



Heft 3/2012

MDK

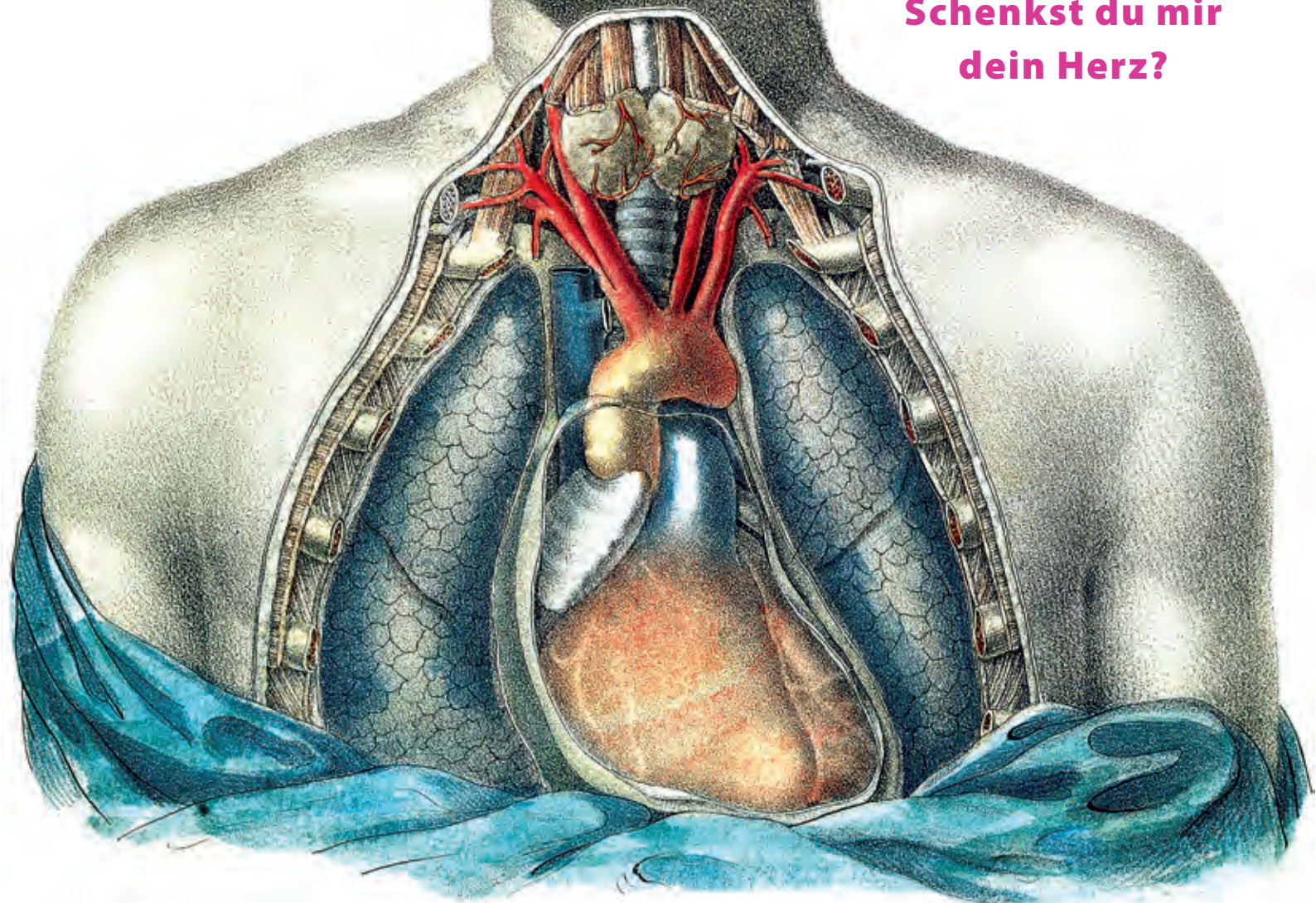
Das Magazin der Medizinischen

forum

Dienste der Krankenversicherung

Organspende
und Entscheidungslösung:

**Schenkst du mir
dein Herz?**



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Bundesregierung hat vor einiger Zeit eine engagierte Kampagne zum Thema Organspende auf den Weg gebracht. Der Grund dafür: In Deutschland gibt es ein drastisches Missverhältnis, denn mehr als 12 000 Menschen warten derzeit auf ein Spenderorgan, doch nur 1200 Menschen haben gespendet. Und den zahlreichen Aufklärungskampagnen zum Trotz konnte die Spendebereitschaft seit Einführung des Transplantationsgesetzes kaum gesteigert werden.

Ist Deutschland also ein Land, das sich der Transplantationsmedizin verweigert? In anderen europäischen Ländern können nach dem Tod Organe entnommen werden, wenn nicht ausdrücklich widersprochen wurde. »Für die Einführung der Widerspruchslösung fehlt es in Deutschland an der nötigen allgemeinen Akzeptanz«, heißt es schon 2009 in dem »Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland« des IGES-Instituts. Hierzulande soll der Bürger ab Oktober von der Krankenkasse zur Entscheidung aufgefordert werden und seine Entscheidung über den Spendeausweis dokumentieren. Mit einem groß angelegten Maßnahmenplan will die Koalition aufklären, motivieren und mobilisieren. Allerdings hat dieses Anliegen durch den aktuellen Organspendeskandal empfindlich an Schwung verloren. Ob es gelingt, verloren gegangenes Vertrauen durch mehr Transparenz, Intensivierung der Kontrollen und den Abbau von Fehlanreizen zurückzugewinnen, muss sich zeigen. Gerade in der aktuellen Situation wird aber deutlich, wie richtig es ist, die Entscheidung zur Organspende jedem Einzelnen zu überlassen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Wie groß ist das gesundheitliche Risiko bei Lebensmitteln?** 2

Die politische Kolumne **Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Wieder nur ein Reförmchen** 32

TITELTHEMA

Organspende und Entscheidungslösung:
Schenkst du mir dein Herz? 5

Wann hört ein Mensch auf, lebendig zu sein?
Das Hirntodkonzept unter der Lupe 7

Drei Fragen an den Neurochirurgen Prof. Dr. Andreas Zieger:
Wann ist ein Mensch tot? 8

Der Klinikalltag: **Wie läuft eine Organspende ab?** 9

Interview mit Prof. Leo Latasch »**In Deutschland herrscht eine große Angst**« 11

Der Erfolg und seine Schattenseiten 12

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Interview mit Christian Zahn »**Für Neuausrichtung fehlt es an politischer Richtungsentscheidung**« 14

Behandlungsfehlerstatistik 2011 **MDK-Gutachten bestätigen 30% der Vorwürfe** 16

Kronen, Brücken, Prothesen **Wenn der Zahnersatz nicht passt** 18

WEITBLICK

Zur Geschichte stationären Heilens und Pflegens
Kran|ken|haus, das 20

Magerwahn durch Castingshows
Abnehmen, bis der Traum sich erfüllt 22

Eine Handvoll Mensch 24

Homosexuell und pflegebedürftig
Unter seinesgleichen 26

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Neu im GKV-Leistungskatalog:
Die neuropsychologische Therapie 28

Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Geprüft und für zu dick befunden 30

Krebsfrüherkennung: Bundeskabinett beschließt Gesetzentwurf

Am 22. August hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister beschlossen. Durch das Gesetz sollen die Strukturen, die Reichweite, Wirksamkeit und Qualität der bestehenden Krebsfrüherkennungsangebote verbessert werden. Außerdem ist die flächendeckende Einführung von Krebsregistern in den Ländern vorgesehen. Darin sollen Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von Krebserkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung erfasst werden. Finanziert werden sollen die Krebsregister überwiegend aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.

Weniger Druckgeschwüre durch Dekubitus-Management

Das Universitätsklinikum Essen hat die Zahl wundgelegener Patienten in den vergangenen zehn Jahren nachhaltig senken können. Die nach eigenen Angaben sehr niedrige Rate von 2,5% gehe auf das 2002 eingeführte Dekubitus-Management zurück. »Alle stationären Patienten werden bei ihrer Aufnahme und während ihres Aufenthaltes vom Pflegefachpersonal gezielt auf einen etwaigen Dekubitus untersucht und gegebenenfalls therapeutisch versorgt«, erläutert Irene Maier, Pflegedirektorin am Uniklinikum Essen. Dies geschehe unter anderem durch Experten einer interdisziplinär zusammengesetzten Wundsprechstunde. Um Qualität und Erfolg der Behandlung überprüfen zu können, werden vorliegende Druckgeschwüre in einer zentralen Datenbank erfasst und kontinuierlich durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte ausgewertet. Darüber hinaus werden sämtliche Pflegekräfte in der Dekubitusprophylaxe geschult. Zudem wurden sämtliche der knapp 1300 Betten mit speziellen Anti-Dekubitus-Schaumstoffmattressen ausgestattet.

MDK Sachsen-Anhalt: Volker Reiboldt an der Unternehmensspitze



Volker Reiboldt

Die Geschäftsführung des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt ist in neue Hände übergegangen. Am 17. 04. 2012 wählte der Verwaltungsrat des MDK Volker Reiboldt zum neuen Geschäftsführer. Reiboldt hat sein neues Amt am 01. 07. 2012 angetreten. Er löst Rudolf Sickel ab, der den MDK Sachsen-Anhalt seit 01. 07. 2000 bis zu seinem Ruhestand geleitet hat. Vor 25 Jahren begann Volker Reiboldt seine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der AOK in Braunschweig. Das anschließende Studium der Rechtswissenschaften beendete er 1997 mit dem 2. Staatsexamen. Bis Mitte 2012 war der Rechtsanwalt als Leiter der Unternehmenseinheit Dienstleistungen / Beteiligungen / Recht der AOK Sachsen-Anhalt und als Geschäftsführer der D & F Dienstleistung & Facility Sachsen-Anhalt GmbH und des Tagungs- und Seminarhotels Spiegelsberge, der ehemaligen Aus- und Fortbildungsstätte der AOK Sachsen-Anhalt, für fast 400 Beschäftigte verantwortlich.

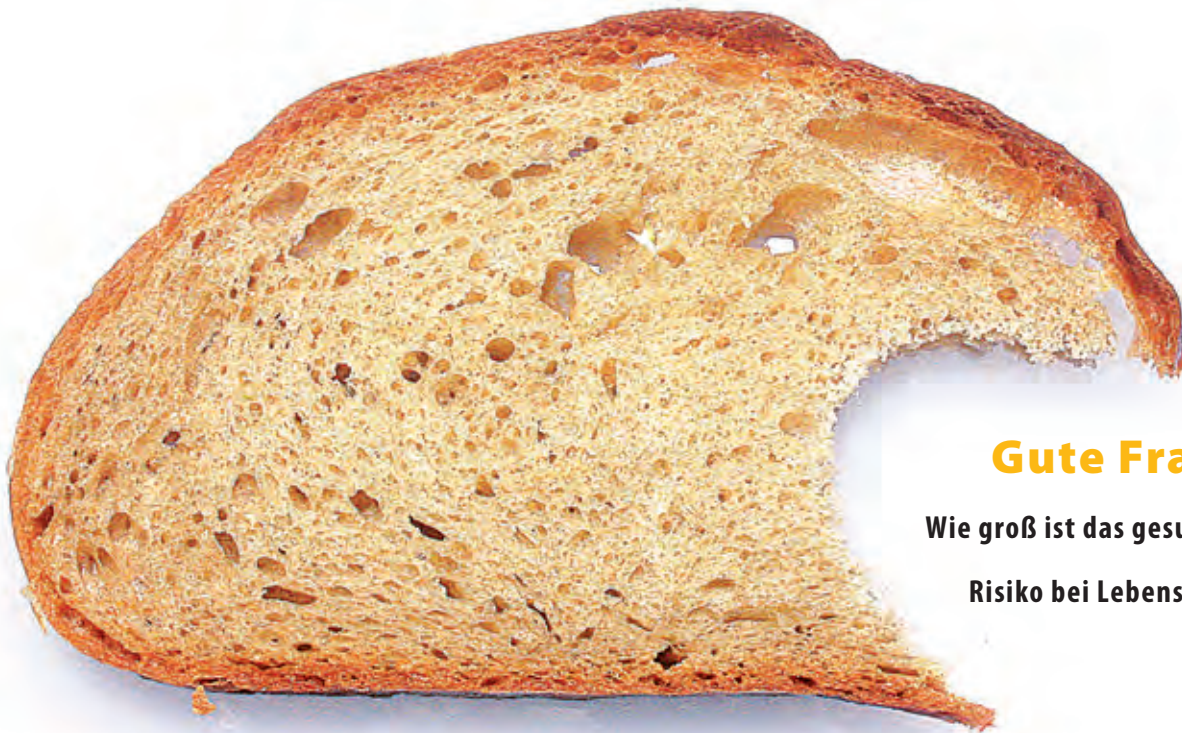
Sachverständigenrat legt Sondergutachten vor

Mehr Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen und eine Stärkung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung – das empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2012. Das Gutachten haben die Gesundheitsweisen am 20. Juni an Bundesgesundheitsminister Bahr übergeben. Die Sachverständigen untersuchten, ob und inwieweit eine Stärkung des Wettbewerbs an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung beitragen kann.

Die Experten kommen zu dem Ergebnis, dass der Qualitätswettbewerb in der deutschen Gesundheitsversorgung auch im Vergleich zum Preiswettbewerb noch immer »ein Schattendasein fristet«. Daher gelte es, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, mit denen sich Behandlungsergebnisse vergleichen lassen. Außerdem deute vieles darauf hin, dass relevante Potenziale der ambulanten Leistungserbringung bisher unausgeschöpft blieben.

Nationale Demenzstrategie: ISO-Institut legt Expertise vor

Das Saarbrücker ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft hat am 4. September seine Expertise zur Entwicklung einer nationalen Demenzstrategie vorgelegt. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) werteten die Forscher zehn Demenzpläne aus Ländern Europas sowie aus Australien aus. Im Ergebnis benennen sie vier zentrale Handlungsfelder, um die Situation von Demenzkranken zu verbessern: Information und Aufklärung in der Gesellschaft, die Verbesserung der Unterstützung von Betroffenen und ihren Familien, die Optimierung der Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz zu Hause, im Pflegeheim und auch im Akutkrankenhaus sowie die Stärkung der Forschung. Die Ergebnisse der Expertise sollen zur Ableitung weiterer Arbeitsschritte in die Arbeit der vom BMFSFJ und dem Bundesgesundheitsministerium getragenen »Allianz für Menschen mit Demenz« einfließen. Das Europäische Parlament hatte die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union im Januar 2011 aufgefordert, nationale Demenzstrategien für ein koordiniertes Vorgehen zu entwickeln.



Gute Frage:

Wie groß ist das gesundheitliche Risiko bei Lebensmitteln?

SALMONELLEN in Eiern, **Campylobacter** im Geflügel. Erreger in Lebensmitteln können zum Gesundheitsrisiko für den Menschen werden. Die wissenschaftliche Bewertung der Risiken für die Bevölkerung ist zentrale Aufgabe des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), das besonders durch die EHEC-Krise im vergangenen Jahr bekannt wurde. Mit dem Präsidenten des BfR, Prof. Dr. Andreas Hensel, sprachen wir über das gesundheitliche Risikopotenzial von Lebensmitteln.

Herr Professor Hensel, vor gut einem Jahr hielt der EHEC-Erreger Bevölkerung, Gesundheitsbehörden, Krankenhäuser Politik und Landwirtschaft in Atem. Fieberhaft suchten Wissenschaftler nach dem Lebensmittel, das das Darmbakterium überträgt. Nach einigen Fehlalarmen fand man die Ursache – übertragen wurde der Keim durch Sprossen. Ist damit das Problem gelöst oder geht auch heute noch eine Gefahr von EHEC aus?

EHEC-Erreger gibt es immer noch, von daher sind Infektionen nicht auszuschließen. Vor einem Jahr hatten wir allerdings einen atypischen Erreger, der in Deutschland in Lebensmitteln vorher noch nie nachgewiesen wurde, und es waren atypische Personen- und Altersgruppen betroffen. In pflanzlichen Lebensmitteln werden EHEC-Bakterien in Deutschland jedoch seltener gefunden als in Lebensmitteln, die von Tieren stammen.

War die Krise vorhersehbar?

In dieser Form sicher nicht. Aus fachlicher Sicht halten wir es für wahr-

scheinlich, dass solche Erkrankungen immer wieder auftreten können. Das BfR hatte bereits früher darauf aufmerksam gemacht, dass der Verzehr roher Sprossen grundsätzlich mit einem Infektions- und damit auch einem Erkrankungsrisiko verbunden ist. Sprossen sind ein Paradies für Keime jeglicher Art, das liegt an der Art und Weise, wie sie produziert werden, nämlich in feuchter Umgebung bei geradezu idealen Wachstumstemperaturen für Erreger.

Wie ist das BfR bei der EHEC-Krise zu einer Risikoeinschätzung gekommen?

Diese Frage ist sehr komplex. Hier ist zunächst die intensive Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (RKI) und den Bundesländern zu erwähnen. Die Bundesländer sind für die Lebensmittelüberwachung zuständig. Das BfR unterstützt sie bei der fachlichen Expertise. Das große Problem im vergangenen Jahr war der Faktor Zeit. Wir mussten unter anderem die Lieferscheine der Restaurants und die Einkaufszettel sichten, die erkrankten Personen

befragen, wo und wann sie was gegessen haben. Die Datenanalyse war besonders schwierig, weil wir nicht genau wussten, wonach wir suchen müssen.

Beim Fernsehkrimi wird der Mörder spätestens nach 90 Minuten gefunden. Bei der Aufklärung von Epidemien ist es anders. In drei von vier Fällen findet man den Erreger nicht. Zunächst stützten wir uns auf das Erinnerungsvermögen der Erkrankten, was sie gegessen haben. Diese Angaben deuteten auf Blattsalate, Tomaten und Gurken hin. Damit war der Erreger aber noch nicht einzukreisen. An Sprossen haben sie sich zunächst nicht erinnert.

Sind die Lebensmittelkontrollen in Deutschland ausreichend?

Durch die Regelungen in der Europäischen Union sind die Lebensmittel sicherer als je zuvor. Die qualitätssichernden Maßnahmen lasten in erster Linie auf dem Lebensmittelhersteller. Zudem wurden Eigenkontrollen der Wirtschaft eingeführt. Jeder große Hersteller und die Handelsketten sind sich dessen bewusst. Die allgemeine

Fleischhygiene ist deutlich besser geworden. Die europäischen Betriebe arbeiten auf einem hohen internationalen Niveau. Das fängt schon an bei den Desinfektionsroutinen im Betrieb, der Schulung der Mitarbeiter, dem Einhalten bestimmter kritischer Kontrollpunkte. Wer das als Markenprodukt hersteller nicht einhält, wird sofort ausgelistet. Das kann schnell zum finanziellen Bankrott führen.

Was kann der Verbraucher tun?

Grundsätzlich hat jeder durch die Wahl dessen, was er isst, auch Möglichkeiten, seine eigene Gesundheit zu schützen. Bei der Campylobacter-Infektion [Red.: eine durch Campylobacter-Bakterien ausgelöste Darmentzündung] kann man eine deutliche Zunahme sehen. Wir gehen insgesamt von etwa einer Million Lebensmittelvergiftungen im Jahr aus. Gerade bei Campylobacter spielt Küchenhygiene eine große Rolle. Es ist völlig unverständlich, dass Sie eine mehrtägige Prüfung ablegen müssen, wenn Sie ein Huhn durch Deutschland fahren wollen. Wenn Sie aber ein Restaurant eröffnen wollen, sind die Schulungsanforderungen minimal. Auch im eigenen Haushalt kann man den Verbraucher nicht aus der Pflicht nehmen. Küchenhygiene ergibt sich nicht durch Logik, sondern durch Wissen. Das wird heute weder in der Schule noch in der Familie gelernt. Deswegen ist die Hauptgruppe der Erkrankten zwischen 18 und 25 Jahre alt. Weil sie oft nicht kochen gelernt haben, sind sie auch mit der Küchenhygiene nicht vertraut. Wenn die jungen Leute dann von zu Hause ausziehen und ihr erstes Hühnchen kochen, fangen sie sich schnell aus Unkenntnis einfachster Hygieneregeln eine Campylobacterinfektion ein. Wenn Küchenmikroorganismen so groß wären wie Ratten, wüsste jeder, was zu tun ist.

Auch die Kochshows im Fernsehen versäumen oft, auf diese Regeln der Küchenhygiene einzugehen. Die Sender müssen verantwortungsvoller bei der Darstellung der Zubereitung von Gerichten in ihren Shows umgehen.

Sind mit der Globalisierung der Lebensmittelerzeugung Risiken verbunden, die wir heute vielleicht noch gar nicht kennen?

