etwa 11 000 Notfallseelsorger arbeiten hauptamtlich, ein Drittel im Ehrenamt. Auch Hilfsorganisationen bieten Kriseninterventionen an.

Für den Einsatz eines Seelsorgers müssen sogenannte Einsatzindikationen vorliegen: Hierzu zählen beispielsweise ein Suizid, ein Unfall oder eine aussichtslose Reanimation. Die Arbeit der Notfallseelsorger richtet sich an zwei verschiedene Zielgruppen: Die sogenannten primär Geschädigten, wie Unfallopfer und sekundär Geschädigte, wie Unfallzeugen oder Angehörige. Helfende, wie Feuerwehreinsatzkräfte, werden durch die sogenannte Einsatznachsorge unterstützt. In manchen Städten, wie Hamburg, liegt beides in einer Hand.

Ein eigenes Netzwerk von 80 Seelsorgern

Erneli Martens arbeitet bereits seit 13 Jahren als Notfallseelsorgerin bei der Hamburger Feuerwehr. Nach Ausbildungen zur Chemisch-Technischen Assistentin und zur Jugend- und Musikschullehrerin sowie einem Pädagogikstudium beschloss Martens, Theologie zu studieren und damit dem Berufsweg ihres Vaters zu folgen. Zu ihrem heutigen Job kam sie damals mehr oder weniger durch einen Zufall. »Ich komme aus einer ländlichen Gegend nördlich von Hamburg, in der es nicht sehr viele Stellen für Pastoren gab«, berichtet Martens. »Als ich davon erfuhr, dass in Hamburg die Notfallseelsorge aufgebaut werden soll und dafür Pastoren gesucht werden, habe ich zugegriffen.« Heute hat Erneli Martens ein Netzwerk von mittlerweile 80 Seelsorgern, die für Einsätze bereitstehen.

Die erschütternde Nachricht

Auch wenn mittlerweile die Schreibtischarbeit häufig überwiegt und Erneli Martens überwiegend Seminare für die Einsatzkräfte gibt, ist sie dennoch immer wieder regelmäßig »draußen« im Einsatz. Einer der häufigsten Gründe dafür ist dabei, dass sie eine Todesnachricht überbringen muss. Zwar ist dies in der Regel eine primäre Aufgabe der Polizei. Doch diese kann bei Bedarf den Notfallseelsorger hinzurufen – für eine Aufgabe, die wohl die meisten Menschen ablehnen würden: Die Hamburger Pastorin kommt in einen Haushalt, in dem bisher noch alles in Ordnung war und der durch ihre Nachricht in seinen Grundfesten erschüttert wird. Wie sagt man einer Frau, dass ihr Mann, mit dem sie über 20 Jahre glücklich verheiratet ist, der sich bester Gesundheit erfreute und im Straßenverkehr nie irgendein Risiko eingegangen ist, heute auf dem Weg nach Hause auf der Autobahn tödlich verunglückt ist? »Die meisten ahnen schon beim Öffnen der Tür, dass etwas nicht stimmt«, erklärt Martens. »Wenn dort zum Beispiel zwei Polizisten mit einer weiteren Person in Zivil stehen,

Nachsorgeprogramme helfen, Erschütterndes zu verarbeiten

fangen die meisten bereits an, im Kopf alle Familienmitglieder durchzugehen und zu überlegen, um wen es gehen könnte.« Auch wenn die Nachricht ein großer Schock für ihr Gegenüber ist, muss die Notfallseelsorgerin die Botschaft so klar wie möglich vermitteln. »Ich bitte die Person, dass wir uns kurz hinsetzen und wähle dann eindeutige Begriffe. Zu sagen: »Er hat das Zeitliche gesegnet« oder »er ist eingeschlafen« hört sich vielleicht nicht so hart an, aber das könnte für Verwirrung sorgen.« Anschließend bietet Erneli Martens den Menschen an, eine Weile bei ihnen zu bleiben, informiert darüber, was mit dem Leichnam passiert und versucht eine Brücke zu weiteren Hilfsangeboten, z. B. zu Angehörigen oder Selbsthilfegruppen, zu bauen. Wenn sie gebeten wird, zu gehen, oder sich der Betroffene einigermaßen gefangen hat, ist ihr Job beendet. »Diese Menschen sehe ich in der Regel nicht wieder. Sie wollen an diesen traumatischen Tag nicht erinnert werden.«

Auch die »Täter« leiden

Ein Notfallseelsorger betreut nicht nur Zeugen eines Unfalls oder unmittelbar Beteiligte wie Lokführer, die einen Menschen, der Suizid beging, überfahren haben, sondern auch Unfallfahrer – und damit die Verursacher des Unglücks. »Neben den Angehörigen des Opfers ist auch für die »Täter« das Leid sehr groß«, berichtet Martens. »Manchmal hat ein Autofahrer vielleicht nur einen kleinen Fehler gemacht, weil er zu schnell unterwegs war. Normalerweise hätte das keine Konsequenzen gehabt, aber in diesem Fall ist jemand dadurch zu Tode gekommen.«

Für die eigene Seele sorgen

Oft berichten die Beteiligten Erneli Martens am Unfallort sehr detailliert, was passiert ist. Es sind schreckliche Dinge, die sie dort sieht, hört und erlebt. Damit die Notfallseelsorgerin dieses ganze Leid nicht jeden Tag mit nach Hause nimmt, versucht sie, gut auf sich selbst zu achten.

