



Heft 1/2012

MDK *forum*

Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung



Patientenrechte

Liebe Leserin, lieber Leser!

»Medizin könnte so schön sein, wenn nur die Patienten nicht wären.« Es gibt wohl keinen deutschen Arzt, der dieses – zugegeben sarkastische – Bonmot und die Haltung, die sich dahinter verbirgt, nicht kennt. Das soll sich ändern. Denn das jetzt als Referentenentwurf vorgelegte Patientenrechtegesetz soll »Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe« bringen, so die Gesetzesbegründung.

Doch eine Stärkung der Position der Patienten als »selbstbewusste Beitragszahler und kritische Verbraucher« lässt sich nur mit Mühe ausmachen. Der Gesetzentwurf fasse nur zusammen, was schon bestehende Rechtsprechung sei, so ein Vorwurf. Die fehlende Beweislastumkehr bei einem Behandlungsfehlerverdacht wird von Opposition und Patientenvertretern kritisiert. Wir widmen dem Patientenrechtegesetz den Schwerpunkt dieser Ausgabe. Bereits heute tun die Medizinischen Dienste viel für den Schutz der Patientenrechte: Mit den Krankenkassen unterstützen sie Versicherte bei vermuteten Behandlungsfehlern und erstellen rund 12 000 Gutachten pro Jahr, sie tragen zur Patientensicherheit im Krankenhaus bei oder stellen Versicherten unabhängige Informationen zu individuellen Gesundheitsleistungen zur Verfügung.

Mein Fazit: Wenn auch der Gesetzentwurf nicht der große Sprung nach vorn in Sachen Patientenrechte ist, so ist er doch ein erster Schritt.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Antibiotika sinnvoll einsetzen – aber wie?**
Interview mit Prof. Maria Deja **2**

Die politische Kolumne **Missglückter Befreiungsschlag** **32**

TITELTHEMA

Patientenrechtegesetz **Mut zur Lücke** **5**
Infokasten: Die wichtigsten Regelungen **6**

Interview mit Dr. Ilona Köster-Steinebach
»**Mit diesem Gesetz wird ein Grundstein gelegt**« **8**

MDK-Behandlungsfehlerstatistik 2010
29% der Behandlungsfehlervorwürfe bestätigt **9**

Patientensicherheit in Krankenhäusern – Modellprojekt des MDK Niedersachsen **Praxisprojekt fördert Sicherheitskultur** **11**

IGeL-Monitor **Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand** **12**

Mehr als Notfalltraining für geburtshilfliche Teams: **Simpatem** **14**

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Begutachtung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen **Transparenz soll jetzt großgeschrieben werden** **15**

Medizinprodukte: **Lücken im Überwachungsnetz** **16**

»Nationaler Aktionsplan Integration« beschlossen
Zusammenhalt stärken, Teilhabe verwirklichen **18**

WEITBLICK

Studenten wohnen in Senioreneinrichtungen:
Kein Herrenbesuch bleibt unentdeckt **19**

Wenn Kinder hungrig in die Schule müssen, knurrt nicht nur der Bauch **21**

Alte Seuchen entwickeln sich vom Fluch zum Segen:
Pest und Cholera in neuem Licht **23**

Computerspielsucht bei Kindern und Jugendlichen
Verirrt in der virtuellen Welt **25**

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Neue Wege gegen Freiheitseinschränkungen in Pflegeheimen
Pflege statt Fixierung **27**

Pflegereform – **kein großer Wurf** **28**

Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland
Sag mir, wo du wohnst! **30**

Sozialgericht Münster: Pfleigestufe auch bei Unterschreiten des zeitlichen Hilfebedarfs

Einen Anspruch auf Leistungen der Pfleigestufe III hat das Sozialgericht Münster einem Mann zugesprochen, obwohl der vom Gesetz hierfür geforderte zeitliche Hilfebedarf in der Grundpflege von 240 Minuten am Tag bei ihm nicht gegeben war. Ein vom Gericht bestellter Sachverständiger hatte einen Hilfebedarf von 232 Minuten festgestellt. Diese Abweichung um wenige Minuten dürfe nicht zum Scheitern der Pfleigestufe führen, entschieden die Richter in ihrem am 28. Februar veröffentlichten Urteil. Das Gericht korrigierte die Zeitbemessung zugunsten des Pflegebedürftigen durch eine eigene Schätzung. Es begründete die Entscheidung u. a. mit der Kritik von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, dass sich der berücksichtigungsfähige Pflegeaufwand nicht präzise bestimmen lasse und es sich deshalb um eine »scheinrationale Größe« handelt. Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.

Richtlinie für Heilkundeübertragung genehmigt

Krankenkassen können in Zukunft auch solche Modellvorhaben mit Leistungserbringern durchführen, bei denen ärztliche Tätigkeiten durch Angehörige der Kranken- und Pflegeberufe ausgeübt werden. Die dafür notwendige Richtlinie des G-BA hat das BMG am 17. Februar genehmigt. Sie enthält einen abschließenden Katalog von übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten und definiert deren Art und Umfang. Außerdem legt sie Qualifikationen fest, die Pflegefachkräfte brauchen, um die übertragenen ärztlichen Tätigkeiten selbstständig ausüben zu dürfen.

Hilfsmittel-Richtlinien: BMG fordert Nachbesserungen

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Dezember 2011 beschlossene Hilfsmittel-Richtlinie geprüft und den G-BA mit Schreiben vom 23. Februar zu Nachbesserungen aufgefordert. Die Richtlinie sieht Verbesserungen bei der Versorgung mit Hörgeräten vor. So soll die gesetzliche Krankenversicherung zukünftig für diejenigen Hörgeräte aufkommen, die nach dem Stand der Medizintechnik Funktionsdefizite des Hörvermögens möglichst weitgehend ausgleichen, und zwar im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztendlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen.

Für die Abgabe von Hörhilfen sieht die Richtlinie eine ärztliche Verordnung vor. Soweit der G-BA an dieser Regelung festhalten möchte, fordert das Gesundheitsministerium eine »differenzierte Beratung« zu diesem Punkt und einen »nachvollziehbar begründeten Beschluss«. Außerdem habe der G-BA durch detaillierte Vorgaben (Hörhilfestellung nach §30 Absatz 1 der Richtlinie) seine Regelungskompetenz überschritten.