Mit der zunehmenden Globalisierung ist davon auszugehen, dass Lebensmittel unsicherer werden können. Entgegenwirken kann man dem nur durch den Export von Gesetzen und Standards in die Produktionsländer. Mit Kontrollen allein ist dem Problem bei den heute umgeschlagenen Tonnagen nicht beizukommen. Durch den zum Teil exzessiven Einsatz von Pflanzenschutzmitteln und Antibiotika bei Futtermitteln gerade in Ländern außerhalb der EU werden deutlich höhere Risiken eingegangen.

Wir Deutschen geben nur etwa 10% unseres Einkommens für die Ernährung aus. In anderen Ländern sind es 30–40%. Wir setzen beim Konsum offensichtlich andere Prioritäten. Da darf man sich nicht beklagen, dass die Lebensmittel mitunter nicht die beste Qualität haben, was aber nicht heißt, dass sie deshalb unsicher wären. Es geht letztlich um die Frage, was uns unser Essen wert ist, welche Qualität wir gerne hätten. In Deutschland gibt es nach Schätzung der Deutschen Landwirtschaftlichen Gesellschaft zwischen 140 000 und 160 000 Nahrungsmittelprodukte. Sie können also jedes

Produkt in jeder Qualität bekommen.

Wie hoch muss ein Risiko sein, dass Sie damit an die Öffentlichkeit gehen?

Als BfR beantworten wir primär die Fragen, die uns die Politik stellt, also diejenigen, die in der Verantwortung für das Gemeinwohl stehen. Die Fragen, die die Öffentlichkeit an uns heranträgt, haben natürlich auch viel mit gefühlten Risiken zu tun. Wir Deutsche gehen nicht immer rational mit unseren Ängsten um. Diese Situation müssen wir bei der Risikokommunikation berücksichtigen.

Unsere Antworten sind jedoch nicht danach sortiert, wie viele Menschen an einem Risiko sterben, sondern danach, welche Entscheidungen im politischen Raum gefällt werden müssen, damit möglichst keine Menschen erkranken oder sterben. Viele unserer Arbeiten, die auch mit Warnungen verbunden sein können, geschehen im Verborgenen. Je weniger Sie vom BfR mitbekommen, desto erfolgreicher arbeiten wir, weil dadurch weniger Krisen entstehen.

Das Gespräch führten Martin Dutschek und Dr. Uwe Sackmann

Prof. Dr. Andreas Hensel





Organspende und Entscheidungslösung:

Schenkst du mir dein Herz?

SELTEN WAR SO VIEL EINIGKEIT IM BUNDESTAG. Einhellig hatten alle Fraktionen für die Novellierung des Transplantationsgesetzes gestimmt. Von einem großen Wurf und Meilenstein war die Rede. Doch wird das neue Gesetz wirklich mehr Menschen zur Organspende bewegen? Die Diskussion ist von moralischen Appellen, Ängsten und Zweifeln geprägt. Und nicht zuletzt vom Organspendeskandal, der seit Juli das Vertrauen in das Vergabeverfahren erschüttert.

Ab November werden die Ersten Post von ihrer Krankenkasse im Briefkasten haben. In den Schreiben werden die Kassen fragen, ob man bereit ist, nach dem Tod ein oder mehrere Organe bzw. Gewebe zu spenden. »Entscheidungslösung« heißt dieses Verfahren und ist Teil des neuen Transplantationsgesetzes. Das »Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung« soll zum 1. November in Kraft

Alle acht Stunden stirbt ein Mensch auf der Warteliste

treten, die Novellierung des bisherigen Transplantationsgesetzes ist bereits seit dem 1. August in Kraft. Die Idee ist, dass jeder Mensch sich mindestens einmal

im Leben mit der Frage der Organspende auseinandersetzt. Die Antwort wird wie bisher im Organspenderausweis festgehalten werden; langfristig soll diese dann – freiwillig – auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können.

Entscheidungslösung ohne Entscheidungspflicht

Immer wieder betonen die Väter und Mütter des Gesetzes: Niemand wird zu einer Entscheidung gezwungen. Jeder kann Ja oder Nein sagen zur Organspende – oder den Brief einfach in den Papierkorb werfen.

Jeder soll also frei entscheiden. Allerdings möglichst dafür. Die an dem Gesetzgebungsverfahren Beteiligten – von der Politik über die Kirchen bis hin zu den Ärzteverbänden und Krankenkassen – machen aus ihrer Hoffnung keinen Hehl, dass sich endlich mehr Menschen in Deutschland im Falle ihres Todes als Organspender zur Verfügung stellen.

Dabei sprechen die Zahlen eine drastische Sprache: Alle acht Stunden stirbt ein Mensch auf der Warteliste. 12 000 Wartenden stehen nur rund 1200 Spender gegenüber, denen etwa 4000 Organe entnommen werden.

Anders in Spanien: Dort ist die Spenderquote mit 80 bis 85% weltweit am höchsten. Es gilt die Informationsregelung, d. h. wer einer Organspende zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat, gilt grundsätzlich als potenzieller Spender. Die Angehörigen müssen allerdings von der Entscheidung informiert werden. Im Verhältnis zur Bevölkerung werden in Spanien doppelt so viele Organe verpflanzt wie in Deutschland.

Wären hierzulande mehr Menschen bereit, Organe zu spenden, könnten zahlreiche Leben gerettet werden. Viele leiten daraus einen moralischen Appell zur Spende ab. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) betonte

in der ersten Lesung zu dem Gesetzentwurf, dass die »Organspende ein Akt der Nächstenliebe« sei. Und: »Jeder Organspender ist ein Lebensretter.«

Experten setzen auf Überzeugungsarbeit

Der frühere Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Wolfgang Huber, spricht sogar von einer »ethischen Entscheidungspflicht« jedes Einzelnen. Diese könne von der Gesellschaft auch eingefordert werden. Selbstverständlich ohne Zwang. »Wir sprechen über eine Organspende und nicht über eine Organspendepflicht.« Schon aus juristischer Sicht, so Unionsfraktionschef Volker Kauder (CDU), könne niemand gezwungen werden, sich für oder gegen eine

Organspende zu entscheiden. Aber ein bisschen Druck ist nach Ansicht vieler Experten durchaus legitim. Dr. Peter Potthoff,

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, sagt: »Wir stehen in der Pflicht, unsere Patienten zu mobilisieren.« Durch aktive Ansprache, Aufklärung und Überzeugungsarbeit.

Hoffnungen setzen viele vor allem auf die prinzipielle Bereitschaft der Menschen zur Organspende. Laut einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2010 würden 74% der Deutschen nach ihrem Tode ein oder mehrere Organe spenden. Allerdings haben nur 25% überhaupt einen Spenderausweis. Und dies trotz unzähliger Appelle, Aufklärungskampagnen und Diskussionen rund um das Thema.

Über die Motive dieser klammheimlichen Verweigerung ist viel spekuliert worden. Peter Potthoff von der KV Nordrhein erklärt sich das Missverhältnis schlicht mit der Scheu, sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen. »Das Resultat – auch bei den prinzipiell Spendewilligen – ist leider, dass der Organspendeausweis unausgefüllt wieder beiseitegelegt wird.«

Der Skandal und seine Nebenwirkungen

Hinzu kommt, dass viele fürchten, dass sie bei einer Organentnahme möglicherweise gar nicht tot sein könnten. Die Diskussion um das Hirntod-Konzept und die nicht von allen Experten zweifelsfrei beantwortete Frage, wann ein Mensch noch als Sterbender und ab welchem Zeitpunkt er als tot gilt, hat diese Ängste noch verstärkt. Dahinter steht auch die Sorge, dass in einem zunehmend kommer-

Drei Viertel aller Befragten sind zur Organspende bereit – im Prinzip

zialisierten Gesundheitswesens Ärzte aus Kostengründen sehr teure Therapien oder lebensrettende Maßnahmen unterlassen könnten – insbesondere wenn es wohlhabende Patienten gibt, die auf ein Organ warten.

Dass diese Befürchtungen infolge des Organspendeskandals enorm befeuert wurden, zeigt eine aktuelle Umfrage des Magazins Stern. Danach sind fast zwei Drittel (64%) überzeugt, dass reiche Kranke bei der Vergabe von Organen bevorzugt werden. Mehr als jeder Dritte (39%) gab an, dass Ärzte bei ihnen an Ansehen verloren hätten. Und jeder Fünfte (21%) erklärte, bei ihm sei die persönliche Bereitschaft zur Organspende gesunken.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, geht davon aus, dass die Bereitschaft zur Organspende aufgrund der Transplantationsskandale an den Universitätskliniken in Regensburg und Göttingen erheblich zurückgehen wird. »Was hier gemacht wurde, wird in Zukunft viele Menschen leider das Leben kosten«, sagte der CSU-Politiker gegenüber der WAZ. Ausgerechnet jetzt, da man mit dem Transplantationsgesetz die Spendebereitschaft stärken wolle. »Es wird garantiert Monate, wenn nicht Jahre dauern, das Vertrauen in die Organspende wiederherzustellen.«

Beschleunigtes Vermittlungsverfahren ist manipulationsanfällig

Der Skandal um die Zuteilung von Organspenden war ins Rollen gekommen, weil ein Oberarzt zuerst in Regensburg und später im Göttinger Uniklinikum Krankenakten gefälscht haben soll. Dabei soll er die Krankheit auf dem Papier verschlimmert haben, damit den betreffenden Patienten schneller eine neue Leber implantiert werden konnte – obwohl andere sie vielleicht nötiger gehabt hätten. Ob dabei Geld geflossen ist und ob andere Patienten, die aufgrund der Manipulationen in der Warteliste weiter nach unten rutschten, infolgedessen gestorben sind, wird derzeit noch untersucht.

Status auf der Warteliste: Ranking nach Gutsherrenart?

Für zusätzliche Unruhe sorgten Meldungen, dass mittlerweile neun von zehn Spenderherzen nach dem sogenannten beschleunigten Vermittlungsverfahren vergeben werden. Dieses sieht auch die Ärzteschaft als manipulationsanfällig an. Wurden noch vor zehn Jahren weniger als die Hälfte (43,5%) der Herzen an Patienten vergeben, die aufgrund von akuter Lebensgefahr auf der Warteliste einen »Hochdringlichkeitsstatus« hatten, schnell der Anteil bis 2011 auf 88,5% hoch. Chancen auf ein neues Herz hat damit praktisch nur derjenige Patient, der diesen Status bekommt. Die Kriterien dafür sind jedoch nicht einheitlich. Damit liegt es weitgehend im Ermessen des behandelnden Arztes, wie er den Patienten einstuft.

Auf der Suche nach Vertrauen

Jetzt soll das verlorene Vertrauen wiederhergestellt werden. Dafür zieht Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) alle Register. Bei einem Spitzentreffen von Politik, Ärzten, Krankenkassen, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Vermittlungsstelle Euro-

transplant am 27. August in Berlin hat der Minister harte Konsequenzen angekündigt. Um einen Wettbewerb um möglichst viele Transplantationen zu vermeiden, sollen die Bonuszahlungen an Ärzte für bestimmte Mindestzahlen an Operationen gestrichen werden. Bei eklatanten Verstößen könnten Kliniken geschlossen werden. Außer-



dem solle das Sechs-Augen-Prinzip bei der Entscheidung eingeführt werden, wer auf die Warteliste komme und an welche Stelle. Dabei setzt der Minister auch auf mehr staatliche Kontrolle. Die zuständigen Stellen von Bund und Ländern würden personell besser ausgestattet. Sie sollen künftig auch im Rat der DSO vertreten sein. Neu ist auch, dass die Prüfberichte der Prüfkommision, die die Transplantationszentren kontrolliert, veröffentlicht werden sollen.

Bei einem Krisentreffen am 9. August in Berlin hatten sich Mediziner, Kliniken und Krankenkassen bereits auf einen ähnlichen Maßnahmenkatalog verständigt. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, warnte jedoch ausdrücklich davor, die medizinische Selbstverwaltung für ein staatliches System einzudämmen oder gar aufzugeben.

Bald läuft eine große Werbeaktion für mehr Organspenden in Deutschland an, auf die deren Macher große Hoffnungen setzen. Experten bezweifeln jedoch, dass die Kampagne viele Menschen überzeugen wird. Wer recht behält, wird sich ab Spätherbst dieses Jahres zeigen, wenn die ersten Versicherten die Briefe der Krankenkassen bekommen und sich die Frage stellen: Organspende ja oder nein?



Jutta vom Hofe, freie Journalistin in Köln mit Themenschwerpunkten Wissenschaft und Gesundheit. juttavomhofe@gmx.de

Wann hört ein Mensch auf, lebendig zu sein?

Das Hirntodkonzept unter der Lupe

Vor einer Organspende muss der Tod des Spenders unzweifelhaft festgestellt sein. Grundlage hierfür ist der Hirntod, der medizinisch irreversible Ausfall des Gehirns (whole brain death). Ein Papier des US-President's Council on Bioethics aus 2008 hat die Debatte neu angeregt: Demnach sei nicht immer eindeutig feststellbar, ob bei einem künstlich beatmeten Hirntoten der Sterbeprozess im Sinne eines irreversiblen Ausfalls der integrierten Organfunktionen beendet ist.

Viele Mediziner sind überzeugt: Der Hirntod unterscheidet sich eindeutig von Koma oder dem Locked-in-Syndrom. Eine Verwechslung mit einem Wachkoma sei klinisch nicht möglich. Die Hirntoddiagnostik folge strengen wissenschaftlichen Kriterien, die den irreversiblen Ausfall aller Gehirnfunktionen sicher bestätigen und zeigen, dass der Mensch als körperlich-geistige Einheit nicht mehr existiert. Beim Hirntod sind – den Richtlinien der Bundesärztekammer zufolge – die Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms irreversibel erloschen, unabhängig davon, ob die Herz- und Kreislaufunktionen noch künstlich erhalten werden.

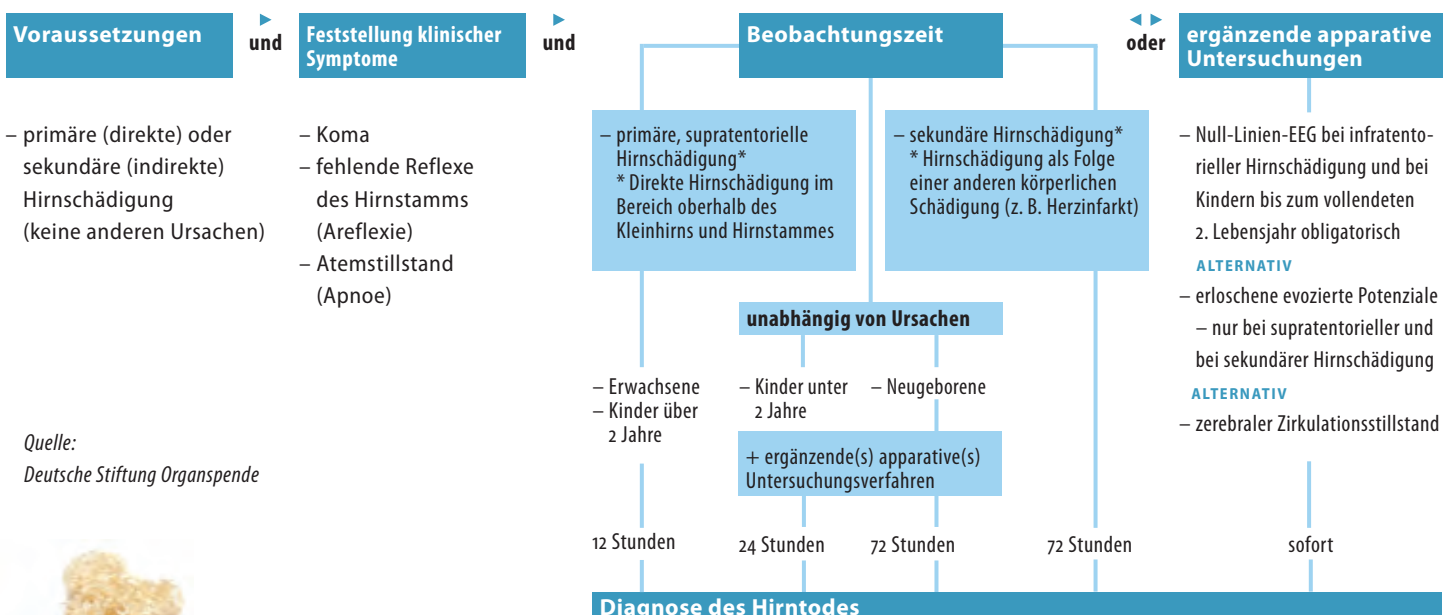
Sind keine äußeren Anzeichen des Todes sichtbar, gilt der Hirntod erst dann als sicher, wenn er von zwei qualifizierten Ärzten anhand definierter, verpflichtender Kriterien und Verfahrensweisen zweifelsfrei und übereinstimmend festgestellt wurde. Dazu müssen bei Erwachsenen folgende Voraussetzungen je nach Art der Hirnschädigung über 12 bis 72 Stunden zweifelsfrei beobachtet und dokumentiert werden:

- Das Gehirn ist schwer geschädigt.
- Andere Ursachen, die etwa das Fehlen von Reflexen erklären könnten, sind ausgeschlossen (wie Vergiftungen, dämpfende Wirkungen von Medikamenten, Nervenblockade der Muskeln, Unterkühlung, Kreislaufchock, Koma durch andere Erkrankungen).
- Der Patient liegt im Koma, der Atem steht still und der Hirnstamm zeigt keine Reflexe auf Licht, Bewegung, Berührung oder Schmerz.

Zusätzlich können Untersuchungen wie EEG ohne Aktivität oder Stillstand der Blutzirkulation im Gehirn durchgeführt werden. Bei unter-3-Jährigen sind sie unabdingbar.

Für Kritiker des Hirntodkonzeptes ist dagegen nicht der Ausfall der Gehirnfunktionen, sondern die fehlende Integrationsfähigkeit des gesamten Organismus das Ende des menschlichen Lebens. Hirntote Menschen hätten demzufolge zwar das Bewusstsein und ihr psychisches Innenleben unwiederbringlich verloren. Doch ihre Körper könnten beispielsweise noch ihre Temperatur regulieren, Infektionen bekämpfen oder ein Kind austragen.

Nachweis einer nicht umkehrbaren Schädigung des Hirns



Quelle:
Deutsche Stiftung Organspende



Die Fachliteratur beschreibt zudem Fälle, in denen Patienten aufgrund der klinischen Diagnostik als hirntot galten, bei denen aber noch ein zerebraler Blutfluss oder elektrische Aktivität nachweisbar waren. In diesem Zusammenhang tauchen immer wieder Forderungen nach zusätzlichen bildgebenden Verfahren auf, da die Hirntoddiagnostik nur Teilbereiche des Gehirns erfasse. Weiterführende Hirnfunktionstests wie Untersuchungen des zerebralen Blutflusses mittels Hirn-Angiografie oder transkraniale Dopplersonografie könnten einen Durchblutungsstillstand des Gehirns nachweisen, aus dem

dann auf den Ausfall aller Hirnfunktionen geschlossen werden könnte. Neurophysiologische Verfahren wie die Messung der elektrischen Aktivität (EEG oder Evozierte Potenziale) oder der neuronalen metabolischen Aktivität (PET, SPECT, fMRT) wären ebenfalls möglich.

Doch auch diese Diagnostik kann letztendlich keine Antwort auf die entscheidende Frage geben: Ob sich ein Mensch bereit erklärt, für einen anderen Menschen seine Organe zu spenden, wenn sein Hirntod festgestellt wurde. Diese Lebensentscheidung kann nur jeder Mensch für sich alleine treffen.

Dr. Martina Koesterke

Drei Fragen an den Neurochirurgen Prof. Dr. Andreas Zieger:

Wann ist ein Mensch tot?

DER NEUROCHIRURG UND REHABILITATIONSMEDIZINER PROF. ANDREAS ZIEGER betreut Komapatienten in der Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg. Für ihn ist der Hirntod eine medizinische Prognose des Todes, ein unaufhaltsamer Schritt auf dem Weg dorthin.

MDK Forum Herr Professor Zieger, hat ein hirntoter Mensch aufgehört, im klassischen Sinne »lebendig zu sein« – oder ist das eine Frage der Definition?

Prof. Dr. Andreas Zieger Nach dem sogenannten Herztodkonzept ist ein als »hirntot« diagnostizierter Mensch nicht tot, sondern ein lebender Mensch im Sterben. Dem Transplantationsgesetz von 1997 mit dem sogenannten Hirntodkonzept zufolge ist er jedoch ein Toter, eine Leiche, ein bereits Gestorbener.

Das Hirntodkonzept wurde seinerzeit mit der Begründung eingeführt, dass das Gehirn alle Lebensvorgänge steuere und nach einem Ausfall des Gehirns die organismische Integrität zusammengebrochen sei. Diese Begründung ist jedoch durch wissenschaftliche Untersuchungen widerlegt, da man bei chronischen »Hirntoten« wichtige Lebenszeichen gefunden hat wie etwa Wachstum, Hormonsteuerung oder Austragen von Schwangerschaften. Die körperliche Integrität ist bei einem abgestorbenen Gehirn keineswegs zusammengebrochen, wenn Beatmung und Pflege fortgesetzt werden.