»Man muss versuchen, sich einigermaßen im Gleichgewicht zu halten – ausreichend Schlaf, sich mit Kollegen austauschen, die Supervision nutzen. Außerdem muss man sich immer darüber im Klaren sein, wo die Grenzen liegen. Ich bin im Grunde nur ein minimaler Baustein der Hilfen, die ein Betroffener in Anspruch nehmen kann.«

Hilfe für die Helfer

Auch die Einsatzkräfte der Feuerwehr müssen Strategien entwickeln, um das Erlebte nicht zu nah an sich heranzulassen. Mit Hilfe von Nachsorgegesprächen und Stressbewältigungsprogrammen verarbeiten die Feuerwehrmänner und -frauen ihre Einsätze. Erneli Martens steht dabei immer als Ansprechpartnerin bereit. »Das richtige Timing ist hier entscheidend«, erklärt Martens. »Es macht zum Beispiel überhaupt keinen Sinn, die Mitarbeiter kurz nach einem anstrengenden Einsatz zu einem dreistündigen Intensivgespräch überreden zu wollen. Die Einsatzkräfte wollen dann erst einmal nach Hause gehen.«

Auch Feuerwehr-Einsatzkräfte suchen sich Hilfe

Seitdem auch in der Öffentlichkeit über die Gefahren, wie zum Beispiel das posttraumatische Belastungssyndrom, gesprochen wird, ist es unter Feuerwehrleuten nicht mehr verpönt, sich Hilfe zu suchen, wenn einem der Einsatz nicht mehr aus dem Kopf geht. »Ich bin froh, dass wir mittlerweile eine andere Gesprächskultur erreicht haben«, freut sich Erneli Martens. »Einer der besten Schutzfaktoren, um eine Belastungsstörung zu vermeiden, ist das Team und der Austausch mit den Kollegen.«

Wie die Mitarbeiter der Feuerwehr mit Stress und Belastung umgehen, lernen sie dank der Seminare von Erneli Martens schon in der Ausbildung an der Feuerwehrakademie. Auch das zählt zu den Aufgaben der Notfallseelsorgerin. Doch manchmal muss sie die Schulung für einen aktuellen Einsatz unterbrechen. An diesem Tag kann Erneli Martens ihren Schülern die Arbeit einer Notfallseelsorgerin anhand eines aktuellen Falles erklären: Nachdem sie die Nachricht der Leitstelle erhalten hat, macht sie sich auf zu ihrem Einsatz »Person unter Zug«. Zwei Stunden später kehrt Erneli Martens zu ihren Schülern zurück und kann ihnen berichten, wie sie einem traumatisierten Lokführer geholfen hat.



Friederike Geisler,
Stabsstelle Kommunikation
beim MDK
Niedersachsen.
friederike.geisler@mdkn.de

Schlaf, Kindlein, schlaf!



GENÜGEN SCHLAF IST WICHTIG, gerade für Kinder. Das weiß jeder, der schon einmal mit einem unausgeschlafenen Sprössling an der Supermarktkasse gestanden hat. Doch wenn Kinder und Jugendliche zu wenig schlafen, leidet auf Dauer nicht nur die Laune, sondern auch ihre Gesundheit. Eine aktuelle Studie zeigt außerdem: »Schlaf macht schlau.«

Gut ein Drittel ihres Lebens verbringen die Menschen mit Schlafen. Ein Vierjähriger schlummert im Durchschnitt zwölf Stunden pro Nacht, ein Grundschüler noch etwa neun, Jugendliche im Schnitt sieben bis acht. Doch bereits im Kindes- und Teenageralter sind Schlafstörungen

weit verbreitet. Die in Deutschland bisher umfangreichste Untersuchung, die Kölner Kinderschlafstudie, ergab, dass jedes fünfte Grundschulkind Schlafstörungen hat. Dazu hatten

Jedes 5. Grundschulkind hat Schlafstörungen – Eltern wissen häufig nichts davon

die Kinderklinik Köln-Porz und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln Schlafprobleme, Verhaltensstörungen und Schulleistungen bei rund 13 500 Grundschulkindern im Alter von fünf bis elf Jahren erhoben.

Frühzeitige Diagnose

Bei jedem dritten Kind sind sich die Eltern gar nicht im Klaren darüber, dass ihr Nachwuchs Schlafstörungen hat. Eine frühzeitige Diagnose ist aber wichtig, weil bis zu 60% aller kindlichen Schlafstörungen bis ins höhere Lebensalter andauern, sagt Alfred Wiater, Chefarzt der Kinderklinik des Krankenhauses Köln-Porz. Er fordert daher: »Auffälliges Verhalten am Tag, Tagesmüdigkeit und schlechte Leistungen sollten bei Kindern und Jugendlichen immer zur Frage nach der Schlafqualität führen.« Zum

Glück sind die meisten Schlafstörungen im Kindesalter eher harmlos und gehen schnell vorüber. Dauern sie allerdings länger als einen Monat an und treten sie mehr als zwei- bis dreimal pro Woche auf, sollten die Ursachen abgeklärt werden. Erster Ansprechpartner ist dann der Kinder- oder Jugendarzt, der den jungen Patienten bei Bedarf an ein Schlaflabor verweist.

Die Fachleute unterscheiden Ein- und Durchschlafstörungen, schlafgebundene Störungen und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Gründe für Schlafstörungen können vielfältig sein und reichen von Albträumen, Schlafwandeln und Atemproblemen über Bettnässen und Zähneknirschen bis hin zu Ängsten, Sorgen oder Umgebungsfaktoren wie Lärm. Auch längeres Fernsehen vor dem Zu-Bett-Gehen bringt viele Kinder um den Schlaf, betont Alfred Wiater.