Präventionsbericht 2011: Krankenkassen setzen weiter auf Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung

Rund 5,1 Millionen Menschen haben 2010 an Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen. Das geht aus dem Anfang März veröffentlichten Präventionsbericht von GKV-Spitzenverband und Medizinischem Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDs) hervor. Insgesamt haben die Krankenkassen rund 300 Mio. Euro für Präventionsaktivitäten ausgegeben. Mit durchschnittlich 4,33 € je Versicherten haben sie den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Richtwert von 2,86 € um mehr als 50 % deutlich überschritten. Der Präventionsbericht dokumentiert die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention nach §20 und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach §20a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Höhere Leistungen der Pflegeversicherung

Zum 1. Januar sind die Leistungen der Pflegeversicherung gestiegen. Diese Erhöhung wurde bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 von der damaligen Koalition aus CDU/CSU und SPD beschlossen. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können zwischen Geldleistungen und Sachleistungen (Pflegedienst) wählen. Der Höchstbetrag der Geldleistungen erhöht sich in
 Pflegestufe I: von 225 auf 235 Euro (10)
 Pflegestufe II: von 430 auf 440 Euro (10)
 Pflegestufe III: von 685 auf 700 Euro (15)
 Der Wert der Sachleistungen steigt:
 Pflegestufe I: von 440 auf 450 Euro (10)
 Pflegestufe II: von 1040 auf 1100 Euro (60)
 Pflegestufe III: von 1510 auf 1550 Euro (40)
 Härtefälle: unverändert bei 1918 Euro
 Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen erhalten seit Januar
 Pflegestufe I: unverändert 1023 Euro
 Pflegestufe II: unverändert 1279 Euro
 Pflegestufe III: 1550 statt 1510 Euro (40)
 Härtefälle: 1918 statt 1825 Euro (93)

Interview mit Prof. Maria Deja

Gute Frage

Antibiotika sinnvoll

einsetzen – aber wie?



IMMER HÄUFIGER INFIZIEREN SICH PATIENTEN in deutschen Kliniken mit multiresistenten Keimen. Neben dem bekannten MRSA breiten sich auch resistente Darmbakterien (ESBL) aus. Maria Deja, Professorin an der Charité und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), warnt: Gegen solche Problemkeime fehlen neue Antibiotika – und die, die wir haben, werden leider oft nicht richtig eingesetzt.

Frau Professorin Deja, die DGAI befürchtet, dass den Kliniken bald Medikamente gegen Problemkeime ausgehen könnten. Wie sieht der Antibiotika-Einsatz in Deutschland momentan aus?

Mehr als drei Viertel der Antibiotika für den Menschen in Deutschland werden in der ambulanten Medizin verordnet. Das bedeutet, dass nicht wenige Patienten bereits, bevor sie ins Krankenhaus kommen, mit resistenten Erregern besiedelt sind, selbst wenn sie gar nicht an einer Infektion leiden. Bei der weltweit zunehmenden

Kolonisation mit resistenten Erregern werden auch mögliche Zusammenhänge mit Antibiotikaverordnungen in der Tiermast diskutiert. Denn auch bei Tieren entwickeln sich unter Antibiotikagabe resistente Erreger. Über Nachweise von resistenten Erregern auf Lebensmitteln in Deutschland und in den Niederlanden wurde aktuell in den Medien berichtet.

Was müsste getan werden, um Infektionen mit diesen Erregern im Krankenhaus entgegenzusteuern?

Für die Universität bedeutet das: Aspekte

der Krankenhaushygiene müssen im Lehrplan stärker berücksichtigt, und dann später in der Weiterbildung der Ärzte vertieft werden. Für das Krankenhaus bedeutet das: Die behandelnden Ärzte müssen Maßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung von Infektionen, etwa die regelmäßige Händedesinfektion, kennen und einhalten. Sie müssen die notwendige Diagnostik zur Erkennung von Infektionen einleiten und eine kalkulierte Antibiotikatherapie schnell und richtig beginnen. Richtig heißt auch, das Risikoprofil des Patienten zu berücksichtigen,

bevor ein Ergebnis der mikrobiologischen Diagnostik vorliegt. Andererseits müssen die Krankenhausbetreiber Infrastrukturen schaffen, mit denen sinnvoll überprüft werden kann, ob beispielsweise die notwendigen Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Außerdem benötigen die Kliniken Informationstechnologien wie eine elektronische Patientenakte, die dem Arzt am Bett des Patienten alle notwendigen Informationen für eine rationale Therapie liefert, wie etwa Laborwerte mit mikrobiologischen Befunden, Röntgenbilder, Resistenzstatistik und so weiter. Wegen der Investitionskosten stehen solche Patientendatenmanagement-Systeme heute in Deutschland wohl sogar auf nur ca. 20 % der Intensivstationen zur Verfügung. Mobile Systeme werden außerdem aus Gründen des Datenschutzes kaum genutzt.

Wie lässt sich verhindern, dass sich Resistenzen entwickeln?

Könnte eine Infektion nicht vermieden werden, ist der richtige Einsatz von Antibiotika die wichtigste Maßnahme. Das Problem dabei stellt sich ganz einfach dar: Je mehr Antibiotika gegeben werden, desto mehr Resistenzen bilden sich. Unser wichtigstes Ziel ist es daher, unnötige Antibiotikaverordnungen zu vermeiden. Experten gehen davon aus, dass etwa 50 % der Antibiotikaverordnungen beim Menschen unnötig sind – zum Beispiel weil es sich um eine virale Infektion handelt, bei der Antibiotika nicht indiziert sind. Aber auch die zu lang dauernde Verordnung oder das nicht rechtzeitige Beenden einer nicht mehr notwendigen Verordnung von Breitbandantibiotika tragen zu unnötigen Antibiotikaverordnungen bei.

Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass beispielsweise die Niederländer das Problem etwas besser im Griff zu haben scheinen. Was machen sie anders als wir?

Unsere Nachbarn haben vor Jahren damit begonnen, Patienten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus sofort zu isolieren und erst dann aus der Isolation zu lassen, wenn eine Besiedelung mit MRSA, dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus,

ausgeschlossen war. Die Vermeidung der Transmission und die Möglichkeit, MRSA bei Patienten erfolgreich zu entfernen (Eradikation), hat das Auftreten von MRSA als Krankheitserreger dort wahrscheinlich deutlich limitiert. Die Ausbreitung der ESBL-Trägerschaft werden auch unsere Nachbarn aber wohl nicht verhindern können. Ein Problem ist zum Beispiel, dass eine Eradikation dieser Darmerreger in der Regel nicht gelingt, sondern dass sie im Darm überleben. Eine übliche Antibiotikatherapie tötet bevorzugt die »guten« Bakterien im Darm ab und die antibiotikaresistenten »bösen« ESBL haben quasi freie Fahrt. Auch Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus finden sich diese Keime bei ehemaligen Patienten oft noch. Ob Isolationsmaßnahmen und ein aufwendiges Screening aller Patienten die Ausbreitung auch der ESBL-Erreger verhindern kann, wird unter Fachleuten deshalb kontrovers diskutiert.