Es ist mit naturwissenschaftlichen Mitteln prinzipiell nicht möglich zu bestimmen, was Leben, das Lebendigsein und die menschliche Existenz

ausmacht. Menschliches Leben lässt sich nur multiperspektivisch erkennen bzw. erfahren. Es ist damit naturwissenschaftlich auch nicht bestimmbar, inwieweit bei »Hirntoten« im tiefen Koma nicht doch noch Empfindungsfähigkeit vorliegt. Solange ein Mensch lebt, ist er mit Wahrnehmungen, Empfindungen und Bewegungen mit der Umwelt verbunden.

MDK Forum Bedeutet das, dass der Hirntod gar keine geeignete Voraussetzung für eine Organspende ist?

Zieger Das Hirntodkonzept ist wie jedes andere Todeskonzept nichts weiter als eine kulturelle Verabredung. Zumindest ist die damalige naturwissenschaftliche Begründung widerlegt. Man müsste sich jetzt auf ein neues Todeskonzept verständigen. In anderen Ländern wie beispielsweise in Spanien ist die Organentnahme straffrei erlaubt, wenn das Herz für mehrere Minuten nicht mehr schlägt. Dort ist allerdings die bei uns gültige Tote-Spender-Regel außer Kraft gesetzt. Das Gleiche wurde von namhaften Persönlichkeiten auch für Deutschland empfohlen. Ich bin allerdings eher zurückhaltend.

MDK Forum Wie gut, wie genau und wie »sicher« ist die Hirntoddiagnostik heute – und wie ließe sie sich Ihrer Meinung nach verbessern?

Zieger Die Hirntoddiagnostik ist für die Feststellung des sogenannten Hirntodsyndroms sehr genau. Es markiert erfahrungsgemäß den Punkt der Unumkehrbarkeit im Sterbeprozess eines Menschen – den frühesten Punkt, an dem eine Organentnahme stattfinden könnte, wenn der Patient zuvor mit voller Aufklärung über die Lebensumstände und die Vorgänge bei der Organentnahme eingewilligt hat.

Kritisch zu betrachten ist der obligatorische Apnoe-Test. Er kann Menschen, die bereits eine Hirnschädigung haben, weiter schädigen, weil evtl. Erholungsreserven in der schon grenzwertigen Durchblutung des Gehirns so geschwächt werden, dass der Mensch wieder zu atmen beginnt, dann aber im verlängerten Koma bzw. Wachkoma verbleibt. Daher wird diskutiert, ob nicht dieser Test bei einigen Patienten im Zweifel unterbleiben sollte. Allerdings ist er im Protokoll zur Todeszeitbestimmung obligatorisch vorgeschrieben und lässt sich nicht durch andere Tests ersetzen.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*



Der Klinikalltag:

Wie läuft eine Organspende ab?

FÜR VIELE PATIENTEN auf der Warteliste ist eine Transplantation die einzige Möglichkeit für eine Heilung. Wer auf eine Niere wartet, kann diese Zeit mit einer Dialysebehandlung auch längerfristig überbrücken. Andere Organe müssen kurzfristiger ersetzt werden, um nicht auf der Warteliste zu versterben. Manchmal kann eine Lebend-Organ-spende eines nahestehenden Menschen helfen. Doch der Großteil der Organe stammt von verstorbenen Menschen.

Verstirbt ein Patient auf einer Intensivstation, stellt sich unter bestimmten Voraussetzungen die Frage einer Organ-spende. Hierzu überprüfen speziell für diese Aufgabe ausgebildete Mediziner zunächst, ob die erforderlichen medizinischen Kriterien erfüllt werden: Bei jedem einzelnen Spender muss anhand der zur Verfügung stehenden Daten, der medizinischen Vorgeschichte und der aktuellen Untersuchungsergebnisse geklärt werden, inwieweit die Spende eines Organs medizinisch sinnvoll erscheint.

Ob der Patient schließlich als Spender infrage kommt, hängt von seiner Einwilligung ab. Im Idealfall hat der Verstorbene bereits zu Lebzeiten sein Einverständnis durch einen Organspendeausweis dokumentiert beziehungsweise

Eurotransplant

Die Stiftung Eurotransplant ist als Service-Organisation verantwortlich für die Zuteilung von Spenderorganen in Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich und Slowenien. Dazu gleicht ET die Daten des Spenders mit der ständig aktualisierten Warteliste der entsprechenden Patienten in den beteiligten Ländern ab. Anhand strenger detaillierter Kriterien wie Blutgruppenübereinstimmung und Wartezeit sowie der Dringlichkeit zur Transplantation erstellt ET eine Rangliste der möglichen Empfänger und kontaktiert die potenziellen Empfängerzentren der Reihe nach. Die Transplantationszentren müssen dann anhand der medizinischen Fakten des Spenders entscheiden, ob das angebotene Organ für den entsprechenden Patienten geeignet scheint. Sollte das nicht der Fall sein, wird Eurotransplant das Zentrum mit dem Patienten der nächsthöheren Dringlichkeit kontaktieren. Akzeptiert ein Zentrum das Organ für einen speziellen Empfänger, meldet Eurotransplant

Der Spender kann generell spenden – oder nur einzelne Organe

sich im Rahmen der neuen Entscheidungslösung für oder gegen eine Organspende ausgesprochen. Wenn nicht, werden Angehörige oder dem Verstorbenen

nahe stehende Personen nach seinem mutmaßlichen Willen befragt, bevor die Ärzte weitere organisatorische Schritte unternehmen.

Die Einwilligung kann generell erfolgen, einzelne Organe oder Gewebe ausschließen oder nur bestimmte Organe und Gewebe zur Verfügung stellen. Medizinisch möglich sind die Spende von Herz, Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm sowie die Gewebespende von Knochen oder Hornhäuten. Für all diese Organe existiert eine Warteliste mit Patienten, die dringend auf die Versorgung mit einer Transplantation angewiesen sind.

Die Meldung eines Organspenders

Sind die Voraussetzungen zur Organspende erfüllt und liegt das Einverständnis des Spenders vor, nehmen die behandelnden Ärzte der Intensivstation Kontakt mit der »Deutschen Stiftung Organtransplantation« (DSO) auf. Die DSO kann die Ärzte bei speziellen Fragestellungen oder bei Gesprächen mit den Angehörigen durch einen Mitarbeiter, den sogenannten Koordinator, unterstützen. Er prüft vor Ort die medizinischen Daten des Organspenders und rät gelegentlich zu weiteren Untersuchungen, um den Gesundheitszustand oder auch mögliche Begleiterkrankungen des Spenders optimal abzuklären. Schließlich meldet der Koordinator sämtliche medizinische Daten sowie die Blutgruppe des Organspenders an »Eurotransplant« (ET).

dies zurück an den Koordinator der DSO, der vor Ort ist und parallel zu der Vermittlungsaktivität von ET die Durchführung der Organspende im betroffenen Krankenhaus organisiert.

Die Entnahme der Organe

Eine Organentnahme muss im Operationssaal unter sterilen Bedingungen durchgeführt werden, um Infektionen zu vermeiden. Hierzu stehen rund um die Uhr speziell qualifizierte erfahrene Chirurgen aus unterschiedlichen Transplantationszentren und Fachrichtungen in Rufbereitschaft. Der DSO-Koordinator informiert die entsprechenden Teams zur Entnahme von Herz und Lunge oder



der Bauchorgane (Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm). Ein erfahrener Intensivmediziner – in der Regel ein Anästhesist – überwacht zusätzlich die Organfunktionen bis zum Abschluss der Entnahme. Je nachdem, welche Organe entnommen werden, sind an der Operation bis zu acht Chirurgen sowie weitere Operations-Fachpflegekräfte und medizinisches Assistenzpersonal beteiligt.

Bei der Entnahme von Herz, Lunge oder Dünndarm kommt ein Entnahmeteam aus dem Transplantationszentrum des Empfängers, um das Organ direkt im Hinblick auf den Empfänger zu beurteilen. Hier muss schon während der Entnahme des Organs mit der Operation beim Empfänger begonnen werden, um die Zeit zwischen Entnahme und Transplantation möglichst kurz zu halten. Die abdominalen Organe – Leber, Nieren oder Bauchspeicheldrüse – entnimmt das zuständige regionale Entnahmeteam.

Um die empfindlichen Zellen der Organe für einige Stunden zu konservieren, spülen die Mediziner die Organe vor der Entnahme zur Abkühlung mit einer speziellen Perfusionslösung. Bei Herz und Lunge präparieren sie dazu nach Eröffnung des Brustkorbs die Blutgefäße des Herzens frei und legen circa einen Zentimeter durchmessende Kanülen in die Blutgefäße. Im Bauchraum sind es die Blutgefäße des Beckens. Über die Kanülen werden die Organe gespült, bis das darin enthaltene Blut möglichst vollständig gegen die auf vier Grad Celsius gekühlte Perfusionslösung ausgetauscht ist. Das macht die Zellen

Die Transplantation

Im Transplantationszentrum wartet bereits der Empfänger, der parallel zur Organentnahme für die Operation vorbereitet wurde. Während der Anästhesist die Narkose einleitet, nimmt der Transplantationschirurg das Organ in Augenschein – sofern er es nicht selbst entnommen hat – und bereitet es für die Transplantation vor. Während der ganzen Zeit bleibt das Organ in eiskaltem, sterilem Wasser, um Schäden durch Wärme zu vermeiden.

Je nach Organ führt dann der Transplantationschirurg unter Assistenz von zwei bis drei weiteren Chirurgen die Implantation durch. Hierbei müssen alle wichtigen



Strukturen des Organs wieder »angeschlossen« werden. Bei einer Nierentransplantation etwa erfolgt die Transplantation in die Beckenregion. Hier werden die Schlagader (Arterie) und die Vene der Niere an die Blutgefäße des Empfängers, der Harnleiter an die Blase des Empfängers angeschlossen. Auf diese Weise kann der Empfänger nach einer erfolgreichen Transplantation wie zuvor über den »normalen« Weg Wasser lassen.

Das Leben mit einem »neuen« Organ

Je nachdem, welches Organ transplantiert wurde, muss der Empfänger einige Tage bis Wochen in der Klinik bleiben. Bei einer Nierentransplantation – dem einfachsten Fall einer Organtransplantation – kann der Empfänger bei unkompliziertem Verlauf mit guter Funktion des Transplantates nach etwa zwei Wochen in die ambulante Kontrolle entlassen werden. Zunächst stehen dann sehr engmaschig Kontrolltermine im Transplantationszentrum an. Doch niedergelassene Fachärzte können zunehmend in die Betreuung und Nachsorge der Patienten involviert werden. Sie müssen auch die notwendigen Medikamente immer wieder anpassen, um eine optimale Funktion des neuen Organs zu gewährleisten.

Neben der Abstoßung des Transplantates, die heute dank der neuen Medikamente deutlich seltener vorkommt als noch vor zwanzig Jahren, sind Infektionen wie Lungen- oder Harnwegsinfektionen das größte Risiko für einen transplantierten Patienten. Wird er von diesen und weiteren Komplikationen verschont, hat er mit der Transplantation die Chance, ein mehr oder weniger normales Leben zu führen – das ihm durch die Organspende eines anderen Menschen geschenkt wurde.

Bis zu acht Chirurgen sind an der Entnahme eines Organs beteiligt

Auch von außen spülen die Ärzte die Organe mit gekühltem, sterilem Wasser, um die Temperatur möglichst rasch zu senken. Erst danach beginnen die Spezialisten mit der eigentlichen Entnahme, die bis zu fünf Stunden dauern kann. Hierbei ist es sehr wichtig, die entsprechenden Strukturen der Organe nicht zu beschädigen, was mitunter ein sehr schwieriges Unterfangen ist, das den Chirurgen höchste Konzentration und Geschicklichkeit abverlangt.

Der Transport der Organe in die Transplantationszentren

Nach der Entnahme muss alles schnell gehen. Die Organe werden für den Transport standardisiert in spezielle Behälter verpackt und schnellstmöglich zum entsprechenden Transplantationszentrum gebracht. Der Koordinator der DSO muss dabei oft gleichzeitig den zeitgerechten Transport von mehreren Organen parallel zur Entnahme organisieren. Das ist eine große logistische Herausforderung, vor allem, wenn sich das Krankenhaus nicht in der Nähe eines Transplantationszentrums befindet. Herz, Lunge oder Dünndarm müssen außerdem schnellstmöglich, gelegentlich sogar mit einem Flugzeug, zum Empfänger gebracht werden.



PD Dr. Heiner H. Wolters,
Chirurg, Viszeralchirurg,
Leiter der Sektion
für Transplantations-
chirurgie am Uniklinikum
Münster.

Interview mit Prof. Leo Latasch

»In Deutschland herrscht eine große Angst«



SEIT DIESEM JAHR gehört Professor Leo Latasch, Anästhesist und Rettungsmediziner, dem Deutschen Ethikrat an. Neben der ärztlichen Betrachtung bringt Latasch als Mitglied des Zentralrats der Juden in Deutschland auch eine religiöse Perspektive in die Diskussionen des Ethikrates zum Thema Organspende ein. Wir fragten ihn nach seinen Positionen.

MDK Forum Herr Professor Latasch, etwa 12 000 Menschen warten in Deutschland auf ein Spenderorgan. Gerade einmal 1200 Menschen spendeten im vergangenen Jahr. Um die Spendenbereitschaft zu erhöhen, sollen alle Bürger nun einmal in ihrem Leben gefragt werden, ob sie ihre Organe spenden wollen. Ist diese sogenannte Entscheidungslösung auch die von ihnen bevorzugte Regelung?

Prof. Dr. Leo Latasch In vielen anderen europäischen Ländern gibt es die sogenannte Widerspruchslösung. Das bedeutet, dass, wenn Sie nicht definitiv »nein« sagen, das Organ bei festgestelltem Hirntod entnommen werden kann. Die Zahlen sprechen für diese Lösung: In Österreich warten Sie nur circa ein Drittel der Zeit z. B. auf eine Niere oder Leber wie in Deutschland. Ich war immer Befürworter dieser Regelung. In den letzten Monaten habe ich jedoch

wahrgenommen, dass in Deutschland eine besonders große Angst davor herrscht, dass einem ein Organ entnommen wird, ohne dass man wirklich tot ist. Diese Angst kann ich nachvollziehen. Ähnlich ist es in den Niederlanden mit dem begleiteten Suizid. Dort ist er erlaubt, und man kann bei älteren und schwer kranken Menschen beobachten, dass sie sich inzwischen davor scheuen, ins Krankenhaus zu gehen, weil sie befürchten, es würde über ihren Kopf hinweg die Entscheidung getroffen, die Therapie einzustellen.

MDK Forum Was müsste aus Ihrer Sicht getan werden, um die Spendenbereitschaft zu erhöhen?

Latasch Ich bin nicht glücklich damit, wie die Organspende in Deutschland geregelt ist, aber es ist angemessen für die Gesellschaft. Es wäre nur wichtig, dass mehr informiert und aufgeklärt wird. Ich könnte mir auch vorstellen, dass die von der »breiten Masse« genutzten Medien, wie z. B. die Bild-Zeitung, solch eine Information übernehmen könnten. Viele wissen zum Beispiel gar nicht, dass sie auch die Möglichkeit haben, nur eine Niere oder Leber zu spenden. Die Organspende des SPD-Fraktionsvorsitzenden Frank-Walter Steinmeier hatte vielleicht für den einen oder anderen Vorbildfunktion, jedoch ist eine grundlegende Aufklärung noch viel wichtiger.

MDK Forum Was können Sie aus Ihrer

Erfahrung als Anästhesist und Rettungsmediziner berichten? Was bedeutet es für die behandelnden Ärzte und die Angehörigen, wenn ein potenzieller Organspender im Sterben liegt?

Latasch Das ist für alle eine besondere Herausforderung. Der Arzt muss den Angehörigen dann den kurz bevorstehenden Tod nahebringen und sie wegen des Zeitdrucks gleichzeitig noch auf das Thema Organspende ansprechen. Das ist wirklich eine schwierige Aufgabe. Da werden auch die jetzt geplanten Transplantationsbeauftragten keine Abhilfe schaffen. Hierfür bräuchte man Kollegen mit viel Erfahrung. Anfängern sollte man diese Aufgabe nicht zumuten. Manche Ärzte sind für diesen Job auch nicht geeignet. Man muss darauf achten, dass man die Patienten mit dieser Entscheidung nicht überfordert, sobald sie das Krankenhaus betreten. In manchen Fällen muss man vielleicht auch öfter mit den Patienten oder Angehörigen sprechen. Eine alternative Regelung zu finden, ist auch schwierig. Wenn man zum Beispiel darüber nachdenkt, den Patienten kurz vor dem stationären Aufenthalt mit der Entscheidung zu konfrontieren, wird man zu keinem realistischen Ergebnis kommen. Ein Patient ist oft schon damit überfordert, wenn ihm der Arzt die möglichen Risiken erklärt.

MDK Forum Die Patienten und Angehörigen wissen meist nicht, von wem das gespendete Organ stammt. Könnte es ihnen helfen oder vielleicht andere zur Organspende animieren, wenn man selber oder die Angehörigen erfahren, wer das Organ erhalten hat und wie es ihm jetzt geht?

Latasch Das ist schwierig. Diese Daten dürfen gar nicht herausgegeben werden. Außerdem wollen das viele

Prof. Dr. Leo Latasch



auch nicht, da sie wissen: Damit ich lebe, musste ein anderer sterben. Sie fühlen sich fast schuldig. Besonders zeigt sich das, wenn ein Herz transplantiert wurde, da diesem Organ besondere Bedeutung zugesprochen wird – das Herz als der »Quell des Lebens«.

MDK Forum In den deutschen Ethikrat wurden Sie als Vertreter der jüdischen Gemeinde berufen. Für strenggläubige Juden war die Organspende immer aus Glaubensgründen nicht erlaubt. Hat sich das geändert?

Latasch Ursprünglich sollte nach dem jüdischen Glauben der Körper so unversehrt wie möglich beerdigt werden. Diese Einstellung hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Es waren vor allem Kriegserfahrungen, die hier nach und nach zu einem Umdenken im Judentum geführt haben. Inzwischen ist für liberale Juden auch die Organentnahme zulässig, wenn der klinische Hirntod festgestellt wurde.

Ich sehe auch eine Chance darin, dass sich die großen Religionen mit dem Thema beschäftigen. Wenn besser: sich ihre offiziellen Vertreter mit der Organspende arrangieren, werden das vielleicht auch viele ihrer Anhänger. Ich bin zwar als Vertreter der jüdischen

Gemeinde im Ethikrat und stimme mich auch regelmäßig mit unseren Rabbinern ab, aber ich halte mich dann nicht zwingend an die religiösen Vorschriften.

MDK Forum Neben der Regelung zur Organspende ist auch eine Diskussion über den Hirntod als Voraussetzung für die Organentnahme entfacht. Auch der Ethikrat beschäftigt sich mit diesem Thema. Ist das Hirntod-Konzept aus Ihrer Sicht zu überarbeiten?

Latasch Für mich persönlich ist die Regelung, wie wir sie jetzt haben, ausreichend. Meine Befürchtung ist, dass, wenn das Hirntod-Konzept komplett überarbeitet wird und es keine einheitliche Regelung mehr gibt, die Organtransplantation komplett zum Erliegen kommen wird.

MDK Forum Wenn man die Organspende-Diskussion zuspitzt, könnte man ja auch fragen: Warum kann der Staat nicht einfach durchgreifen? Der Schutz des Lebens ist das oberste Gebot, also wird das Organ entnommen, damit ein anderer Mensch auf jeden Fall leben kann.

Latasch Das ist eine sehr gefährliche Diskussion. Eine ähnliche hatten wir, als es darum ging, ob man ein Passagier-

flugzeug, das in ein Wohngebiet zu stürzen droht, nicht einfach zum Abstürzen bringen kann, damit die Menschen am Boden überleben. Wer soll das entscheiden? Wer darf dann leben und wer nicht?

In Schweden gab es eine Zeit lang die Regelung, dass ein Patient, der über 65 Jahre alt war und nicht mehr im Arbeitsleben stand, nur für eine begrenzte Zeit auf der Intensivstation sein durfte. Ich halte das für absolut inhuman. Man darf nicht anfangen, darüber nachzudenken, ob der Staat über den menschlichen Körper verfügen kann.

MDK Forum Haben Sie selbst einen Organspendeausweis?

Latasch Ich habe keinen. Aber meine Angehörigen wissen alle, wie meine Einstellung dazu ist, und dass ich – wenn der Fall eintreten sollte und ich eine Krankheit habe, die eine Spende zulässt – bereit bin, meine Organe zu spenden.