Nötige Auszeit

Guter und ausreichender Schlaf gilt als wichtiger Gesundheitsfaktor. Im Schlaf erholt sich der Körper, das Immunsystem regeneriert sich. Die Grundlagen für ein gesundes Erwachsenenleben werden offenbar schon in der Kindheit gelegt: Wer als Kleinkind zu wenig schläft, hat bereits als Siebenjähriger oft einen höheren Körperfettanteil und einen höheren Body-Mass-Index als Langschläfer, fanden Forscher in Neuseeland heraus. Eine amerikanische

Studie kam 2011 zu dem Schluss, dass übergewichtige Kinder zu wenig Schlaf bekamen. Das Schlafdefizit ging zudem mit einem höheren Insulin- und Blutzuckerspiegel einher, was auf ein erhöhtes Diabetesrisiko hindeutet. Besonders ungünstig ist es für den Stoffwechsel, wenn die Kinder zu wenig schlafen und zu unregelmäßigen Zeiten ins Bett gehen, ergab eine Untersuchung an amerikanischen Schulkindern. Auch Jugendliche stecken eine zu kurze oder häufig unterbrochene Nachtruhe nicht so einfach weg: In einer Studie wiesen die übernachteten Teenager unter anderem ein beeinträchtigtes Wohlbefinden, eine erhöhte Tagesmüdigkeit und vermehrte psychische sowie Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Beschwerden auf. Die Unausgeschlafenen waren zudem länger krankgeschrieben als ihre ausgeruhten Altersgenossen.

Bekommt ein Mensch ständig zu wenig Schlaf, leidet irgendwann auch die Seele darunter: Klinisch relevanter Schlafmangel kann zu psychischen Auffälligkeiten wie aggressivem Verhalten, geringem Selbstwertgefühl und

Schlafmangel in der Woche – »Ausschlafen« am Wochenende

Niedergeschlagenheit führen. In manchen Studien zeigte sich bei Kindern mit Schlafmangel eine erhöhte Nervosität und Ängstlichkeit, außerdem hatten sie

Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Fatal ist: Fehlender Nachtschlaf in jungen Jahren kann sich noch Jahre später rächen. Kinder mit schweren Schlafstörungen laufen offenbar eher Gefahr, im Erwachsenenalter Angststörungen zu entwickeln. Und nicht zuletzt erhöht chronischer Schlafmangel auch das Risiko, an einer Depression zu erkranken.

Schlau über Nacht

Wer übermüdet ist, kann sich am nächsten Tag weniger gut konzentrieren. Auch die Gedächtnis- und Leistungsfähigkeit leidet unter allzu kurzen Nächten. Eine aktuelle Studie an der Universität Tübingen zeigt jetzt aber auch, dass sich Kinder im wahrsten Sinne des Wortes »schlau schlafen« können. Schon länger ist bekannt, dass das Hirn während des nächtlichen Schlummers die Eindrücke des Tages verarbeitet. Neue Nervenverbindungen entstehen, Gelerntes wird abgespeichert. Doch wie die Tübinger Forscher jetzt herausfanden, vollzieht sich während der Nachtruhe noch ein weiterer, ganz wesentlicher Lernschritt in den Kinderköpfen: Unbewusst aufgenommene Informationen werden über Nacht in bewusst abrufbares Wissen umgewandelt. Im ersten Teil der Studie sollten die 35 teilnehmenden Kinder zwischen acht und elf Jahren auf einem Pult mit acht Knöpfen so schnell wie möglich jeweils den Knopf drücken, der gerade aufleuchtete. Was die Kinder nicht wussten: Die Knöpfe leuchteten in einer bestimmten, immer wiederkehrenden Reihenfolge auf, die die Kinder auf diese Weise unbewusst lernten. Die eine Hälfte der Kinder absolvierte diese Übung morgens, die andere drückte die Knöpfchen abends vor dem Schlafengehen. Jeweils nach zehn Stunden sollten die Kinder die Reihenfolge der Knöpfe beschreiben. Die Kinder aus der Schlaf-Gruppe schafften das weitaus besser als ihre Altersgenossen und die erwachsene Kontroll-

gruppe. Die Wissenschaftler folgern daraus, dass die unbewusst neu erworbenen Gedächtnisinhalte über Nacht in eine bewusste, abrufbare Form umgewandelt wurden.

Kinder schlafen anders

Dabei profitieren die Kinder offenbar von der Tatsache, dass sich der kindliche Schlaf von dem Erwachsener unterscheidet. Grundschulkinder schlafen in der Regel schnell ein und wachen morgens eher früh auf. Vor allem aber schlafen sie deutlich länger und durchlaufen des Nachts mehr Tiefschlafphasen im sogenannten Slow-Wave-Sleep, bei dem im EEG besonders viele langsame Hirnstromwellen verzeichnet werden. Bis zu dreimal mehr Zeit als Erwachsene verbringen Kinder jede Nacht in diesem speziellen »Schlafmodus«. Offenbar erschließen sie sich während dieser Phasen Nacht für Nacht enorme Wissensmengen, die sie sich tagsüber unbewusst angeeignet haben, vermuten die Tübinger Forscher.