Das Ziel ist also ein sinnvoller beziehungsweise ein rationaler Einsatz von Antibiotika. Wie könnte der aussehen – im Krankenhaus, auf der Intensivstation und auch im ambulanten Bereich?

Am Anfang steht die Diagnose oder Verdachtsdiagnose einer Infektion. Haben wir daraufhin eine Antibiotikatherapie begonnen, ist eine regelmäßige Überprüfung erforderlich, ob das Antibiotikum zur Behandlung überhaupt noch notwendig ist oder ob der Verdacht auf eine Infektionskrankung ausgeräumt werden konnte. Dadurch verkürzt sich die Dauer der Behandlung.

Welche Voraussetzungen brauchen wir dafür – und wer müsste sich in Zukunft wie verhalten?

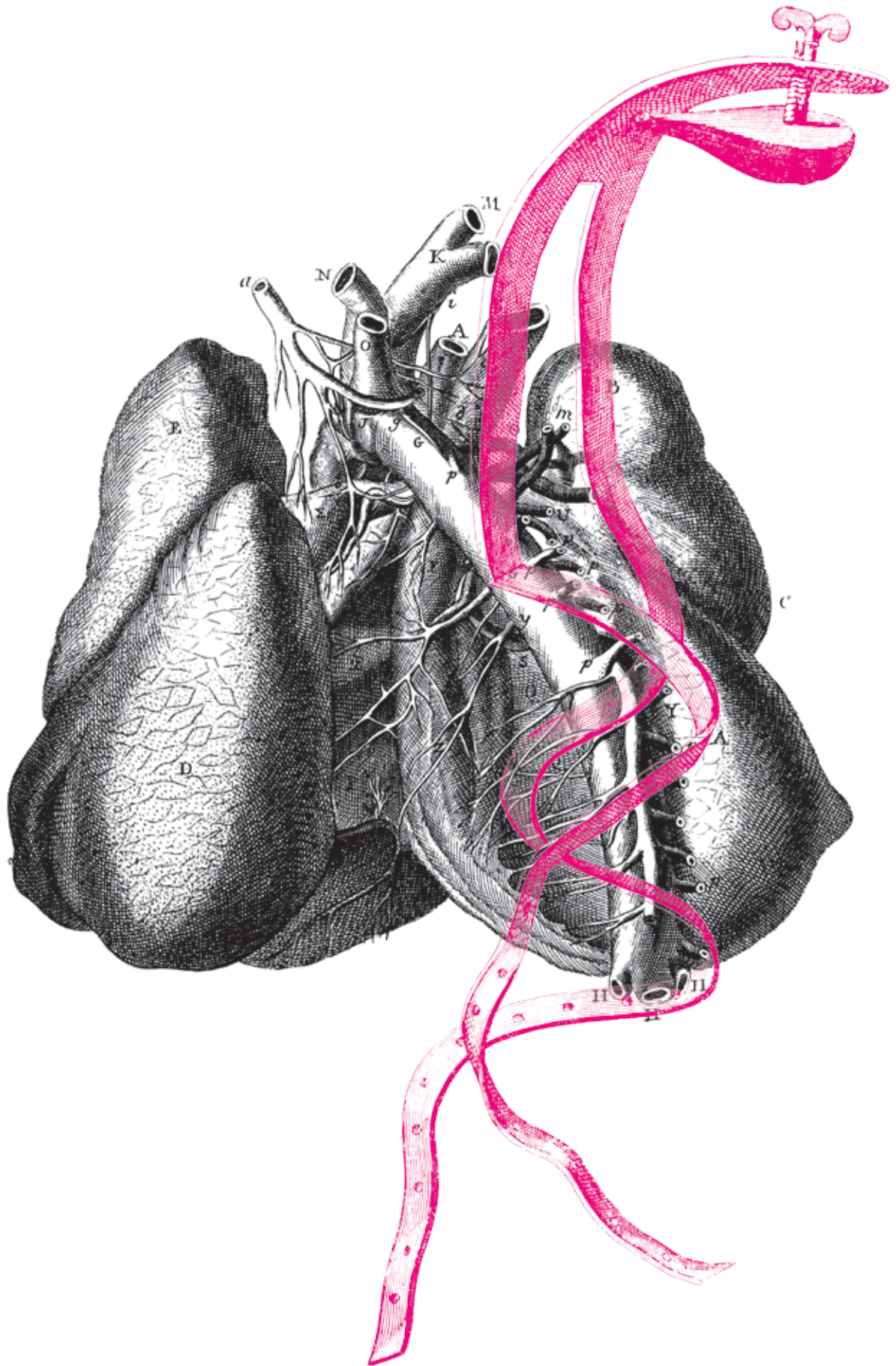
Für eine rationale Antibiotikatherapie braucht der behandelnde Arzt Kenntnisse der evidenzbasierten Medizin und Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Infektionen. Außerdem muss er die Umgebungsbedingungen wie beispielsweise die Resistenzdaten im eigenen Bereich und in der Umgebung kennen. Das ergibt den individuellen, lokalen Standard für die Therapie. Aus einer aktuellen regionalen Untersuchung der Innovationsallianz Berlin

Brandenburg (INABBRA, www.inabbr.de), einer Kooperation von Brandenburger und Berliner Krankenhäusern und der Charité, wissen wir allerdings, dass beispielsweise lokale Resistenzstatistiken für die Krankenhäuser häufig gar nicht verfügbar sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert seit Jahren die Einrichtung von Organisationsstrukturen, die ein sogenanntes »stewardship program« darstellen. Das können interdisziplinäre Arbeitsgruppen in Krankenhäusern sein, die für einen rationalen Einsatz von Antibiotika in ihrem Hause verantwortlich sind. Hierzu sollen die notwendigen Kompetenzen aus behandelnden Ärzten der verschiedenen Bereiche wie Krankenhaushygiene, Infektiologie, Intensivmedizin, Mikrobiologie oder auch die Apotheke eingebunden werden. In Anlehnung daran stellt die BDA/DGAI in Kooperation mit anderen Partnern schon heute zur Unterstützung ein interaktives webbasiertes Programm zur Antibiotikatherapie kostenlos zur Verfügung (www.dgai-abx.de).