Das Gespräch führten Friederike Geisler und Martin Dutschek am 5. 7. 2012

Der Erfolg und seine Schattenseiten



WER MIT TRANSPLANTATIONSKANDIDATEN ZU TUN HAT, fragt sich manchmal: Wäre ich bereit zu sterben, wenn ich terminal krank wäre, kaum atmen, essen, Treppen steigen könnte? Wäre der Tod nicht eine Erlösung, auch wenn es noch Hoffnung auf Lebensverlängerung gäbe? Würde ich die Zeit des Wartens auf das neue Organ überstehen, Komplikationen in Kauf nehmen und in ständiger Bedrohung durch eine Abstoßungsreaktion, Infekte oder Tumoren leben wollen?

In der Situation, dies entscheiden zu müssen, befinden sich immer mehr Menschen aller Altersgruppen, deren Herzen, Lungen, Lebern, Nieren vom Leben mit Stress, Alkohol oder Medikamenten oder auch durch genetische Ursachen so schwer beschädigt sind, dass sie ihren Dienst aufkündigen. Denn auch wenn alle Therapien ausgereizt sind, gibt es für manche noch die Transplantation.

Für diese Entscheidung gibt es keine Vorbilder

Selbst wenn man immer mehr erfolgreich transplantierte Menschen kennt, die ein fast normales Leben führen, selbst wenn die Werbung für Organspenden versucht, es

anders aussehen zu lassen: die Transplantation ist ein schwieriges Kapitel der Medizin. Schwierig für die Patienten und deren Angehörige, die Ärzte, die Pflege und alle in der Klinik Involvierten wie etwa die Psychologen. Schon weil es nicht um den Ersatz eines Körperteils durch ein Ersatzteil, das man in Edelstahl nachbilden kann, geht, sondern um den Ersatz eines menschlichen Körperteils durch ein menschliches Körperteil. Dafür gibt es keine historischen Vorbilder.

Viele Menschen, die einer Organspende bei einem zur Unzeit Verstorbenen zustimmen sollen, scheuen die Entscheidung, denn sie macht die Tochter, den Ehemann,

den Bruder zum Organspender. Oder stört die Entscheidung den Sterbeprozess? Zerstört den Körper? Und wer weiß denn, ob der Spender auch wirklich tot ist, fragen sich viele, allen voran die geschockten Angehörigen, denen auf der Intensivstation ein Arzt die Bitte um die Organspende vorträgt. Der verweist auf die lange Liste von Untersuchungen, die gemacht werden müssen, um festzustellen, ob das Hirn des Verunfallten wirklich nach den letzten Erkenntnissen der Wissenschaft unwiderruflich

und Autorität einer modernen Hightech-Klinik. Transplantationen werden nur in wenigen Universitätszentren gemacht, das geballte Können wird aus guten Gründen zentral genutzt. So ist für beste medizinische Versorgung des Kranken gesorgt.

Bringt die Organspende Sinn in den Tod eines geliebten Menschen?

tot ist, obwohl er oft noch so scheinbar lebendig daliegt.

Bringt eine solche Spende Sinn in den plötzlichen Tod?

Mildert das Bewusstsein, einem

oder mehreren Menschen das Leben gerettet zu haben, den Schmerz, die Trauer? Manche berichten, es habe sie getröstet. Viele sprechen lieber nicht drüber. In Deutschland werden leider Menschen, die einer Organentnahme bei ihren verstorbenen Liebsten zustimmen, eher schräg angesehen.

Vor der Transplantation liegt die Wartezeit

Auch die Empfänger von Organen haben es nicht leicht. Die meisten wollen um jeden Preis noch leben: die Einschulung des Enkels mitbekommen, den mühsam aufgebauten Betrieb weiter führen, die pflegebedürftige Mutter nicht alleinlassen. Doch vor der Transplantation kommt die Wartezeit, meist geprägt durch immer schlechter werdende Gesundheit, immer größeren medizinischen Aufwand, der bis zum Einpflanzen eines Kunstherzens gehen kann, einer brummenden, schweren Maschine von der Größe eines Einkaufswagens. Geprägt auch von Stimmungsschwankungen, seelischen Tiefs, Hoffnungslosigkeit, zeitweiser Bereitschaft, doch aufzugeben. Die Angst, dass nicht rechtzeitig das neue Organ angeboten wird, die Probleme an der Dialyse, die vagen Schuldgefühle, dass doch irgendwie ein Mensch sterben muss, damit ihnen ein Weiterleben ermöglicht wird.

Wenn dann, oft erst nach Monaten oder Jahren, endlich die Transplantation erfolgt ist, müssen Körper und Seele auf all das reagieren, und mit den Folgen der hochinvasiven Eingriffe, der starken Medikamente, Cortison und Immunsuppressiva, jenen heilsbringenden Pharmazeutika, die zwar das Überleben eines Transplantierten dauerhaft retten können, aber mit schweren Nebenwirkungen behaftet sind.

Und es bleibt die Angst. Selbst wenn die Transplantationsmedizin in den vergangenen Jahrzehnten gewaltige Fortschritte gemacht hat, die auch für Patienten in gesteigerter Lebensqualität spürbar sind, ist keiner wirklich gesund, nur nicht mehr akut vom Tode bedroht.

Ein Kraftakt auch für die Angehörigen

Große Hilfe in allen Phasen wird von den Angehörigen erwartet – und geleistet. Respekt gebührt ihnen, die nicht auf Kosten noch auf Mühe achten, sondern sich hingebungsvoll kümmern. Die meisten erleben, wie die Kranken zum ersten Mal die Kühle und Effizienz, die Atemlosigkeit

Aber wer kümmert sich um die jungen Kinder, wenn die Mutter und Ehefrau regelmäßig ihren verzweifelnden Mann im 200 km entfernten Klinikum besuchen will? Er braucht es, sie beruhigt es, die Ärzte fordern sie dazu auf – aber wo ist Hilfe? Wer zahlt eine Haushaltshilfe, wenn keine Großeltern zur Stelle sind? Wer zahlt die immensen Fahrtkosten, wenn sich Warten und Rehabilitation in die Länge ziehen? Wer kommt für den Verdienstausschlag auf, wenn der Hauptverdiener ausfällt, weil er auf ein neues Organ wartet?

Es wäre eine echte soziale Aufgabe, den Segen der Transplantationsmedizin auch für den Verbund Familie spürbar zu machen, materiell – nicht nur emotional. Womöglich wird der gesteigerte Druck, mit dem Gesundheitsminister und Transplantationsfunktionäre für mehr gespendete Organe sorgen wollen, wenig bewirken. Was sie vergessen ist, dass die Freiwilligkeit der Organspende, das freiwillige Geschenk an unbekannte leidende Menschen, von Spenderfamilien und Empfängern gleichermaßen als Erleichterung empfunden wird. Ein Geschenk, das viele gerne machten, hätten sie denn ausreichende Antwort auf ihre vielen bangen Fragen und Unsicherheiten, gäbe es ausreichende Transparenz und erkennbare Menschlichkeit.



Körper und Seele müssen mit den Folgen der Eingriffe fertig werden



Dipl.-Psych. Sibylle
Storkebaum betreut
Patienten am
Transplantationszentrum
München der LMU

Interview mit Christian Zahn

»Für Neuausrichtung fehlt es an politischer Richtungsentscheidung«

NACH LÄNGEREM ANLAUF ist das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) nun beschlossene Sache. Neben Änderungen von Leistungen und Beiträgen sieht es auch Neuerungen vor, die die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die Qualitätsprüfungen durch den MDK betreffen. Christian Zahn, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes und Mitglied im Verwaltungsrat des MDS, nimmt zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz Stellung.

MDK Forum Herr Zahn, das Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist am 29. Juni 2012 in zweiter und dritter Lesung durch den Deutschen Bundestag beschlossen worden. Sind Sie zufrieden mit dem, was für die Versicherten als Ergebnis dieser Pflegereform rausgekommen ist?

Christian Zahn Als der damalige Gesundheitsminister, Herr Rösler, das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege erklärte, war noch davon auszugehen, dass grundlegend notwendige gesetzliche Weichenstellungen vorgenommen werden. Insbesondere ist hier der umfassende Einbezug von Menschen mit Demenz bzw. Personen mit eingeschränkter Alterskompetenz in die soziale Pflegeversicherung zu nennen.

Eine Neuausrichtung, wie der Name des Gesetzes vermuten lässt, ist mit diesem Gesetz nicht zu verzeichnen. Für eine wirkliche Neuausrichtung fehlt es an einer politischen Richtungsentscheidung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Dem Gesetzgeber sollte es ein zentrales Anliegen sein, die bundesweit einheitliche Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Dies steht der Regelung entgegen, den Umfang der Qualitätsprüfungen zu reduzieren, wenn vorher die Heimaufsicht die Einrichtung geprüft hat. Die unterschiedlichen Prüfergebnisse der Heimaufsichten gefährden die Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Prüfungsergebnisse. Das kann nicht im

Sinne der Versicherten sein.

Auch die Nachhaltigkeit der Finanzierung bleibt ein Grundproblem. Die festgelegte Beitragssatzerhöhung von 0,1 Beitragssatzpunkten schafft keine Demografiefestigkeit.

Insgesamt gesehen bleibt das PNG weit hinter seinen Ankündigungen zurück.

MDK Forum Ein zentrales Anliegen des PNG ist die bessere Berücksichtigung von Menschen mit Demenz durch die soziale Pflegeversicherung – hierfür werden die bisherigen Leistungen aufgestockt und ausgeweitet. Der lang diskutierte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll allerdings erst nach weiteren Vorbereitungen umgesetzt werden. Schlägt das PNG den richtigen Weg ein?

Zahn Neben der verbesserten Versorgung von Menschen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf – insbesondere Pflegebedürftigen, die an einer Demenz erkrankt sind – steht zu Recht die Entlastung pflegender Angehöriger im Mittelpunkt dieser Reform. Hierzu werden bis zum Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weitere zusätzliche Leistungen zur Verfügung gestellt. Zwar werden diese Leistungsverbesserungen mit dem Ziel vorgenommen, die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern. Allerdings lassen die einzelnen Leistungsverbesserungen ein fachliches Gesamtkonzept kaum erkennen.

Damit bleibt offen, wann der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Gesetz stehen wird.

MDK Forum Das Gesetz sieht auch

Christian Zahn



Änderungen für das Begutachtungsverfahren vor. So verpflichtet es die Pflegekassen, Antragstellern spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung mitzuteilen. Bei Überschreitung dieser Frist müssen die Pflegekassen künftig € 70 pro angefangene Woche zahlen. Die Fristen stehen schon heute im Gesetz, aber die Sanktion ist ein Novum. Hilft das den Versicherten?

Zahn Zweifellos ist es wichtig, dass die Begutachtungsverfahren nach der Antragstellung so zügig wie möglich erfolgen. Es ist allerdings in der Tat ein Novum, trotz stets sinkender Bearbeitungszeiten bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nun Zusatzzahlungen gesetzlich zu verankern, die nur als Strafzahlungen verstanden werden können. Das neue Bewilligungsverfahren erhöht entsprechend der Feststellung des Normenkontrollrates erheblich den Verwaltungsaufwand. Zugleich ist es aber auch ein Zeichen, dass Unzufriedenheit mit der bisherigen Begutachtungspraxis besteht. Diese Kritik, die auf nicht einheitliche Verfahrensstandards abzielt, ist ernst zu nehmen. Deshalb bin ich froh, dass die Medizinischen Dienste gemeinsam große Anstrengungen zur Optimierung des Verfahrens unternehmen und bin überzeugt, dass sehr gute Lösungen erarbeitet werden.

MDK Forum Zudem sollen die Pflegekassen ab Juni 2013 dem Antragsteller drei andere Gutachter anbieten – insbesondere bei drohender Fristüberschreitung. Wie sinnvoll ist es, hierdurch einen Markt für Gutachter zu eröffnen?

Zahn Die Möglichkeit der Beauftragung von unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen steht im Zusammenhang mit der Zusatzzahlung bei Fristüberschreitung. Den Kassen wird ermöglicht, andere Gutachter einzusetzen, um eine schnelle Bearbeitung zu erreichen. Abgesehen davon, dass Zweifel angebracht sind, ob es so wirklich zu einer Verfahrensbeschleunigung kommt, ist diese Regelung ein Fehler und schädigt letztendlich die Versicherten. Die Medizinischen Dienste arbeiten unabhängig und für jeden gleich – ungeachtet der Person. Die Unabhängigkeit wird durch die Selbstverwaltung sichergestellt. Schafft der Gesetzgeber nun einen künstlichen Wettbewerb auf Grundlage von Doppelstrukturen, so entsteht Ungleichheit zulasten einer objektiven Betrachtung. Qualitätsprobleme und damit berechnete Kritik der Versicherten sind vorprogrammiert.

MDK Forum Der Gesetzgeber will darüber hinaus den MDK durch eine Richtlinie zu mehr Dienstleistungsorientierung verpflichten. Wie steht die

Selbstverwaltung zu dieser Regelung?

Zahn Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren ist heute selbstverständlicher Standard. Die gesetzlich genannten Servicegrundsätze sind in den Medizinischen Diensten bereits gelebte Praxis. Umso mehr erstaunt, dass allgemeine Verhaltensgrundsätze ins Gesetz geschrieben werden und hierzu eine Diskussion zu den Richtlinien in der Öffentlichkeit ausgelöst wird. Diese Regelung geht an der Praxis vorbei. Insofern kann auch diese Regelung nur unter politischen Gesichtspunkten verstanden werden.

MDK Forum Wie sollten sich Pflegekassen und MDK auf die neuen Vorgaben einstellen? Welche Konsequenzen sehen Sie aus Sicht eines Selbstverwalters beider Institutionen?

Zahn Auch wenn gerade die den MDK betreffenden gesetzlichen Neuregelungen sehr kritisch zu hinterfragen sind, besteht kein Zweifel daran, dass die Prozesse im Begutachtungsverfahren in Abstimmung zwischen Kassen und MDK weiter voranzutreiben sind. Begutachtungszeiten müssen weiter verkürzt und die Serviceorientierung stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Der Öffentlichkeit und auch dem Gesetzgeber ist deutlich zu machen, dass der MDK sehr gute Arbeit leistet.

Die Fragen stellte Christiane Grote

Pflegebedürftigkeitsbegriff – die unendliche Geschichte einer Reform

1994 Einführung der Pflegeversicherung

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt vor allem auf somatische Einschränkungen ab – der Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit Demenz wird nicht erfasst.

2001 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Erstmals gibt es Leistungen für »Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz«. Für bis zu € 460 jährlich können sie niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch nehmen.

2006 Einrichtung des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Modellvorhaben der Pflegekassen

Ziel des Modellvorhabens ist es, ein neues Begutachtungsinstrument (Neues Begutachtungsassessment – NBA) zu entwickeln und zu erproben. Die MDK-Gemeinschaft ist hieran maßgeblich beteiligt.

2008 Vorschlag für ein neues Begutachtungsverfahren

Der MDK Westfalen-Lippe und das Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft legen einen Vorschlag für ein NBA vor, das Pflegebedürftigkeit am Grad der Selbständigkeit mißt.

2008 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Leistungen für Demenzkranke werden auf bis zu 2400 Euro gezielt angehoben. Erstmals können auch Pflegebedürftige unterhalb der

Pflegestufe I diese Leistungen abrufen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff soll überarbeitet werden.

2009 Beirat übergibt Abschlussbericht

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes übergibt seinen Umsetzungsbericht mit entsprechenden Modellrechnungen im Mai dem BMG.

2009 Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag wird angekündigt, eine differenziertere Definition von Pflegebedürftigkeit zu entwickeln.

2012 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

Zuhause lebende Demenzkranke erhalten ab 2013 zusätzlich zum heutigen Betreuungsbetrag Pflegeleistungen. Bereits in der so genannten Pflegestufe 0 haben sie künftig Anspruch auf monatlich € 225 für Pflegesachleistungen oder auf € 120 Pflegegeld. Auch in der Pflegestufe I und II steigen die Leistungsbeträge.

2012 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird erneut eingesetzt

Er soll über Detailfragen der Einführung und Umsetzungsfragen wie Überleitungsregelungen beraten. Ergebnisse werden bis zum Jahresende 2012 erwartet.

Behandlungsfehlerstatistik 2011

MDK-Gutachten bestätigen 30% der Vorwürfe

WENN EINE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG für den Patienten nicht gut ausgeht, dann stellt sich die Frage: War es ein Behandlungsfehler? Patienten, die einen solchen Verdacht haben, stehen zunächst oft alleine da und sind auf unabhängigen medizinischen Sachverstand angewiesen. Nur so haben sie eine Chance, mögliche Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Allein im Jahr 2011 haben die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste 12 686 Behandlungsfehlervorwürfe begutachtet. In nahezu jedem dritten Fall (32,1%) wurde der Behandlungsfehler bestätigt.

»Als Patientinnen und Patienten wünschen wir uns die bestmögliche Behandlung und eine, die fehlerfrei ist. Dennoch kommt es immer wieder vor, dass Fehler gemacht werden«, so Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS). »Wenn sich betroffene Patienten an die Krankenkasse wenden, können sie vom MDK ein fundiertes fachärztliches Gutachten erhalten. Das geplante Patientenrechtegesetz stärkt diesen Anspruch der Betroffenen auf Unterstützung. Das begrüßen wir.«

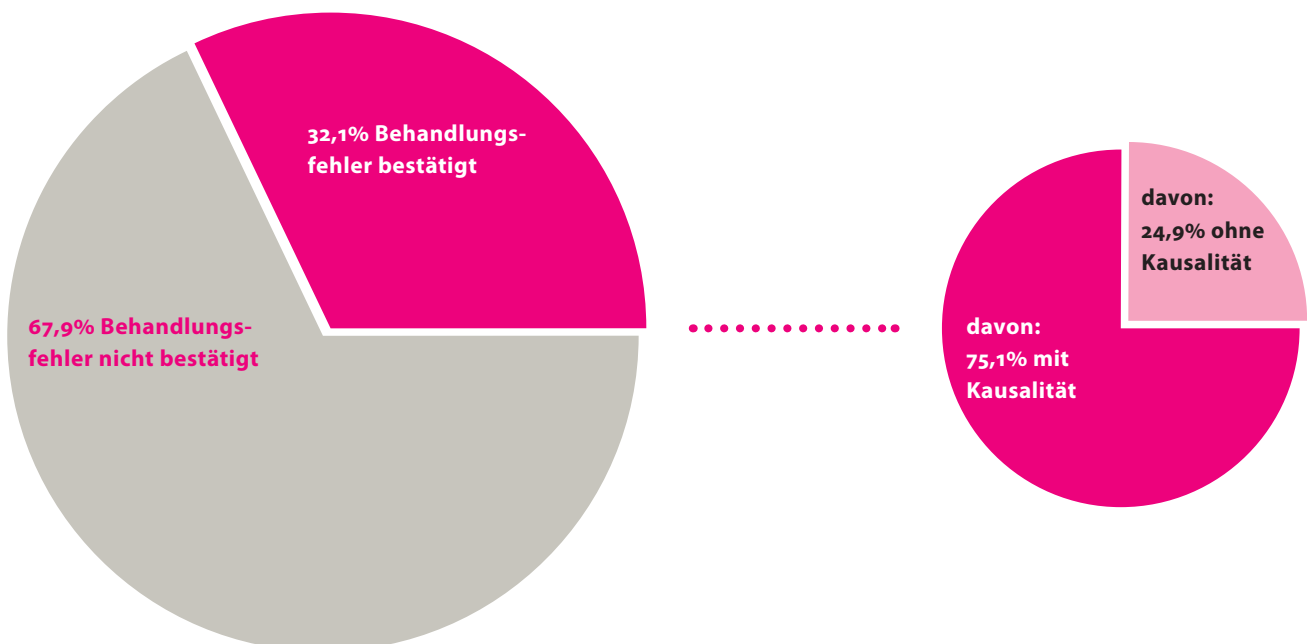
Ergebnisse der Behandlungsfehlergutachten

Zwei Drittel, nämlich 8509 der 12 686 Behandlungsfehlervorwürfe des Jahres 2011 richteten sich gegen Krankenhäuser (67%). Nur rund ein Drittel – 4177 Fälle – wurde gegen einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin erhoben (33%). Bei nahezu jedem dritten Fall (32,1%) kamen die Gutachterinnen und Gutachter des

MDK zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. In drei von vier bestätigten Fällen (75,1%) sahen sie es als gegeben an, dass der Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Schaden verantwortlich ist.

»Viele Vorwürfe bedeuten aber nicht automatisch auch viele Behandlungsfehler«, unterstreicht Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin des MDK Bayern, der die Daten aller MDK gemeinsam mit dem MDS ausgewertet hat. »Die chirurgischen Fächer Orthopädie/Unfallchirurgie und die Allgemein Chirurgie werden am häufigsten mit Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert, gefolgt von Zahnmedizin und Gynäkologie. Im Verhältnis zur Zahl der Vorwürfe werden die meisten Behandlungsfehler aber in der Pflege, in der Zahnmedizin sowie in der Gynäkologie und Geburtshilfe bestätigt.« Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität insgesamt sind nach Zobels Darstellung jedoch nicht möglich, da es sich

**Wer Fehler vermeiden will,
muss wissen,
wo und wie sie passieren**



um absolute Zahlen handelt, die in Relation zur Zahl der Behandlungen im jeweiligen Fach gesehen werden müssen. »Dennoch müssen wir in Zukunft unsere Analysen in den Fächern vertiefen, die eine besonders hohe Bestätigungsquote zeigen«, betont Zobel.

