



Heft 2/2012

MDK

Das Magazin der Medizinischen

forum

Dienste der Krankenversicherung



**Migration** und  
Gesundheit

## Liebe Leserin, lieber Leser!

Fast jeder fünfte Deutsche hat einen »Migrationshintergrund«. Hinter diesem sperrigen Begriff verbergen sich ganz unterschiedliche Lebenslagen: Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ebenso wie Menschen mit deutschem Pass, die selbst oder deren Eltern nach Deutschland zugewandert sind, die gut ausgebildete spanische Akademikerin ebenso wie der sogenannte Gastarbeiter aus der Türkei, der hier in den 70er Jahren eine bessere ökonomische Zukunft erhoffte. Menschen, die vor Krieg und Verfolgung flohen, und Menschen, die als Spätaussiedler in das Land ihrer Vorfahren zurückgekehrt sind.

Zwar bringen Zuwanderer vielfach gute gesundheitliche Voraussetzungen mit, der Anpassungsprozess an die deutsche Kultur mit all seinen Hürden führt allerdings zu erhöhten Gesundheitsrisiken. Andererseits sind die Angebote der Gesundheitsversorgung noch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse und den Bedarf dieser Bevölkerungsgruppe eingestellt. Sprachprobleme, kulturelle Barrieren, Stigmatisierung – unser Schwerpunkt beschäftigt sich mit den Herausforderungen, die sich durch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit anderer ethnischer Herkunft ergeben.

Außerdem haben wir in dieser Ausgabe die Schlaglichter des MDK-Kongresses, der vom 27. bis zum 28. März in Berlin stattfand, in einer eigenen Beilage für Sie zusammengefasst.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



## AKTUELLES

Gute Frage **Brauchen wir strenge Regeln für die E-Zigarette? 2**

Die politische Kolumne **Wahlkampf-Auftakt 24**

## TITELTHEMA

Gleich gesund und gut versorgt?

**Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund 5**

Interview mit Ministerin Aygül Özkan

**Integration statt Parallelwelt 7**

Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

**Geblieden und alt geworden 9**

Psychosoziale Gesundheit von Migranten

**Böser Blick und neue Heimat 11**

## MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Dritter Bericht des MDS zur Qualität in der Pflege

**Qualität der Pflege hat sich verbessert 12**

Interview mit Prof. Dr. Ulrich Wenner

**»Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern auf den MDK übertragen« 14**

**Auszeichnung für Imageanzeige der MDK-Gemeinschaft 15**

## WEITBLICK

Alzheimer-Dorf De Hogeweyk in den Niederlanden

**Freiheit in Grenzen 16**

Wie die Schulmedizin von traditionellen Heilern lernen kann:

**Medikamente aus dem Urwald 18**

Kampf den Keimen **Globales Netzwerk Koala für**

**intelligente Wundverbände 20**

## GESUNDHEIT UND PFLEGE

Interview mit Dr. jur. Rainer Hess **Arbeit im G-BA stärker an**

**Versorgungsproblemen orientieren 21**

### Studie: Fixierungen lassen sich vermeiden

Einsätze von Bettgittern und Gurten am Stuhl oder im Bett – sogenannte freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) in der Pflege – lassen sich mit einem neu entwickelten Leitlinien-gestützten Programm reduzieren. Zu diesem Ergebnis kommt eine gemeinsame Studie der Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg und der Arbeitsgruppe Klinische Pflegeforschung an der Universität Witten/Herdecke. Sie wurde am 23. Mai 2012 in der renommierten Fachzeitschrift *Journal of the American Medical Association* (JAMA) veröffentlicht. Für die aktuelle Studie wurden per Zufallsverfahren 18 Pflegeheime einer Interventionsgruppe und 18 Heime einer Kontrollgruppe zugeteilt. In der Interventionsgruppe schulten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler alle Pflegekräfte nach der neuen Leitlinie. In der Kontrollgruppe blieb die Zahl der FEM nahezu unverändert. In der Interventionsgruppe wurden alle Arten von FEM reduziert. Im Vergleich mit den Pflegeheimen der Kontrollgruppe zeigte sich, dass es keine negativen Auswirkungen gab. So kam es weder zu einer Zunahme von Stürzen oder sturzbedingten Verletzungen noch zu einer vermehrten Verordnung von Psychopharmaka.

### Organspende: Bundestag beschließt Entscheidungslösung

Alle Deutschen, die 16 Jahre oder älter sind, werden künftig von ihrer Krankenversicherung aufgefordert, sich für oder gegen eine Organspende zu entscheiden. Eine Pflicht zur Entscheidung gibt es aber nicht. So sieht es die am 25. Mai vom Bundestag mit breiter Mehrheit beschlossene Neuregelung des Organspenderechts vor. Ebenfalls beschlossen wurde die Reform des Transplantationsgesetzes. Ziel ist es, die Abläufe von der Organentnahme bis zur Transplantation zu verbessern. Dazu gehören auch neue Regelungen für Lebendspender. Um sie vor gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Organentnahme besser abzusichern, muss künftig die Krankenversicherung des Organempfängers alle Kosten für die Transplantation sowie weitere Folgekosten – bis hin zur Entgeltfortzahlung – übernehmen.

### AMNOG funktioniert – erster Erstattungsbetrag verhandelt

Ende Mai hat der gkv-Spitzenverband erstmals mit einem Hersteller eine Einigung über den Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel erzielt. Dem Wirkstoff Ticagrelor des Herstellers AstraZeneca hatte das IQWiG im Oktober 2011 einen »beträchtlichen Zusatznutzen« bescheinigt. Das gilt für Patientinnen und Patienten mit einem »leichteren« Herzinfarkt ohne typische EKG-Veränderungen (NSTEMI) oder mit einer instabilen Angina pectoris (IA). In diesen Fällen senkt Ticagrelor das Risiko für Todesfälle und Herzinfarkte. Für »schwerere« Herzinfarkte (STEMI), bei denen das EKG meist in charakteristischer Weise verändert ist, fehlen entsprechende Belege. Die Details der Einigung waren bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt.

### Patientenrechtegesetz: SPD gehen Regelungen zu IGeL nicht weit genug

Am 23. Mai 2012 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf für ein Patientenrechtegesetz beschlossen und in das parlamentarische Verfahren eingebracht. Am 1. Januar 2013 soll das Gesetz in Kraft treten. Der Ausschuss für Gesundheit im Bundestag wird den Entwurf in der zweiten Jahreshälfte beraten.

Anders als im Entwurf vorgesehen, fordert die SPD im Bundestag einen strengeren Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und mehr Informationen für Patienten. Sie hat zum Patientenrechtegesetz einen Antrag »Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen« in den Bundestag eingebracht, der parallel zum Regierungsentwurf beraten wird. Die Opposition sieht die rasante Marktentwicklung bei IGeL als Gefährdung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Außerdem gebe es für IGeL in der Regel keine Anhaltspunkte für einen patientenrelevanten Nutzen.

Weitere Kernpunkte des Patientenrechtegesetzes sind die Kodifizierung der aktuellen Rechtsprechung zum Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient und die Stärkung der Versicherer bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen bei dem Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler.

### 50 Jahre Kuratorium Deutsche Altershilfe

Unter dem Motto »50 Jahre Selbstbestimmung im Alter« begeht das Kuratorium Deutsche Altershilfe (kDA) in diesem Jahr sein 50-jähriges Bestehen. Aufgabe des Kölner Vereins ist es, »die Lebenssituation betagter und alternder Menschen so zu beeinflussen und zu erforschen, dass eine der Würde des Menschen entsprechende Lebensführung erreicht werden kann«. Das kDA wurde im Dezember 1962 mit Unterstützung des damaligen Bundespräsidenten Heinrich Lübke und seiner Frau Wilhelmine gegründet. Seitdem gibt das kDA Impulse, um das Leben älterer und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. So hat es die Pflegeversicherung mit auf den Weg gebracht. In einem vielbeachteten Gutachten hatte das kDA bereits 1974 gefordert, Pflegebedürftige sozial besser abzusichern. Heute setzt sich das kDA dafür ein, ältere Menschen zu stärken und ihr Umfeld lebenswert zu gestalten, damit sie trotz Hilfe- und Pflegebedarf so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben können.

### Richtlinien für doppelfunktionale Hilfsmittel beschlossen

Der Vorstand des gkv-Spitzenverbandes hat am 17. April 2012 »Richtlinien [...] zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie zur Bestimmung des Verhältnisses zur Aufteilung der Ausgaben zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung« beschlossen. In den Richtlinien werden die doppelfunktionalen Hilfsmittel (Hilfsmittel nach SGB V und Pflegehilfsmittel nach SGB XI) abschließend definiert, und es erfolgt eine Festlegung der Ausgabenaufteilung zwischen den Kranken- und Pflegekassen. Durch das Versorgungsstrukturgesetz ist der gkv-Spitzenverband ermächtigt worden, entsprechende Richtlinien zu beschließen. Die Richtlinien müssen noch durch das Bundesgesundheitsministerium genehmigt werden. Sie treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft.

# Gute Frage

Brauchen wir strenge Regeln für die  
E-Zigarette?

2003 IN CHINA ERFUNDEN, ist die elektronische Zigarette inzwischen auch in Deutschland ein Verkaufsschlager. Über Vorteile und Gefahren der E-Zigarette ist eine intensive Diskussion entbrannt. Wir fragten Dr. Martina Pötschke-Langer, Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention und des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle beim Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, nach Ihrer Einschätzung zu E-Zigaretten und Handlungsempfehlungen.

**Frau Dr. Pötschke-Langer, bitte erklären sie uns zunächst kurz, wie eine E-Zigarette funktioniert und was sie von der herkömmlichen Tabakzigarette unterscheidet.**

Eine E-Zigarette besteht aus einer Stromquelle, einem elektrischen Vernebler, einer auswechselbaren Kartusche, welche mit einem Chemikaliengemisch gefüllt ist, und einer Steuerungselektronik. Wird am Mundstück gesaugt, aktiviert ein Sensor das System, so dass die Chemikalien bei etwa 65 Grad Celsius erwärmt werden, und es entsteht dann ein Chemikaliennebel, der vom Raucher ein- und wieder ausgeatmet wird. Bei den meisten Modellen leuchtet die

E-Zigarette an der Spitze, um offensichtlich den Rauchern ein möglichst echtes Rauchgefühl zu suggerieren. Ebenso wie die Tabakzigarette enthält auch die E-Zigarette das Nervengift Nikotin. Grundsätzliche Unterschiede zur Tabakzigarette gibt es in ihrer Zusammensetzung. Während die E-Zigarette Chemikalien enthält, besteht die Tabakzigarette aus Tabak mit Zusatzstoffen.

**Kann sich der Verbraucher darauf verlassen, dass er mit E-Zigaretten ein sicheres Produkt erwirbt?**

Nein, dies ist nicht der Fall. Eine für den Verbraucher unüberschaubare Vielzahl von Chemikalien-Mixturen wird für

E-Zigaretten ohne Deklaration der genauen Zusammensetzung im Internet angeboten. Der Verbraucher, der gerade auf dem sensiblen Gesundheitsmarkt nach Orientierung sucht, wird alleingelassen.

**Die Expertenmeinungen zum Gefahrenpotenzial von E-Zigaretten sind geteilt. Während die einen betonen, dass E-Zigaretten im Gegensatz zum Konsum von herkömmlichen Zigaretten weniger gesundheits-schädlich sind, warnen die anderen vor erheblichen Gefahren. Welche Erkenntnisse gibt es und wie beurteilen Sie das Gefahrenpotenzial der E-Zigarette?**

Die Tabakzigarette ist zweifellos ein Giftgemisch mit hoher Krebsgefahr. Bei einem Vergleich mit diesem Produkt ist beinahe jedes andere Produkt weniger gefährlich. Die Hersteller und Vertrieber von E-Zigaretten lassen die Verbraucher weitgehend im Unklaren über die genaue Zusammensetzung ihrer Produkte und insbesondere über deren Wirkungen und Nebenwirkungen. Daher sind die Gesundheitsgefahren momentan nur im Hinblick auf die zumeist angegebenen Stoffe Nikotin und Propylenglykol einzuschätzen: Nikotin ist ein starkes Suchtmittel, das schnell abhängig macht und bei Überdosierung zu Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfall, Benommenheit bis hin zum Koma führen kann. Propylenglykol kann zu Atemwegsreizungen führen.

**Wie unterscheiden sich E-Zigaretten von Nikotinprodukten wie Nikotinkaugummis, -pflaster oder -tabletten aus der Apotheke?**

Nikotinprodukte zur Tabakentwöhnung aus Apotheken sind in Dosierung und Anwendung getestet und sicher. Hierzu liegen zahlreiche wissenschaftliche Studien vor. Bedeutsam ist auch, dass nikotinhaltige Apothekenprodukte

zur Tabakentwöhnung nur für einen begrenzten Zeitraum empfohlen und genutzt werden. Demgegenüber werben die Händler von E-Zigaretten für eine dauerhafte Nutzung und geben noch nicht einmal alle Inhaltsstoffe und deren Wirkungen und Nebenwirkungen an.

**Könnte die E-Zigarette nicht auch als Mittel zur Entwöhnung vom Tabakkonsum funktionieren? Aktuell wird die Einstufung der E-Zigarette als Arzneimittel gefordert. Was könnte das bringen?**

Es ist noch zu früh, um eine Aussage zur Tabakentwöhnung durch die E-Zigarette zu machen. Jedoch weisen erste kleinere Studien auf eine mögliche Wirkung hin. Auch sollten die geradezu euphorischen Berichte von Ex-Tabakzigarettenrauchern ernst genommen werden. Diesen ist jedoch zu wünschen, dass sie baldmöglichst auch den Ausstieg aus der Nikotinabhängigkeit von der E-Zigarette schaffen. Eine Einordnung als Arzneimittel hat viele Vorteile: Die Hersteller müssten dann die Inhaltsstoffe deklarieren und die Wirkungen und Nebenwirkungen angeben. Dies wäre ganz auch im Sinne des Verbraucherschutzes.