Manche Schlafphasen eigenen sich besser zum »Lernen« als andere

Im Laufe des Lebens wächst das erworbene Wissen, gleichzeitig nimmt die Schlafdauer ab. Der alte Spruch: »Den Seinen gibt's der Herr im Schlaf« gilt also offenbar in besonderer Weise für die Kindheit. Schon bei Jugendlichen wird der Schlaf weniger, der Schlaf-Wach-Rhythmus störanfälliger. Verschärft wird dies noch durch zunehmend unregelmäßige Schlafgewohnheiten: Dem Schlafmangel unter der Woche steht oft exzessives »Ausschlafen« am Wochenende gegenüber.

Wie viel ist genug?

Wie viel Schlaf nun aber wirklich genug wäre, darüber streiten sich die Experten. Eine Meta-Analyse ergab, dass in der Literatur seit 1897 durchgängig über einen Schlafmangel bei Kindern geklagt wird – unabhängig davon, wie lang die jeweilige Schlafdauer tatsächlich war ... Wie viel Schlaf brauchen Kinder also? Der bekannte Schlaf Forscher Jürgen Zulley sagte einmal in einem Interview: »Genügend Schlaf hat man dann, wenn man tagsüber überwiegend fit und ausgeschlafen ist.« In diesem Sinne: Gute Nacht!



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



Süchtig im Pflegeheim

VIER VON FÜNF PFLEGEEINRICHTUNGEN betreuen Senioren, die von Alkohol oder Medikamenten abhängig sind. Suchtprobleme im Alter werden häufig verharmlost oder geleugnet – von den Pflegenden wie von den Betroffenen selbst. Experten sind alarmiert und fordern Maßnahmen, um Sucht im Heim besser zu erkennen und zu behandeln.

Bis zu 80% aller Pflegeeinrichtungen versorgen Bewohner mit Suchterkrankungen. Das geht aus einer Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine kleine Anfrage der SPD-Fraktion von Juni 2012 hervor. Abhängig sind die meisten von Alkohol oder Medikamenten, der Anteil der Raucher nimmt dagegen mit steigendem Alter ab. Das Robert Koch-Institut ermittelte, dass 18% der Frauen und 28% der Männer ab 65 Jahren einen so hohen Alkoholkonsum haben, dass sie damit ihre Gesundheit gefährden.

Erschreckend hoch ist auch der Anteil älterer Menschen, die Arzneimittel unsachgemäß einnehmen. Nach

15% der Heimbewohner Alkohol- oder Medikamenten- abhängig

Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen nehmen bis zu 2,8 Millionen der über 60-Jährigen mehr Medikamente ein, als ihnen guttun. Abhängig von

Alkohol oder Medikamenten sind im Schnitt 15% der 750 000 Bewohner von stationären Altenhilfeeinrichtungen. Als besonders riskant gilt der gleichzeitige Missbrauch von Alkohol und Arzneien.

Schweigen und Scham verhindern Behandlung

Doch eine Behandlung erhalten suchtkranke Heimbewohner nur sehr selten. Oft wird die Abhängigkeit von den Pflegekräften und den Angehörigen überhaupt nicht zum Thema gemacht. Die Gründe sind vielfältig. »Sucht geht immer mit Scham einher, und bei älteren Menschen ist sie oft noch stärker ausgeprägt als bei Jüngeren«, sagt Dr. Arnulf Voss, leitender Psychologe am Kamillus-

haus in Essen, einer Fachklinik für Suchterkrankungen.

Betroffene wenden mitunter beachtliche Energien auf, um ihre Situation zu verschleiern. So werden unterschiedliche Besucher abwechselnd beauftragt, alkoholische Getränke zu kaufen und das Altglas zu entsorgen. Angehörige und Freunde, die bei der Beschaffung helfen, bringen den Süchtigen oft größere Toleranz, entgegen als dies jüngeren Betroffenen gegenüber der Fall wäre. »Alte Bäume kann man nicht verpflanzen« – Redensarten wie diese spiegeln die verbreitete Ansicht, dass Veränderungen bei alten Menschen ohnehin nicht mehr möglich seien.

Suchtexperte Voss macht im klinischen Alltag andere Erfahrungen und plädiert dafür, bei älteren Abhängigen nicht in therapeutischen Nihilismus zu verfal-

Unabhängig im Alter

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat eine Reihe von Angeboten zum Thema »Missbrauch und Abhängigkeit im Alter« entwickelt und hierzu das Internetportal www.unabhaengig-im-alter.de eingerichtet. Es listet Möglichkeiten für Beratung und Therapie älterer Menschen und Veranstaltungen und Fortbildungen zum Thema Sucht im Alter. Das Portal ist auch für Fachkräfte, zum Beispiel Altenpfleger, gedacht, die Unterstützung im Umgang mit suchtkranken Senioren suchen.

len. Eine seiner Patientinnen sei eine 80-Jährige gewesen, die täglich eine Flasche Sekt getrunken habe, bevor sie sich zum Entzug entschlossen habe. »Sie trinkt jetzt überhaupt nicht mehr und ist regelrecht aufgeblüht«, berichtet Vossnagel.

Nur etwa 2% der Patienten in Fachkliniken für Suchterkrankungen sind älter als 65 Jahre. Entscheiden sich jedoch Ältere für eine Therapie, so sind die Erfolgsraten ähnlich hoch wie in den anderen Altersgruppen.