Was die Krankheiten betrifft, stellten die MDK-Gutachter die meisten Behandlungsfehler bei der Kniegelenks- und Hüftgelenksarthrose und bei der Zahnkaries fest. Bei den Eingriffen kamen gemäß der MDK-Statistik die meisten Fehler beim Hüftgelenkersatz vor, gefolgt von der Wurzelspitzenresektion und dem Kniegelenkersatz.

Fehlerprävention als Ziel

Bei der Beurteilung eines Behandlungsfehlervorwurfes werden alle Bereiche ärztlicher Tätigkeit – von der Diagnose über die Therapie bis zur Dokumentation – unter die Lupe genommen und statistisch erfasst. Mehr als die

Behandlungsfehler häufig bei Knie- und Hüftgelenksarthrose und Zahnkaries

Hälfte der Vorwürfe richteten die Versicherten 2011 gegen Therapiemaßnahmen. Tatsächlich sahen die MDK-Gutachter bei festgestellten Behandlungsfehlern

den Fehler überwiegend beim therapeutischen Eingriff (41,3%), gefolgt vom Therapiemanagement (23,6%) und der Diagnose (23,1%). Erst dann folgten Dokumentations- und Aufklärungsmängel und Pflegefehler. »Nach unserer Erfahrung kommt es bei einer erheblichen Zahl von Behandlungsfehlern zu einer Verkettung von Versäumnissen«, erläutert Zobel. »Im Vergleich zeigt sich, dass sich bei manchen Krankheiten Fehlerarten häufen. Hier müssen tieferegehende Analysen ansetzen, um systematische Mängel aufzudecken und konkrete Handlungsempfehlungen entwickeln zu können.«

Patientenrechtgesetz ist Schritt in die richtige Richtung

»Unser Ziel als Medizinischer Dienst ist es zuallererst, die Geschädigten interessenneutral zu unterstützen«, so MDS-Vize Gronemeyer. »Dabei bleiben wir aber nicht stehen. Wer Fehler vermeiden will, muss zunächst wissen, wo und wie sie passieren. Mit den Erkenntnissen, die wir bei der Bearbeitung der zahlreichen Fälle gewinnen, können und wollen wir dazu beitragen, Fehler zu vermeiden und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu verbessern.«

Positiv bewertet Gronemeyer die Regelung des geplanten Patientenrechtgesetzes, aus der Kann-Lösung für die Krankenkassen bei der Unterstützung der Versicherten eine Soll-Vorschrift zu machen: »Als Medizinische Dienste befürworten wir die Absicht des Gesetzentwurfs, die Unterstützung von Versicherten bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern zu einer regulären Dienstleistung auszubauen. Da wir schon heute die Institution sind, die in Deutschland die meisten Behandlungsfehlertgutachten erstellt, können sich die Patientinnen und Patienten beim MDK auf eine fundierte fachärztliche Unterstützung

im Schadensfall verlassen.« Allerdings geht Gronemeyer das geplante Gesetz nicht weit genug: »Was wir im Sinne einer neuen Sicherheitskultur beispielsweise dringend brauchen, sind Regelungen zum Vertrauensschutz bei gemeldeten Fehlern, wie es sie z. B. bei den Fehlermeldesystemen in Dänemark oder den USA schon gibt.«

Zusammenhang: Behandlung – Fehler – Schaden

Nicht jeder Behandlungsfehler ist ursächlich für einen Schaden und nicht jeder Schaden ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Hier gibt es folgende Fallkonstellationen:

Nachgewiesene Kausalität

Der Behandlungsfehler wird festgestellt und gleichzeitig kann nachgewiesen werden, dass dieser Fehler zu dem gesundheitlichen Schaden für den Patienten geführt hat. In einem solchen Fall sind Schadenersatzforderungen des Patienten aussichtsreich.

Beispiel Ein Patient erhält während einer Operation in typischer Rückenlage ein künstliches Kniegelenk. Nach der Operation zeigen sich am Gesäß Verbrennungen dritten Grades. Die Ursache war eine Nichtbeachtung der Vorsichtsmaßnahmen bei der Verwendung des elektrischen Messers, das heißt es hatte sich unbemerkt Feuchtigkeit im Bereich des Gesäßes gesammelt, die in Kombination mit dem elektrischen Messer zu Verbrennungen geführt hatte.

Keine Kausalität

Möglich ist aber auch, dass zwar ein Behandlungsfehler festgestellt wird, dieser aber nicht die Ursache, also nicht kausal, für den körperlichen Schaden des Patienten ist.

Beispiel Ein Kind kommt mit einer Hirnschädigung zur Welt. Zwar konnten im Geburtsmanagement Fehler nachgewiesen werden, doch diese Fehler sind nicht für die Hirnschädigung verantwortlich. Die Ursache dafür ist vielmehr eine Infektion des Kindes im Mutterleib mit dem Cytomegalie-Virus (cmv), die während der Schwangerschaft nicht zu erkennen gewesen war.

Komplikation

Eine dritte Konstellation ist die Komplikation. Sie besagt, dass der Patient zwar infolge der Behandlung einen körperlichen Schaden erlitten hat, dieser aber nicht auf einen Fehler zurückzuführen ist. Der Schaden ist vielmehr durch eine Komplikation verursacht worden, die trotz sorgfältiger Behandlung nach dem anerkannten Standard nicht zu vermeiden war.

Beispiel Ein Patient wird am Sprunggelenk operiert. Nach der Operation bildet sich eine tiefe Beinvenenthrombose, ein Blutgerinnsel in einer Vene, obwohl alle vorbeugenden Maßnahmen zur Verhinderung einer Thrombose korrekt durchgeführt worden waren. In diesem Fall handelt es sich nicht um einen Behandlungsfehler, sondern um eine Komplikation.



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

Kronen, Brücken, Prothesen

Wenn der Zahnersatz nicht passt

DIE KRANKENKASSEN können den Medizinischen Dienst in allen möglichen Fällen der Zahnmedizin beauftragen, ein Gutachten zu erstellen. Am häufigsten wird der MDK tätig, wenn die Krankenkasse fachlichen Rat zu dem benötigt, was der Zahnarzt plant: Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlung, »Parodontose«-Behandlung. Aber auch, wenn etwas bei der Behandlung nicht klappt, ist der MDK gefragt. Speziell dann, wenn der Zahnersatz nicht passt.

»Vor ein paar Monaten habe ich eine Teleskopprothese im Unterkiefer bekommen. Seitdem passt der Zusammenbiss nicht mehr. Und die Zähne schmerzen, so dass ich nicht mehr richtig kauen kann. Der Zahnarzt hat schon mehrmals geschliffen und sagt nun, da könne man jetzt nichts mehr machen.« So kann es sich anhören, wenn ein Versicherter Rat bei seiner Krankenkasse sucht, weil er Probleme mit dem Zahnersatz hat.

Gewährleistungsfristen beim Zahnersatz

Zunächst ist festzuhalten: Der behandelnde Zahnarzt hat insuffizienten Zahnersatz oder Zahnkronen im Zeitraum von zwei Jahren kostenfrei instandzusetzen oder zu erneuern. So hat es der Gesetzgeber im Sinne einer Gewährleistungsfrist verfügt (§137 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Für die komplett nach der privatärztlichen Gebührenordnung abgerechneten andersartigen Leistungen gilt eine Frist von drei Jahren.

In manchen Fällen möchte der Zahnarzt jedoch keine Neuanfertigung vornehmen und auch nicht mehr nachbessern. In anderen Fällen hat der Versicherte nach mehreren erfolglosen Nachbesserungsversuchen das Vertrauen verloren und möchte einen anderen Zahnarzt aufsuchen. Sowohl die Krankenkasse als auch der Versicherte haben in die möglicherweise mangelbehaftete Versorgung Geldmittel investiert. Falls es sich um einen Mangel handelt, den der Zahnarzt zu verantworten hat, würde die Krankenkasse im Wege des Regresses ihren geleisteten Festzuschuss zurückfordern, der Patient seinen Eigenanteil.

Gutachten kann klären, ob ein Mangel vorliegt

Die Frage, ob es sich wirklich um ein im Verantwortungsbereich des Zahnarztes liegendes Problem handelt, kann nur durch ein fachliches Gutachten geklärt werden. Dieses kann die Kasse beim Medizinischen Dienst in Auftrag geben. Mit dem Gutachten haben der Versicherte und die

Mängelrügen entstehen, wenn der Patient von ihm empfundene Einschränkungen oder Beschwerden als Folge der prothetischen Behandlung sieht. Die Krankenkasse leitet daraus die Fragen an den Gutachter ab. Aber auch die Krankenkasse selbst kann gutachtlichen Klärungsbedarf haben. Das ist der Fall, wenn innerhalb der Gewährleistungsfrist ein neuer Zahnersatz beantragt wird – der vorher eingegliederte müsste dann ja mangelbehaftet sein.

Der Ablauf bei der Begutachtung beginnt damit, dass die Krankenkasse vom Versicherten eine Schweigepflichtsentscheidung einholt und den Zahnarzt veranlasst, die Unterlagen dem MDK zur Verfügung zu stellen. In der Regel wird der Versicherte zu einer körperlichen Untersuchung eingeladen. Der Gutachter prüft, ob sich die Krankengeschichte des Patienten durch die Behandlungsdokumentation des Zahnarztes, Röntgenaufnahmen und Aussagen des Zahnarztes bestätigen lässt. Oft liegt ein ganzer Stapel an Unterlagen vor. Anschließend untersucht er nicht nur die Mundhöhle, sondern auch die Kiefergelenkfunktion sowie die Passform und Funktionalität des Zahnersatzes.

Die so erhobenen Befunde und die vom Patienten geäußerten Beschwerden werden aufeinander bezogen; das Beurteilungsergebnis wird schlüssig zusammengefasst und mit einer eindeutigen Folgerung für die Krankenkasse versehen. Nur selten kommt es vor, dass Zahnarzt, Krankenkasse oder Versicherter nicht mit dem Gutachten einverstanden sind. In diesen Fällen wird ein Zweitgutachten eines anderen Gutachters eingeholt.

Der Zahnarzt schuldet eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung

Mängel beim Zahnersatz: Gutachten kann Ursachen und Verantwortung klären

Krankenkasse eine fachliche Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen an der Hand. Bei gutachtlich bestätigtem Mangel kann dies die Nachbesserung durch den Zahnarzt oder die Neuanfertigung sein. Falls gleichzeitig ein Wechsel des behandelnden Zahnarztes erforderlich ist, wird die Krankenkasse vom Erstbehandler den Festzuschussbetrag und der Patient seinen Eigenanteil zurückfordern.

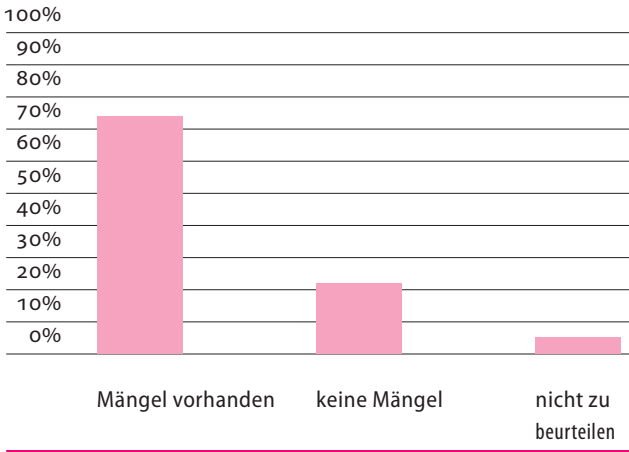


Dr. Harald Strippel, M.Sc.,
Mitarbeiter im Bereich
»Sozialmedizin – Versorgungs-
beratung« beim MDS.
h.strippel@mds-ev.de

Dr. Arne Berndt,
Geschäftsbereichsleiter
Zahnmedizin beim
MDK Niedersachsen.
arne.berndt@mdkn.de



Ergebnisse der Begutachtung
vermuteter Zahnersatzmängel durch den MDKN 2011:



Mangelhaft oder nicht? Die Beurteilungskriterien

Wie sehen nun die Beurteilungskriterien aus? Die obersten Gerichte sind sich einig: Der Arzt schuldet dem Patienten eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Diagnose, Therapie und Aufklärung. Beurteilt wird, ob die Behandlung auf Basis der zahnmedizinischen Standards durchgeführt wurde. Unter zahnmedizinischem Standard ist der nach zahnärztlicher Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, einem durchschnittlich befähigten Zahnarzt abzuverlangende Stand an Kenntnissen und Können zu verstehen. Ist dieser Standard nicht eingehalten, geht das zulasten des Zahnarztes. Mangelhaft kann entweder die Planung oder die Ausführung sein. Dazu zählen eine fehlerhafte zahnärztliche Befundung oder ein falscher Zusammenbiss, eine schlechte Passform oder ein nicht ausreichend abschließender Kronenrand.

Der Zahnarzt schuldet jedoch nicht den Erfolg der Behandlung, denn dieser hängt nicht nur vom Zahnarzt, sondern auch von Unwägbarkeiten und von der Mitarbeit des Patienten ab. Der Gutachter erfasst diese Faktoren und prüft, ob die geäußerten Beschwerden in objektivierbarem Zusammenhang mit der zahnprothetischen Versorgung stehen. Er muss die vom Patienten beschriebenen Schmerzen kritisch würdigen und einschätzen, ob die Erwartungshaltung des Patienten im Hinblick auf gewünschte Verbesserungen der Funktion und des Aussehens der Mundregion realistisch ist. Schwierig, aber notwendig ist die Abklärung, ob die Zahnersatzunverträglichkeit psychisch bedingt (psychogen) ist. Dazu müssen – so die Bundeszahnärztekammer – zunächst mögliche somatische (körperliche) und zahnmedizinisch-technische Ursachen ausgeschlossen werden können. Erhärtet sich der Verdacht einer psychogenen Unverträglichkeit, die zu den »somatoformen Störungen« gehört (ICD-10: F45.4), so liegt kein Zahnersatzmangel vor. Der Gutachter wird nicht suggerieren, man müsse nur den Zahnersatz in Ordnung bringen, dann würden sich die Beschwerden bessern.

Ergebnisse von Mängelgutachten

Ein Beispiel: Der MDK Niedersachsen und der MDK im Lande Bremen haben im Jahr 2011 960 Mängelbegutachtungen bei Zahnersatz durchgeführt. Gemessen an den mehreren hunderttausend Zahnersatzversorgungen in diesem Zeitraum waren Beanstandungen also nur selten. In den Fällen allerdings, in denen der MDK wegen eines vermuteten Mangels eingeschaltet wurde, stellten die MDK-Gutachter auch häufig einen Mangel fest (siehe Abbildung). Erfahrungen aus den anderen Medizinischen Diensten bestätigen das.

Fazit

Das Begutachten vermuteter Mängel bei der Zahnersatzversorgung ist ein wichtiger Service für die Krankenversicherung und den Patienten. Das Gutachten schafft die Grundlage für eine Konfliktlösung unter den Beteiligten. Sie kann darin bestehen, dass dem Patienten »fachlich alles in Ordnung« rückgemeldet wird. In den anderen Fällen wird die Nachbesserung oder Neuanfertigung sowie ein finanzieller Ausgleich unterstützt.

Zahnersatzmängel und Behandlungsfehler

Die Zahnärzte im Medizinischen Dienst werden auch dann tätig, wenn der Patient einen Behandlungsfehler vermutet. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn etwas bei Zahnfüllungen oder Parodontitisbehandlungen nicht geklappt hat. Im Jahr 2011 erstellten die Medizinischen Dienste fast 1300 »Behandlungsfehlergutachten« zum Bereich Zahnmedizin.

Hinzu kommen – geschätzt – jährlich etwa 2400 »Zahnersatz-Mängelgutachten«, über die wir hier berichten. Diese werden nicht in der Behandlungsfehlerstatistik (siehe Seite 16 f.) erfasst. Der Grund ist, dass es beim Zahnersatz Besonderheiten wie die zweijährige Gewährleistungsfrist gibt.

Zur Geschichte stationären Heilens und Pflegens

Kran|ken|haus, das

»KRAN|KEN|HAUS, das: Gebäude, in dem sich Kranke [über längere Zeit] zur Untersuchung u. Behandlung aufhalten« – so definiert der aktuelle Duden. Bereits vor 600 Jahren klang das ähnlich, als es über das Kölner Hospital St. Katharinen (»Weite Tür«) 1419 hieß: »das krankenhauß darinnen die kranken und armen bei tags und nachts verpflegt werden«.

Dass eine Gesellschaft alle Kräfte bündelt, um ihren erkrankten Mitgliedern möglichst rasche Gesundheit zu gewähren, und Häuser errichtet, die ausschließlich diesem Zweck gewidmet sind, ist eine sehr moderne Vorstellung. Zwar finden wir vom antiken Asklepios-Heiligtum bis zur modernen Lourdes-Wallfahrt eine Tradition religiöser Heilung, die an feste Orte und nicht selten auch an (Gottes-)Häuser gebunden ist. Aber bis zur Zeit der Industrialisierung hat die akademisch-wissenschaftliche Medizin die Etablierung von eigenen Kranken-Häusern durchaus kritisch gesehen. Einer der berühmtesten Mediziner der Aufklärungsepoche, Christoph Wilhelm Hufeland, seit 1801 »erster Arzt« der Berliner Charité und Leibarzt des preußischen Königs, beklagte im Jahr 1809, die Kranken würden im Krankenhaus »mit Menschen aller Gattung, grösstentheils unsittlichen, liederlichen, an Müßiggang gewöhnten, in Verbindung gebracht«. Er befürchtete, die Patienten könnten nach zwei bis drei Monaten »gebessert am Leib, aber verschlechtert an der Seele, aus dem Hospital zurückkehren«.

Ins Hospital darf nur, wer nicht mehr betteln kann

Dabei war das mittelalterliche Hospital ausdrücklich ein Ort der Heilung. Eine Hospitalordnung aus St. Gallen von 1226 besagt, dass niemand dort aufgenommen werden sollte, der noch in der Lage war, sich – und wenn auf Krücken – halbwegs aufrecht zu bewegen und um Almosen zu betteln. Das Nürnberger Heilig-Geist-Spital beschäftigte

Ärzte gibt es in Krankenhäusern erst seit gut 500 Jahren

im 16. Jahrhundert eine Schaar, die Aufzunehmende auf ihre Erkrankung und Hospitaliten auf ihre Gesundheit überprüfen sollte, um Aufnahme und Entlassung genauer kontrollieren zu können. Ein großer Teil der Hospitaliten waren alte und gebrechliche Menschen, die bis an ihr Lebensende bettlägerig blieben, so dass wohl nur selten mehr als ein Viertel oder ein Drittel wieder entlassen werden konnte.

Krankenhäuser ohne Ärzte

Erst im 15. und 16. Jahrhundert gingen einige Häuser dazu über, aus ihren Budgets an der Universität ausgebildete Ärzte sowie handwerklich ausgebildete Chirurgen und Bader zu beschäftigen. Die Heilerfolge der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Krankenhäuser sind im Wesentlichen auf gute Pflege, ausreichende Ernährung und ein eigenes Bett zurückzuführen, was dem ärmeren Teil der Bevölkerung zu Hause oft nicht geboten war. Ärzte behan-

delteten ihre Patienten üblicherweise nicht im Hospital, sondern in den Wohnungen der Kranken. Die Bader und Chirurgen bildeten meistens eigene Zünfte und führten Badestuben, wo sie Aderlässe vornahmen sowie (äußere) Erkrankungen, Wunden und Verletzungen behandelten.