Dr. Martina Pötschke-Langer

**Im April hat das nordrhein-westfälische Oberverwaltungsgericht in Münster die E-Zigarette in einer vielbeachteten einstweiligen Anordnung als Genussmittel eingestuft. In der Begründung heißt es unter anderem, dass E-Zigaretten keine für ein Arzneimittel erforderliche therapeutische oder prophylaktische Zweckbestimmung haben. Können Sie die Begründung nachvollziehen?**

Als Medizinerin habe ich ein Unbehagen, juristische Bewertungen vorzunehmen, das überlasse ich anderen. Unabhängig von diesem Urteil ist jedoch festzuhalten, dass für Genussmittel der Grundsatz des Verbraucherschutzes gilt, dass »alle Produkte für den privaten Konsum gesundheitlich unbedenklich und sicher« sein sollten, so zitiert von der Website des Bundesministeriums für Verbraucherschutz. Und genau dies trifft nicht auf die E-Zigaretten zu, wie oben ausgeführt.

**Angesichts dieser Situation: Was sollte aus Ihrer Sicht geschehen?**

Die Grundsatzfrage lautet doch: Wollen wir einen Nikotinmarkt in Deutschland mit weitreichenden Konsequenzen auch für die Freigabe anderer nikotinhaltiger Produkte, deren Hersteller und Händler bereits vor den Toren warten – wie die von Nikotinwasser, Nikotinlimonaden, Nikotinbier, Nikotinbonbons usw.? Ich halte diese Entwicklung für besorgniserregend, da hier ein neuer Suchtmarkt droht. Der Beginn würde durch die E-Zigarette gemacht, wenn sie als »freies« Genussmittel zugelassen würde. Ich plädiere daher für eine strenge Regulierung zum Schutz der Bevölkerung, und diese kann nur über die Einstufung der E-Zigarette als pharmakologisch hochwirksames Medizin- oder Arzneimittelprodukt erfolgen.

Die Fragen stellte Elke Grünhagen





MADE IN  
USA  
100% COTTON  
WASH IN  
WATER

Gleich gesund und gut versorgt?

# Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

**DEUTSCHLAND IST EIN ZUWANDERUNGSLAND. Aktuell leben hier 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das entspricht knapp einem Fünftel der Bevölkerung. Sie stammen aus allen Weltregionen und gehören unterschiedlichen Kulturen an. Werden sie krank, sehen sich viele von ihnen mit einem Versorgungssystem konfrontiert, das nicht flächendeckend auf ihre Bedürfnisse eingestellt und das in seinen Strukturen nur schwer zu durchschauen ist.**

Menschen mit Migrationshintergrund – das sind Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ebenso wie Menschen mit deutschem Pass, die selbst oder deren Eltern nach Deutschland zugewandert sind. Die beiden

## Migranten leiden häufiger unter chronischen und psychischen Krankheiten

größten Gruppen sind (Spät-) Aussiedler /innen und Menschen türkischer Herkunft. Gemäß den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Ergebnissen des

Mikrozensus 2010 machen sie zusammen knapp die Hälfte der Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus.

Ein Migrationshintergrund kann Krankheitsrisiken steigern: Der Anpassungsdruck an die fremde Kultur und Stigmatisierungserfahrungen wegen einer anderen ethnischen Herkunft können erhöhte gesundheitliche Belastungen nach sich ziehen. Darüber hinaus war insbesondere die sogenannte erste Gastarbeitergeneration häufig gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Andererseits bringen Migrantinnen und Migranten oftmals bessere gesundheitliche Voraussetzungen mit, da vornehmlich gesunde und aktive Menschen migrieren. Außerdem bauen Zuwanderer häufig soziale Netzwerke im Rahmen ihrer »ethnischen Community« auf, die als Identitätsanker und damit gesundheitsfördernd wirken können.

## Unterschiede bei gesundheitsrelevanten Faktoren

Das Krankheitsspektrum von Menschen mit Migrationshintergrund ähnelt weitgehend dem der nicht migrierten Bevölkerung (mit Ausnahme einiger seltener erblicher Stoffwechselerkrankungen bei Migranten). Allerdings unterscheiden sie sich in gesundheitsrelevanten Faktoren von der Mehrheitsbevölkerung, beispielsweise hinsichtlich der Häufigkeit und des Verlaufs von Erkrankungen, ihres Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. So erkranken sie häufiger und in jüngeren Jahren an bestimmten chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, altersbedingten Verschleißerscheinungen und psychischen Erkrankungen und leiden öfter unter chronischen Schmerzzuständen. Und ältere Menschen mit Migrationshintergrund geben bei Befragungen häufiger als Angehörige derselben Jahrgänge ohne Migrationserfahrung an, krank gewesen zu sein.

Diese Unterschiede sind unter anderem darauf zurück-

zuführen, dass Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt schwierigeren Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind, die sich auch in höheren Arbeitsunfall-, Berufskrankheiten- und Erwerbsminderungsquoten widerspiegeln. Aber auch eine ungünstige soziale Lage sowie Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache und damit einhergehende Kommunikationsprobleme und Informationsdefizite könnten Unterschiede im Gesundheitszustand erklären.

## Nutzerorientierte Versorgung wird erschwert

Bisher setzen sich Institutionen der Gesundheitsversorgung noch nicht ausreichend und vor allem nicht flächendeckend mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen und den Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen mit Migrationshintergrund auseinander. Die Folge sind zahlreiche Barrieren in der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe. Diese betreffen sowohl den Zugang zu Gesundheitsleistungen als auch die Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern /innen und wirken sich auf die Effektivität von Angeboten aus.

Besonders deutlich wird das in der medizinischen Rehabilitation. Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels sowie von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung zeigen übereinstimmend, dass Menschen mit Migrationshintergrund Angebote der medizinischen Rehabilitation erheblich seltener, nämlich etwa nur halb so oft wie Menschen ohne Migrationshintergrund nutzen. Und diejenigen, die Angebote der Rehabilitation in Anspruch nehmen, schließen sie – gemessen an Outcomes wie der beruflichen Leistungsfähigkeit oder dem Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente – im Durchschnitt mit einem schlechteren Ergebnis ab. Allein durch sozio-ökonomische und gesundheitliche Benachteiligung im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung lassen sich diese Befunde nicht erklären.

Vergleichbare Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen werden auch bei der Nutzung von Pflegeangeboten sichtbar. Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe zeigen, dass 58% aller Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und

## Barrieren schränken Effektivität von Gesundheitsangeboten ein

vollstationäre Pflegeleistungen nutzen, aber nur 9% der Pflegebedürftigen mit türkischem Migrationshintergrund. Auch nach Kontrolle für den Schweregrad der Pflege bleiben diese Unterschiede weitestgehend bestehen.

### Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren

Unterschiedliche Studien deuten darauf hin, dass eine Reihe von Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren die dargestellten Unterschiede in der Nutzung und Wirksamkeit von Versorgungsangeboten verursacht. Aus qualitativen Befragungen in der Rehabilitation geht hervor, dass Rehabilitanden mit Migrationshintergrund häufig sprachliche Probleme haben und es ihnen an Informationen über Rehabilitationsangebote und sozialrechtliche Ansprüche fehlt. Auf der anderen Seite sind Versorgungseinrichtungen

### Kulturelle Tabus werden nicht hinreichend berücksichtigt

für (kulturelle) Bedürfnisse und Bedarfe nicht ausreichend sensibilisiert: So ist es für eine gläubige Muslimin beispielsweise sehr belastend, sich vor einem

fremden Mann zu entblößen – auch wenn es ein Arzt ist. Und viele muslimische Patienten wollen sicher sein, dass ihre Nahrung ohne Schweinefleisch und Alkohol zubereitet wird.

Ähnliche Barrieren gibt es im Pflegesektor. Die pflegerische Versorgungsstruktur ist besonders komplex, der Zugang zu Pflegeleistungen angesichts von Informationsdefiziten und Sprachproblemen erschwert. Wie in der Rehabilitation werden auch in der Pflege z. B. Pflegevorstellungen und körperliche Tabus noch nicht flächendeckend berücksichtigt. Das kann Schwellenängste und Zugangsbarrieren zur professionellen pflegerischen Versorgung erhöhen.

### Was tun? Migrationsensible statt migrations-spezifische Angebote

Wie kann die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund wirkungsvoll verbessert werden? In Forschung und Praxis werden unterschiedliche Strategien diskutiert und umgesetzt. Viele davon umfassen migrations- und kulturspezifische Angebote, etwa Schulungsangebote und Einrichtungen für bestimmte Migrationsgruppen. Auf den ersten Blickerscheinen solche Angebote geeignet, Zugangsbarrieren zu senken und

Kommunikations- und Interaktionsprobleme zu vermeiden. Kurzfristig mag das auch der Fall sein. Allerdings: Mittel- und langfristig gehen solche parallelen Versorgungsstrukturen mit Gefahren einher. Zum einen ist es nicht möglich, für alle Migrationsgruppen spezifische Angebote zu schaffen. Zum anderen macht es eine Vielzahl spezifischer Angebote schwierig, die Versorgungsqualität flächendeckend zu sichern. Außerdem konterkarieren parallele Versorgungsstrukturen die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Mehrheitsgesellschaft, indem sie Aus- und Abgrenzung begünstigen.

Statt neue migrations-spezifische Angebote ins Leben zu rufen, ist es daher notwendig, bestehende Angebote der Regelversorgung migrations-sensibel auszurichten. Dabei ist auch ein neues Bewusstsein dafür erforderlich, dass der Migrationshintergrund nur eine von vielen Eigenschaften ist, die die Vielfalt unserer Gesellschaft prägen. Ebenso wie der Migrationshintergrund gehen auch Merkmale wie Alter, Geschlecht, Religion, Behinderung und sozialer Status mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen einher, deren Berücksichtigung ein unabdingbarer Bestandteil einer nutzerorientierten Versorgung ist. Diversity Management ist ein integrativer und ganzheitlicher Ansatz, der aus diesem Bewusstsein heraus ent-



standen ist. Diversity Management in der Gesundheitsversorgung erkennt an, dass Versorgungsnutzer/-innen sich untereinander und daher auch in ihren Bedürfnissen und Bedarfen unterscheiden. Die Implementierung derartiger Strategien in die Versorgungspraxis kann daher die Versorgungsqualität für alle Menschen – unabhängig von ihrem Migrationshintergrund – erhöhen.

## Literatur

PATRICK BRZOSKA und OLIVER RAZUM:

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige.

In: GÜNSTER, KLOSE, SCHMACKE [Hg.]: *Versorgungs-Report 2012*. Stuttgart 2012.

OLIVER RAZUM u. a.:

Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit.

(*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*).

Hrsg. vom Robert-Koch-Institut. Berlin 2008.



Patrick Brzoska ist Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. patrick.brzoska@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Oliver Razum leitet die Arbeitsgruppe »Epidemiologie & International Public Health« der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld



Interview mit Ministerin Aygül Özkan

# Integration statt Parallelwelt

**ALS MINISTERIN FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE, GESUNDHEIT UND INTEGRATION in Niedersachsen erstreckt sich die Verantwortung von Aygül Özkan (CDU) über Fragen sowohl der Integration als auch der Gesundheit. Durch ihren Migrationshintergrund bringt sie darüber hinaus Erfahrungen aus erster Hand mit, wenn es um Fragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen unterschiedlicher Herkunft, Sprache und Kultur geht.**

**MDK Forum** Frau Ministerin Özkan, was sind die besonderen Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten? Gibt es Faktoren auf beiden Seiten, also bei den Migranten und bei den Leistungserbringern / Behörden?

**Aygül Özkan** Wenn wir uns den demografischen Wandel anschauen, haben wir eine älter werdende Gesellschaft, zu der naturgemäß auch viele Migranten gehören. Gleichzeitig haben wir einen Rückgang der Geburten. Bei den unter 5-Jährigen haben 35% einen Migrationshintergrund. Dieser Entwicklung müssen wir Rechnung tragen. Nicht durch den Aufbau von Parallelstrukturen, sondern indem wir verstärkt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werben, die über entsprechende Sprachkenntnisse verfügen. Mein Mann zum Beispiel ist selbst Arzt und hat die Erfahrung gemacht, dass die Dankbarkeit bei Patientinnen und Patienten sehr hoch ist, wenn jemand ihre Muttersprache spricht und ein Empfinden für kulturelle und familiäre Hintergründe und Besonderheiten hat.

Ich will Ihnen ein weiteres Beispiel nennen: Menschen, die an Demenz erkranken, »verlernen« die deutsche Sprache Stück für Stück. Sie sind dann auf Pflegekräfte angewiesen, die die Sprache ihres Herkunftslandes beherrschen.

**MDK Forum** Insbesondere gläubige Moslems haben ein Frauenbild, das stark von dem »westlichen« abweicht. Wie wirkt sich dies auf die Gesundheitsversorgung dieser Frauen in Deutschland aus, z. B. auf die frauenärztliche Versorgung (Vorsorge und Früherkennung)? Wie

steht es um die Versorgung von Kindern?

**Özkan** Als Staat obliegt uns die Pflicht, die freie Entfaltung der Lebensentwürfe der Individuen zu sichern und zu ermöglichen. In diesem Kontext kann und will ich Themen wie »Unterdrückung von Frauen und Mädchen« oder »häusliche Gewalt« nicht ausblenden. Mir ist aber auch wichtig, die Diskussion um die Lebenslage von Musliminnen im Alltag nicht allein auf diese Themen zu reduzieren. Studien zeigen etwa, dass die reale Rollenverteilung in den Familien ganz anders ist als gemeinhin angenommen.

Wenn wir über Defizite in der medizinischen Versorgung, gerade bei Kindern, sprechen, müssen wir feststellen, dass es um ein generelles Problem geht. Betroffen ist eine gesamte Schicht, zu der nicht nur Türken oder Araber gehören, sondern auch Deutsche. Diese Menschen müssen wir verstärkt ansprechen.

Ich glaube, dass viele Konflikte gar nicht entstehen würden, wenn im Vorfeld ein Dialog stattfindet und ein wirklich gutes Zusammenleben. Wir müssen einfach anfangen, von

---

Aygül Özkan



beiden Seiten offener aufeinander zuzugehen.

**MDK Forum** Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt – auch in der Gruppe der Migranten. Zunehmend mehr Pflegedienste bieten deshalb Pflege durch Menschen mit Migrationshintergrund an. Macht das aus Ihrer Sicht Sinn?

**Özkan** Unsere Gesellschaft bleibt nur dann menschlich, wenn insbesondere hilfs- und pflegebedürftige Menschen auch gute und vor allem persönliche Hilfe und Zuwendung erfahren. Zugleich zeigt ein Blick in die Statistik, dass bei uns immer mehr ältere Menschen mit Migra-

tionshintergrund leben, viele von ihnen werden ihren Lebensabend bei uns verbringen. Deshalb setze ich mich dafür ein, dass im Gesundheits- und Pflegebereich zunehmend qualifiziertes Personal mit Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnissen eingesetzt wird, weil zum Beispiel Migranten, die an Demenz erkrankt sind, oft die erlernte deutsche Sprache vergessen. Dafür werben wir aktuell mit unserer Pflegekampagne »Mensch Alter – Du bist meine Zukunft«. Mit der Kampagne wollen wir junge Menschen für den Altenpflegeberuf interessieren.