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

Prof. Maria Deja





Patientenrechtegesetz

Mut zur Lücke

WENN SICH EIN GESETZESVORHABEN besonders lange hinzieht, gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder wird eine heikle Materie besonders gründlich angegangen. Oder die damit verbundenen Absichten werden besonders gründlich verwässert. Beim Blick auf das Patientenrechtegesetz ist aus Sicht der Opposition natürlich das Zweite der Fall.

Doch selbst diejenigen, die an dem Entwurf zu einem Patientenrechtegesetz mitgeschrieben haben, den Justiz- und Gesundheitsministerium gemeinsam am 16. Januar vorgelegt haben, sind unzufrieden. Noch bevor das Vorhaben überhaupt die Chance hatte, ins Bundesgesetzblatt zu gelangen, dringen Unionspolitiker schon auf Nachbesserung. Die Ärztekammern loben das Paragrafen-

Das Patientenrechtegesetz mutet den Ärzten kaum etwas zu

werk dafür, dass es ihnen, entgegen früherer Befürchtungen, nun doch kaum etwas zumutet. Und die Krankenkassen trauern, bei aller Erleichterung über den

endlich erfolgten Vorstoß, den verpassten Chancen auf besseren Patientenschutz hinterher.

Dabei hatte die Politik alle Zeit der Welt. Zehn Monate hat es allein gedauert, bis aus den »Eckpunkten« des Patientenbeauftragten Wolfgang Zöllner (CSU) ein Gesetzentwurf wurde. Und vorausgegangen war dem Ganzen eine jahrelange Diskussion. Die schwarz-gelbe Koalition hatte sie zwar mit dem vollmundigen Versprechen aufgegriffen, endlich auch einmal ein Gesetz zu machen, »bei dem der Patient wirklich im Mittelpunkt steht«. Am Ende aber mussten die SPD-Länder dem Bund mit einem eigenen Vorstoß drohen, damit er überhaupt zu Potte kam.

Dafür glänzten die Protagonisten dann mit Eigenlob. »Die Patientenrechte werden greifbar«, pries Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) den Entwurf bei seiner Präsentation Mitte Januar. Das neue Gesetz gleiche das »Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient« aus und bringe »auch für die Behandlungsseite« Klarheit und Verlässlichkeit. Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) feierte nicht nur die erstmalige Bündelung von Patientenrechten, sondern erkannte auch eine deutliche Verbesserung.

In der Union sieht man noch Diskussionsbedarf

Inzwischen hört sich manches ein wenig anders an. »Zumindest« über einen Entschädigungsfonds für die Opfer von Ärztefehlern müsse man noch mal diskutieren, fordert nun der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU). Auch die Leistungserbringer müssten hier mit ins Boot, drängt er. Und gibt zu, dass man sich mit solchen Lösungen, die in anderen Ländern bestens funktionierten, nicht habe durchsetzen können. Auch Fraktionsvize Johannes Singhammer (CSU) gibt sich unzufrieden. Bei dem Entwurf handle es sich um nicht viel mehr als eine Zusammenfassung der geltenden Rechtslage, räumt er ein. Das halte er »nicht für ausreichend«.

Leide etwa ein neugeborenes Kind wegen eines Behandlungsfehlers an schwerer Behinderung, sei es den Eltern nicht zuzumuten, so lange auf Schadenersatz zu warten, bis der Fall juristisch geklärt ist.

Langwierige Verfahren bei Behandlungsfehlervorwürfen

Schätzungen zufolge werden pro Jahr eine Million Patienten zu Opfern ärztlicher »Kunstfehler«, etwa 17 000 sterben an den Folgen. Allerdings verzichten die meisten Betroffenen oder Angehörigen auf den Gang vors Gericht, zu ihrer Krankenkasse, die den MDK einschalten

kann, oder zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern, weil sie sich nichts davon versprechen. Der Blick auf die Statistik bestätigt die Zweifler: Nach Angaben des Arbeitskreises Medizingeschädigter verlangen jährlich 30 000 Patienten Schadenersatz für Ärztefehler. Nur die Hälfte erhalte jedoch Recht.

Daraus entstand die politische Forderung nach einem von Ärzten, Patienten und Haftpflichtversicherern gemeinsam getragenen Entschädigungsfonds. Im aktuellen Entwurf ist von diesem Wunsch jedoch nichts mehr zu finden. Zur Freude der Leistungserbringer, die dieses Instrument als »populistisch« gescholten und vor einem unnötigen Doppelsystem der Schadensregulierung gewarnt hatten.

Auch für den Einsatz von Fehlervermeidungssystemen in Kliniken und Arztpraxen setzt die Regierung nun nur noch auf Freiwilligkeit und finanzielle Anreize. Verpflichtend ist lediglich ein Beschwerdemanagement. Und die sogenannte Beweislastumkehr – also die Verpflichtung des Mediziners zum Nachweis, dass er keinen Fehler gemacht hat – soll lediglich für »grobe Behandlungsfehler« gelten. Über die Frage, was genau darunter zu verstehen ist, darf dann wieder juristisch gestritten werden. Eine Definition für die Unterscheidung von einfachen und groben Ärztefehlern findet sich nirgendwo in dem ambitionierten Paragrafenwerk.

Keine Änderungen bei der Beweislast

Die Formulierung zur Beweislastumkehr setze nichts anderes als die aktuell bereits praktizierte Rechtsprechung um, sagen Patientenschützer wie Eugen Brysch von der Deutschen Hospizstiftung. Es sei »bedauerlich, dass es nicht gelungen ist, hier weitreichender zu formulieren und sich am modernen Verbraucherschutzrecht zu orientieren«. Hilfreich für die Patienten sei es in diesem Zusam-

Soll Beweislastumkehr nur bei groben Behandlungsfehlern gelten?