Oft sind es auch die Pflegeeinrichtungen selbst, die sich nicht an Themen wie Alkohol oder Medikamente heranwagen. »Von den Heimen werden Suchtprobleme oft heruntergespielt, denn sie haben Angst, dass ihr Ruf leiden

Selbstverständnis der Pflegeeinrichtungen

Von den Heimen wird das Thema nur sehr zögerlich aufgegriffen. Laut einer im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten Studie des Instituts für Suchtforschung in Frankfurt sehen sich die Fachkräfte der Altenpflege traditionell nicht in einer suchtbegleitenden Rolle. Wo der Alkoholkonsum zu manifesten Problemen führt, werde versucht, diesen zu unterbinden oder zu kontrollieren. Da die Bewohner von Altenheimen jedoch als mündige Persönlichkeiten behandelt werden sollten, sind Verbote und Aufsicht in der Praxis oft weder durchführbar noch wünschenswert.

»Solange die Betroffenen selbstverantwortlich sind, haben sie ein Recht darauf, zu trinken«, betont die Suchtforscherin Irmgard Vogt, die Leiterin der Studie und geschäftsführende Direktorin am Institut für Suchtforschung. In den meisten Altenpflegeheimen kann Alkohol erworben werden und wird zu kulturellen Veranstaltungen auch im Haus ausgeschenkt. In der Studie heißt es weiter, eine »leichte« Alkoholerkrankung werde meist akzeptiert, solange der Betroffene den sozialen Frieden des Hauses nicht gefährde.

»Der Eintritt in das Seniorenalter ist oft eine Zeit des Umbruchs, ähnlich wie der Eintritt ins Erwachsenenalter«, sagt Vossnagel. »Wenn dieser Umbruch krisenhaft verläuft, gibt es ein Risiko, dass sich Menschen in die Sucht flüchten.« Verlufterfahrungen, nachlassende Leistungsfähigkeit und in manchen Fällen auch eine Heimaufnahme können Gründe sein, in hohem Alter alkoholabhängig zu werden. Wer schon in jüngeren Jahren zwar regelmäßig, jedoch keine übergroßen Mengen Alkohol getrunken hat, der kann im Alter bei gleichem Trinkverhalten mehr oder weniger gravierende gesundheitliche Probleme bekommen. Denn wegen des veränderten Stoffwechsels treten die schädigenden Wirkungen deutlicher in Erscheinung.

Pflegekräfte sollten daher Hinweisen für eine Suchterkrankung nachgehen: Das können sozialer Rückzug und Vernachlässigung der Körperhygiene sein, ebenso wie Gangunsicherheit, Blutergüsse, Stürze, Gewichtsverlust oder Bluthochdruck. Da diese Anzeichen auch auf andere geriatrische Erkrankungen deuten können, werden sie in der Praxis oft nicht erkannt. »Wir plädieren für den Einsatz von Suchtbeauftragten in Pflegeheimen, die qualifiziert sein müssen, um eine Suchterkrankung auch dann zu identifizieren, wenn die Symptome diffus sind«, sagt Vossnagel. Suchtbeauftragte in Pflegeeinrichtungen sollten ebenso selbstverständlich werden wie Wundbeauftragte, die es heute in den meisten Altenheimen gibt.

Abhängige Bewohner nach außen häufig unauffällig

könnte«, sagt der Psychologe. Man wolle nicht als Heim für Trinker dastehen. Wegsehen fällt den Pflegenden umso leichter, als viele abhängige Bewohner

nach außen hin unauffällig sind. Das Suchtmittel wird heimlich beschafft und konsumiert, Begleiterscheinungen wie Stürze werden anderen Ursachen zugeschrieben. Problemfälle, zum Beispiel Bewohner, die für alle sichtbar im Eingangsbereich trinken, sind eher selten. Vor allem Senioren, die erst mit der Rente oder nach dem Tod des Partners abhängig werden, neigen zu Verschleierungstaktiken, alt werdende Langzeitabhängige dagegen weniger.

Brücke zwischen Alten- und Suchthilfe bauen

Vossnagel leitet in Essen ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Projekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe. Denn in beiden Bereichen mangelt es an Wissen über die jeweils andere Zielgruppe. Die Forschung beginnt

erst langsam, eine Brücke zu bauen zwischen Gerontologie, Pflegewissenschaft und Suchtforschung. Den Anstoß gab die

Heime fürchten um ihren guten Ruf

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, die im Jahr 2006 den Arbeitsschwerpunkt »Sucht im Alter« wählte und das Thema so einer breiteren Öffentlichkeit bekannt machte.

Um Fachkräften in der Praxis den Umgang mit älteren Suchtkranken zu erleichtern, hat das von Vossnagel geleitete Projekt unter anderem eine Handlungsempfehlung für Altenpflegeeinrichtungen ausgearbeitet. »Die Frage nach einem möglichen Suchtmittelkonsum sollte schon bei den Aufnahmegesprächen mit den künftigen Bewohnern behandelt werden«, erklärt der Psychologe. In der Kommunikation mit Betroffenen ist indes Feingefühl nötig, eine konfrontierende Gesprächsführung löst meist Abwehr aus.

Vossnagel empfiehlt, unter den Pflegenden einen Suchtbeauftragten auszuwählen, der als ständiger Ansprechpartner dient und Schulungen erhält, unter anderem in Kommunikationstechnik. Speziell für die Beratung von Suchtkranken wurde die sogenannte motivierende Gesprächsführung entwickelt. Sie zielt darauf ab, dem Abhängigen Anreize für eine Verhaltensänderung bewusst zu machen und bei ihm die Einsicht zu fördern, dass Sucht ein Problem ist, das gelöst werden kann.

»Nicht in therapeutischen Nihilismus verfallen«



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

Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen auf dem Vormarsch

Zeit für mich und Zeit für dich

ERSCHÖPFUNG, ANGSTSTÖRUNG, DEPRESSION – immer häufiger führen schwindende psychische Kräfte zu Mutter- / Vater-Kind-Kuren. Dem Forschungsverbund Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zufolge hat das Thema »Müttergesundheit« nichts von seiner Aktualität verloren, wie der Forschungsreport 2011 zeigt.