**MDK Forum** Was unternimmt die Politik konkret für die Gesundheitsversorgung von Migranten?

**Özkan** Mir liegt am Herzen, keine Parallelangebote für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen. Dies würde aus meiner Sicht dem Gedanken der Integration widersprechen. Wohl aber kann es zum Beispiel sinnvoll sein, Informationen in verschiedenen Sprachen bereitzuhalten, da sich komplexe medizinische Fragestellungen oft besser in der Herkunftssprache verstehen lassen. In diesem Zusammenhang sind auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die selbst über einen Migrationshintergrund verfügen und andere Sprachen und Kulturen kennen, eine wichtige Bereicherung.

Insgesamt ist hier jedoch meines Erachtens weniger die Politik gefordert als die Akteure im Gesundheitswesen selbst.

**MDK Forum** Frau Ministerin, Sie selbst kommen aus einer Familie mit Migrationshintergrund. Welchen Einfluss hatte das auf Ihre Gesundheitsversorgung? Fühlen Sie sich mit den »Ur-Deutschen« gleich behandelt?

**Özkan** Ich habe mich immer gleich behandelt gefühlt, wobei es auch eine Rolle gespielt haben mag, dass meine Eltern sich sehr eingesetzt haben. Sie haben mich beispielsweise mit drei Jahren in die Kita geschickt. So habe ich als kleines Kind Deutsch gelernt und war bei der Einschulung auf dem gleichen Stand wie meine deutschen Klassenkameradinnen und -kameraden. Dafür bin ich meinen Eltern bis heute dankbar.

Sie haben auch selbst durch den Kontakt mit ihren Kundinnen und Kunden schnell Deutsch gelernt. So konnten sie, wenn meine Schwester oder ich krank waren, sich mit den



behandelnden Ärztinnen und Ärzten unterhalten. Sie brauchten niemanden, der ihnen die Diagnose erst übersetzen musste.

**MDK Forum** Was kann jeder Bürger zur Gesundheitsversorgung seiner ausländischen Mitbürger tun?

**Özkan** Ich betone immer wieder, dass Integration nicht durch Gesetze oder Vorschriften »verordnet« werden kann. Integration kann durch staatliche Hilfe unterstützt werden, aber sie ist ein Prozess, der im Kleinen stattfindet, im Alltag, vor Ort. Insofern kann jeder Bürger ein guter Nachbar im klassischen Sinn sein und wenn er den Eindruck hat, dass seine ausländischen Mitbürger Probleme oder Fragen in diesem Bereich haben, kann er sie mit Rat und Tat unterstützen.

*Die Fragen stellten Martin Dutschek und Friederike Geisler*

### Portrait: Aygül Özkan

Aygül Özkan ist die erste muslimische Frau mit Migrationshintergrund in einem Landesministerium.

Sie wurde am 27. August 1971 in Hamburg geboren. Ihre Eltern stammen aus der Türkei und sind in den 60er Jahren nach Deutschland gekommen. Ihr Vater arbeitete in Deutschland zunächst bei der Deutschen Bundespost und machte sich danach mit einer Schneiderei selbstständig. Aygül Özkan studierte Rechtswissenschaft an der Universität Hamburg. 2004 ist sie der CDU beigetreten und seit dem 27. April 2010 niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. Sie ist die erste Frau mit Migrationshintergrund und muslimischem Glauben, die Landesministerin in Deutschland geworden ist. Gleich nach ihrer Ernennung widmete sich die Ministerin Integrationsthemen wie etwa der frühkindlichen Bildung von Kindern mit Migrationshintergrund und der Ausbildung von jungen Migrantinnen und Migranten.

Seit 1993 ist die Sozialministerin mit einem Gynäkologen verheiratet, der aus der Türkei stammt. Ihren gemeinsamen Sohn erziehen sie zweisprachig.

Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

# Geblieben und alt geworden

**VIELE DER MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND sind in den 1960er Jahren als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland gekommen und – anders als ursprünglich beabsichtigt – geblieben. Sie werden, inzwischen alt geworden, zunehmend pflegebedürftig. Ihre professionelle Pflege bringt besondere Herausforderungen mit sich.**

Freundlich begrüßt Ruhsan Kaya ihr Gegenüber. Mehmet Altan ist 80 Jahre alt und schafft es nur mit Mühe, sich im Bett aufzurichten. Wenn seine Lieblingspflegerin kommt, freut er sich, weil er mit ihr in seiner Muttersprache sprechen kann. Seine deutsche Frau sitzt daneben und versteht nichts von dem, worüber die beiden sich unterhalten.

Ruhsan Kaya arbeitet beim Interkulturellen Sozialdienst Hannover (IKS), einem ambulanten Kranken- und Alten-

pflegedienst. Mit 70 Kolleginnen und Kollegen aus 13 Nationen betreut sie Pflegebedürftige mit und ohne Migrationshintergrund.

## Professionelle Pflegeleistungen bei Migranten wenig gefragt

»Die Kunden fühlen sich freier,

wenn sie mit mir in der gewohnten Sprache sprechen können«, sagt die 34-Jährige, deren Eltern aus der Türkei stammen.

Gegründet wurde der IKS im Jahr 1996 von Jasmin Arabian-Vogel – die soziale Pflegeversicherung steckte in den Kinderschuhen. »Damals hat man angefangen, über die Pflege von Migranten nachzudenken, da feststand, dass die Gastarbeiter nicht in ihre Heimatländer zurückkehren«, berichtet sie. »Bei meinem Vater, der iranischer Abstammung ist, habe ich gesehen, wie schwierig es für Migranten sein kann, das deutsche Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen.«

## Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund

2009 gab es in Deutschland etwa 2,34 Mio. Pflegebedürftige, davon etwa 192 000 (8,2%) mit Migrationshintergrund. Dies geht hervor aus der Studie *Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes*, die das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben hat und in der explizit auch Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund befragt wurden. Erwartet wird, dass die Zahl pflegebedürftiger Migranten steigt, sowohl demografisch bedingt als auch wegen spezifischer Belastungen und Risiken im Arbeitsleben und im Migrationsprozess. Dazu zählen psychosoziale Belastungen wie z. B. Familientrennung, unklare rechtliche Rahmenbedingungen sowie nicht selten auch Verfolgung und Folter ebenso wie Schichtarbeit oder Arbeitslosigkeit.

Grundsätzlich gilt, dass gesundheitliche Belastungen stark vom sozioökonomischen Status abhängen. Laut Robert Koch-Institut (2008) ist aufgrund unzureichender Daten jedoch unklar, welcher Anteil der Gesundheitsbelastung von Menschen mit Migrationshintergrund auf migrationsbedingte Faktoren zurückzuführen ist und welcher statusspezifisch ist.

Neben diesen Faktoren können kulturelle Krankheitskonzepte die Kommunikation mit Menschen mit Migrationshintergrund erschweren – zum Beispiel, wenn es um Demenz geht. »Demenz wird auch von türkischstämmigen Migranten immer noch häufig tabuisiert«, erklärt Prof. Wielant Machleidt, ehemaliger Direktor der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH und Vorsitzender des Referates für Transkulturelle Psychiatrie und Migration der DGPPN. »Es herrschen Vorurteile, dass die Krankheit ansteckend sein könnte oder sogar eine Strafe Allahs.«

## Pflege in der Familie

Die vom BMG initiierte Befragung zeigte auch: Wenn es um Pflege geht, spielt bei Menschen mit Migrationshintergrund die Versorgung durch das familiäre Umfeld eine zentrale Rolle. Der Wunsch, dass der Pflegebedürftige nicht von Fremden gepflegt wird, und die Bedeutung des Pflegegeldes für das Familieneinkommen spiegeln sich auch bei den gewählten Pflegeleistungen wider. Dies trifft in besonderem Maße für türkische Migranten zu. So zeigte eine Studie der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem MDK Westfalen-Lippe, dass türkische Migranten



nur sehr selten stationäre Leistungen beantragen (2% der untersuchten Antragsteller) und der Großteil zu Hause ohne professionelle Unterstützung gepflegt wurde (98%).

## Interkulturelle oder ethnisch orientierte Pflege?

150 Kunden hat der Interkulturelle Pflegedienst. 40% davon haben einen Migrationshintergrund. So müssen die Mitarbeiter des IKS besondere Fähigkeiten mitbringen. »Viele Pflegedienste sind eher ethnisch orientiert, das heißt Türken pflegen nur Türken oder Russen nur Russen«, sagt Jasmin Arabian-Vogel. »Das Konzept der interkultu-

rellen Pflege geht darüber hinaus. Danach bedarf es mehr als einer gemeinsamen Sprache und Kultur für eine funktionierende Pflege-Beziehung. Ich führe hier immer das beliebte Beispiel mit den Schuhen an. Dass ein Besucher sich in einem türkischen Haushalt immer die Schuhe ausziehen muss, ist ja ein weit verbreitetes Vorurteil. Die Kompetenz liegt darin, darauf zu achten, ob vor der Tür Schuhe stehen, und höflich zu fragen, ob man die Schuhe vor dem Betreten ausziehen soll.«

#### Unterschiedliche Vorstellungen von Pflege

Während ihrer 16-jährigen interkulturellen Arbeit sammelte Arbabian-Vogel wichtige Erfahrungen. »So ist etwa bei Menschen aus dem arabischen Raum das Thema Pflege sehr schwierig. Männer erlernen den Beruf grundsätzlich nicht und Frauen sind oft nur für die gleichgeschlechtliche Pflege zu gewinnen.« Dass ein Pflegebedürftiger nur von einer Pflegekraft der gleichen Herkunft gepflegt wird, ist beim IKS sehr selten der Fall. »Pflegebedürftige iranischer Herkunft trauen den einheimischen, also den

deutschen, Pflegekräften mehr zu als denen mit Migrationshintergrund. Wieder andere wünschen eine Pflegekraft anderer Herkunft, weil sie z.B. in einer kulturellen Gemeinde vernetzt sind und befürchten, dort könnte es herumerzählt werden.«

#### Hatice ist in Ordnung

Obwohl sich der IKS auf die interkulturelle Pflege spezialisiert hat, ist der größere Teil der Kundschaft deutscher Abstammung. Mit diesen macht Jasmin Arbabian-Vogel



#### Fortbildung: Pflege-Begutachtung von Migranten

Die Pflege-Begutachtungen der MDK betreffen regelmäßig auch Versicherte, die selbst oder deren Familie nach Deutschland eingewandert sind. Dies stellt die Gutachter oft vor besondere Herausforderungen, z. B. sprachlicher oder kultureller Art. In einer Fortbildung für Pflege-Gutachter des MDK Niedersachsen im März 2012 gab Prof. Wielant Machleidt (siehe Beitrag) einen Einblick in den Umfang der Migration in Deutschland und den Ablauf des Migrationsprozesses. Er wies auf die besonderen Belastungen hin, die eine Auswanderung für die Migranten mit sich bringt. Den Gutachtern gab er mit auf den Weg, die Hintergrundgeschichte der Versicherten zu erfragen, um deren Situation besser zu verstehen. »Wichtig ist zu wissen, wie gut die Migration und Integration funktioniert hat«, sagte Machleidt. »Migration allein macht nicht unbedingt krank, aber sie stellt ein Risiko dar.«

»Die sprachliche Hürde kann eine Herausforderung sein«, sagt Dr. Roland A. Jung, Leiter des Pflorgeteams beim MDK in Frankfurt. »In manchen Begutachtungen kommuniziert man mit Händen und Füßen«. Jung empfahl, die Begutachtungen besonders vorzubereiten und einen Übersetzer oder den Pflegedienst hinzuzuziehen.

Er stimmte der Sichtweise von Machleidt zu, wies aber auch auf die begrenzten Möglichkeiten in der Begutachtungssituation hin. So bewege sich der Gutachter im Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Vorgaben und dem Wunsch nach kultursensibler Begutachtung. Höflichkeit, ein angemessenes Auftreten und Sensibilität würden generell von den Gutachtern erwartet, sagte Jung, unabhängig ob es sich um den Umgang mit Migranten oder Nicht-Migranten handelt.

oft ähnliche Erfahrungen. »Der klassische Fall ist Frau Müller, die uns beauftragt und dazu sagt, wir sollen bloß keinen türkischen Mitarbeiter schicken. Wenn es dann an einem Tag nicht anders ging und Hatice kommen musste, erleben wir es ganz oft, dass Frau Müller sich Hatice danach immer wünscht – ganz nach dem Motto: Ausländer lieber nicht, aber Hatice, Ali und Fatima können gerne kommen.«

»**Ausländer lieber nicht, aber Hatice kann kommen**«



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

Psychosoziale Gesundheit von Migranten

# Böser Blick und neue Heimat

**KRANKHEITSVORSTELLUNGEN UNTERSCHIEDEN SICH von Kultur zu Kultur. Sie sind zu einem großen Teil von sozialen Wertvorstellungen abhängig. Das gilt für somatische, aber mehr noch für psychische Erkrankungen. Deutsche Ärzte und Psychotherapeuten stehen oft vor der Frage: Wie leidet die Seele von Menschen aus einem fremden Land?**

Psychische Krankheiten wie Depressionen, Psychosen und Angststörungen gibt es in allen Kulturen. Doch sie werden oft unterschiedlich erlebt. Dabei prägt der kulturelle Hintergrund des Patienten sein Verständnis für die Beschwerden, erklärt der ärztliche Direktor der GPZ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Detmold, Dr. Ahmad Bransi: »In Europa sind Depressionen meistens durch eine traurig-gedrückte Stimmung

## Die gleiche Krankheit – eine andere Vorstellung davon

und manchmal durch eine Gefühllosigkeit gekennzeichnet. In vielen außereuropäischen Kulturen werden sie häufig als körperliche Erkrankungen präsentiert, wie Schwäche, körperliche Missempfindungen oder Schmerzsyndrome. Teilweise wird der Zusammenhang mit einer psychischen Krankheit erst spät erkannt.«

In manchen Ländern der Welt glauben die Menschen, Krankheiten würden von außen in den Körper eindringen, so als habe sie jemand verflucht oder als seien sie Opfer eines »bösen Blickes« geworden. Das ist eine ganz andere Vorstellung als hierzulande. Der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut muss also auf die Feinheiten im Gespräch mit seinem Patienten achten, um die richtige Diagnose stellen zu können. Professionelle Dolmetscher können helfen, auch die kulturellen Hintergründe und die Krankheitsvorstellung des Patienten zu verstehen.