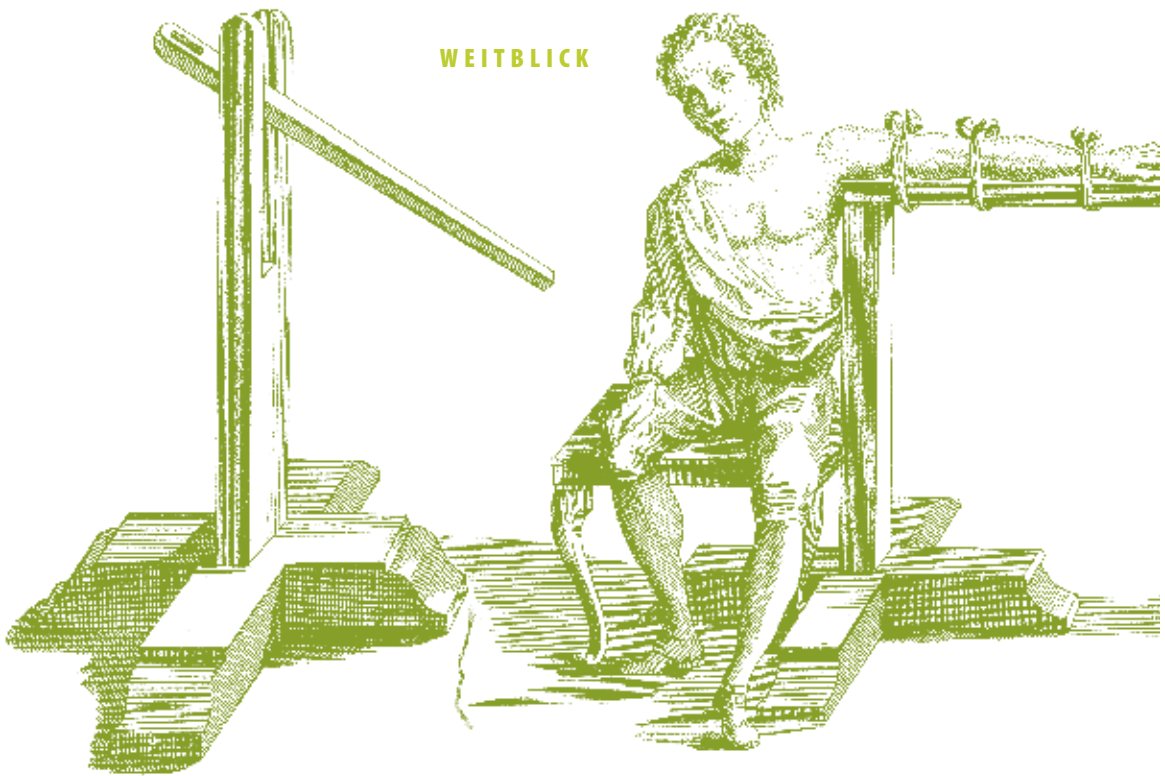
Pesthäuser mit eigenen Ärzten – wer kann, zieht sich aufs Land zurück

Das änderte sich in den seit dem späten 15. Jahrhundert eingerichteten Franzosen-, Blattern- und Pesthäusern. Diese standen als Absonderungshäuser einerseits in der Tradition der mittelalterlichen Leprosorien, boten im Falle der Franzosen- oder Blatternhäuser andererseits aber auch fixierte Kuren von etwa vierwöchiger Dauer an, um die nach dem mythologischen Lehrgedicht des italienischen Arztes Girolamo Fracastoro seit dem 16. Jahrhundert »Syphilis« genannten »bösen Blattern« oder »Franzosenkrankheit« zu heilen. In den alle zehn bis zwanzig Jahre wieder über das Land gehenden Seuchenzügen gingen viele Städte dazu über, für die Dauer der Epidemie besondere Pestärzte anzustellen.

Die Stiftung als Nächstenliebe bis in alle Ewigkeit

Das ökonomische Fundament der mittelalterlich-frühneuzeitlichen Hospitäler war die Stiftung. Reiche Bürger – nicht selten Kaufleute oder deren Witwen – stifteten erhebliche Vermögenswerte, aus deren Erträgen Arme und Kranke im Sinne der christlichen Caritas verpflegt werden sollten. Die Hospitalstiftung stellt damit ein in die Ewigkeit verlängertes Almosen des Stifters dar, das von den Hospitalverwaltungen ein glückliches Händchen bei der Anlage der gestifteten Kapitalien erforderte. Das Hauptaugenmerk der Verwaltungen galt demnach den Finanzgeschäften, aus deren Erträgen zunächst die Hospitalversorgung finanziert wurde. Den Hospitaliten oblag die Pflicht, in gottesdienstlichen Verpflichtungen der Seele des Stifters zu gedenken. In mittelalterlichen Hospitalanlagen steht daher die Kapelle regelmäßig im Mittelpunkt der architektonischen Anlage. Trotzdem handelt es sich keinesfalls um kirchliche, sondern um ausgesprochen weltliche Einrichtungen (mit einem religiösen Zweck).

Im Zuge von Reformen des Armenwesens wurden seit Ende des 18. Jahrhunderts immer deutlicher Klagen laut, dass die Versorgung akut erkrankter Armer ohne finanzielle Gegenleistung für die Pflege nicht zufriedenstellend gelöst werden könne. Finanziell unmittelbar den territorial- oder stadtherrschaftlichen Kassen angegliedert, entstanden nun Einrichtungen, deren Verpflegungsleistung



nicht von der aktuellen Kapitalertragsleistung der mittelalterlichen Stiftungen abhängig war. Leitmotiv dieser Krankenhäuser neuen Typs war die Armutsprävention. Akut Erkrankte sollten durch medizinische Behandlung in absehbarer Zeit wieder in den Stand gesetzt werden, durch Erwerbsarbeit ihren Lebensunterhalt (sowie den ihrer Familien) zu bestreiten.

Das Armenkrankenhaus als Wiege der modernen Medizin

Damit entstanden – vorerst allein der Idealvorstellung nach – auf rasche Heilung eingerichtete Anstalten, die weitgehend medizinischen Vorstellungen angepasst und Ärzten unterstellt wurden. Allein die dazugehörige Medizin war vorerst nicht in Sicht. Sie fand aber im geschützten Raum Krankenhaus den idealen Nährboden ihrer Entwicklung zu einer auf die Erkenntnisse der neuen Naturwissenschaften gestützten Praxis – das Armenkrankenhaus des 19. Jahrhunderts wurde zum Labor, in dem moderne Medizin erprobt und etabliert wurde. Die neuen Krankenhäuser boten der Medizin die Gelegenheit, sich von den kranken Menschen und ihren Lebensverhältnissen ab- und den Krankheiten zuzuwenden. Krankheits-

verläufe konnten vergleichend unter kontrollierten Bedingungen studiert, erforscht und gelehrt, tabellarisch in Zahlenketten erfasst und numerisch-statis-

Heilerfolge durch ausreichende Ernährung und ein eigenes Bett

tisch mit den Zahlen aus anderen Anstalten verglichen werden; besondere Bedeutung erlangten die klinischen Schulen von Paris und Wien.

Die komplexe Fieberlehre der alten Medizin beispielsweise wurde auf die physikalische Feststellung der Körpertemperatur reduziert, auf der Grundlage der Biochemie etablierte sich analog dazu in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die klinisch-chemische, schließlich neben der endoskopischen auch die foto-, strahlen- und elektrotechnische Diagnostik. Für den Erfolg der Bakteriologie

war das Krankenhaus mit seiner als »Krankenmaterial« verfügbaren wehrlosen Klientel entscheidend, um den exakten Nachweis der Verbindung zwischen Keim und Krankheit zu erbringen. Auch die Anästhesie sowie anschließend Anti- und Asepsis wurden – nicht ohne Zwischenfälle – unter Krankenhausbedingungen erprobt, entwickelt und etabliert, um schließlich gegen Ende des 19. Jahrhunderts die moderne Chirurgie zu ermöglichen. Nach etwa einhundert Jahren Verzögerung zeigten sich endlich spektakuläre therapeutische Erfolge. So wurde das Krankenhaus im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts tatsächlich der ideale Ort der zeitgenössischen Medizin, der therapeutische Maßnahmen erlaubte, die an keinem anderen Ort denkbar waren.

Krankenversicherungen finanzieren Bau großer Hospitäler

Dafür war es entscheidend, dass die 1883 eingeführte Arbeiterkrankenversicherung seit 1892 auf die Finanzierung ärztlicher Leistungen konzentriert und seit 1911 auf Angestellte ausgedehnt wurde sowie eine Mitversicherung von Familienangehörigen anbot. Weit über die Einnahmen- und Ausgabensteigerung der Kassen durch deren wachsende Mitgliedschaft hinaus verdreifachten sich die durchschnittlich pro Mitglied erbrachten Kassenleistungen für ärztliche Behandlung bereits zwischen 1885 und 1911. Nicht zuletzt die dadurch entlasteten Armenkassen verschafften den größeren Kommunen die finanziellen Spielräume, in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg große Krankenhäuser zu bauen, deren Pflegekosten dann die Krankenkassen übernahmen. Sowohl das moderne Krankenhaus als auch die darin und dadurch ermöglichte moderne Medizin wurden nicht zuletzt durch die Beitragszahler der Krankenkassen finanziert.



PD Dr. phil. Fritz Dross,
Institut für Geschichte
und Ethik der Medizin
FAU Erlangen-Nürnberg

Magerwahn durch Castingshows

Abnehmen, bis der Traum sich erfüllt

90-60-90 – DAS EINSTIGE IDEAL DER MODEWELT gilt schon lange nicht mehr. Wer auf den Laufstegen dieser Welt erfolgreich sein will, sollte in die »Size 0« passen. Auch die Teilnehmerinnen von Fernseh-Modelcastings müssen die Maße von Modedesignern erfüllen. Die große Popularität der Sendungen hat jedoch ihre Schattenseiten. So mahnen Experten, die populären Fernsehcastings könnten bei Kindern und Jugendlichen die Tendenz zu Essstörungen verstärken.

Freitagmorgen auf dem Pausenhof. Für Lisa, Marie und Chantal gibt es nur ein Thema: Wer hat die beste »Challenge« abgeliefert, wer hat rumgezickt und wer hat im Bikini dicke Beine? Sie waren am Vorabend dabei, als *Germany's next Topmodel* gesucht wurde. Und mit ihnen etwa vier Millionen Zuschauer und vor allem Zuschauerinnen. Bei den 12- bis 17-Jährigen erreichte die Show einen Marktanteil von über 62%.

Studie untersucht Wirkungen von Castingshows

Die Sendung vermittelt den Traum von der Model-Karriere als greifbar – sofern die körperlichen Voraussetzungen vorhanden sind. Nicht wenige Mädchen eifern den schlanken Schönheiten auf dem Bildschirm deshalb nach, auch wenn sie dadurch ihre Gesundheit gefährden und wohl niemals selber als Model arbeiten werden. In einer Studie des Internationalen Zentralinstituts für das Jugend- und Bildungsfernsehen des Bayerischen Rundfunks stellten Forscher fest, dass die Sendung bei Mädchen die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper fördert.

Für die Studie wurden rund 1300 Kinder und Jugendliche ab neun Jahren befragt, die die Sendung regelmäßig konsumierten. In einer Veröffentlichung schreiben die Forscher, die Zuschauerinnen würden »parasoziale Beziehungen« zu den Models in der Sendung aufnehmen und einen »emotionalen Bezug« aufbauen. In den Interviews gaben die Kinder und Jugendlichen an, die Teilnehmerinnen

Studie: Zuschauerinnen bauen eine Beziehung zu den Models auf

der Sendung für »ganz normale Jugendliche« zu halten, und beschrieben einen greifbaren Traum. Das Weiterkommen der Kandidaten und die Bewertung des Aussehens und der Fähigkeiten als Model durch die Jury mache den Reiz der Sendung für die jungen Mädchen aus.

In den Interviews fragten die Forscher auch nach der Wahrnehmung des eigenen Körpers. Dabei zeigte sich, dass die Mädchen das Aussehen der Castingshow-Teilnehmerinnen teilweise mit Neid betrachteten. »Alle, die da sind, haben so eine tolle Figur, das gibt mir Anreize abzunehmen«, wird ein 14-jähriges Mädchen zitiert. Ein erst 11-jähriges Mädchen gibt an, ihren Bauch und ihre Beine als zu dick zu empfinden, seitdem sie die Sendung verfolgte.

Junge Mädchen besonders empfänglich

Beobachtungen wie diese macht auch Dr. Gisela Schimansky in ihrer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hannover immer häufiger. Sendungen wie *Germany's next Topmodel* spielen dabei nicht selten eine Rolle. »Wir können in unserer Praxis beobachten, dass vor allem sehr junge Mädchen empfindlich auf solche Sendungen reagieren, sehr unzufrieden mit ihrem Körper sind«, berichtet Dr. Schimansky. »Die Mädchen verknüpfen Leistungsstreben und Lebenserfolg miteinander. Sie denken, auf diesem Wege kommen sie um Schule und Berufsausbildung herum und werden gleich reich und berühmt. Man nennt das auch »schnelle Bedürfnisbefriedigung«.

Um diesen Traum zu erreichen, arbeiten die Mädchen an ihrem Körper, auch wenn sie normalgewichtig sind. Nicht selten entwickelt sich daraus eine krankhafte Magersucht, die Anorexie. »Uns werden immer jüngere Mädchen vorgestellt. Hier muss man noch von Kindern sprechen, im Alter von neun oder zehn Jahren. Außerdem gibt es eine hohe Dunkelziffer bei Jungen, die auch diesem Schönheitsideal hinterherjagen«, erzählt die Psychiaterin.

Schimansky ist davon überzeugt, dass die Castingshows im Fernsehen einen Teil dazu beitragen, Essstörungen wie Magersucht zu fördern. Darüber hinaus sieht sie weitere Faktoren, die Einfluss haben. »Oft kommen Probleme in der Familie oder mit Freunden hinzu. Die Mädchen denken dann: »Hätte ich ein schöneres Gesicht oder einen schöneren Körper, wäre auch die Anerkennung größer.« Aber auch die Familie kann einen negativen Einfluss haben, wenn zum Beispiel die Mutter zusammen mit ihrer Tochter Diät macht. Die Mütter hören auf, wenn sie ihr Wunschgewicht erreicht haben, ihre Töchter machen dann aber oft weiter und sehen keine Grenze mehr. Ich erlebe es auch, dass die Eltern einen hohen Anspruch an ihre Kinder stellen. So habe ich eine Mutter erlebt, die bei einer Sportveranstaltung, bei der ihre Tochter einen Auftritt hatte, zu dem Kind sagte: »Du solltest jetzt kein Wasser trinken, weil du sonst ein kleines Bäuchlein hast.« Das ist sehr bedenklich.«

Arbeiten am eigenen Körper: selbst bei Normalgewicht



Models als Projektionsfläche

In ihrer täglichen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kann Dr. Schimansky beobachten, dass sich die Mädchen – angeregt vom Model-Casting – eigene Regeln ausdenken, wie der »ideale« Körper auszusehen hat. »Eine 15-jährige Patientin erzählte mir, dass eines der Auswahlkriterien für die Model-Sendungen ein bestimmter Umfang der Oberschenkel sei und diese so dünn sein müssten, dass sie sich an keiner Stelle berühren dürften. Sie verzweifelte, weil es ihr schwerfiel, dieses Ziel zu erreichen und ihren Körper dahin zu »designen«, wie sie es nannte. Es gibt tatsächlich junge Frauen, die so dünne Beine haben. Aber dazu muss man sein Gewicht so weit reduzieren, dass man in einen gefährlichen Bereich kommt. Ich habe mich daraufhin umgehört und festgestellt, dass so etwas in den Sendungen gar nicht erwähnt wurde. Man sieht also, dass die Mädchen sogar etwas in die Sendungen hineinprojizieren, was dort gar nicht stattfindet und auch der Realität nicht entspricht.«

Beim Essen fehlt Bewusstsein für gesunde Mitte

Auch wenn Fernsehsendungen eine krankhafte Essstörung fördern, reicht ein einfaches Fernsehverbot nicht aus, um das Problem in den Griff zu bekommen. »Man muss sich die gesamte Ernährungssituation in der Familie ansehen«, sagt Schimansky. »Wir haben es besonders häufig im Stadtgebiet, dass die Familie nicht eine einzige Mahlzeit mehr gemeinsam einnimmt. Was das Essen angeht, fehlt heutzutage oftmals das Bewusstsein für die gesunde Mitte. Es gibt entweder die Überbehütung oder an Verwahrlosung grenzende Essgewohnheiten. Ich er-

lebe Eltern, die ihren Kindern nur Selbstgezogenes geben genauso wie Eltern, die nicht wissen, dass es Kartoffeln auch in unfrittierte Form gibt. Bei den Medien ist das genauso: Entweder steht der Fernseher schon im Kinderzimmer eines Zweijährigen oder es gibt im gesamten Haushalt keine Medien. Man muss ein gesundes Gleichgewicht finden.«

Den krankhaft dünnen Mädchen steht eine immer größer werdende Zahl an adipösen Kindern und Jugendlichen gegenüber: Seit den 90er Jahren hat ihre Anzahl um 50% zugenommen. Der »Trend zum Abnehmen«, der durch die Model-Shows ausgelöst wurde, schafft hier jedoch keine Abhilfe. »Dass Kinder durch Sendungen wie GNTM animiert werden, abzunehmen, ist keine Lösung«, sagt Dr. Schimansky. »Klar kann es sein, dass ein übergewichtiges Kind dadurch zum ersten Mal auf sein Gewicht achtet, aber: Wann hört es damit auf? Diese Sendungen möchten ja nicht die gesunde Ernährung vermitteln, sondern zeigen dem Zuschauer nur die »schöne Traumblase«, in der er nie selbst leben wird.«



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

Eine Handvoll Mensch

ETWA 8000 FRÜHGEBORENE mit einem Gewicht unter 1500 Gramm kommen jährlich in Deutschland vor der zweiund-dreißigsten Schwangerschaftswoche zur Welt. Die Winzlinge sind noch nicht auf das Leben außerhalb des Mutterleibs vorbereitet. Doch dank moderner Neonatologie- und Perinatalzentren überleben mehr als 90 Prozent dieser Kinder und können gesund und ohne schwere Fehlbildungen zu ihren Familien. Ein solches Zentrum steht in Heidelberg.

Ein rotes Handtuch bedeckt den durchsichtigen Plastikkasten und soll dem kleinen Wesen darin das Gefühl vermitteln, es wäre noch im dunklen Bauch der Mutter. Schließlich sollte der Kleine jetzt auch dort sein, um-

500 g – gerade mal soviel wie eine Schale Erdbeeren

geben von Dunkelheit und Stille und dem gleichmäßigen, dumpfen Herzschlag der Mutter. Stattdessen dringt helles Licht

in seine Augen, die noch nicht darauf vorbereitet sind, und seine Ohren werden mit Alarmtönen konfrontiert. Das Gewicht des kleinen Jungen: knapp 500 Gramm – gerade mal so viel wie eine Schale Erdbeeren.

Normalerweise kommt ein Kind nach einer Schwangerschaft von 40 Wochen mit einem Gewicht von etwa 3500 g auf die Welt. Ein »Frühgeborenes« wird vor der 37. abgeschlossenen Schwangerschaftswoche geboren und wiegt meistens weniger als 2500 g. Bei etwa 1,5 % dieser Kinder dauert die Schwangerschaft sogar nur unter 32 Wochen und das Geburtsgewicht liegt bei 500 bis 1500 g. Je früher die Kinder auf die Welt kommen, je »unreifer« die Frühgeborenen sind, desto größer ist die Gefahr, dass sie nicht überleben oder dass Krankheiten und Komplikationen auftreten, die beispielsweise das Gehirn schädigen und zu bleibenden Behinderungen führen können. Doch auch diese Kinder können groß werden – dank moderner Perinatalzentren wie in Heidelberg.

8 Uhr: Übergabe von der Nacht

Es ist ein »ganz normaler Tag« auf der Frühgeborenenintensivstation (FIPS) der Klinik für Neonatologie am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin. Er beginnt für den ärztlichen Direktor Dr. Johannes Pöschl um 8 Uhr mit der Übergabe vom Nachtdienst. Der diensthabende Arzt, die Schwestern und Pfleger und der Oberarzt berichten, wie alle zehn Kinder die Nacht verbracht haben. Doch »Normalität«, die gibt es auf der FIPS im Grunde genommen gar nicht. Vor wenigen Tagen hatte beispielsweise eines der Kinder ganz plötzlich eine Durchblutungsstörung im Darm. Die Ärzte vermuteten zunächst eine Infektion, doch die gab es nicht. Es schien vielmehr, als hätte sich ein Blutgefäß plötzlich verschlossen. Das Kind musste sofort notfallmäßig operiert werden, um den restlichen Darm zu retten. »Da wir die Komplikation sofort erkannt haben, konnten wir den beschädigten Teil schnell herausnehmen und den Restdarm erhalten. Wir müssen ständig auf der Hut sein«, so Pöschl.

9 Uhr: Chefarztvisite – nie alleine

Die FIPS ist auf die Behandlung von extrem kleinen, unreifen Frühgeborenen spezialisiert. Im Jahr betreut das Team bis zu 110 Kindern unter 1500 g. Insgesamt werden auf den 10 Intensivbetten an 365 Tagen rund 500 Kinder behandelt. Es sind Kinder, die beatmet werden müssen oder 24 Stunden lang beobachtet werden sollen. Die Station gehört zum Heidelberger Perinatalzentrum, das neben der Kinder-Chirurgie auch mit der Kinder-Herzchirurgie und Kinder-Neurochirurgie eine optimale Versorgung Früh- und Neugeborener vorhält. Es erfüllt alle Anforderungen an ein Level 1-Zentrum für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko. Durch den Neubau der Kinderklinik und der angrenzenden Frauenklinik ist die FIPS in den Kreißsaal der Frauenklinik integriert, so dass nach Geburt gar keine Transporte von Mutter oder Kind nötig sind. Die Visite ist ein ständiges Miteinander. Es sind immer mehrere, die Informationen zusammentragen – mal die Schwester, mal die Mutter, mal der Arzt. »Die Mütter sind eine ganz wichtige dritte Informationsquelle für den Zustand der Kinder. Doch auch wir verlassen uns nie blind auf den anderen. Wir arbeiten möglichst zu zweit am Kind. Dieses Miteinander ist eine der ersten Qualitätskontrollen«, so Pöschl.