Demnach sind es Ursachen wie der demografische Wandel, wirtschaftliche Unsicherheit sowie die Vielfalt heutiger Familienformen, die für Mütter und auch Väter hohe Anforderungen an Flexibilität und Managementkompetenz stellen. Das bestätigen die Ergebnisse des

Burnout und Erziehungsprobleme sind drängendste Sorgen der Mütter

Forschungsreportes 2011 »Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder«: Mütter in einer Mutter-Kind-Maßnahme sind heutzutage zu 80% erwerbstätig, im Jahr 2000 waren es nur 49%. Dieser Anstieg ist oft mit Zeitdruck, Belastungen am Arbeitsplatz und dem Problem verbunden, Familie und Beruf zu vereinbaren.

»Der kontinuierliche Anstieg von Alleinerziehenden, das ständige Austarieren zwischen Familie und Beruf und ein enormer Perfektionsanspruch fügen sich zu einem kritischen Konglomerat zusammen«, so die Geschäftsführerin des Müttergenesungswerkes, Anne Schilling, im November 2012 gegenüber der *Süddeutschen Zeitung*. Die Folgen reichen von Befindlichkeitsstörungen wie Gereiztheit, ständiger Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit bis zu manifesten gesundheitlichen

Beschwerden wie Burnout-Syndrom, Rückenschmerzen, Angst oder Depression. Auch psychosoziale Belastungen wie Alleinerziehen, finanzielle Sorgen, Partnerschaftsprobleme, Erziehungsprobleme oder die Pflege eines Angehörigen tragen zur Beeinträchtigung der Gesundheit bei.

Die Leiterin des Forschungsverbundes Friederike Otto weiß um die Doppelbelastung von Eltern, die alleine für Haushalt und Kinder zuständig sind und dabei noch arbeiten: »Zwar kann sich der Beruf auch positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken. Doch vor allem für die vielen Alleinerziehenden, die überdurchschnittlich häufig Mutter-Kind-Maßnahmen besuchen, stellt sich diese Frage nicht, ob der Partner vielleicht mehr Aufgabe im Haushalt oder bei der Kinderbetreuung übernehmen kann, damit die Mutter für ihre Gesundheit sorgen kann. Für sie ist es wichtig, dass ihr Antrag auf eine Mutter- / Vater-Kind-Kur schnell genehmigt wird und sie Unterstützung finden.«

Neue Richtlinie sorgt für mehr Klarheit

Um die Anspruchsvoraussetzungen für eine Mutter- / Vater-Kind-Kur deutlicher darzustellen und dadurch für mehr Sicherheit und Einheitlichkeit bei der Begutachtung zu sorgen, überarbeiteten Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, des MDS und der MDK-Gemeinschaft gemeinsam mit dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken vor einem Jahr die Begutachtungs-Richtlinie »Vorsorge und Rehabilitation«. Eingeflossen sind hier auch die Ergebnisse des Forschungsverbundes Familiengesundheit an der MHH. Außerdem entwickelten sie eine gemeinsame Empfehlung für die Umsetzung. So wurde beispielsweise beschlossen, dass der Grundsatz »ambulant vor stationär« für Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen nicht gilt – diese gehören in den stationären Bereich.

In der Folge stiegen die Ausgaben der Krankenkassen in diesem Leistungsbereich bundesweit um 16%. »Wir haben festgestellt, dass die Krankenkassen inzwischen immer häufiger eine solche Maßnahme genehmigen. Im vergangenen Jahr fanden in Deutschland beispielsweise rund 65 000 Mutter- / Vater-Kind-Kuren statt. Ein wichtiger Ansprechpartner sind hier die Hausärzte. Ihr Engagement war wegen der zeitaufwendigen Anträge und der früher geringen Erfolgsaussichten zum Teil begrenzt. Das hat sich zum Glück geändert«, sagt Otto.

Forschungsverbund Familiengesundheit

Im Forschungsverbund Familiengesundheit arbeiten 24 Mutter- / Vater-Kind-Kliniken mit einem wissenschaftlichen Team der Medizinischen Soziologie an der Medizinischen Hochschule Hannover zusammen. Seit etwa zehn Jahren führt der Verbund praxisbezogene Forschungsprojekte zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter durch.



Die Erfolge sprechen für sich

Und diese Änderung zahlt sich aus: Der Forschungsverbund untersuchte beispielsweise die gesundheitliche Situation von Müttern, die zwar eine Bewilligung erhalten, die Maßnahme aber sechs Monate nach der Erstbefragung noch nicht angetreten hatten. Die gesundheitlichen Beschwerden hatten sich

Positiv: Konsum von Schmerzmitteln und Psychopharmaka geht zurück

deutlich verschlechtert. Dagegen zeigten sich bei Müttern, die in dieser Zeit eine Maßnahme angetreten hatten, deutliche Verbesserungen.

Im Verlauf reduzierten sich sowohl die psychische Gesamtbelastung als auch die somatischen Beschwerden – und zwar klinisch bedeutsam. Arztbesuche und Krankheitstage der Mütter sowie Infektepisoden der Kinder treten in den ersten beiden Halbjahren nach der Maßnahme seltener auf als im Halbjahr davor.