Viele Menschen mit Migrationshintergrund wissen außerdem gar nicht genau, was Psychiatrie oder Psychotherapie überhaupt bedeutet. Für manche ist eine psychische Krankheit zum Beispiel eine geistige Behinderung.

## Die Migration allein löst selten eine Krise aus

Die Frage, ob Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als Deutsche, ist schwierig zu beantworten. Fest steht: Häufig haben sie einen anderen Bildungsstand und gehören in Deutschland einer niedrigeren sozialen Schicht an. Es sind also vor allem die Verhältnisse, die das Leben von Einwanderern schwierig gestalten: »Ein Migrationshintergrund allein kann nicht pauschal als Ursache einer psychischen Krankheit betrachtet werden. Sondern er ist einer der wichtigen biografischen Faktoren, die eine Krankheit bedingen können«, so Bransi. Die Gründe, warum die Seele eines Migranten erkrankt, sind vielfältig und reichen von Flucht, Entwurzelung, Trennung von Familie und Traditionen über Zukunftsängste, soziale Isolierung bis hin zu unsicheren Lebensverhältnissen. »Diese Belastungen können zu depressiven Erkrankungen, Angst-

störungen, psychosomatischen Beschwerden, Somatisierungsstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen führen«, erklärt der Psychiater.

Kurz nach der Einwanderung sind Migranten nach Bransis Erfahrungen besonders gefährdet, psychisch zu erkranken. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer und fortschreitendem Einleben in die neue Lebenssituation nehmen die Belastungen häufig ab.

Anders sieht die Situation bei ihren Kindern aus. Als zweite oder dritte Generation haben sie oft keine eigene Migrationserfahrung. Ihr Konflikt: Auf der einen Seite wollen sie ihre Eltern nicht verraten, indem sie mit alten Traditionen brechen. Auf der anderen Seite fühlen sie sich oft auch nicht der neuen Gesellschaft zugehörig. Bransi kennt diese Probleme. »Viele der Jugendlichen leben in einem sozial benachteiligten Status, erleben sich häufig als Wanderer zwischen verschiedenen Kulturen und machen Diskriminierungserfahrungen. Diese Erlebnisse stellen Risiken dar für psychosoziale Belastungen und Krankheiten, was aber nicht bedeutet, dass ihre psychische Befindlichkeit generell schlechter ist.«



## Der erschwerte Zugang

Für Menschen mit Migrationshintergrund ist der Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung oft verbaut. Die größte Barriere sind sicherlich Sprachschwierigkeiten, wie Bransi weiß: »Bei Verständigungsproblemen müssen oft die Angehörigen übersetzen, was häufig nicht richtig funktioniert: Entweder wegen fehlenden medizinischen Fachwissens oder aufgrund von Schamgefühlen oder Rücksichtnahme auf den Patienten.« Weitere Faktoren sind ein anderes Schamgefühl, fehlende Bildungsressourcen auch in Bezug auf das Gesundheitsverhalten oder eben ein anderes kulturelles Krankheitsverständnis. Ärzte, Psychotherapeuten oder auch Mitarbeiter in Pflegediensten müssen sich daher immer wieder fragen, ob ihre Therapien tatsächlich in das Gesundheitskonzept ihres Patienten passen.



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

Dritter Bericht des MDS zur Qualität in der Pflege

# Qualität der Pflege hat sich verbessert

**DIE QUALITÄT DER PFLEGE in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten hat sich verbessert. Das zeigt der dritte Pflege-Qualitätsbericht, den der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten auf Landesebene erstellt hat. Bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sowie im Umgang mit Menschen mit Demenz gab es Fortschritte im Vergleich zum Bericht aus dem Jahr 2007. Bei anderen Pflegeproblemen – etwa, wenn es darum geht, ein Druckgeschwür zu vermeiden – offenbaren sich jedoch noch Schwächen.**

Grundlage des Berichts sind alle MDK-Qualitätsprüfungen zwischen dem 1. Juli 2009 und dem 31. Dezember 2010. Insgesamt wurden 8101 Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und 7782 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten ausgewertet. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Pflege in Deutschland: Die Qualitätsprüfer des MDK untersuchten den Pflegezustand von rund 62 000 Pflegeheimbewohnern sowie von rund 45 000 Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten betreut wurden, prüften die Pflegemaßnahmen und befragten die Pflegebedürftigen nach ihrer Versorgungssituation. Über die Qualität in der Pflege berichtete der MDS zuletzt im 2. Pflege-Qualitätsbericht, der im August 2007 erschienen ist.

## Epidemiologische Ergebnisse für stationäre Pflege

Der jetzt vorgelegte 3. Pflege-Qualitätsbericht enthält erstmals epidemiologische Daten zu wichtigen pflegerischen Versorgungsproblemen. So sind 60,7% der Bewohner von Pflegeheimen durch Demenz oder andere gerontopsychiatrische Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt. Etwa 31% der Bewohner leiden an chronischen Schmerzen. Rund zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner erhalten eine Inkontinenzversorgung und 8,1% der Heimbewohner haben einen Blasenkatheter. Einen bedeutenden Gewichtsverlust weisen ca. 9% der untersuchten Bewohner auf. 4,4% leiden an einem Dekubitus. Diese Zahlen zeigen anschaulich die Versorgungssituation und die Versorgungsprobleme, die die Pflege tagtäglich zu bewältigen hat (vgl. Abbildung S.13).

## Qualität der stationären Pflege

Im Mittelpunkt der Qualitätsprüfungen des MDK steht die personenbezogene Versorgungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität). Darüber hinaus wird die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen erhoben und die einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität bewertet. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die personenbezogene Versorgungsqualität.

– **Essen und Trinken** Von allen in Pflegeheimen untersuchten Bewohnern hatten 95% einen angemessenen Ernährungszustand. Bei 5% war der Ernährungszustand nicht angemessen, d. h. hier war ein bedeutender Ge-

wichtsverlust (5% in drei Monaten oder 10% in sechs Monaten) eingetreten, der auf Versäumnisse der Pflege zurückzuführen war. Zwei Drittel (67,4%) der Bewohner hatten ein Ernährungsrisiko. Sie benötigten Hilfe beim Essen und hatten einen Bedarf an pflegerischen Maßnahmen zur Ernährung, z. B. hochkalorische Speisen oder Anpassung der Speisenskonsistenz bei Schluckstörungen. Vier von fünf der Betroffenen erhielten diese Unterstützung. Werden diese erforderlichen Hilfen nicht oder nicht in ausreichendem Maße erbracht, führt dies zu einer deutlich schlechteren Ernährungssituation. Bei 9,1% der Gesamtstichprobe lag ein bedeutender Gewichtsverlust vor. Anders, wenn die erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung nicht gewährleistet waren, dann betrug dieser Anteil 33,9%.

– **Dekubitus** Das Risiko, ein Druckgeschwür (Dekubitus) zu entwickeln, bestand bei fast jedem zweiten Bewohner (46,9%). Doch nur bei 59,3% von ihnen wurden erforderliche Prophylaxen wie Lagerungswechsel oder Bewegungsförderung durchgeführt, bei den anderen 40,7% nicht oder nicht ausreichend.

– **Umgang mit Demenz** Menschen mit Demenz sollen geeignete Angebote zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung erhalten. Bei den Prüfungen zeigte sich: Drei Viertel (76,3%) der Bewohner mit Demenz erhielten solche Angebote, knapp ein Viertel bekam solche Angebote nicht oder nicht im erforderlichen Umfang. Ob sich Menschen mit Demenz wohlfühlen, darüber können sie im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf immer schlechter Auskunft geben. Nur durch eine qualifizierte Beobachtung von Mimik, Gestik, Verhalten und Lautäußerungen oder durch spezifische Beobachtungsverfahren ist es möglich, ihr Wohlbefinden einzuschätzen und auf dieser Basis Verbesserungen einzuleiten. Die Auswertungen zeigten: Nur bei 57,9% der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz hatten die Pflegekräfte das Wohlbefinden ermittelt. In der Konsequenz heißt dies, dass sich die Pflegeeinrichtungen noch nicht ausreichend auf die besonderen Bedürfnisse dieser Bewohnergruppe eingestellt haben.

---

**Erfüllt eine Einrichtung die Prozessstandards, ist die Versorgungsqualität besser**

---

Kriterium	2007	2010	Trend
<b>Ernährung</b>	64,0%	79,5%	besser
<b>Dekubitusprophylaxe</b>	59,7%	59,3%	gleich
<b>Angebote Demenz</b>	66,7%	76,3%	besser
<b>Umgang mit Medikamenten</b>	88,9%	81,8%	gleich*
<b>Genehmigung bei FEM</b>	91,0%	88,8%	gleich
<b>Situationsgerechtes Handeln</b>	81,7%	91,5%	besser

\* Zusätzliche Anforderungen

Prozentualer Anteil aller Heimbewohner mit:	
<b>- eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)</b>	60,7%
<b>- chronischen Schmerzen</b>	31,1%
<b>- Inkontinenzversorgung</b>	66,2%
<b>- Katheter</b>	8,1%
<b>- Gewichtsabnahme</b>	9,1%
<b>- Ernährungs sonden</b>	6,2%

Beispiele zur Entwicklung der Versorgungsqualität in der stationären Pflege

Stationäre Pflege:  
Ausgewählte epidemiologische Ergebnisse

– **Schmerzmanagement** 35,6% der Pflegebedürftigen hatten akute oder chronische Schmerzen und benötigten eine systematische Schmerzeinschätzung für ein ärztlich gesteuertes Schmerzmanagement. Doch nur bei etwa jedem zweiten davon (54,6%) haben die Pflegeeinrichtungen die erforderliche Schmerzeinschätzung durchgeführt. Bei 29,4% der Bewohner wurde eine Schmerztherapie durchgeführt. Allerdings erhielten knapp 6% von ihnen die Schmerzmedikamente nicht wie verordnet.

### Qualität der ambulanten Pflege

In der ambulanten Pflege kann nur die Qualität der Leistungen geprüft werden, über die der Pflegebedürftige einen Vertrag mit dem ambulanten Pflegedienst abgeschlossen hat.

Beispiel Dekubitus: Leistungen zur Vermeidung von Druckgeschwüren hatte fast jeder fünfte Pflegebedürftige (18,2%) vereinbart. Bei ihnen untersuchten die MDK-Mitarbeiter u. a., ob die Lagerungsmaßnahmen hautschonend durchgeführt wurden und ob geeignete Hilfsmittel eingesetzt wurden. Bei gut zwei Dritteln (68,3%) war dies der Fall. Bei einem Drittel wurden die vereinbarten Leistungen nicht entsprechend den pflegerischen Standards erbracht.

Insgesamt zeigten sich bei der Versorgungsqualität in der ambulanten Pflege ähnliche Trends wie im stationären Bereich: Qualitätsfortschritte gab es beispielsweise bei der Ernährung und der Inkontinenzversorgung. Verbesserungsbedürftig ist die Versorgung von Menschen mit Demenz.

### Je besser der Pflegeprozess, desto besser die Ergebnisqualität

Die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen belegen, dass pflegerische Interventionen Wirkung zeigen. Ein Beispiel: 7,4% der Pflegeheimbewohner, bei denen keine Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt wurden, entwickelten Druckgeschwüre, während der Anteil von Bewohnern mit Druckgeschwüren in der Gesamtstichprobe bei 4,4% lag. Auch das Beispiel »Ernährung« zeigte, wie wirksam eine qualitativ hochwertige Pflege ist. Hieran wird zweierlei deutlich: Die Pflegeeinrichtungen haben zum einen mit der Prozessgestaltung der Maßnahmen einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisqualität. Und: Die vom MDK erhobenen Prozesskriterien erfassen die konkrete Versorgung der Pflegebedürftigen – und bilden eben nicht, wie vielfach unterstellt wird, lediglich die Qualität der Dokumentation ab.

### Entwicklung der Versorgungsqualität in der stationären Pflege

Über die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen berichtete der MDS zuletzt im August 2007. Ein Vergleich der aktuellen Daten mit denen aus dem Jahr 2007 ist jedoch nur mit Einschränkungen möglich, da sich seit Inkrafttreten der neuen Regularien zur Qualitätsprüfung bei vielen Prüfkriterien der Zuschnitt der Fragen und damit der Prüfinhalt verändert hat. Überdies ist in der Vergangenheit die Qualität gezielt bei Personen mit komplexen Pflegesituationen überprüft worden, während die Pflegebedürftigen heute nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden.

Dennoch: Unter Berücksichtigung dieser Prämissen zeigen sich bei einigen wichtigen personenbezogenen Versorgungsbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen Verbesserungen. Dies gilt zum Beispiel für die Ernährung, die Angebote bei Demenz sowie bei akuten Ereignissen (z. B. Stürzen) das situationsgerechte Handeln (z. B. Information des Arztes) der Mitarbeiter.

Nicht verbessert haben sich hingegen der Umgang mit Medikamenten sowie die Praxis bei der Genehmigung freiheitseinschränkender Maßnahmen. Auch bei der Dekubitusprophylaxe ist keine positive Entwicklung festzustellen. Während bei einigen zentralen Kriterien somit heute bessere Qualitätsergebnisse erreicht werden, ist dies bei anderen wichtigen Kriterien noch nicht gelungen (vgl. Abbildung oben).

PDF-Download unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)



**Jürgen Brüggemann**  
leitet das Fachgebiet  
»Qualitätsmanagement  
Pflege« beim MDS.  
[j.brueggemann@mds-ev.de](mailto:j.brueggemann@mds-ev.de)

Interview mit Prof. Dr. Ulrich Wenner

# »Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern auf den MDK übertragen«

**EINE STÄRKERE VERPFLICHTUNG DER KRANKENKASSEN, ihre Versicherten bei der Verfolgung von vermuteten Behandlungsfehlern zu unterstützen und die Verpflichtung zu Leistungsentscheidungen innerhalb kurzer Fristen. Das sieht der Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vor, den das Bundeskabinett am 23. Mai beschlossen hat. Zu möglichen Konsequenzen dieser Regelungen befragten wir Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht.**

**MDK Forum** Herr Professor Wenner, nach dem Entwurf für ein Patientenrechtegesetz sollen die Krankenkassen in Zukunft ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadenersatzansprüche im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern unterstützen, bisher ist es ihnen freigestellt. Halten Sie diese Regelung für ausreichend?