10 Uhr: Alles läuft wie geplant

Die Temperatur im Inneren des Inkubators liegt bei konstanten 36,8°C. Die Luftfeuchtigkeit beträgt bis zu 80% und soll die empfindliche Haut und die unreife Lunge des Frühgeborenen befeuchten. Gehirn und Lunge reifen erst im letzten Schwangerschaftsdrittel. In seiner Lunge gibt es zu wenig vom sogenannten Surfactant, einer dünnen Fettschicht, die die Lungenbläschen auskleidet und verhindert, dass sie zusammenfallen. Daher baut eine externe Atemhilfe immer wieder leichten Druck auf die Lungenbläschen auf. Ständig überwachen Elektroden und Monitore den Herzschlag, die Atmung und die Sauerstoffsättigung.

»Wir können durch die Vielfalt an Kindern, die wir betreuen, auch Konzepte entwickeln und Empfehlungen für andere Kliniken geben«, sagt Pöschl. Ein solches Konzept ist zum Beispiel eine Vereinheitlichung der Pflege und der ärztlichen Betreuung von den kleinen Frühgeborenen. Dazu entwickelte das Team um Pöschl vor vier Jahren ein Heidelberger Pflegekonzept EFIB (Entwicklungsfördernde Familienzentrierte Individuelle Betreuung von Frühgeborenen und seiner Eltern) angelehnt an das »Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program«



(NIDCAP) der amerikanischen Neuropsychologin Heide-lise Als weiter. Demnach sollen Frühgeborene mit möglichst wenig äußeren Reizen in Berührung kommen, denen sie normalerweise noch gar nicht ausgesetzt wären. Die Alarme der Monitore sind gedämpft. Ärzte und Pflegekräfte sprechen nur leise miteinander. Alles ist vernetzt und in erster Linie mit optischen statt akustischen Alar-men ausgestattet.

Die Sprache der Kleinen kennen alle FIPS-Mitarbeiter: »Sie kommunizieren durch ihre Mimik, durch ihre Bewegung, durchs Strecken. Wir sehen an der Stabilität der Atmung und der Sauerstoffsättigung, ob es dem Kind gut geht. Wir achten darauf, dass man z. B. nicht streichelt, weil das Schmerzen verursacht, sondern nur die Hand auflegt«, erklärt Pöschl.

12 Uhr: Besuchszeit auf der FIPS

Ärzte, Schwestern und Pfleger gehen noch einmal die Abläufe des letzten Tages durch und protokollieren jeden Schritt. Die ersten Eltern kommen zum »Känguru«: So oft es geht, werden die Frühchen auf Mamas oder Papas Brust gelegt – nach dem Vorbild der australischen Beuteltiere. Denn Technik allein reicht den Frühchen nicht für einen guten Start ins Leben. Fehlt der Kontakt zu den Eltern, drohen Verhaltensstörungen. Das hatten viele Mediziner lange Zeit übersehen. In Heidelberg können die Eltern vom ersten Tag an ihre Kinder berühren und pflegen. Pöschl weiß, warum – auch wenn viele Eltern zunächst Berührungssängste haben: »Später sagen sie mir dann oft: ›Wenn ich komme, mein Kind ansehe und dann in den Inkubator greife, wird es viel ruhiger.« Das bestätigen auch große Studien.«

15 Uhr: Zeit für Elterngespräche

Jetzt ist Zeit für Übergabegespräche, Berichte und auch für die Vorbereitung, dass ein Kind nach Hause entlassen werden kann. »Die Eltern sind viel mutiger als früher. Inzwischen kommen sie immer öfter und sagen, ›das klappt

schon, wir können unser Kind mit nach Hause nehmen.« Diese Zuversicht kommt nicht von ungefähr.

In jedem der Zweibettzimmer steht neben dem Bett für das Kind auch ein Erwachsenenbett. Die Eltern können Tag und Nacht bei ihrem Kind sein, es baden, pflegen und versorgen – und das alles mit Unterstützung der Pflegeteams. So lernen die Eltern den alltäglichen Umgang mit den Frühchen, bis er zur Routine geworden ist. Das verkürzt die Zeit des stationären Aufenthaltes und die Eltern fühlen sich viel sicherer, Probleme treten deutlich seltener auf.

Nachtdienst: von wegen Ruhe

Wenn auf anderen Stationen Ruhe einkehrt, läuft hier die Routine weiter. Elterngespräche vor dem Schlafengehen. Blutentnahmen, Windelwechseln, Nahrung über die Magensonde geben. Außerdem schaut der diensthabende Oberarzt auch in der Nacht nach den Kindern. Alle Oberärzte, die auf der Station tätig sind, haben eine zehn- bis zwanzigjährige Erfahrung in der intensivmedizinischen Betreuung Frühgeborener. Deshalb hatte Pöschl die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dass ab Januar 2011 nur noch diejenigen Kliniken Frühgeborene unter 1250 g behandeln dürfen, die mehr als eine bestimmte Anzahl kleiner Kinder pro Jahr versorgen, begrüßt. Doch die aktuelle Entwicklung lässt ihn skeptisch werden: »Gegen diese Entscheidung hatte ein Krankenhaus geklagt und formaljuristisch recht bekommen. Nun darf derzeit jedes Haus, das vielleicht zwei Frühchen im Jahr versorgt, diese Kinder genauso versorgen wie eines, das 200 im Jahr versorgt, ein spezialisiertes Pflegeteam beschäftigt und Wissen und Erfahrung bereithält. Das ist kein Fortschritt für die Qualität.« Er fordert: »Das Thema Frühgeborenenmedizin oder Perinatalmedizin sollte sich auf die Zentren konzentrieren!«



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

Homosexuell und pflegebedürftig

Unter seinesgleichen

DURCH DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL wird das Thema Homosexualität auch in der Pflege immer bedeutender. Nur den wenigsten homosexuellen Pflegebedürftigen ist es jedoch möglich, ihr »wahres Ich« offen in einer Pflegeeinrichtung zu zeigen. In Berlin Charlottenburg gibt es seit dem Frühjahr 2012 eine Einrichtung, die genau das möglich macht.



Rainer Schäl sitzt auf seinem Balkon und genießt die Sonne. Wenn er von diesem Platz aus in sein Zimmer schaut, hat er alle seine Liebsten auf einen Blick. Die Wand über seinem Schreibtisch ist geschmückt mit zahlreichen Bildern von Menschen, denen er in

Bis 1969 stand Homosexualität in Deutschland unter Strafe

seinem Leben begegnet ist oder gerne wäre. Neben Familie und Freunden zeigen die Bilder Rainer Schäl unter anderem zusammen

mit dem Berliner Bürgermeister Klaus Wowereit. Weiter unten finden sich das Foto eines Boygroup-Sängers und auch ein Bild von Prinz William und Kate.

Von Bayern nach Berlin

Rainer Schäl lebt schon seit vielen Jahren in Berlin. Seinen Heimatort im bayerischen Vogtland hat der heute 67-Jährige bereits als junger Mann verlassen. Zu seiner Homosexualität bekannte er sich erst in Berlin. In der dörflichen Heimat wäre er durch ein Outing zum Außen-seiter geworden. An seinem Arbeitsplatz an der Deutschen

Oper Berlin war Schwulsein kein Makel. Diskriminierungserfahrungen hat er deshalb nie gemacht. Rainer Schäl führte ein bewegtes Leben: Organisierte Konzerte und traf mit vielen Rockstars zusammen. Das änderte sich am 9. Dezember 2009. Rainer Schäl erlitt einen Schlaganfall und ist seitdem halbseitig gelähmt und auf einen Rollstuhl angewiesen. Ein Leben wie bisher, allein in seiner Berliner Wohnung, war nun nicht mehr möglich. Auf der Suche nach einer Alternative fand er den »Lebensort Vielfalt«. Für ihn war sofort klar: Das ist der richtige Ort.

Lebensort Vielfalt – die Idee

Der Lebensort Vielfalt beruht auf der Idee eines Gesprächskreises von älteren schwulen Männern, die sich Gedanken um ihre Versorgung im Alter machten. Da die Pflege durch einen Pflegedienst oder eine Unterbringung im Pflegeheim für viele mit Ängsten vor Unverständnis oder sogar Diskriminierung verbunden war, entstand die Idee einer Hausgemeinschaft. Gemeinsam mit der Schwulenberatung Berlin wurde 2012 der Lebensort Vielfalt gegründet.

Dieses in Deutschland einzigartige Modellprojekt wendet sich vor allem an schwule Männer jeden Alters. Das Haus bietet in 24 Wohnungen über dreißig Bewohnern Platz. 60% von ihnen sind männlich, schwul und über 55 Jahre alt. Aber auch Lesben und Heterosexuelle wohnen in dem Haus in Berlin-Charlottenburg. Zum Lebensort Vielfalt gehört außerdem eine Wohngemeinschaft für acht pflegebedürftige und demenzkranke Homosexuelle.

Verbot und Diskriminierung wirken bis heute

»Schwule Männer sind im Alter besonders von Einsamkeit betroffen, da sie meistens keine Familie gegründet haben und sich selbst versorgen müssen«, erklärt Marcel de Groot, Geschäftsführer der Schwulenberatung Berlin. In Pflegeeinrichtungen trifft man selten auf schwule Männer, die sich offen zu ihrer Sexualität bekennen. Bis 1969 stand Homosexualität in Deutschland unter Strafe und wurde verfolgt. Ältere Homosexuelle kennen diese Zeiten noch aus eigener Erfahrung. Sie mussten ihr eigentliches

Für Homosexuelle gibt es bisher kaum adäquate Pflegeangebote

Leben verbergen und immer damit rechnen, entdeckt zu werden. »Diese Erfahrungen wirken sich bis auf ihr heutiges Leben aus«, sagt de Groot. »So ist es älteren

Homosexuellen oft noch unangenehm, den Begriff »schwul« zu verwenden, wogegen jüngere ganz frei damit umgehen.«

Vor der Gründung des Wohnprojektes schauten sich Marcel de Groot und seine Kollegen in Pflegeeinrichtungen um und sprachen mit Schwulen, die dort leben. »Sie fühlten sich oft nicht wohl, da die anderen Bewohner immer nach ihren Frauen und Kindern fragten. Wenn sie in einem Heim lebten, das sich in der Nähe ihres Heimatortes befand, hatten sie außerdem Angst, mit jemandem Tür an Tür zu leben, der sie vor vierzig Jahren noch verpöffeln hätte.«

In die Pflege-WG des Lebensorts Vielfalt werden ausschließlich schwule Männer aufgenommen. Eine Tendenz, sich durch diese Exklusivität von der Gesellschaft abzugrenzen, sieht Marcel de Groot nicht. »Ich finde, dass das Ziel natürlich eine Integration in die Gesellschaft sein sollte, aber das sehe ich bei normalen Pflegeheimen nicht. Dort würde man wahrscheinlich keinen Bewohner ablehnen, weil er schwul ist, aber es gibt auch kein Konzept dafür, wie man mit einem schwulen Pflegebedürftigen umgeht.«

Pilotprojekt in NRW

Nur wenige Pflegeeinrichtungen setzen sich mit den besonderen Bedürfnissen und Belangen von homosexuellen Bewohnerinnen und Bewohnern auseinander. Oft haben die Mitarbeiter gar keine Kenntnis davon, dass sie lesbische oder schwule Bewohner versorgen, da diese das nicht offen zeigen können oder wollen, sich also nicht »outen«.

In Nordrhein-Westfalen ist vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter eine bundesweit einzigartige Stelle geschaffen worden. Die Pflegewissenschaftlerin Gabi Stummer arbeitet im Projekt »Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule in NRW« neben der weiteren Sensibilisierung der Pflege an Modulen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Altenpflege. »Für

Lesben und Schwule gibt es bislang keine adäquaten Angebote in der Pflege«, sagt die Pflege-Expertin. »Die professionelle Pflege bezieht immer die Lebenserfahrung und Lebenswelt des Menschen mit ein. Bei homosexuellen Lebensgeschichten gelingt dies jedoch so gut wie nie. Es muss bedacht werden, dass Homosexualität noch nicht so lange offen gelebt werden kann.«

Stummer verdeutlicht das an einem Beispiel. »Nehmen wir eine ältere Heimbewohnerin, die in ihrer Mobilität eingeschränkt ist und immer allein in ihrem Zimmer bleibt, also sozial isoliert ist. Es kann sein, dass die Frau sich wegen ihrer Geheinschränkung nicht aus dem Zimmer bewegt. Es kann aber auch sein, dass die Frau ihr Zimmer nicht verlässt, weil sie keinen Zugang zu den anderen Bewohnern findet, die alle vornehmlich hetero-/heterosexuell sind.«

Kultursensible Pflege oft nur durch homosexuelle Mitarbeiter

Die Pflegewissenschaftlerin sieht vor allem die Pflegekräfte der Einrichtungen in der Pflicht, ein Umfeld zu schaffen, in dem jeder so leben kann, wie er ist. »Es geht darum, sich ganz offen, ohne jedes Vorurteil auf die Pflegebedürftigen einzulassen. Zwar geben die Einrichtungen an, alle Menschen willkommen zu heißen, aber zurzeit gibt es kein Konzept, wie sie homosexuellen Menschen begegnen wollen. Meistens sind es die selbst homosexuellen Pflegekräfte, die sich bemühen, auf die Lebenssituation von homosexuellen Bewohnern einzugehen. Es darf aber nicht vom Zufall abhängen, ob ein pflegebedürftiger Mensch auf eine Pflegeperson trifft, die sich ihrer oder seiner aktuellen Lebenssituation und ihrer Lebenserfahrung annimmt.«

In deutschen Großstädten wie Berlin und Frankfurt am Main wurden bereits mehrere Versuche unternommen, Pflegeeinrichtungen zu gründen, die sich speziell an lesbische und schwule Bewohner richten. Die meisten sind gescheitert. Teilweise, weil die Nachfrage zu gering war, teilweise aus finanziellen Gründen. Gabi Stummer sieht die Lösung in der Vielfalt von Einrichtungen. »Es müsste sowohl Pflegeheime geben, in denen Gleichgesinnte unter sich sind, als auch »offene« Heime, in denen Homo- neben Hetero-/Heterosexuellen wohnen, ohne dass sie sich diskriminiert fühlen müssen. Davon sind wir jedoch noch weit entfernt.«

Rainer Schäl kann sich keine bessere Unterkunft wünschen, nun, da er auf Hilfe angewiesen ist. In der großen Hausgemeinschaft mit den zahlreichen Mitbewohnern fühlt er sich gut aufgehoben. »Das hier ist wie ein Lottegewinn für mich«, sagt der Berliner und dreht sein Gesicht wieder zur Sonne.

Friederike Geisler

Weitere Informationen zum Lebensort Vielfalt in Berlin Charlottenburg erhalten Sie im Internet unter www.lebensort-vielfalt.de

Neu im GKV-Leistungskatalog:

Die neuropsychologische Therapie

SEIT ENDE FEBRUAR HABEN PATIENTEN Anspruch auf die ambulante neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorausgegangen war ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Das Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie (KCPP) war in der Arbeitsgruppe Neuropsychologie im G-BA beteiligt. Thomas Listing, Mitarbeiter des Kompetenz-Centrums, stellt die neue Leistung vor.

Die neuropsychologische Therapie ist eine psychotherapeutische Behandlungsform, die speziell für Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns entwickelt wurde. Zum Einsatz kam sie bisher vor allem an neurologischen Kliniken oder Rehabilitationszentren bei Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen. Diese Hirnschädigungen rühren meistens von einem Schlaganfall oder von einer Schädel-Hirn-Verletzung durch einen Unfall, einen Hirntumor oder eine Hirnblutung. Doch mit dem Ende des Krankenhausaufenthaltes bzw. der Rehabilitation sind die mit diesen

Ein spezielles Angebot für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

Krankheitsbildern häufig verbundenen geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Beeinträchtigungen meist noch

nicht beseitigt. Häufig bleiben Einschränkungen bestehen, die eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder eine ausreichende Funktionsfähigkeit im Alltag verhindern.

Gemeinsamer Bundesausschuss prüft neuropsychologische Therapie

Am 24. November 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die neuropsychologische Therapie in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Dafür hat er die Richtlinien zu Untersuchungs- und Be-

handlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt. Die geänderten Richtlinien sind seit Ende Februar in Kraft. Der Beschluss des G-BA macht die neuropsychologische Therapie in der ambulanten Versorgung nunmehr möglich. Die neue Regelleistung richtet sich an Patienten, die wegen einer erworbenen – nicht angeborenen – Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen leiden. Dabei muss es sich konkret handeln um Lern- und Gedächtnisstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen der (räumlichen) Wahrnehmung/räumlichen Leistungen, Störungen im Denken, Planen und Handeln oder psychische Störungen bei organischen Störungen.

Ziel: beeinträchtigte Funktionen wiederherstellen oder ausgleichen

Kompetenz-Centrum Psychiatrie unterstützt Kassenseite

»In den vorliegenden Studien konnte der Nutzen der neuropsychologischen Therapie nachgewiesen werden für die Bereiche ›Lernen und Gedächtnis‹ und ›Wahrnehmung, Räumliche Leistungen‹«, bestätigt Dr. Christoph Tolzin, Leiter des Kompetenz-Centrums Psychiatrie und Psycho-

therapie (KCPP) der MDK-Gemeinschaft. »Für die Bereiche ›Aufmerksamkeit‹, ›Denken, Planen und Handeln‹ und ›Psychische Störungen bei organischen Störungen‹ gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit von spezifischen neuropsychologischen Interventionen/Methoden bei Beeinträchtigungen in diesen Bereichen«, ergänzt Tolzin. Das KCPP hat die Kassenseite im G-BA mit Studienrecherchen/-analysen und fachlichen Stellungnahmen unterstützt.

Neuropsychologische Interventionen

Die Therapie richtet sich nach den Erfordernissen des Patienten und seines Krankheitszustandes und wird für jeden Patienten individuell geplant. Ziel ist es – je nach Schweregrad der Erkrankung – mit speziellen Therapieverfahren die vorhandenen Störungen zu beseitigen oder so weit wie möglich zu verringern, um damit die Lebensqualität des Patienten zu verbessern.

Die Restitutionstherapie hat das Ziel, beeinträchtigte kognitive Funktionen wiederherzustellen. Mit Hilfe von Übungen und Stimulationen aus der Umwelt soll die Informationsarchitektur von Gehirn und Nervensystem – das neuronale Netz – reorganisiert werden. Die neuronale Plastizität des Gehirns bildet die biologische Grundlage der Restitutionstherapie.

Epidemiologie von Hirnschädigungen

Schlaganfall

Schlaganfälle sind die häufigste Ursache für Behinderungen im Erwachsenenalter. Auslöser ist meistens ein Gerinnsel, das ein Hirngefäß verschließt. Mehr als 70% der Betroffenen erreichen die Klinik zu spät, um mit einer Thrombolyse behandelt zu werden, die das Gerinnsel auflösen und so das Ausmaß der Behinderungen vermindern kann.

In Deutschland erleiden jedes Jahr etwa 196 000 Menschen erstmals und 66 000 Menschen zum wiederholten Mal einen Schlaganfall. Im Jahr 2006 waren etwa 950 000 Menschen in Deutschland von den motorischen, sensorischen und kognitiven Beeinträchtigungen durch einen Schlaganfall betroffen. Da der Schlaganfall vorwiegend eine Erkrankung des höheren Alters ist – etwa die Hälfte aller erstmaligen Schlaganfälle in Europa ereignen sich bei Personen über 73 Jahre –, wird die absolute Zahl von Schlaganfallpatienten auch bei gleichbleibenden bzw. leicht sinkenden Neuerkrankungsraten in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen.

Schädel-Hirn-Verletzungen

Bei den Schädel-Hirn-Verletzungen (die meisten durch Unfall, Tumor oder Hirnblutung) geht man aktuell von bis zu 400 Verletzten pro 100 000 Einwohner in Deutschland pro Jahr aus. Einer stationären Krankenhausbehandlung müssen sich ca. 300 Verletzte pro 100 000 Einwohner pro Jahr unterziehen. Ca. 180 von 100 000 Schädel-Hirn-Traumata sind so schwer, dass langfristige Schäden zu erwarten sind.

Die Anzahl von Patientinnen und Patienten, für die eine ambulante neuropsychologische Therapie angezeigt ist, wird auf jährlich etwa 40 000 bis 60 000 geschätzt. (*Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie*, 8-2010)

Wenn die Schädigung so gravierend ist, dass die Wiederherstellung einer Funktion nicht möglich ist, geht es in der Kompensationstherapie darum, den Patienten dazu zu befähigen, die fehlende Funktion auszugleichen. Dies kann z. B. über den Einsatz von technischen Gedächtnishilfen geschehen.