»Sechs Monate nach einer Maßnahme klagten beispielsweise nur noch 22% der Mütter über Rückenprobleme, während es vorher noch 60% waren. Viele kommen auch besser mit ihren Kindern zurecht. Das ist sicherlich den Erziehungsberatungen, Elterncoachings und Stressbewältigungsprogrammen zu verdanken, die viele Kurkliniken anbieten. Auch für die Kinder, die zu über 50% behandlungsbedürftig sind, gibt es spezielle Behandlungsangebote«, so Otto.

Die Ergebnisse der klinischen Studien des Forschungsverbundes werden durch die Daten der AOK Niedersachsen bestätigt. Mehr als 14.000 AOK-versicherte Mütter haben seit 2004 eine Mutter-Kind-Maßnahme erhalten. In dieser Zeit stieg die Zahl der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen als Hauptindikation für eine Maßnahme. Positive Effekte zeigen sich unter anderem in einem reduzierten Konsum von Psychopharmaka und Schmerzmitteln nach der Maßnahme.

Doch diese Erhebung ist für Otto erst der Anfang: »Was wir auf jeden Fall brauchen, sind weitere Forschungen zu Belastungen, Beschwerden und Langzeiteffekten bei Müttern und Kindern wie auch zur gesundheitlichen Situation der Väter in den entsprechenden Maßnahmen. Hierbei kommt es auf eine indikationsspezifische Effektmessung und auch auf zielgruppenspezifische Betrachtungen wie beispielsweise bei Müttern mit Migrationshintergrund an.«

Dr. Martina Koesterke

Offene Baustellen

Schwarz-Gelb fehlt der Mut

UM EIGENE AKZENTE ZU SETZEN, bleiben Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) nur noch wenige Monate bis zur Bundestagswahl. An offenen Baustellen besteht jedoch im Gesundheitswesen wahrlich kein Mangel. Für einen größeren Wurf fehlt Schwarz-Gelb allerdings der Mut – sogar behelfsmäßige Reparaturen scheitern am fehlenden Konsens.

Vor allem eine Aufgabe dürfte den FDP-Minister in den nächsten Wochen beschäftigen: die Überschüsse im Gesundheitswesen gegen neue Angriffe verteidigen. Ende 2012 dürften die Rücklagen beim Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen die magische Marke von 30 Milliarden Euro erreicht haben. Auch wenn sich damit nicht einmal die Ausgaben für zwei Monate decken lassen – die Milliardensumme weckt neue Begehrlichkeiten. Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) will den Fonds plündern, um 2014 einen ausgeglichenen Haushalt zu erreichen. »Es macht wenig Sinn, ein Defizit im Haushalt und gleichzeitig hohe Überschüsse in der Gesundheitskasse zu haben«, argumentierte der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesfinanzministerium, Steffen Kampeter (CDU), in der *Rheinischen Post*.

Insgesamt 14 Milliarden Euro überwies Schäuble 2012 an den Gesundheitsfonds. Damit werden versicherungsfremde Leistungen wie das Mutterschaftsgeld und die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern finanziert. Bereits beschlossen ist die Kürzung des Steuerzuschusses um insgesamt 4,5 Milliarden Euro für die Jahre 2013 und

Schäuble will den Fonds plündern

2014. Die gesetzliche Krankenversicherung leiste damit einen erheblichen Sparbeitrag für den Haushalt, betonte Bahr. Unterstützung bekam der FDP-Minister vom Gesundheitsexperten der Union, Jens Spahn: »Es fällt schwer, Apothekern, Pflegern und Ärzten in Krankenhäusern oder auch Patienten zu erklären, dass wir sparen müssen, um die Kassenfinanzen stabil zu halten, wenn es Woche um Woche Vorschläge gibt, den Gesundheitsfonds zum finanziellen Steinbruch zu machen«, sagte Spahn der *Rheinischen Post*.

Baustelle: Krankenhausfinanzierung

Nicht nur der Finanzminister greift nach den Milliarden-Rücklagen im Gesundheitswesen. Auch die Krankenhäuser erhöhen den Druck. Sie klagen vor allem über massiv gestiegene Personalkosten. Danach kletterten die Ausgaben für Ärzte und Pflegekräfte im vergangenen Jahr um rund 1,7 Milliarden Euro. Als Ausgleich hätten die Kliniken allerdings nur 750 Millionen Euro erhalten, so die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). »Die Krankenhäuser brauchen Hilfe«, sagte DKG-Präsident Alfred Dänzer bei der Vorstellung einer bundesweiten Kampagne. Jede dritte Klinik schrieb 2012 rote Zahlen, 2011 war nur jede fünfte im Minus.

Viele Kliniken leiden auch unter einem Konstruktions-

fehler bei der Vergütung. Vor der Einführung der Fallpauschalen wurden vor allem Krankenhaustage bezahlt. Es lohnte sich also, den Patienten möglichst lange in der Klinik zu behalten. Heute ist dagegen die Zahl der Behandlungsfälle die entscheidende Stellschraube. Das Problem: Das Gesamtbudget für Kliniken ist gedeckelt. Erhöhen einzelne Krankenhäuser die Behandlungszahlen, sinkt für alle der Preis pro Behandlung. Unter dieser Kollektivhaftung leiden vor allem Kliniken auf dem Land, die die Behandlungszahlen kaum erhöhen können. Eine fairere Verteilung der Gelder zwischen den Krankenhäusern steht noch aus.