**Prof. Dr. Ulrich Wenner** Mit der bisherigen Regelung hatte es keinerlei Schwierigkeiten gegeben; offenbar sind die Krankenkassen mit ihrem Ermessen, ob und wie sie ihre Versicherten unterstützen, sachgerecht umgegangen. »Sollen« beschreibt rechtstechnisch eine Pflicht der Kassen zur Unterstützung ihrer Versicherten bei der Durchsetzung von Behandlungsfehlern, von der sie nur aus besonderen Gründen abweichen können. Wenn der Gesetzgeber eine solche Regelung will, muss er klar sagen, was die Krankenkassen genau für ihre Versicherten tun sollen. In der Begründung des Referentenentwurfs werden bisher nur medizinische Gutachten angesprochen, mit denen die Beweisführung des potenziell geschädigten Patienten erleichtert werden soll. Unbedingt geklärt werden muss, ob sich die Kassen an den Kosten eines Haftpflichtprozesses beteiligen dürfen, was nach geltendem Recht ausgeschlossen ist. Wichtig ist auch, ob die Kassen in ihrer Satzung regeln können, dass die Versicherten vor einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit finanzieller Unterstützung der Krankenkasse eine Schlichtungsstelle – etwa bei der Ärztekammer – einschalten

müssen. Bleibt das alles offen, führt die Neuregelung zu einer Fülle von Streitigkeiten.

**MDK Forum** Die MDK erstellen im Auftrag der Krankenkassen Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern; im vergangenen Jahr rund 12 700. In welcher Rolle sehen Sie den MDK zukünftig bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern?

**Wenner** Ich sehe für den MDK dort die zentrale Rolle. Ich bin vielleicht etwas naiv, bin aber immer noch überzeugt, dass unser Krankenversicherungsrecht mit der Vertragspartnerschaft von Krankenkassen und Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen gut gefahren ist. Mit dieser Kooperationsidee ist die Verpflichtung der einen Seite, die Versicherten in Haftungsprozessen gegen Mitglieder der anderen Seite zu unterstützen, schwer vereinbar. Ausnahme sind spezifisch vertragsärztliche Fehler, wie etwa die Ablehnung eines Hausbesuchs. Deshalb scheint es mir sachgerecht, die Unterstützung der Versicherten bei Auseinandersetzungen um ärztliche Behandlungsfehler auf den MDK zu übertragen. Dieser hat den nötigen Sachverstand und ist organisatorisch von der betroffenen Kasse getrennt. Nicht ohne Grund obliegt die Prüfung von Krankenhausabrechnungen auch dem MDK und nicht in erster Linie der einzelnen Kasse.

**MDK Forum** Krankenkassen sollen zukünftig innerhalb von drei Wochen über den Leistungsantrag von Versicherten entscheiden. Wird der MDK eingeschaltet, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Bei welchen Leistungen werden diese Fristen nach Ihren Erfahrungen vor allem relevant sein?

**Wenner** Ich sehe zumindest vier wichtige Bereiche: nämlich die Versorgung mit teuren Hilfsmitteln, z. B. computergestützten Prothesen, die Eltern-Kind-Kuren, die in der Begründung der Bundesregierung zum neuen Patientenrechtegesetz sehr stark

---

Prof. Dr. Ulrich Wenner



betont werden, die Behandlung von gesetzlich Versicherten in dafür nicht zugelassenen Privatkliniken und vor allem den »Off-Label-Use« von Arzneimitteln, also die Verordnung von Medikamenten ohne Zulassung bzw. außerhalb der Zulassung. Der »Off-Label-Use« hat ganz erhebliche praktische Bedeutung, die Hilfsmittel zeichnen sich durch sehr hohe Kosten im Einzelfall aus, und die Mutter-Kind-Kuren sind für mich im Kontext der Patientenrechte eher Beleg einer sehr erfolgreichen Lobbyarbeit des Müttergenesungswerks, das auch um die Auslastung seiner Einrichtungen kämpft.

**MDK Forum** Berechenbare Entscheidungsfristen könnten doch eine deutliche Verbesserung für Versicherte sein. Oder sehen Sie Probleme?

**Wenner** Ich kenne keinen Richter, der nicht ein Freund klarer Fristen wäre. Fristen machen aber nur Sinn, wenn sie auch eingehalten werden können. Das genau sehe ich bei den im Entwurf des

Patientenrechtegesetzes vorgesehenen Fristen nicht. Sie sind, weil sie nicht nach der betroffenen Leistung der Krankenkasse differenzieren, in vielen Konstellationen zu kurz und bieten Anlass zu unnötigen Konflikten. Wer soll wann beurteilen, ob die zuständige Mitarbeiterin der Krankenkasse einen »hinreichenden Grund« angegeben hat, der eine Entscheidung innerhalb der Frist von drei bzw. fünf Wochen nicht ermöglicht. Ich sehe die Gefahr, dass die Mitarbeiterin, die bei Fristablauf die erforderlichen Gutachten schlicht nicht auf dem Schreibtisch hat, eher negativ entscheidet, auch um sich nicht dem Risiko arbeitsrechtlicher Konsequenzen auszusetzen. Eine aufwendige Hilfsmittelversorgung erreicht schnell einen fünfstelligen Eurobereich.

**MDK Forum** Können einheitliche Fristen überhaupt eine Lösung zur Steuerung der Anspruchsdurchsetzung von Versicherten sein?

**Wenner** Gut wäre es, die kurzen

Fristen zumindest auf tatsächlich unaufschiebbare Leistungen, wie etwa die Fortsetzung einer im Krankenhaus begonnenen »Off-Label«-Arzneimitteltherapie in der ambulanten Versorgung, zu beschränken. Das muss in der Tat ganz schnell geklärt werden, und da muss auch eine »falsche«, weil nicht hinreichend abgesicherte Entscheidung bisweilen in Kauf genommen werden, weil der Patient, wenn er schwer oder sogar lebensbedrohlich erkrankt ist, nicht warten kann. Das ist aber die Ausnahme. Für den Regelfall – also bei bestimmten Hilfsmitteln, bei planbaren Krankenhausbehandlungen und bei allen Eingliederungsmaßnahmen – gibt die im Sozialgerichtsgesetz bestimmte Frist von drei Monaten, innerhalb derer die Behörde in der Regel über einen Widerspruch entscheiden muss, einen brauchbaren Anhaltspunkt.

*Die Fragen stellten Elke Grünhagen und Christiane Grote*

## Auszeichnung für Imageanzeige der MDK-Gemeinschaft

**AM 14. MÄRZ 2012 hat die MDK-Gemeinschaft den »Big Award 2011« des Deutschen Ärzte-Verlages erhalten. Prämiert wurde die beste Stellenausschreibung im Deutschen Ärzteblatt in der Kategorie »Kombinierte Personal- / Imageanzeige«. Ausgezeichnet werden herausragende Stellenausschreibungen, deren grafische und inhaltliche Gestaltung maßgeblich zur Attraktivität, Glaubwürdigkeit und Seriosität der Anzeige und damit zum Erfolg der Personalgewinnung beitragen.**

Stellvertretend für die MDK-Gemeinschaft nahm Sandra Henkel, Personalchefin beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS), die Auszeichnung auf dem Personalkongress Kliniken am 14. März in Hannover entgegen.

»Die Medizinischen Dienste freuen sich sehr über diese Auszeichnung. Wir sehen darin eine Bestätigung für das kreative Vorgehen bei der Personalgewinnung«, sagt Sandra Henkel. Woche für Woche erscheinen ca. 400 Stellenausschreibungen im *Ärzteblatt*. »Die Leser blättern über diese Masse an Anzeigen hinweg – zumal nur wenige Ärzte wirklich aktiv suchen. Sie zählen eher zum sogenannten »latent offenen Gewinnungspotenzial«. Für sie besteht keine direkte Notwendigkeit der Stellensuche, doch wenn sich eine interessante Option eröffnet, wird diese auch betrachtet. Somit ist der Aufmerksamkeitsfaktor ein wichtiges Element, um sich gegenüber Mitbewerbern positiv abzugrenzen«, weiß Henkel.

Die prämierte Ausschreibung ist eine gemeinsame Stellenausschreibung der Medizinischen Dienste und richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen. Auffallend sind ihr Umfang von 1½ Seiten, die Farbigkeit und ein großes Bild als besonderer Eye-Catcher. Das Bild zeigt – im *Deutschen Ärzteblatt* eher ungewöhnlich – kein modernes Klinikgebäude oder Ärzte-Teams, sondern eine glückliche Familie. »Damit betonen wir die im MDK mögliche Work-Life-Balance als einen Vorteil im Vergleich zur Beschäftigung in Klinik und Praxis. Gerade die Work-Life-Balance wird von Ärzten, die auch an Wochenenden und Feiertagen arbeiten, als positiv wahrgenommen«, so Henkel.

Die prämierte Stellenausschreibung finden Sie hier: [www.aerzteblatt.de/aerztstellen/events/bigaward?id=464](http://www.aerzteblatt.de/aerztstellen/events/bigaward?id=464)

*Elke Grünhagen*

Alzheimer-Dorf De Hogeweyk in den Niederlanden

# Freiheit in Grenzen

**GEWOHNTE STRUKTUREN, GEMEINSCHAFT UND EIN HOHES MASS AN FREIHEIT – darauf setzt De Hogeweyk, ein Dorf speziell für Demenzkranke in der Nähe von Amsterdam. 152 Bewohner leben dort in Wohngruppen, die nach verschiedenen Lebensstilen eingerichtet sind. Auch in Deutschland könnte bald ein Alzheimer-Dorf entstehen.**

Schon baulich unterscheidet sich das Alzheimer-Dorf von einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung. Die äußeren Wohngebäude des 15 000 m<sup>2</sup> umfassenden Areals bilden die Grenzen zur Außenwelt, die Bewohner können ihre Häuser nur zum Innenhof hinaus verlassen. Dieser jedoch wirkt wie ein eigener kleiner Ort: Mit Straßen, einem Supermarkt, Café, Theater und Friseursalon. Bei schönem Wetter trifft man sich auf dem Marktplatz.

De Hogeweyk möchte seinen Bewohnern ein normales Leben ermöglichen – trotz ihrer Krankheit. Innerhalb des Dorfes können sich die demenzkranken Senioren frei bewegen, das Dorf allein verlassen dürfen sie aus Sicherheitsgründen aber nicht. So können die Bewohner in den Supermarkt gehen, um Dinge des täglichen Bedarfs »einzukaufen«, müssen diese jedoch nicht selbst an der Kasse bezahlen. In De Hogeweyk haben sie dadurch mehr Freiraum als in einer geschlossenen Abteilung vieler anderer Pflege-Einrichtungen. Mit der Unterstützung durch die Mitarbeiter haben sie das Gefühl, sich selbst versorgen zu können.

## Gewohnter Lebensstil wirkt beruhigend

Die 152 schwer demenzkranken Bewohner leben in Wohngemeinschaften, in Sechs- bis Sieben-Personen-Haushalten. Sie werden rund um die Uhr betreut. In den Wohnhäusern bestimmt jeweils ein »Lebensstil« die Einrichtung, den Alltag, die Mahlzeiten und die täglichen Aktivitäten. So werden im sogenannten »Gehobenen Lebensstil« die Pflegekräfte eher als Personal wahrgenommen, das sich im Hintergrund hält und nicht zu sehr in das Leben der Bewohner einbezogen wird. Da viele Niederländer eine indonesische Abstammung haben, gibt es in De Hogeweyk auch einen indonesischen Lebensstil. Hier sind vor allem alternative Heilmethoden und Spirituelles wichtig für die Bewohner. Daneben gibt es noch den häuslichen,

**Sich zu Hause fühlen: gewohnte Lebensstile bestimmen Umfeld und Alltag**

städtischen, kulturellen, handwerklichen und christlichen Lebensstil. »Ein gewohnter Lebensstil kann beruhigend auf die Bewohner wirken«, sagt Jannette Spiering, Direktorin von De Ho-

geweyk. »Die Einrichtung der Wohnung, die Art des Zusammenlebens und die täglichen Aufgaben haben einen großen Einfluss darauf, ob sich jemand zu Hause fühlt oder nicht.«

Die Lebensstile wurden von einem Meinungsforschungsinstitut entwickelt, das das Lebensumfeld in den Niederlanden untersucht. Mit einem Fragebogen, den die Bewoh-

ner bzw. ihre Angehörigen ausfüllen, bevor sie in das Dorf einziehen, wird einer der Lebensstile ausgemacht, der für die Person am besten passen könnte. Bevor ein Bewohner in De Hogeweyk aufgenommen wird, wird deshalb ausführlich mit der Familie besprochen, wie derjenige sein Leben früher gestaltet hat und aus welchem Umfeld er kommt. »In den Hausgemeinschaften sind sich die Bewohner natürlich zunächst fremd«, erklärt IsabellavanZuthem, Pressesprecherin von De Hogeweyk. »Da sie aber in demselben Lebensstil wohnen, kann es gut sein, dass sie z. B. dieselbe Musik mögen oder ähnliche Interessen haben. Dadurch fühlen sie sich heimisch.«

€ 5000 kostet ein Platz in De Hogeweyk im Monat. In den Niederlanden kommt die Pflegeversicherung für die Kosten auf. Für besondere Aktivitäten wie Kunstkurse müssen die Angehörigen eine Zusatzgebühr zahlen. Aufgenommen werden nur schwer pflegebedürftige Bewohner, die eine 24-Stunden-Betreuung benötigen und an Demenz erkrankt sind. Neben 240 Hauptamtlichen arbeiten in De Hogeweyk auch 150 ehrenamtliche Mitarbeiter. »Sie helfen vor allem bei den Freizeitaktivitäten der Bewohner, wie zum Beispiel im Back-Club. Sie kümmern sich um die Bewohner, indem sie sich z. B. mit ihnen unterhalten oder beim Kochen helfen«, erklärt van Zuthem.