Patientenrechtegesetz – Die wichtigsten Regelungen

DER REFERENTENENTWURF ZUM PATIENTENRECHTEGESETZ hat ein klares Bild vom Patienten: Er orientiert sich am »Leitbild des mündigen Patienten« und lehnt »rechtliche Bevormundung« ab. So soll der gesetzliche Rahmen »Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringen«. Die wesentlichen Regelungen des Entwurfs:

Zusammenführung von Regelungen

Patientenrechte finden sich bisher in vielen verschiedenen Vorschriften verstreut. Manche stehen gar nicht im Gesetz, sondern wurden durch Richterrecht geschaffen. Deshalb werden Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechts (Informationspflichten, wirksame Einwilligung, Aufklärungspflichten, Dokumentation, Einsicht in Patientenakten, Beweislast) erstmalig im Bürgerlichen Gesetzbuch in einem neuen Abschnitt »Behandlungsvertrag« (§§ 630a–630h BGB) aufgenommen.

Haftung bei Behandlungsfehlern / Beweislast

Der Patient muss beweisen, dass der Behandelnde eine Pflicht verletzt hat, dass ein Schaden entstanden ist und die Pflichtverletzung für den Schaden ursächlich war. Eine Umkehr der Beweislast gilt bei groben Behandlungsfehlern.

Unterstützung der Patienten bei vermuteten Behandlungsfehlern

Bislang können die Krankenkassen ihre Versicherten bei vermuteten Behandlungsfehlern und der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen. Dazu können sie den MDK mit der Aufklärung des Sachverhalts und der Erstellung eines medizinischen Gutachtens beauftragen. Zukünftig sollen die Kranken- und Pflegekassen zur Unterstützung ihrer Versicherten bei der Durchsetzung der Schadenersatzansprüche aus Behandlungsfehlern grundsätzlich verpflichtet werden (Soll-Vorschrift). Die Beweisführung der Versicherten soll z. B. durch entsprechende medizinische Gutachten erleichtert werden.

Information und Aufklärung

Patienten müssen vom Behandelnden in einem persönlichen Gespräch verständlich und umfassend informiert werden, damit sie Zeit haben, sich die Entscheidung gut zu überlegen und Fragen zu stellen. Eine bloß schriftliche Aufklärung reicht in der Regel nicht aus.

Gesondert müssen Patienten auch informiert werden, wenn Kosten für besondere Behandlungen (etwa bei sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)) erkennbar nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen bzw. nicht von der privaten Krankenversicherung erfasst werden. Die Information muss schriftlich erfolgen.

Dokumentation und Akteneinsicht

Die Pflicht zur Dokumentation wird festgelegt. Patientenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Es wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme auch tatsächlich nicht erfolgt ist. Diese Vermutung soll nun ausdrücklich geregelt werden, genau wie das Recht des Patienten auf Akteneinsicht.

Bearbeitungsfristen für Krankenkassen

Krankenkassen sollen verpflichtet werden, über Leistungsanträge innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder im Fall einer notwendigen gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach fünf Wochen zu entscheiden. Falls dies aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht möglich sein sollte, können sich Versicherte nach einer Fristsetzung die Leistung von der Krankenkasse erstatten lassen.

Qualitätsmanagement von Krankenhäusern und Arztpraxen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzt die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement durch wesentliche Maßnahmen zur Patientensicherheit und Fehlervermeidung und legt Mindeststandards für das medizinische Risiko- und Fehlermanagement fest.

Elke Grünhagen

menhang allerdings, künftig Einsicht in ihre Behandlungsunterlagen nehmen zu dürfen. »Eine Hinhaltenaktik, die in der Praxis oft Wochen oder Monate ein Einsichtsrecht verwehrt, wird damit unmöglich«, freut sich Brysch.

Vor weitergehenden Änderungen bei der Beweislastumkehr hatten Mediziner aufs Heftigste gewarnt. Keinem Patienten sei gedient, »wenn Arzthaftungsfälle in Zukunft zwar großzügig erfasst und abgewickelt werden, es am Ende aber keine Ärztinnen und Ärzte mehr gibt, die bestimmte Leistungen noch durchführen, weil das Haftungsrisiko so groß ist«, orakelte der Chef des Hartmannbundes, Klaus Reinhardt. Dadurch könne es »im Endeffekt bei speziellen Erkrankungen zu ernsthaften Versorgungsengpässen kommen«. Es müsse verhindert werden, dass sich zwischen Arzt und Patient eine »Art Gegnerschaft entwickelt, aus der dann Generalverdächtigungen entstehen«, assistierte Theodor Windhorst, Chef der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Ärzte dürften nicht zum Freiwill für Juristen werden, mit »amerikanischen Verhältnissen« sei keinem gedient.

Unterstützung bei Behandlungsfehlern wird Soll-Vorschrift

Resoluter ausgefallen ist der Gesetzentwurf mit Blick auf die Krankenkassen. Wenn Versicherte ihre Leistungsanträge nicht binnen drei Wochen,

Den Kassen werden Fristen gesetzt für die Leistungsentscheidungen

im Fall einer notwendigen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes binnen fünf Wochen, beantwortet bekommen, sollen

sie sich ihre Leistungen künftig selber beschaffen können und die Kosten erstattet bekommen. Voraussetzung: Es gibt keinen »hinreichenden Grund« für die Fristüberschreitung.

Zudem werden die Kassen verpflichtet, ihre Versicherten künftig bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen stärker zu unterstützen. Bereits heute erstellen die Medizinischen Dienste pro Jahr ca. 12 000 Erstgutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern; bei rund einem Drittel werden die vermuteten Behandlungsfehler gutachterlich bestätigt. »Die Versicherten erhalten eine fundierte fachärztliche, gutachterliche Unterstützung angeboten, ohne dass ihnen zusätzliche Kosten entstehen«, unterstreicht Dr. Peter Pick vom MDS.