Auch Krankenhäuser schielen auf Kassenrücklagen

Baustelle: Arztverträge

Der wachsende ökonomische Druck in den Kliniken macht auch vor den Ärzten nicht Halt. Bei immer mehr Medizinern richtet sich die Bezahlung nach den Behandlungszahlen. Das erhöht die Gefahr, dass nicht nur medizinisch notwendige, sondern auch überflüssige Operationen erbracht werden. So stieg die Zahl der Knie- und Hüftoperationen in Deutschland in den letzten Jahren überproportional an. Bahr kritisierte die bisherigen Bonusregelungen, die sich vor allem an der Menge orientieren. Krankenhäuser sollten zwar Extrazahlungen mit den Ärzten vereinbaren können, »aber für eine besondere Leistung oder Qualität, nicht für eine besonders große Zahl an Operationen«, sagte Bahr gegenüber dem *Ärzteblatt*. Der FDP-Politiker scheut allerdings klare Vorgaben. Stattdessen sollen sich Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft auf gemeinsame Empfehlungen für Chefarztverträge einigen.

Baustelle: Prävention

Als letztes großes Gesetzesvorhaben in der Gesundheitspolitik strebt Schwarz-Gelb bis Herbst eine neue Präventionsstrategie an. Unionsfraktions-Vize Johannes Singhammer (CSU) spricht sogar von einem »Quantensprung«. Doch was steckt dahinter? Seit Jahren ringt die Regierung um einen Ausbau der Prävention. Ziel ist es, die Aktivitäten von Gesundheitsbehörden, Krankenkassen und Ärzten besser zu koordinieren. Erstmals sollen auch konkrete Ziele festgelegt werden. Überwacht wird die Umsetzung der Ziele von einem neuen Gremium im Gesundheitsministerium.

Auch wenn mehr Einsatz und eine bessere Koordina-

Kassen sollen mehr Geld für Prävention ausgeben

tion der Prävention sicher sinnvoll ist – mit dem Vorstoß, die Kosten vor allem den gesetzlichen Krankenkassen aufzubürden, drückt sich die Regierung um die Verantwortung. Die Kassen sollen künftig pro Versichertem mindestens sechs Euro für Prävention ausgeben – davon mindestens zwei Euro für die Vorsorge in Betrieben und mindestens einen Euro in Kindergärten und Schulen. Derzeit liegt der Richtwert bei knapp € 2,90. Gesundheitsvorsorge ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Auch der Bund und die Unternehmen müssen sich weit aus stärker beteiligen. Allein durch teure Kampagnen wird man die Bevölkerung allerdings nicht zu einem gesünderen Leben bewegen können. Gefragt sind daher innovative Ideen, um gerade auch Jüngere für das Thema Gesundheitsvorsorge zu sensibilisieren.

Baustelle: Bestechung von Ärzten

Ein besonders heikles Thema wird Bahr vermutlich nicht mehr anpacken – Bestechung von Ärzten. Im Sommer 2012 sorgte ein Urteil des Bundesgerichtshofs bundesweit für Schlagzeilen und löste eine neue Korruptionsdebatte aus: Eine Pharmareferentin hatte über Jahre hunderten Ärzten hohe Prämien gezahlt, weil sie die Medika-

Bahr will es sich nicht mit den Medizinern verscherzen

mente ihres Herstellers verordnet hatten. Die Richter entschieden, dass sich die Ärzte nicht wegen Bestechlichkeit strafbar

gemacht hätten. Die Begründung: Ein niedergelassener Arzt handele weder als »Amtsträger« noch als »Beauftragter« der gesetzlichen Krankenkassen. Opposition und Krankenkassen fordern seitdem schärfere Gesetze gegen Ärzte-Korruption. Bahr bremsst dagegen. Kurz vor der Bundestagswahl will er auf keinen Fall die Mediziner gegen sich aufbringen. Man prüfe derzeit, wo die bestehenden Regelungen nachjustiert werden müssten, wiegelte Bahr ab und erklärte: »Ich lehne den Vorschlag von Rot-Grün ab, niedergelassene Ärzte zu Verwaltungsangestellten der Krankenkassen zu machen.«

Korruption bei Medizinern, Bonuszahlungen für Klinikärzte oder eine bessere Gesundheitsvorsorge – für Bahr bleibt in den nächsten Monaten noch genügend Arbeit. Je näher die Bundestagswahl im Herbst rückt, umso unwahrscheinlicher sind jedoch umfassende Reformen. Selbst die schon weit ausgearbeitete neue Präventionsstrategie droht, nicht mehr rechtzeitig fertig zu werden. Aber nicht jede Verzögerung muss ein Nachteil für die Versicherten sein. Knapp 30 Milliarden Euro Überschuss schlummern derzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Noch nie war die Verführung so groß, milliarden-schwere Wahlgeschenke zu verteilen. Reformstillstand ist da vielleicht besser als manch teurer Schnellschuss.

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 Unternehmenskommunikation beim MDK Niedersachsen
[martin.dutschek@mdkn.de]

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

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

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

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

REDAKTIONSBÜRO

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

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

BILDNACHWEIS

Titelmotiv: Carl Wilhelm Wilhelmson (1866-1928):
»Resignation« (1895, Öl auf Leinwand).
Nationalmuseum Stockholm, Schweden.
www.bridgemanart.com

S. 24 m0t / photocase.com
S. 26 chrisquddl / photocase.com
S. 28 Lilly84 / photocase.com
S. 31 hayo33 / photocase.com
S. 29 Gemeinsamer Bundesausschuss
S. 31 madochab / photocase.com

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

ISSN 1610-5346



Steffen Habit
ist Wirtschaftsredakteur
beim Münchner Merkur.



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

Rodestraße 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