## Alzheimer Gesellschaft:

### »Trend zur Abschottung wäre nicht förderlich«

De Hogeweyk, das als eines der modernsten Pflegeheime Europas gilt, stößt nicht nur auf Zuspruch. So kann die Deutsche Alzheimer Gesellschaft dem Projekt sowohl Positives als auch Negatives abgewinnen. »Die Bemühung, möglichst viel Normalität herzustellen, ist in einer Einrichtung für Demenzkranke durchaus zu begrüßen«, sagt Geschäftsführerin Sabine Jansen. »Es ist gut, wenn sich die Bewohner in einem natürlichen Radius bewegen können und auch auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eingegangen wird. Problematisch sehe ich, dass die Demenzkranken ansonsten von der Außenwelt abgeschottet und oft weit entfernt von Familie und Freunden sind. In einer Wohngemeinschaft oder einem Pflegeheim, das sich vielleicht in unmittelbarer Nachbarschaft zu dem Ort befindet, an dem man sein Leben lang gewohnt hat, hat man z. B. die Möglichkeit, Bekannte zu treffen, Besuch zu bekommen oder wie gewohnt den Gottesdienst zu besuchen. Nicht zuletzt sollte auch die Gesellschaft sich mit

**De Hogeweyk gilt als eines der modernsten Pflegeheime Europas**



dem Thema Demenz auseinandersetzen und da wäre ein Trend zur Abschottung der Betroffenen nicht förderlich.«

Isabella van Zuthem hat diese Kritik schon oft gehört. »Ich kann nur jedem empfehlen, sich De Hogeweyk einmal anzuschauen. Oftmals leben Demenzkranke in einer krankenhaushähnlichen Umgebung. Sie essen alle zusammen in einem großen Raum und bekommen ihr Essen aus der Küche eine Etage tiefer gebracht. Dort ist nichts mehr wie zu Hause. Aber sie sind gezwungen, dort zu leben. Wir wollten eine Umgebung kreieren, die aussieht und sich anfühlt wie zu Hause.«

#### **Leben wie in einem Theaterstück**

Wissenschaftliche Zahlen gibt es nicht, jedoch berichten die Mitarbeiter, dass es den Bewohnern in De Hogeweyk besser geht als in anderen Pflegeheimen und sie auch weniger Medikamente bräuchten. »Sie nehmen bis zum Ende am Leben teil, wir haben keine Bewohner, die den ganzen Tag im Bett liegen«, sagt van Zuthem. Bei Vorwürfen, De Hogeweyk wäre unecht und würde den Bewohnern etwas vorgaukeln, winkt die Sprecherin ab. »Wer sich das Leben dort nicht vorstellen kann, dem hilft vielleicht der Vergleich mit einem Theaterstück. Auf der Bühne spielt das normale Leben und dahinter verbirgt sich ein Pflegeheim. So angenehm man es den Bewohnern machen möchte – sie leiden unter schwerer Demenz, ganz ohne Pflege und bestimmte Strukturen geht es nicht.«

*Friederike Geisler*

#### **Ein Alzheimer-Dorf für Deutschland?**

Im rheinland-pfälzischen Alzey soll eine Einrichtung nach dem Vorbild des niederländischen Alzheimer-Dorfes entstehen. Mit Unterstützung der Landesregierung wurde das Konzept für eine Einrichtung für 120 Demenzkranke entworfen. Genau wie in De Hogeweyk soll es dort z. B. einen Supermarkt, Friseur und ein Café geben. In zwölf Wohngruppen sollen jeweils zehn Personen versorgt werden. Der große Unterschied zum niederländischen Projekt wird jedoch darin liegen, dass das Dorf in Alzey eine ambulante Betreuung anbieten soll. Dies spiele jedoch nur bei der Abrechnung eine Rolle, sagte Projektentwickler Jan Bennewitz in einem Zeitungsinterview. Die pflegerische Versorgung solle dann von ambulanten Pflegediensten übernommen werden. Hintergrund ist, dass die Landesregierung das Demenzdorf als Modellprojekt begleiten wird und auf eine ambulante Betreuung dringt. Wie auch beim niederländischen Vorbild De Hogeweyk werden in Bezug auf das Alzeyer Projekt bereits Kritikerstimmen laut. Besonders die abgelegene Stadtrandlage in der Nähe eines Bahndammes wird kritisch gesehen.

Wie die Schulmedizin von traditionellen Heilern lernen kann:

# Medikamente aus dem Urwald

**DIE WESTLICHE SCHULMEDIZIN hat in den vergangenen Jahrzehnten viele gute Medikamente hervorgebracht. Doch unsere Lebensgewohnheiten haben sich verändert und die Lebenserwartung der Menschen ist deutlich gestiegen. Chronische Erkrankungen spielen eine immer größere Rolle. Nun hoffen renommierte Wissenschaftler, in den Regenwäldern unserer Erde unbekannte Substanzen zu finden, aus denen sich neue Medikamente entwickeln lassen.**

Prof. Michael Spiteller vom Institut für Umweltforschung an der Technischen Universität Dortmund ist ein solcher Wissenschaftler. Gemeinsam mit seinem Kollegen von der Yaoundé Universität in Kamerun, Prof. Simeon Kouam, sucht er nach Pflanzen mit entzündungshemmenden Wirkstoffen: »Bei Medikamenten gegen chronische Krankheiten sehen wir – wie viele andere auch – einige Probleme. So haben die heutzutage verordneten Rheumamittel teilweise beträchtliche Nebenwirkungen. Und die Patienten müssen diese Medikamente tagtäglich einnehmen, ihr Leben lang. Diese Stoffe werden inzwischen in riesigen Tonnagen hergestellt, so dass große Mengen davon bereits in Kläranlagen auftauchen.« Er hofft nun, im Regenwald verträglichere Substanzen zu finden. Zwar erreichen Phytopharmaka nicht immer das Wirkniveau der »synthetischen« Medikamente. Doch die Nebenwirkungen der Naturarzneien sind in der Regel etwas geringer. Spiteller ist zuversichtlich: Bei der Suche nach entzündungshemmenden Stoffen hat er bereits die Substanz einer Pflanze entdeckt, die ein besseres Wirkniveau besitzt als eine vergleichbare patentierte Verbindung.

## Therapie nach dem Bauplan der Natur

In der Krebstherapie werden bereits Verbindungen nach dem Vorbild der Natur eingesetzt: Paclitaxel (Taxol) ist ein Rindenextrakt der Pazifischen Eibe, das als Chemotherapeutikum gegen Brustkrebs eingesetzt wird. Ein weiteres wichtiges Chemotherapeutikum, das zelltoxische Camptothecin, kommt in der Rinde, dem Holz und dem Samen eines Baumes mit Namen *Camptotheca acuminata* vor.

**Phytopharmaka sind oft nicht so wirksam, haben aber geringere Nebenwirkungen**

Für Prof. Spiteller steht fest: »Aufgrund der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten der Atome, aus denen die Pflanzenmoleküle ausgebaut sind, bietet uns die

Natur einzigartige Möglichkeiten, wie sie ein ganzes Heer aus Chemikern niemals synthetisch selbst herstellen könnte.«

## Neue Medikamente aus Kameruns Urwaldapotheke

Seine Expeditionen führen den Chemiker immer wieder in den Nationalpark Djá im nördlichen Kongobecken, einen der letzten Dschungel unserer Erde. Seit 1981 ist der Regenwald ein Biosphärenreservat und seit 1987 UNESCO-Weltnaturerbe. Er bietet Lebensraum für Waldelefanten, Schimpansen und Flachland-Gorillas, von den unter-

schiedlichen Baum- und Pflanzenarten ganz zu schweigen. Hier wachsen Heilkräuter, die die Menschen seit tausenden von Jahren zur Behandlung der verschiedensten Krankheiten nutzen.

Kamerun hat, wie viele andere afrikanische Länder, kein effizientes öffentliches Gesundheitssystem. Deshalb vertrauen die Menschen dort vor allem traditionellen Heilern. Im Gegensatz zu China, wo die traditionelle Medizin schon seit Jahrtausenden dokumentiert ist, gibt es in Afrika wenige Aufzeichnungen. Die Heiler geben ihre Fähigkeiten und ihr Wissen über einheimische Heilkräuter in der Regel mündlich weiter. »Leider droht vieles aufgrund kriegerischer Auseinandersetzungen verloren zu gehen. Der Raubbau an seltenen Urwaldbäumen tut ein Übriges. Es ist hier fünf vor zwölf, wenn wir gewisse Dinge noch sehen und entdecken wollen – und es gibt dort sehr viel zu entdecken«, warnt Spiteller.

## Das Wissen der traditionellen Heiler

Im Djá-Reservat besucht der Forscher Heiler, die die Menschen in den schwer erreichbaren Regenwaldgebieten mit Medikamenten versorgen. Einem Heiler zu begegnen ist nicht immer ganz einfach. Das hängt nicht nur mit den entlegenen Gebieten zusammen, in denen sie tätig sind. Viele haben ein ausgeprägtes Misstrauen gegen westliche Besucher und das nicht ganz zu Unrecht. Deshalb reist der deutsche Wissenschaftler immer in einer größeren Gruppe, begleitet von einheimischen Kollegen der Yaoundé Universität. »Der Heiler kennt den lateinischen Namen des Baumes nicht, nur seine Heilkraft. Das braucht er ja auch nicht, weil er seine Erfahrungen hat. Aber wir müssen die Pflanzen taxonomisch einordnen. Schließlich müssen wir erst einmal in der internationalen Literatur nachschauen, ob über diese Pflanze schon etwas bekannt ist. Es kann ja sein, dass sie in einem anderen subtropischen oder tropischen Gebiet wie Indonesien oder Südamerika schon bestens untersucht ist«, so Spiteller.

## Nicht jeder Erfolg ist eine Wunderheilung

Doch es ist nicht alles Gold, was im Urwald glänzt. Der Wissenschaftler muss immer wieder ganz genau hinsehen, denn oft werden scheinbar wundersame Krankheitsverläufe nicht ausreichend diagnostiziert und dokumentiert. Deshalb begleitete ihn im vergangenen Jahr eine deutsche Medizinerin nach Afrika: »Der Heiler stellte uns eine Patientin vor, die angeblich ein Krebsgeschwür am Bein



hatte. Er habe es entfernt und mit bestimmten Medikamenten behandelt. Tatsächlich handelte es sich jedoch

#### Krieg und Raubbau bedrohen seltene Substanzen

um eine ausgeprägte bakterielle Infektion, die nichts mit Krebs zu tun hatte«, erinnert sich Michael Spiteller. »Natürlich wollen wir bei unserer Arbeit die Anwendung

der Pflanzenmedizin sehen. Aber dazu müssen wir den Schatz, den uns die Natur in Form dieser Pflanzen bietet, erst einmal heben und die Wirkung der Pflanzenextrakte wissenschaftlich-kausal nachweisen.«

#### Es muss nicht immer die ganze Pflanze sein

Das Team der TU Dortmund hat herausgefunden, dass es oft nicht nur die Pflanze ist, die Heilssubstanzen bildet. Meist siedeln auf ihr Pilze oder Bakterien, die bei Bäumen teilweise unter der Rinde oder im Wurzelbereich wachsen. Diese sogenannten Endophyten können, vermutlich durch Gentransfer, ähnliche wirksame Verbindungen herstellen wie die Pflanze selbst – für den Dortmunder Forscher eine umweltfreundliche Wirkstoffquelle: »Unsere Traumvorstellung ist, dass wir zum Schluss gar nicht mehr die Pflanze brauchen, die zum Teil ja auch geschützt ist. Stattdessen wollen wir diese Organismen isolieren, die die gleichen biologisch aktiven Verbindungen produzieren. Was wir dazu noch brauchen, ist Grundlagenforschung in Bezug auf das Verständnis, wie Pflanzen mit den Mikroorganismen zusammenwirken, ähnlich wie es mein Kollege Prof. Ian Baldwin vom Max-Planck-Institut in Jena formuliert: Die Frage ist weniger, ob Pflanzen intelligent sind, als vielmehr, ob wir Menschen intelligent genug sind, sie zu verstehen.«

#### Wem gehört das, was er dort findet?

Die Suche nach neuen Medikamenten in Entwicklungsländern hat allerdings auch eine Schattenseite. Unter den Forschern gibt es immer wieder schwarze Schafe, die sich

den Profit in die eigene Tasche wirtschaften wollen. Auch Professor Spiteller kennt diese sogenannte Biopiraterie, die international vereinbarten Regeln widerspricht: »Es gibt leider sehr prominente Beispiele dafür, dass ausländische Wissenschaftler in bestimmten Ländern Pflanzen oder anderes biologisches Material entnommen und patentiert haben. Im Extremfall durften die Menschen dort diese Mittel dann gar nicht mehr benutzen, weil sie unter Patent standen.«

Deshalb hat die WHO zusammen mit verschiedenen Institutionen strikte Vereinbarungen gegen Biopiraterie geschlossen. Auch in Kamerun fand vor kurzem eine Konferenz der deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) zu diesem Thema statt. Zwischen den Rektoren der TU Dortmund und der Universität Yaoundé 1 existiert schon lange eine Kooperationsvereinbarung. Sie regelt beispielsweise, dass die Ergebnisse von beiden Seiten jeweils 50:50 genutzt, publiziert und vermarktet werden dürfen.

#### Der Weg in die Zukunft führt auch durch den Dschungel

Seit drei Jahren reist Spiteller regelmäßig in den Urwald. Das ist keine lange Zeit im Vergleich dazu, dass die Entwicklung eines neuen Medikamentes heute in der Regel immer noch etwa acht Jahre dauert. Deshalb bleibt er bei der Frage, wann ein neues Rheumamittel oder ein neues Antibiotikum in unseren Krankenhäusern zur Verfügung steht, realistisch: »Bei den langen Entwicklungszeiten wäre es völlig utopisch zu sagen, wir haben schon etwas gefunden, was in eine weitere Entwicklung geht. Aber immerhin haben wir vergleichbare Substanzen entdeckt, die ein hohes Potenzial haben. Daher stellen die Urwaldpflanzen eine unerschöpfliche Quelle für – wie wir in der Chemie und der Medizin sagen – neue Leitsubstanzen mit möglicherweise neuen Wirkmechanismen dar.«

*Dr. Martina Koesterke*



Kampf den Keimen

## Globales Netzwerk Koala für intelligente Wundverbände

INFEKTIONEN DURCH KRANKENHAUSKEIME und entzündete Operations- oder Brandwunden töten jedes Jahr mehr Menschen in Deutschland als der Straßenverkehr, da sind sich die Fachverbände einig. Hier kommt KOALA ins Spiel: das globale Netzwerk zur Entwicklung »intelligenter« Verbandsmaterialien hat Keimen den Kampf angesagt.