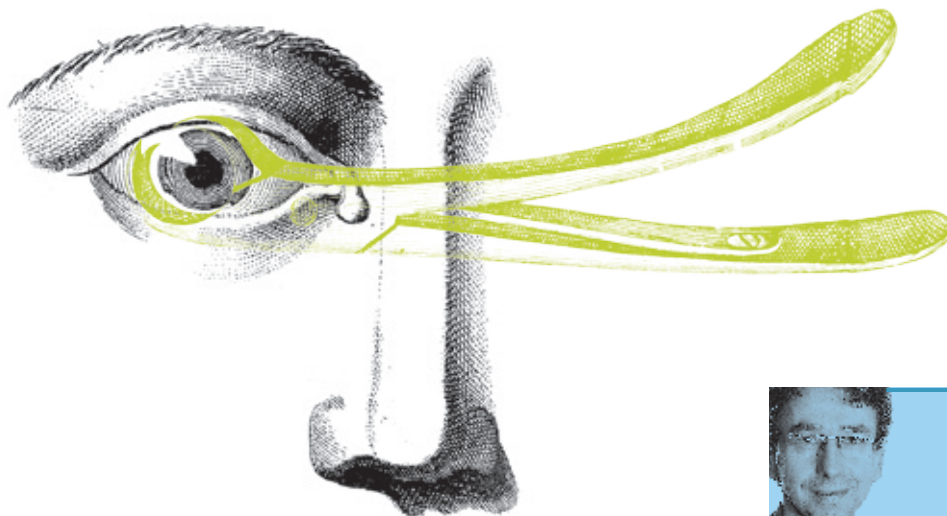
Ärgerlich finden es die Kassen, dass mit dem neuen Gesetz nicht auch die Chance ergriffen wurde, die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) stärker zu reglementieren. Vor solchen Angeboten ohne erwiesenen Nutzen müssten die Patienten dringend geschützt werden, fordert Thomas Ballast, Vorstandschef des Ersatzkassenverbandes. Die Politik müsse die Zusatzgeschäfte in den Arztpraxen begrenzen und mit einer vorgegebenen Mindestbedenkzeit dafür sorgen, dass die Anbieter ihre Kunden dort nicht überrumpeln können.

Nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz

Es ist gut, dass die verstreuten Vorgaben zum Patientenschutz gebündelt und manches neu formuliert wird – auch wenn es vielfach nur Appellcharakter hat. Das Ganze wird ohnehin eine Baustelle bleiben. Wobei nicht alles an Nachbesserungswünschen ernst zu nehmen ist. Aus erbosten Ärztekreisen etwa gibt es nun die Forderung, auch den Kassen eine Beweislastumkehr aufzudrücken.

Ob Zweibettzimmer im Klinikum, Wartezeiten-Garantie oder hoch engagierte Krankenkassenbetreuung: Nicht alles, was man als Patient gerne hätte, lässt sich in Gesetzesform gießen. Die Probleme aus wachsendem Kostendruck, Kommerzialisierung und fehlender Kooperation der Leistungserbringer wird das beste Paragrafenwerk nicht lösen können.

MDK erstellt jährlich etwa 12 000 Behandlungsfehlergutachten



Rainer Woratschka,
Parlamentsbüro *Tagesspiegel*
rainer.woratschka@
tagesspiegel.de

Interview mit Dr. Ilona Köster-Steinebach

»Mit diesem Gesetz wird ein Grundstein gelegt«

DAS PATIENTENRECHTEGESETZ will die Durchsetzung von Patientenrechten verbessern und Patienten mehr bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern unterstützen. Dr. Ilona Köster-Steinebach, Gesundheitsexpertin der Verbraucherzentrale Bundesverband, erläutert im MDK Forum, warum Patientenvertreter noch Nachbesserungsbedarf sehen.

MDK Forum Frau Dr. Köster-Steinebach, kann das Gesetz halten, was es verheißt?

Dr. Ilona Köster-Steinebach Eine klare Antwort: Nein, das kann es nicht. Das lässt sich allein schon am Umfang ablesen. Gerade mal knappe acht Seiten umfasst der eigentliche Gesetzestext im vorliegenden Entwurf. Die positive Botschaft dieses Gesetzes ist bisher nicht sein Inhalt, sondern die Tatsache, dass es überhaupt ein Patientenrechtegesetz geben wird. Erstmals wird eine Grundlage geschaffen, die in Zukunft verbessert werden kann und muss. Diese Grundsteinlegung begrüßen wir ausdrücklich.

Inhaltlich fasst das Gesetz in weiten Teilen nur zusammen, was ohnehin schon etablierte Rechtsprechung ist, etwa bei Behandlungsfehlern. Diese Punkte werden nun im Gesetz verankert und damit für die Betroffenen leichter zugänglich. In der Vergangenheit hat sich die Rechtsprechung gerade auch beim Behandlungsfehler immer patientenfreundlicher entwickelt. Wir befürchten nun, dass diese Entwicklung durch die jetzigen Formulierungen im Patientenrechtegesetz behindert oder verzögert wird. So paradox es klingt: Durch das Patientenrechtegesetz könnten Patienten sogar schlechter gestellt werden als ohne es.

MDK Forum Wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf?

Köster-Steinebach Bei der Haftung im Behandlungsfehlerfall müsste eine Öffnungsklausel vorgesehen werden, die es Richtern ermöglicht, die Beweislast auch patientenfreundlicher zu verteilen. Überhaupt sind die Beweise für Patienten sehr schwer zu erbringen. Sie sind hierzu auf Gutachter angewiesen. Deshalb fordern wir eine Qualitäts-

sicherung des Gutachterwesens. Ein anderer wichtiger Punkt ist die wirtschaftliche Aufklärung, wenn Kosten von Patienten direkt zu tragen sind. Hier geht der Gesetzesentwurf hinter alles zurück, was bei einem normalen Vertrag Standard ist. Wir fordern, dass vor der Leistung klipp und klar eine verlässliche, schriftliche Information über die tatsächliche Höhe der zu erwartenden Kosten an den Patienten ausgehändigt werden muss. Darüber hinaus sehen wir es bei diesen Selbstzahlerleistungen als notwendig an, die Patienten besonders genau auch über den zu erwartenden Nutzen aufzuklären und zu erläutern, warum die Kosten nicht von der Krankenkasse getragen werden.

Der dritte Themenkomplex, wo wir uns Verbesserungen dringend wünschen, sind die Rechte von Versicherten gegenüber ihren Krankenkassen. Das sind aber alles nur Beispiele, weiteren Verbesserungsbedarf sehen wir noch an vielen anderen Stellen.

MDK Forum Krankenkassen sollen ihre Versicherten zukünftig bei einem Behandlungsfehlerverdacht unterstützen, etwa durch ein Gutachten des MDK. Die SPD-regierten Länder haben darüber hinaus gefordert, die Fehlervermeidungskultur in Deutschland zu stärken. Reichen aus Ihrer Sicht die im Entwurf zum Patientenrechtegesetz vorgesehenen Regelungen aus oder hätten Sie sich mehr gewünscht?

Köster-Steinebach Zumindest sollte festgelegt werden, wie genau denn die Unterstützung der Kassen mindestens aussehen soll, ansonsten ist von einem kurzen Beratungsgespräch bis hin zur kompletten Organisation des Prozesses alles denkbar und damit intransparent für Patienten. Bei der Fehlervermei-

dungskultur sind wir sowieso skeptisch: Engagierte Kliniken und Ärzte machen das heute schon, die Uneinsichtigen wird man wohl auch mit dem Gesetz nicht zu weitreichenden Taten bewegen.