Zur Verarbeitung der Schädigungsfolgen und zur Reintegration in das soziale Umfeld kommen integrative Behandlungsmethoden zum Einsatz. Hierzu zählen klassische psychotherapeutische Verfahren wie die Verhaltenstherapie, die z. B. bei Störungen der sogenannten exekutiven Funktionen oder im Rahmen der Entwicklung von Krankheitsbewältigungsstrategien eingesetzt werden. Bei hirngeschädigten Patienten erfordert der Einsatz der integrativen Verfahren eine individuelle Modifikation und Anpassung an die aktuelle psychosoziale Situation des Patienten.

Indikation durch Facharzt und Neuropsychologen

Die Indikation für eine neuropsychologische Therapie wird im Rahmen einer zweistufigen Diagnostik von einem spezialisierten Facharzt und von einem Neuropsychologen festgestellt. Liegt eine Indikation vor, kann der Patient fünf probatorische (genehmigungsfreie) Therapiesitzungen erhalten. Spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen ist der Krankenkasse des Patienten der Behandlungsbeginn anzuzeigen.

Auf das bei der Verordnung von psychotherapeutischen Leistungen übliche Gutachterverfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss hier bewusst verzichtet, um den organisatorischen Aufwand zu minimieren und den Behandlungsbeginn nicht zu verzögern.

Neuropsychologische Therapie kann sowohl in Einzel- wie auch in Gruppensitzungen (max. fünf Patienten) durchgeführt werden. Der Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie beträgt im Rahmen von Einzelbehandlungen (einschl. Einbeziehung von Bezugspersonen) bis zu sechzig Behandlungseinheiten je Krankheitsfall.

KVen richten Qualitätssicherungskommissionen ein

Um die Einführung der neuropsychologischen Therapie zu begleiten, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Ihre Aufgabe ist es, die Dokumentationen hinsichtlich der Indikation und des Behandlungsverlaufes zu überprüfen. Die Krankenkassen haben darüber hinaus jederzeit die Möglichkeit, die Voraussetzungen für die Leistung im Einzelfall durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen.

Eine Bewertung der neuropsychologischen Leistung (EBM-Ziffer) ist noch nicht erfolgt. Entsprechende Verhandlungen finden derzeit noch im zuständigen EBM-Bewertungsausschuss statt. Die Kostenerstattung orientiert sich momentan an den EBM-Ziffern für therapeutische Leistungen (z. B. Verhaltenstherapie).



Dipl.-Psych. Thomas Listing,
Mitarbeiter des KC Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes.
T.Listing@mdk-hessen.de

Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

Geprüft und für zu dick befunden

VON NOVEMBER 2008 bis Dezember 2011 haben Experten des Robert-Koch-Instituts Daten von rund 8000 Menschen zu Übergewicht, Diabetes, körperlicher Aktivität, psychischer Gesundheit und Funktionseinschränkungen im Alter gesammelt. Die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) ist Teil des Gesundheitsmonitorings. Zuletzt war ein solcher Survey Ende der Neunzigerjahre durchgeführt worden. Die Studienergebnisse überraschen.

Die gute Nachricht zuerst: Die Deutschen sind sportlich aktiver geworden. Fast drei von vier Männern und zwei von drei Frauen treiben mindestens einmal in der Woche Sport. Das Gewicht der Deutschen zeigt sich davon jedoch relativ unbeeindruckt. Die Zahl der Übergewichtigen ist in etwa gleich geblieben, die der Fettleibigen sogar noch gestiegen. Vor allem junge Männer werden immer dicker.

Jeder vierte Deutsche ist adipös

»Besorgniserregend ist, dass sich die Gruppe der Adipösen insbesondere im jungen Erwachsenenalter weiter vergrößert hat«, sagt

Dr. Bärbel-Maria Kurth, im RKI Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Jeder vierte Deutsche hat einen Body-Mass-Index von mehr als dreißig, ist also adipös und gefährdet seine Gesundheit. Die Zahl der Diabetiker steigt ebenfalls – genauso wie die psychischen Erkrankungen.

Die Teilnahmebedingungen

Insgesamt nahmen 8152 Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren an der Studie teil, davon 4283 Frauen und 3869 Männer. Sie wurden zufällig über die Einwohnermelderegister der 180 Studienorte ausgewählt, die Teilnahme war freiwillig.

Die Untersuchungen vor Ort leiteten zwei ärztlich geführte Teams. Neben medizinischen Interviews, Gesundheits- und Ernährungsfragebögen gab es körperliche Untersuchungen wie Anthropometrie, Blutdruck-, Puls- oder Schilddrüsenvolumenmessung und Laboranalysen von Blut- und Urinproben. 18- bis 64-jährige Studienteilnehmer unterzogen die Ärzte außerdem einem fahrradergometrischen Belastungstest. Bei über 64-Jährigen führten sie körperliche und kognitive Funktionstests durch. Zusätzlich wurde das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden mit einer Modulstudie zur psychischen Gesundheit beauftragt.

Kommen Sie ins Schwitzen?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rät in ihrer seit 2010 geltenden Bewegungsempfehlung: Wir sollten mindestens an 2½ Stunden pro Woche körperlich aktiv sein. Daher fragten die DEGS-Teams, an wie vielen Tagen die Teilnehmer pro Woche in den vergangenen drei Monaten durchschnittlich so sportlich aktiv waren, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten sind.

Der Vergleich der Ergebnisse mit den Daten des »Bundes-Gesundheitssurvey 1998« zeigt: 72,6% der Männer und 65,4% der Frauen sind wenigstens einmal pro Woche körperlich aktiv. Regelmäßig eine Stunde Sport pro Woche treiben 51,7% der Männer und 49,5% der Frauen. Damit ist der Anteil der sportlich aktiven Männer um 13,1% und bei den Frauen um 16,2% gestiegen.

Insgesamt scheint das Sportniveau in Deutschland in den vergangenen Jahren gestiegen zu sein; in jüngeren Altersgruppen tendenziell stärker ausgeprägt als in älteren. Doch nur 25,4% der Männer und 15,5% der Frauen erreichen die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nach der sie wöchentlich mindestens an 2½ Stunden körperlich aktiv sein sollten – vier Fünftel der Erwachsenen erreichen sie nicht.

Der (riskante) Blick auf die Waage

Das mag sicherlich ein Grund dafür sein, dass die Deutschen im internationalen Vergleich in puncto Übergewicht und Adipositas ziemlich schlecht abschneiden. In den vergangenen Jahrzehnten stieg ihr durchschnittliches Gewicht kontinuierlich an, bis es sich vor einigen Jahren auf recht hohem Niveau eingependelt zu haben schien.

Das bestätigt nun auch die DEGS-Studie: Zwar bedeuten 67,1% übergewichtige Männer und 53,0% übergewichtige Frauen keine große Veränderung gegenüber dem Gesundheitssurvey vor mehr als zehn Jahren. Doch die Zahl der extrem übergewichtigen, der adipösen oder fettleibigen Menschen ist in dieser Zeit deutlich gestiegen – vor allem bei Männern (von 18,9% auf 23,3%). Bei den Frauen sind es 23,9% statt 22,5%, wobei der Anstieg nur die jüngeren Altersgruppen bis etwa 35 Jahre betrifft. Mit steigendem sozioökonomischen Status nimmt der Anteil der fettleibigen Männern und Frauen ab, der Anteil Übergewichtiger sinkt jedoch nur bei Frauen.

Die Grenze zwischen Übergewicht und Fettleibigkeit lässt sich mit dem Body-Mass-Index (BMI) aus Körpergröße und -gewicht genau berechnen: BMI = Körpergewicht in Kilo geteilt durch Körpergröße in Meter zum Quadrat. Ein BMI ab 25 bedeutet Übergewicht. Liegt er bei oder über 30, heißt das Adipositas. Besorgniserregend ist vor allem, dass immer mehr junge Erwachsene fett-süchtig sind. Übergewicht gilt als Vorbote für viele sogenannte Volkskrankheiten wie Hypertonie oder Diabetes mellitus.



Als Folge droht das zuckersüße Gift

Da liegt die Vermutung nahe, dass auch die Zuckerkrankheit als chronische Stoffwechselerkrankung, vor allem in Form des Typ-2-Diabetes, weltweit zunimmt. Ziel der DEGS ist, die Diabetesprävalenz in Deutschland repräsentativ einschätzen zu können. Die Teilnehmer wurden befragt, ob bei ihnen ein Diabetes bekannt sei oder ob sie in den letzten sieben Tagen Antidiabetika eingenommen haben. Zur Einschätzung eines bis dahin unerkannten Diabetes wurden Messwerte des glykierten Hämoglobins (HbA1c) sowie Messwerte der Serum-Glukose bestimmt.

Rechnet man die Ergebnisse der DEGS-Untersuchung anhand aktueller Einschätzungen zur Lebenszeitprävalenz hoch, kommt man zu folgendem Ergebnis: Bei 4,6

Besorgniserregend: immer mehr junge Erwachsene sind fettleibig

Millionen Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland wurde jemals ein Diabetes diagnostiziert. Weitere insgesamt 0,7–2,1% der Erwachsenen

haben derzeit einen unerkannten Diabetes, je nachdem ob die labordiagnostischen Kriterien für HbA1c und Glukose allein oder in Kombination zugrunde gelegt wurden.

Gesund bis ins hohe Alter

Zur Gesundheit im höheren Alter zählt neben der körperlichen auch die geistige Fitness. Abhängig davon lassen sich Prognosen für altersassoziierte Gesundheitsprobleme wie Stürze oder Demenz, den Verlust der unabhängigen Lebensführung, ungeplante Krankenhausaufenthalte und erhöhte Sterblichkeit ableiten.

In der DEGS wurden bei den insgesamt 1853 Studienteilnehmern von 65 bis 79 Jahren auch international etablierte Tests zur Erfassung alltagsrelevanter Funktionsfähigkeiten angewandt. Gemessen wurden isometrische Handgreifkraft, Mobilität, Beinkraft, statisches Gleichgewicht und kognitive Leistung. Die isometrische Greifkraftmessung erfasst beispielsweise die Stärke des Händedrucks, der für viele Alltagsaktivitäten wie das Hochzie-

hen des Körpers oder das Halten schwerer Gegenstände relevant ist. Sie nimmt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ab. Frauen weisen dabei signifikant niedrigere Messwerte auf als Männer – und zwar in allen Altersgruppen (Mittelwert: 25 kg versus 40,5 kg).

96% aller Untersuchten zeigten jedoch noch eine altersentsprechend »normale« Mobilität.

Die Psyche der Deutschen

Die Daten zur psychischen Gesundheit beruhen auf Fragebögen und computergestützten ärztlichen Interviews. Ein akutes depressives Syndrom in den letzten 14 Tagen, besteht laut DEGS bei 8,1% der Teilnehmer (Frauen: 10,2%; Männer: 6,1%). Mit fast 10% (9,9%) ist die Zahl bei den 18- bis 29-Jährigen am höchsten. Ab 65 Jahre fällt sie auf 6,3%. Die Häufigkeit von Depressionen sinkt mit der Höhe des sozioökonomischen Status.

Die Gefahr eines diagnostizierten Burn-out-Syndroms steigt dagegen mit der Höhe des sozioökonomischen Status (bei niedrigem Status 2,6%, bei mittlerem 4,2% und bei hohem 5,8%). Insgesamt gaben 1,5% der Befragten an (Frauen: 1,9%; Männer: 1,1%), dass ein Arzt oder Psychotherapeut bei ihnen in den vergangenen 12 Monaten ein Burn-out-Syndrom festgestellt habe.

Schlafstörungen von mindestens 3-mal pro Woche wurden für den Zeitraum der letzten vier Wochen erfasst. Demnach leiden 26,5% der Befragten (Frauen: 30,8%; Männer: 22,3%) an einer Schlafstörung. Diese Zahl steigt im Alter von 16,1% bei 18- bis 29-Jährigen auf 37,5% bei den 70- bis 79-Jährigen.

Das Fazit von Dr. Bärbel-Maria Kurth: »Alle in unserer Studie festgestellten häufigen Krankheiten sind durch Verhaltens- und Verhältnisprävention vermeidbar. Hier nachhaltig zu investieren, ist eine Investition in unsere Zukunft.«

Dr. Martina Koestercke

Pflege-Neuausrichtungsgesetz:

Wieder nur ein Reförmchen

IM HERBST TRITT DAS PFLEGE-NEUAUSRICHTUNGSGESETZ in Kraft. Doch trotz langem Vorlauf bleibt Schwarz-Gelb weit hinter den selbstgesteckten Zielen zurück. Zwar gibt es Verbesserungen für Demenzkranke. Doch an die Wurzel des Problems wagt sich die Regierung nicht heran: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff lässt weiter auf sich warten.

Um die schwarz-gelbe Pflegereform zu beurteilen, lohnt ein Blick in den Koalitionsvertrag. Im Herbst 2009 einigten sich CDU/CSU und FDP auf die wichtigsten Reformprojekte. Auch für die Pflege formulierten die Koalitionäre ehrgeizige Ziele: »Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit«, heißt es im Vertrag. Auch von mehr Transparenz bei den Leistungsangeboten, Entbürokratisierung und Entlastung für pflegende Angehörige ist die Rede.

Rösler macht große Pläne und gibt an Bahr weiter

Und es begann auch vielversprechend. Selbstbewusst rief der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler Ende 2010 das Jahr der Pflege aus. Nach der Gesundheitspolitik wollte sich der FDP-Minister nun intensiv der Pflege widmen. Medienwirksam tourte Rösler durch die Republik,

Widerstand gegen Reform auch in den Reihen der Koalition

besuchte Seniorenheime und Pflegedienste, sprach mit Angehörigen und Pflegekräften. Doch es blieb bei vollmundigen Ankündigungen. Als neuer FDP-Chef

wechselte Rösler im Mai 2011 ins Wirtschaftsministerium – und überließ seinem Nachfolger Daniel Bahr ein schweres Erbe.

Zunächst musste Bahr vor allem gegen Widerstände aus den eigenen Reihen kämpfen. Vehement wehrte sich die CSU gegen den FDP-Plan, ähnlich wie die Riester-Rente eine verpflichtende private Zusatzversicherung in der Pflege einzuführen. Dass Schwarz-Gelb bei wichtigen Bausteinen der Reform einer Meinung war – davon bemerkte die Öffentlichkeit wenig.

Monatelang attackierten sich beide Seiten und vergeudeten dadurch wertvolle Zeit. Erst Anfang November 2011 einigte sich die Koalition auf Eckpunkte. Im Mittelpunkt stand die Anhebung der Beiträge um 0,1% auf 2,05% (Kinderlose 2,3%). Damit war klar: Es gibt keinen großen Wurf in der Pflege. Denn die Mehreinnahmen von rund 1,1 Milliarden Euro im Jahr reichen nur für geringfügige Leistungsverbesserungen.

Es hagelt Kritik

Schon damals hagelte es Kritik von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden. Die Regierung kapitulierte vor den »demografischen Herausforderungen«, wettete der Vorsitzende des Paritätischen Gesamtverbandes, Eberhard Jüttner. Enttäuscht reagierte auch vdk-Präsidentin Ulrike Mascher. Der Pflegekompromiss sei nur ein »kleines Pflaster, mit dem man die großen Lücken in der Pflegeversicherung

nicht schließen kann«, klagte Mascher. Die Verbände erzürnte vor allem, dass die Regierung entgegen ihrer Ankündigung vorerst keine Änderung beim Pflegebedürftigkeitsbegriff anstrebt.

Wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aussehen könnte, dazu hatte ein Beirat unter Leitung von Jürgen Gohde, dem Vorstandsvorsitzenden des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), bereits 2008 konkrete Vorschläge vorgelegt. Statt nur körperliche Einschränkungen zu messen, sollte vielmehr der Grad der Selbstständigkeit im Alltag berücksichtigt werden. Gerade Demenzkranke, die sich zwar selbst waschen können, aber nicht allein wieder nach Hause finden, wären endlich nicht mehr durch das Netz der Pflegeversicherung gerutscht. Bei einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hätten allerdings die Beiträge weit stärker steigen müssen als die von der Regierung beschlossenen 0,1%. Angesichts der katastrophalen Umfrageergebnisse fehlte jedoch den Liberalen der politische Mut. Mit der Einsetzung eines neuen Beirats unter Vorsitz des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, sowie des ehemaligen Vorstands des GKV-Spitzenverbandes, Klaus-Dieter Voß, hat die Koalition Zeit gewonnen. Vor der Bundestagswahl 2013 ist kein Ergebnis zu erwarten.

Die schwarz-gelbe Pflegereform bietet daher nur kleine Verbesserungen: Erstmals bekommen Demenzkranke ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) ein Pflegegeld. Auch die Leistungen für Demenzkranke in Pflegestufe I und II werden angehoben. Pflegende Angehörige können leichter eine Auszeit nehmen. Künftig wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt, wenn Angehörige eine Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige in Anspruch nehmen. Die Gründung von ambulanten Wohn-

Vorschläge für ein neues Begutachtungsinstrument gibt es seit 2009

Lindner schwärmt vom »Pflege-Bahr«

Auf einen Reform-Baustein ist Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) allerdings besonders stolz – den Einstieg in die staatlich geförderte private Pflegevorsorge. Bereits im Herbst 2011 hatte der damalige FDP-Generalsekretär Christian Lindner vom neuen »Pflege-Bahr« geschwärmt. Doch Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) wollte zunächst kein Geld herausrücken und plädierte für steuer-

liche Anreize. Monatlang dauerte der Streit. Anfang Juni präsentierten die Koalitionsspitzen dann ein überraschendes Tauschgeschäft: Die Liberalen stimmen dem umstrittenen Betreuungsgeld zu, dafür gibt die CSU ihren Widerstand gegen Bahrs Pläne für eine private Zusatzvorsorge auf.

Der Kompromiss sieht vor, dass eine freiwillige private Pflegevorsorge künftig mit fünf Euro im Monat gefördert wird. Insgesamt 100 Millionen Euro sind 2013 für die staatliche Unterstützung eingeplant. Damit lassen sich gerade mal 1,67 Millionen Verträge fördern. Die willkürliche Begrenzung ist nur ein weiterer Beleg für die völlig

Geld für Pflege-Bahr reicht nur für 1,67 Millionen Verträge

unsinnige Regelung. Für Geringverdiener macht der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung überhaupt keinen Sinn. Können sie sich im Alter die Pflege nicht

mehr leisten, springt der Staat ein. Wer dagegen sein Erbe nicht durch hohe Pflegekosten im Alter schmälern will, bekommt künftig noch einen staatlichen Bonus. Auch für die Versicherungen ist der Pflege-Bahr ein willkommenes Geschenk. Die staatliche Förderung sichert kräftig steigende Verkaufszahlen.

Pflege-Bahr kommt nicht an

Vernichtend fiel auch das Urteil der Opposition zur staatlich geförderten privaten Pflegevorsorge aus: »Sie entspricht voll der politischen Ideologie der FDP, aber sie ist bar der politischen Vernunft«, wettete Grünen-Gesundheitsexpertin Biggi Bender. Der Pflege-Bahr sei ein Einstieg in den Ausstieg der paritätischen Finanzierung, kritisierte SPD-Fraktionsvize Elke Ferner. Auch die Krankenkassen lehnen die Neuregelung ab. »Niedrigverdiener, Ältere, Menschen, die von Pflegebedürftigkeit besonders bedroht sind, haben vergleichsweise schlechte Chancen, eine Sicherung aufzubauen«, bemängelte der Vorsitzende der Barmer GEK Christoph Straub.

Bürger müssen sich einschalten

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird laut Statistischem Bundesamt von derzeit 2,4 Millionen bis 2030 auf rund 3,4 Millionen steigen. Vor allem das Thema Demenz gewinnt in den nächsten Jahren an Bedeutung. Experten gehen davon aus, dass jeder dritte Mann und jede zweite Frau damit rechnen muss, im Lauf des Lebens an Demenz zu erkranken. Dies geht aus dem Pflegereport 2010 der Barmer GEK hervor. Während die Rentenversicherung mit drastischen Reformen auf den demografischen Wandel reagiert hat, zögern alle Regierungen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 vor dringend nötigen Korrekturen. Das Thema menschenwürdige Pflege wird auch im Wahlkampf 2013 keine Rolle spielen. Höchste Zeit, dass die Bürger den Druck auf die Politik erhöhen.



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: aus *Manuel d'Anatomie descriptive du Corps Humain* von J. Cloquet, Farblitho von G. de Frey, 1825.
www.bridgemanart.com

- S. 3 Bundesinstitut für Risikobewertung
- S. 11 Rafael Herlich
- S. 14 GKV-Spitzenverband
- S. 23 jameek / photocase.com
- S. 25 Josie / photocase.com
- S. 28 hketch / photocase.com
- S. 31 Miss X / 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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

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

Knappschaft

Pieperstraße 14-18, 44789 Bochum
Geschäftsführer **Dr. Georg Greve**
Telefon 0234.304-0
Telefax 0234.304-8004
E-Mail 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