Steigende Antibiotikaresistenzen führen dazu, dass die Ärzte Krankenhausinfektionen oft medikamentös kaum noch in Schach halten können. Ein wesentlicher Übertragungsweg für resistente Staphylokokken und Grambakterien sind Wundverbände. Hier könnten zukünftig multi-

### Wundverbände tragen wesentlich zur Übertragung von Bakterien bei

funktionelle Materialien helfen. Mit intelligenten Mechanismen sollen die neuen Verbände eine Keimbesiedlung so gut wie verhindern und die Heilung fördern.

Schaffen es die Bakterien trotzdem, in die Wunde einzudringen, können die neuen Materialien infektiöse Bereiche frühzeitig anzeigen und ihnen mit antibakteriellen Wirkstoffen zu Leibe rücken.

An der Entwicklung solcher Verbände arbeiten internationale Wissenschaftler aus Europa und Australien zusammen, koordiniert durch das globale Netzwerk KOALA. Bei KOALA handelt es sich nicht, wie sonst üblich, um eine bestimmte wissenschaftliche Abkürzung. Der Name wurde vielmehr als Symbol für Australien gewählt. Gestartet ist das von der EU geförderte Projekt im Februar dieses Jahres von Mainz aus, unter der Federführung von Forschern am Max-Planck-Institut für Polymerforschung (MPI-P).

Dr. Renate Förch hat KOALA ins Leben gerufen und leitet das Projekt am MPI-P: »Der Umgang mit großflächigen Wunden ist ein akutes Problem. Infektionen überhaupt erst zu erkennen, ist für viele Patienten lebensrettend. Da-

her ist der Bedarf an intelligenten Verbandsmaterialien groß und der wissenschaftliche Fortschritt wird durch Netzwerke wie KOALA einfach beschleunigt.«

### Beispiel BacterioSafe

Jeder abgelöste und neu aufgebrachte Verband birgt beispielsweise bei Brandwunden nicht nur die Gefahr einer Narbenbildung. Er behindert auch die Regeneration der Wunde und schafft damit eine Eintrittspforte für Bakterien. Hat sich die Wunde infiziert, können die Ärzte das oft nur an unspezifischen Symptomen des Patienten, wie beispielsweise Fieber, erkennen.

An dieser Stelle greift beispielsweise der Verband »BacterioSafe« an. »Es wird hierfür ein ganz neuer Wundverband entwickelt, der eine mögliche Keimbesiedlung sofort durch eine Farbänderung anzeigen und gleichzeitig Stoffe freisetzen kann, die die Bakterien abtöten«, erklärt Dr. Renate Förch. Dazu beziehen sich die Forscher zunächst auf die biologischen Mechanismen pathogener Keime. Diese Mechanismen unterscheiden sich bei »guten«, also nützlichen Bakterien und »bösen«, infektiösen Keimen. Auf dieser Basis kann der Verband gewissermaßen selbst die Unterscheidung treffen, bei welchen Bakterien er Farbstoffe und antibakterielle Lösungen freisetzen muss und bei welchen nicht.

Das funktioniert so: Im Wundverband stecken mikroskopisch kleine Kapseln, sogenannte polymere Partikel-

hüllen. Die Keime vermuten hinter diesen Partikeln eine Nährstoffquelle und setzen ihren Stoffwechsel in Gang. Dieser Mechanismus zerstört die Kapselwände und setzt den Wirkstoff, beispielsweise ein Antibiotikum oder Antiseptikum, frei. Die Kapseln werden also nur dann aktiviert, wenn die Wirkstoffe auch tatsächlich benötigt werden. Denn zu viel antibakterielle Substanzen können die Wundheilung sogar verzögern.

Seit dem Sommer vergangenen Jahres gibt es erste Materialproben mit den erforderlichen Eigenschaften. Dazu kooperieren die Wissenschaftler am Max-Planck-Institut mit englischen Forschern der Universitäten Bath und Bristol, mit der Dublin City University in Irland, Forschern aus Siegen sowie mit der Universitätsmedizin Mainz. Wie es mit den neuen Materialien weitergehen soll, darum kümmern sich ingenieurtechnische Institute in Belgien und Finnland. Sie wollen dafür sorgen, dass die intelli-

genten Wundverbände zukünftig industriell hergestellt werden können. Dazu steuern Partner aus der Industrie verschiedene Basismaterialien bei.

#### Neue Erkenntnisse aus Down Under

Das KOALA-Netzwerk soll nun die einzelnen Funktionen von »BacterioSafe« optimieren. Die können Ergebnisse einer Forschungsgruppe der University South Australia in Adelaide beitragen: Sie erprobt beispielsweise Verbände, die mit Hautzellen des Patienten ein körpereigenes Substrat bilden und den Wundverschluss auf natürliche Weise beschleunigen. Mit Hilfe von KOALA soll dieses Wissen nun vereint werden mit dem Ziel, baldmöglichst erste Prototypen für zukünftige klinische Tests zu entwickeln.

*Dr. Martina Koesterke*

Interview mit Dr. jur. Rainer Hess

## Arbeit im G-BA stärker an Versorgungsproblemen orientieren

**SEIT 2004 GIBT ES DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS – untrennbar verbunden mit dem Namen seines unparteiischen Vorsitzenden, Dr. Rainer Hess, der Ende Juni aus dem Amt scheidet. Acht Jahre stand er dem 13-köpfigen Selbstverwaltungsgremium vor, das von vielen als »kleiner Gesetzgeber« im Gesundheitswesen bezeichnet wird. Im Gespräch mit MDK Forum umreißt er die aktuellen Herausforderungen für das Gesundheitswesen und zieht Bilanz.**

**MDK Forum** Herr Dr. Hess, wenn Sie auf die vergangenen acht Jahre im Amt des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses zurückblicken: Mit welchen wichtigen Entwicklungen ist diese Zeit im und für den G-BA verbunden?

**Dr. Rainer Hess** Diese Zeit war von großen Reformen im Gesundheitswesen geprägt. Nehmen Sie nur das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz oder jetzt das neue Versorgungsstrukturgesetz. Beide Gesetze haben erheblichen Einfluss nicht nur auf die Organisationsstruktur des Gemeinsamen Bundesausschusses genommen, sondern haben das Gesundheitswesen insgesamt verändert. Organisatorisch ist der G-BA 2008, nach Errichtung des

GKV-Spitzenverbandes, neu aufgestellt worden. Seither gibt es nur noch einen Ausschuss und nicht mehr sechs Beschlussgremien – das sind Änderungen, die sich auch auf die Arbeit ausgewirkt haben, denn man musste sich mehr »zusammenraufen«. Neuerdings hat das Versorgungsstrukturgesetz mit sektorbezogenen Stimmrechten dies ja wieder leicht zurückgenommen.

**MDK Forum** Und inhaltlich?

**Hess** Inhaltlich ist eine Menge geschehen. Wir haben die Methodbewertung stärker sektorenübergreifend ausgerichtet und wir haben die sektorenübergreifende Qualitätssicherung eingeführt. Die Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes Anfang 2011 mit der Arzneimittelfrüh-

bewertung hat uns nicht nur eine sehr anspruchsvolle neue Aufgabenteilung, sondern auch eine völlig andere Taktung unserer eigenen Sitzungen beschert. Der Bundesausschuss tagt inzwischen alle zwei Wochen, ebenso der Unterausschuss Arzneimittel, um die vorgegebenen Fristen einzuhalten. Und das Versorgungsstrukturgesetz bedeutet eine erneute Erweiterung des Aufgabenspektrums. Das zeigt die Bedeutung des G-BA, es zeigt aber auch die hohe Verantwortung, die er für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zunehmend bekommt. Deshalb liegt es auch nahe, dass sich das Umfeld des Verfahrens ändert. Wir haben heute deutlich mehr Beteiligungsrechte als früher: Die Länder sind beteiligt am

Unterausschuss Bedarfsplanung, der Datenschützer ist zu beteiligen bei allen datenschutzrechtlichen Fragen, wir haben eine erhebliche Ausweitung von Stellungnahmerechten – bis hin zur Verpflichtung, mündliche Anhörungen durchzuführen. Also, das sind gewaltige Veränderungen in den vergangenen eineinhalb Jahren.

**MDK Forum** Sie haben es eben angesprochen: Mit dem Versorgungsstrukturgesetz ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ein wenig zurückgedreht worden. Seit dem 1. Februar dürfen bei Beschlüssen, die allein einen oder allein zwei Leistungssektoren betreffen, die anderen Bänke nicht mehr mitstimmen. Wie beurteilen Sie diese Änderung?

**Hess** Ich persönlich bedauere ausdrücklich, dass man wieder sektorbezogene Stimmrechte eingeführt hat. Denn an der Besetzung hat sich ja nichts geändert, es gibt ja nach wie vor ein Plenum, das alles beschließt. Wenn es zum Beispiel um reine Zahnarztangelegenheiten geht, dann hat der eine Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Zukunft fünf Stimmen. Das halte ich nicht für sachgerecht, zumal ja diese fünf Stimmen an sich von fünf unabhängigen Mitgliedern abgegeben werden sollten. Der ursprüngliche Gedanke war ja, dass die Trägerorganisationen Vertreter entsenden, diese aber unabhängig sein sollten. Im G-BA will man ja ganz bewusst Interessen gegeneinanderstellen und dann mit Hilfe der Unparteiischen und auch der Patientenvertretung zu einem Konsens kommen.

Aber vor allem die Leistungserbringerseite hatte wohl die Befürchtung, dass sie vom Block der Krankenkassen eventuell häufig überstimmt wird. Dagegen haben sich die Leistungserbringer positioniert und gleiche Stimmrechte für Krankenkassen und Leistungserbringer, bezogen auf die einzelnen Sektoren, gefordert. Aus meiner Sicht ist das bedauerlich, weil damit die neue Ausrichtung des G-BA, nämlich Gesamtverantwortung für das Gesundheitswesen zu übernehmen, eingebüßt wird.

Auch dass es jetzt Mehrheitsvoten für Leistungseinschränkungen gibt, ist nicht gut. Man braucht 9 von 13 Stimmen, um eine Leistung auszuschließen. Wenn es eine eindeutige Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gibt, dass die Leistung nicht evidenzbasiert ist oder sogar Nebenwirkungen hat, dann halte ich es nicht für richtig, den Leistungsausschluss von einem solchen Quorum abhängig zu machen.

**MDK Forum** Sie haben eben schon eine weitere Änderung angesprochen, die das Versorgungsstrukturgesetz mit sich bringt: Seit Januar 2012 muss die Benennung der unparteiischen Mitglieder durch die Trägerorganisationen zusätzlich durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages geprüft werden. Gibt es zu viel Einfluss der Politik?

**Hess** Noch ist es so, dass im Prinzip die Trägerorganisationen die Besetzung abstimmen und dann dieser Vorschlag zur Prüfung an den Bundestagsausschuss für Gesundheit weitergeleitet wird. Aber schon dieser Durchlauf beim Bundestagsausschuss erweckt den Eindruck, dass sich die Politik stärker einmischte. Es ist klar, dass dies ein bisschen an der im Selbstverwaltungsprinzip begründeten Autonomie des Bundesausschusses kratzt. Auf der anderen Seite ist diese Regelung natürlich auch Ausdruck der wachsenden Aufgabenfülle des G-BA. Wenn ein Ausschuss ein derart breites Aufgabenspektrum hat, dann kann man nachvollziehen, dass die Politik wenigstens bei der Wahl der Unparteiischen mitreden will.

**MDK Forum** Und wenn Sie auf die andere große Umwälzung der vergangenen zwei Jahre schauen, das AMNOG: Ist die frühe Nutzenbewertung in Deutschland erfolgreich umgesetzt?

**Hess** Eindeutig ja. Wir haben innerhalb von noch nicht einmal anderthalb Jahren ein Verfahren aufgebaut, das erfolgreich arbeitet, seine Entscheidungen also fristgerecht und aus meiner Sicht auch sachgerecht trifft. Es gibt zwar

kritische Auseinandersetzungen mit der Industrie, das war aber gar nicht anders zu erwarten. Ich bin der Meinung, dass es erstens dringend notwendig war, in Deutschland eine solche Frühbewertung einzuführen und dass zweitens mit diesem Verfahren mehr Transparenz in den deutschen Arzneimittelmarkt gebracht wird. Denn es geht nicht nur um den Erstattungsbetrag, sondern es geht auch darum, die Ärzte frühzeitig über den Nutzen und die Risiken neuer Arzneimittelwirkstoffe zu informieren. Niemand wird mehr auf dieses Instrument verzichten wollen. Da gibt es noch den einen oder anderen Korrekturbedarf – auch im Verfahren selbst –, aber im Großen und Ganzen hat sich das Verfahren bewährt.

**MDK Forum** Gerade beim AMNOG sind die Medizinischen Dienste intensiv eingebunden. Wie waren Ihre Erfahrungen mit dem MDK?

**Hess** Ich glaube, dass die Zusammenarbeit mit dem MDK sehr gut funktioniert. Diese Zusammenarbeit bestand aber auch schon vorher, also auch der »alte« Bundesausschuss Ärzte/ Krankenkassen hat ja sehr eng mit dem MDK kooperiert. Aus meiner Sicht ist es sehr positiv zu bewerten, dass sich der MDK mit seinem Sachverstand in die Bewertungsentscheidungen einbringt. Es ist wichtig, dass nicht nur das IQWiG solche Bewertungen durchführt, sondern dass dies kritisch durch entsprechend sachverständige Ärzte des MDK begleitet wird. Viele Anträge, die der GKV-Spitzenverband einbringt, kommen ja aus den Medizinischen Diensten. Ich halte es für sinnvoll, dass diese Erfahrungen aus Einzelbewertungen gebündelt in den Bundesausschuss eingebracht werden.

**MDK Forum** Sie hinterlassen Ihrem Nachfolger, Herrn Hecken, der ja zum 1. Juli sein neues Amt antreten wird, einen gut bestellten Acker. Was werden die großen Herausforderungen für den G-BA in den nächsten Jahren sein?