MDK Forum Wir haben gerade einen Skandal erlebt, der nicht auf einen ärztlichen Fehler zurückzuführen ist, sondern auf Fehler bei einem Medizinprodukt. Gehört eine bessere Überwachung im Vorfeld nicht auch zur Verbesserung der Patientenrechte?

Köster-Steinebach Ob bei Medizinprodukten, Arzneimittelschäden oder Behandlungsfehlern – Schadensregulierung durch Haftung ist höchstens zweitbeste Lösung. Sie ist kein Ersatz für die Sorge um Patientensicherheit durch externe und unabhängige Qualitätssicherung sowie durch strenge Zulassungsregeln und Produktüberwachung. Wir dürfen uns da in Zukunft auch nicht mehr scheuen, Konsequenzen gegenüber Produkten wie Leistungserbringern zu ziehen, die eine mangelhafte Qualität aufweisen. Diese Aufgabe kann durch nachträgliche Haftung, eingeklagt durch geschädigte Patienten, die immer vor dem Beweisproblem stehen, nicht erfüllt werden.

Dr. Ilona Köster-Steinebach



MDK-Behandlungsfehlerstatistik 2010

29% der Behandlungsfehler- vorwürfe bestätigt

DAS NACH DER OPERATION im Bauchraum vergessene Bauchtuch oder die Fehldosierung eines Medikaments: 6302 Behandlungsfehler-Erstgutachten haben die Medizinischen Dienste in der zweiten Jahreshälfte 2010 erstellt, 1859 Mal wurde der Vorwurf bestätigt. Dies entspricht einer Quote von 29%. In jedem fünften Fall sahen es die MDK-Gutachterinnen und Gutachter als gegeben an, dass der Behandlungsfehler kausal für den eingetretenen Schaden war.

Die Entfernung der Gallenblase war unauffällig verlaufen, doch eine Besserung wollte sich nicht einstellen. Der 67-jährige Werner Peters (Name von der Red. geändert) klagte weiter über Bauchschmerzen. Er fühlte sich abgeschlagen und sein Stuhlgang war unregelmäßig. Um eine Perforation des Magen-Darm-Traktes oder anderer Hohlorgane auszuschließen, wurde eine Leeraufnahme des Bauchraumes gemacht – ohne Ergebnis. Da keine freie Luft gefunden wurde, lautete die Verdachtsdiagnose nun »Gastroenteritis«. Als sich der Zustand von Werner Peters weiter verschlechterte, wurde er in ein anderes Krankenhaus verlegt und dort notfallmäßig operiert. Bei perforiertem Dickdarm wurde im freien Bauchraum ein Beißkeil gefunden.

Wo gearbeitet wird, da passieren Fehler, heißt es. In der Medizin können diese Fehler schwere gesundheitliche Folgen haben oder sogar zum Tod führen. Deshalb kommt es hier umso mehr darauf an, Fehler zu vermeiden. Wenn sie aber doch passieren, dann können Versicherte Hilfe von ihrer Krankenkasse erhalten. Denn diese kann Versicherte bei der Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen unterstützen und den MDK mit der medizinischen Beurteilung eines solchen Vorwurfs beauftragen. So sieht es die Rechtslage augenblicklich vor, das geplante Patientenrechtgesetz will die Stellung der Versicherten bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern noch stärken.

1. Orthopädie / Unfallchirurgie	1619
2. Allgemeinchirurgie	1316
3. Innere Medizin	502
4. Gynäkologie und Geburtshilfe	500
5. Zahnheilkunde	483
6. Pflege	421
7. Neurochirurgie	207
8. Urologie	167
9. HNO	159
10. Augenheilkunde	126

Tab. 1 Behandlungsfehlervorwürfe nach Häufigkeit der betroffenen Fachgebiete

1. 5-820	Hüftendoprothese	57
2. 5-822	Knieendoprothese	44
3. 5-237	Wurzelspitzensektion und Wurzelkanalbehandlung	40
4. 5-836	Spondylodese	31
5. 5-233	Prothetischer Zahnersatz	30
6. 5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	27
7. 5-455	Partielle Resektion des Dickdarms	24
8. 5-683	Uterusexstirpation	23
9. 5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	22
10. 5-788	OP Metatarsale und Phalangen des Fußes	20

Tab. 2 Liste ops der gutachterlich bestätigten Fehler nach Anzahl

Zwei Drittel der Vorwürfe betrafen Behandlungen im Krankenhaus

Jedes Jahr werden von der MDK-Gemeinschaft etwa 12 000 fachärztliche Gutachten zur Unterstützung von Versicherten erstellt, die sich an ihre Krankenkasse mit der Bitte um Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts wenden. Kommt der MDK-Gutachter zu dem Ergebnis, dass der Verdacht gerechtfertigt ist, soll das Gutachten dem Betroffenen helfen, seinen Anspruch auf Schadensersatz durchzusetzen. Aber: »Die Frage, ob eine Komplikation schicksalsbedingt und unvermeidlich war oder ob sie auf einen ärztlichen Fehler zurückgeführt werden muss, ist oft nicht leicht zu beantworten«, sagt Dr. Ingeborg Singer, die den Fachbereich Medizinrecht beim MDK Bayern leitet und verantwortlich für die inhaltliche Aufbereitung der Behandlungsfehler-Statistik der Medizinischen Dienste für das Jahr 2010 ist, die jetzt vom MDS und dem MDK Bayern herausgegeben wurde. So muss der Gutachter in zwei von drei Fällen im Gutachten erklären, warum das unerwünschte Behandlungsergebnis die Folge einer Komplikation ist – und nicht eines Fehlers.

Zwei Drittel der Vorwürfe, die zwischen Juli und Dezember 2010 an den MDK herangetragen worden sind, richteten sich gegen Krankenhäuser, nur rund ein Drittel der Vorwürfe wurde gegen eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt erhoben.