**Hess** Eine der großen Herausforderungen ergibt sich aus dem Versorgungsstrukturgesetz: die Einführung der spezialfachärztlichen

Versorgung. Da ist eine Reihe von Fragen zu beantworten: Was ist das überhaupt? Welcher Behandlungsumfang ist hier festzulegen? Welche Qualitätsanforderungen müssen erfüllt sein? Das findet ja in einem politischen Umfeld statt, das äußerst strittig ist. Die Implementierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung fortzusetzen ist ein zweiter großer Schwerpunkt. Die ersten Modelle sind auf den Weg gebracht worden, beispielsweise die Kataraktoperation, die Konisation oder demnächst die Koronarangiographie und die perkutane Koronarintervention. Es ist ja etwas völlig Neues, nicht nur Falldaten im Krankenhaus, sondern Behandlungspfade auf patientenbezogener Datenbasis miteinander zu vergleichen. Da gibt es eine Menge von Problemen, aber es gibt auch viele Möglichkeiten. Diese müssen in den nächsten Jahren ausgeschöpft werden, damit dieses sehr aufwendige Verfahren dann auch wirklich die Qualitätsverbesserung bringt, die man sich davon verspricht. Weiter steht die Neuordnung der Bedarfsplanung an und dann schließlich auch die neue Möglichkeit, Methoden durch eigene Studienbeauftragung zu erproben. Das sind meines Erachtens die großen Problemfelder der Zukunft neben der Fortsetzung der Arzneimittelbewertung.

**MDK Forum** Wenn Sie sich etwas wünschen dürften: Welche Vision haben Sie für den G-BA?

**Hess** Ich bin ja nach wie vor Vorsitzender des Ausschusses »Gesundheitsziele« der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung. Aufgrund der dortigen Themen und Aufgaben hatte ich die Idee, dass auch die Arbeit im G-BA künftig stärker an Versorgungsproblemen orientiert werden sollte. Im Moment ist es doch so: 20% der Bevölkerung verursachen 80% der Gesundheitskosten. Wir kümmern uns aber viel zu viel um die 80% der Bevölkerung, die nur 20% der Kosten verursachen, da soll der Wettbewerb wirken. Aber damit kann man noch nicht die Finanzlage der GKV sanieren. Zielführender ist es doch, wenn wir uns um die 20%

der Patienten kümmern, die 80% der Kosten verursachen. Was für Versorgungsprobleme verbergen sich dahinter? Zur Lösung dieser Frage ist häufig der Wettbewerb gar nicht das geeignete Instrument. Mit einem solchen Vorgehen könnte man auch dem Vorwurf entgegentreten, dass der G-BA lediglich einzelne Methoden bewerte und das Versorgungsumfeld mit möglicherweise ganz anderen Problemen nicht berücksichtige. Wenn man bei einer darauf abzielenden Versorgungsanalyse auf Defizite stößt – und die haben wir ja beim Krankheitsbild Depression festgestellt –, dann könnte man diese Versorgungsprobleme auch ganz gezielt mit den Instrumenten des G-BA angehen. Das wäre eine gewaltige Aufgabe, aber sie würde sich meines Erachtens lohnen.

**MDK Forum** Herr Hess, abschließend noch eine persönliche Frage: Sie haben im Jahr gefühlt 370 von 365 Tagen gearbeitet. Es ist nicht vorstellbar, dass Sie demnächst

ein Pensionärsdasein führen. Was haben Sie sich persönlich vorgenommen?

**Hess** Erst einmal werde ich, solange die GVG das will, die Arbeit an den Gesundheitszielen weiter begleiten. Zudem bin ich ja auch juristischer Kommentator und werde deshalb natürlich meine Kommentare intensivieren. Außerdem halte ich auch noch Vorträge zum Beispiel im Bereich Medizinrecht und Public Health – also: Ich werde bestimmt nicht untätig sein. Aber ich würde mir schon wünschen, auch in Zukunft im Gesundheitswesen weiter beratend tätig zu sein.

*Das Gespräch führte  
Christiane Grote*



Pflege – Praxisgebühr – Überschüsse

# Wahlkampf-Auftakt

**DIE BUNDESTAGSWAHL IM HERBST 2013 wirft bereits ihre Schatten voraus. Statt die Reformen im Gesundheitswesen mutig voranzutreiben, beschränkt sich Schwarz-Gelb zunehmend auf taktische Manöver. Die Liste der unerledigten Hausaufgaben von Gesundheitsminister Daniel Bahr wird immer länger, während die Wahlen näherrücken.**

Private Pflegevorsorge, Zukunft der Praxisgebühr oder mehr Geld für Prävention – der FDP-Minister ist gewaltig in Verzug. Die einst vollmundig angekündigten Reformen drohen Machtspielen in der Koalition zum Opfer zu fallen. Mini-Fortschritte und Stillstand prägen derzeit die Gesundheitspolitik. Auch nach den Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen dürfte sich daran wenig ändern.

## Streit in Detailfragen verzögert Pflegereform

Beispiel Pflege: Die Mini-Reform müsste eigentlich längst die parlamentarischen Hürden genommen haben. Doch immer noch gibt es Streit um Details – etwa bei der geplanten Auszeit für pflegende Angehörige. Ursprünglich sollten Angehörige von Pflegebedürftigen bei der Rehabilitation besser gestellt werden. Auf Druck von Arbeits-

ministerin Ursula von der Leyen (CDU) wurde der entsprechende Passus im Entwurf für das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) deutlich abgeschwächt. Unions-

### Bahr: Hausaufgaben nicht gemacht

Fraktionsvize Johannes Singhammer (CSU) kündigte Widerstand an: »Wir haben zu Recht Erwartungen geweckt, die wir nun auch einhalten müssen.«

Noch schlechter steht es um das Prestigeprojekt des Gesundheitsministers – den sogenannten Pflege-Bahr. Künftig soll eine private Pflegezusatzversicherung staatlich gefördert werden. Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) lässt Bahr jedoch am ausgestreckten Arm verhungern. Seit Monaten verhandeln beide über die Summe, die für die Förderung zur Verfügung stehen soll. Schäuble will lediglich steuerliche Anreize. Das bedeutet: Nur Besserverdienende profitieren von der Neuregelung. Bahr dringt daher auch auf staatliche Zulagen ähnlich wie bei der Riester-Rente.

## Praxisgebühr hat als Steuerungsinstrument versagt

Stillstand auch bei der Praxisgebühr. Im Koalitionsvertrag hatte Schwarz-Gelb eine Überprüfung beschlossen. Doch erst als sich die Finanzlage der Krankenkassen deutlich verbesserte, erinnerte sich die Koalition daran. Seitdem wird gerade bei den Liberalen der Ruf nach einer Abschaffung der Gebühr immer lauter. Kein Wunder: Für Gesundheitsminister Bahr wäre die Streichung der 10-Euro-Abgabe ein willkommenes Wahlkampf-Geschenk. Denn die Praxisgebühr ist bei Ärzten und Patienten gleichermaßen unbeliebt.

»Die FDP will sich mit 10 Euro wieder auf zehn Prozent

kaufen«, spottete CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn. Eine ersatzlose Streichung sei keine Lösung. Sein FDP-Kollege Erwin Lotter warf der Union daraufhin »Vorwahlkampf-Polemik« vor. Rund zwei Milliarden Euro bringt die Praxisgebühr den Krankenkassen im Jahr. Experten empfehlen zwei Lösungs-Alternativen: Entweder eine niedrigere Gebühr bei jedem Arztbesuch – beispielsweise fünf Euro – oder eine geringe prozentuale Beteiligung an den Behandlungskosten. Immerhin in einem sind sich alle Beteiligten einig: Als Steuerungsinstrument für weniger Arztbesuche ist die bisherige Praxisgebühr gescheitert.

## Private, gesetzliche oder Einheitsversicherung?

Nicht nur beim Streit um die Praxisgebühr ist bereits die bevorstehende Bundestagswahl zu spüren. Mitte März sorgte Spahn bundesweit für Schlagzeilen, weil er die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenkasse als nicht mehr zeitgemäß bezeichnete. »Dass nur Selbstständige, Beamte und Gutverdiener sich privat versichern können, lässt sich nur noch historisch begründen«, sagte Spahn der *Welt*. Für diese Trennung finde sich »nicht einmal mehr auf einer CDU-Mitgliederversammlung« eine Mehrheit.

Spahns provokante Thesen sind wohlkalkuliert. Mit der Öffnung der Privatversicherung will der CDU-Gesundheitsexperte der rot-grünen Bürgerversicherung endlich etwas entgegensetzen. Die oftmals willkürliche Trennung zwischen privater und gesetzlicher Versicherung überzeugt auch immer weniger Unionswähler. Wollen CDU und CSU die Einheitskasse verhindern, müssen sie überzeugende Alternativen präsentieren. Hinzu kommt: Die teils kräftigen Beitragssprünge bei einigen Privatariften machen auch den Versicherten zunehmend Angst. Vor allem Ältere fürchten, dass sie sich die Beiträge später nicht mehr leisten können. Das Erstaunliche bei der Debatte: Während die CSU Spahns Vorstoß vehement zurückwies, hielt sich der Protest bei den Liberalen zunächst in Grenzen. Es ist offenbar noch nicht entschieden, ob die FDP wieder mit einem so deutlichen Votum für die Privatversicherung in den Wahlkampf zieht.

### Union uneins über Zukunft der Privatversicherung

## Bahr will Anreize gegen unnötige Operationen

Für einen schrillen Streit sorgte Anfang Mai auch Gesundheitsminister Bahr – allerdings völlig unbeabsichtigt. »Deutschland gilt als Weltmeister bei den Endoprothesen

für Knie und Hüften«, sagte Bahr in der *Rheinischen Post*. Krankenkassen und Experten bezweifelten aber, ob die höheren Fallzahlen nötig seien. Die Regierung prüfe daher, »wie wir durch weitere ökonomische Anreize die immer weiter steigenden Fallzahlen in den Kliniken reduzieren können«. Bahrs Äußerungen wurden allerdings bewusst missverstanden. »Wird Senioren bald nicht mehr jede OP

#### »Bild« macht Bahr zum Mißfelder

bezahlt?«, titelte die *Bild-Zeitung* und zog Parallelen zu Philipp Mißfelder. Der CDU-Politiker hatte 2003 mit der Aussage Schlagzeilen

gemacht, 85-Jährige sollten keine künstliche Hüfte mehr »auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen«.

In der hitzigen Debatte ging völlig unter, was Schwarz-Gelb eigentlich anstrebt: unnötige Operationen vermeiden – unabhängig vom Alter des Patienten. Die Zahl der Operationen steigt seit Jahren. Allein mit der Demografie und dem medizinischen Fortschritt lässt sich der Zuwachs nicht begründen. Vielmehr lohnt es sich für manche Klinik, die Operationszahlen gezielt zu erhöhen. Das Problem: Steigt die Zahl der Eingriffe, sinkt das Entgelt, das die Kliniken pro Operation bekommen. Damit beugen die Krankenkassen einer Kostenexplosion vor. Verlierer des Systems sind jedoch die Krankenhäuser, die ihre Eingriffszahlen nicht steigern.

#### Parteien kreisen um Überschüsse der Krankenkassen

Dass die Bundestagswahl immer näher rückt, werden in den nächsten Monaten vor allem die Krankenkassen zu spüren bekommen. Der Grund: Die Kassen sitzen auf einem Rekord-Überschuss – und er wächst und wächst. Mehr als 20 Milliarden Euro haben die gesetzlichen Versicherungen und der Gesundheitsfonds derzeit auf der hohen Kante. Bahr drohte den finanzstarken Kassen, sie

#### Spahn: Streichung der Praxisgebühr ist keine Lösung

notfalls per Gesetz zu zwingen, Prämien auszuschütten. »Krankenkassen sind keine Sparkassen und sollten Beitragsgelder nicht horten«, sagte der FDP-Minister.

Bisher schütten zehn Kassen mit gerade mal einer Million Versicherten Prämien aus. »Es könnten aber mehr Kassen auszahlen und Millionen Beitragszahler profitieren.«

Eine solche Ausschüttung nützt allerdings mehr dem Gesundheitsminister als den Versicherten. Bahr könnte die Prämien kurz vor der Bundestagswahl als Erfolg seiner soliden Gesundheitspolitik und als Zeichen des funktionierenden Wettbewerbs zwischen den Kassen verkaufen. Für die Beitragszahler wären es jedoch nur einige Euro Entlastung im Monat. Und ein kurzfristiger Effekt: Angeichts der steigenden Ausgaben könnten schon 2013 Zusatzbeiträge drohen – allerdings erst nach der Bundestagswahl.



**Steffen Habit**  
ist Wirtschaftsredakteur  
beim *Münchner Merkur*.

#### IMPRESSUM

##### MDK Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

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

#### REDAKTION

**Martin Dutschek** Leiter 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: ti.Na / photocase.com

S. 2 view7 / photocase.com

S. 17 De Hogeweyk

S. 20 Don Espresso / photocase.com

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

ISSN 1610-5346



## ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

### **MDK Baden-Württemberg**

Ahornweg 2, 77933 Lahr  
Geschäftsführer **Karl-Heinz Plaumann**  
Telefon 07821.938-0  
Telefax 07821.938-1200  
E-Mail [info@mdkbw.de](mailto: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](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

### **MDK Berlin-Brandenburg e.V.**

Konrad-Wolf-Allee 1-3 TH III, 14480 Potsdam  
Geschäftsführer **Dr. Axel Meeßen**  
Telefon 0331.50567-0  
Telefax 0331.50567-11  
E-Mail [info@mdk-bb.de](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:dgottfried@mdk-sachsen.de)

### **MDK Sachsen-Anhalt**

Allee-Center, Breiter Weg 19 c  
39104 Magdeburg  
Geschäftsführer **Rudolf Sichel**  
Telefon 0391.5661-0  
Telefax 0391.5661-160  
E-Mail [info@mdk-sachsen-anhalt.de](mailto: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](mailto:kontakt@mdk-th.de)

### **MDK Westfalen-Lippe**

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

### **MD Bundeseisenbahnvermögen**

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 2, 53175 Bonn  
Geschäftsführerin **Carole Schollmeier-Höfer**  
Telefon 0228.3077-0  
Telefax 0228.3077-160  
E-Mail [bonn@bev.bund.de](mailto:bonn@bev.bund.de)

### **Knappschaft**

Pieperstraße 14-18, 44789 Bochum  
Geschäftsführer **Dr. Georg Greve**  
Telefon 0234.304-0  
Telefax 0234.304-8004  
E-Mail [krankenversicherung@kbs.de](mailto:krankenversicherung@kbs.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](mailto:office@mds-ev.de)



MADE IN FRANCE  
SOIE 100% SILI  
DRY CLEAN ONLY