Mit Abstand die meisten Beschwerden wurden gegen

	Gonarthrose (M17)	Koxarthrose (M16)	Femurfraktur (S72)	Unterarmfraktur (S52)
Diagnosestellung	13,8%	10,2%	22%	37,1%
Diagnostischer Eingriff	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%
Therapeutischer Eingriff	56,9%	62,7%	28,8%	37,1%
Therapiemanagement	27,7%	18,6%	22,0%	28,6%
Aufklärung	9,2%	5,1%	10,2%	5,7%
Pflegerische Maßnahmen	7,7%	5,1%	25,4%	0,0%
Organisationsmangel	7,7%	3,4%	1,7%	5,7%
Dokumentationsmangel	9,2%	3,4%	15,3%	8,6%
Medizinproduktmangel	0,0%	1,7%	1,7%	0,0%

Tab. 3 Ausgewählte Beispiele zu diagnosespezifischen Identifikationen von Fehlerarten und Verantwortungsbereichen

Orthopäden und Unfallchirurgen (26%) vorgebracht, gefolgt von Allgemeinchirurgen (21%) und Internisten (8%) – siehe Tabelle 1. Die Medizinischen Dienste bearbeiten im Unterschied zu den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern auch zahnärztliche und pflegerische Behandlungsfehlervorwürfe. Entsprechend werden diese in der MDK-Statistik mit erfasst.

Viele Fehler bei der Endoprothetik der großen Gelenke

Absolut betrachtet wurden die meisten Fehler in der Orthopädie bzw. Unfallchirurgie bestätigt. Es folgen die Allgemeinchirurgie und die Pflege. »Ein anderes Bild ergibt sich, wenn wir das Verhältnis von Vorwürfen zu bestätigten Fehlern betrachten. Dann zeigt sich nämlich, dass in den operativen Fächern prozentual seltener Behandlungsfehler bestätigt wurden als in der Pflege, der Allgemeinmedizin und der Zahlheilkunde«, erläutert Singer.

Bei den Prozeduren (OPS) – im Krankenhaus und ambulant – fanden MDK-Gutachter die meisten Fehler im Zusammenhang mit der Endoprothetik von Hüft- oder Kniegelenken und bei zahnärztlichen Eingriffen (siehe Tab. 2).

Fehlerarten und Verantwortungsbereiche

Bei der Beurteilung eines Behandlungsfehlervorwurfes werden alle Bereiche ärztlicher Tätigkeit unter die Lupe genommen und auch statistisch erfasst: Neben der Diagnosestellung, den diagnostischen und therapeutischen Eingriffen werden Therapiemanagement, Aufklärung und pflegerische Maßnahmen untersucht. Auch Mängel in der Organisation, Dokumentation und bei Medizinprodukten können ursächlich für einen Behandlungsfehler sein.

Mehr als die Hälfte der Vorwürfe richteten die Versicherten 2010 undifferenziert gegen Therapiemaßnahmen. Tatsächlich sehen die MDK-Gutachter bei festgestellten Behandlungsfehlern den Fehler überwiegend beim therapeutischen Eingriff (41,5%), gefolgt vom Therapiemanagement (25%) und der Diagnose (24,5%). Erst dann folgen Dokumentations- und Aufklärungsmängel sowie pflegerische Maßnahmen (jeweils ca. 10%). »Bei den Prozentangaben ist zu beachten, dass bei der Dokumentation der Fehlerart Mehrfachnennungen möglich sind«, erläutert Ingeborg Singer. »Nach unserer Erfahrung kommt es bei einer erheblichen Zahl von Behandlungsfehlern zu einer Verkettung von Versäumnissen, die sich dann auch

in der Mehrfachnennung von Fehlerarten niederschlägt.«

Betrachtet man die bestätigten Fehler fachgebietsbezogen, so überwogen die therapeutischen Eingriffe in nahezu allen handwerklich geprägten Behandlungsfeldern, gefolgt von Fehlern in der Diagnosestellung, dem Therapiemanagement, der Aufklärung und der Dokumentation. Das Therapiemanagement war die häufigste Quelle von Fehlern in der inneren und Allgemeinmedizin, gefolgt von Fehlern in der Diagnosestellung und der Organisation.

Fehlerprävention als mittelfristiges Ziel

»Richtig interessant wird es, wenn wir Fehlerarten und Verantwortungsbereiche bei einzelnen Diagnosen auswerten. Damit erhalten wir nämlich Hinweise auf Möglichkeiten, präventive Maßnahmen aus der MDK-Datenbank für das Patientenwohl zu entwickeln«, so Singer.

Bei den Diagnosen Kniegelenksarthrose (Gonarthrose, ICD M17) und Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose, ICD M16) etwa zeigt sich, dass die meisten Fehler im Rahmen des therapeutischen Eingriffes unterlaufen sind (siehe Tab. 3). Anders bei der Oberschenkelfraktur (Femurfraktur, ICD S72): Hier scheint der gesamte Behandlungsverlauf fehleranfällig, so dass die bestätigten Fehler zu etwa gleichen Teilen in der Diagnosestellung, dem therapeutischen Eingriff, aber auch in den pflegerischen Maßnahmen zu finden sind. Eine weitere Auffälligkeit findet sich bei der Unterarmfraktur (ICD S52), bei der am häufigsten Fehler in der Diagnosestellung auftreten (37,1%). Ingeborg Singer: »Wir wollen in Zukunft solche Beispiele genauer analysieren, um eventuell konkrete Handlungsempfehlungen ableiten zu können.«

Werner Peters hatte bei der Narkose zur Gallenblasen-OP offenbar einen Beißkeil verschluckt. Der Beißkeil soll während der Narkose verhindern, dass der Patient auf den Beatmungsschlauch beißt. Zwar war der Beißkeil in der Abdomenleeraufnahme bereits zu sehen gewesen, aber unentdeckt geblieben. »Auf keinen Fall darf ein Beißkeil ungesichert beim Patienten verwendet werden, und das Fehlen desselben nach dem Aufwachen des Patienten hätte auch unbedingt bemerkt werden müssen«, urteilten die MDK-Gutachter.



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

Patientensicherheit in Krankenhäusern – Modellprojekt des MDK Niedersachsen

Praxisprojekt fördert Sicherheitskultur

DER ENTWURF DES PATIENTENRECHTEGESETZES zielt auch auf die Verbesserung der Patientensicherheit ab. Zusammen mit der KKH-Allianz entwickelte der MDK Niedersachsen ein Programm zur Optimierung der Sicherheitsprozesse und -struktur in Krankenhäusern. Im Jahr 2011 wurde unter der Schirmherrschaft des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, CSU, ein Modellprojekt im KRH Klinikum Nordstadt in Hannover umgesetzt.

Operationsaal fünf. Bei einer schwer gestürzten Patientin soll der gebrochene Unterarm stabilisiert werden. Bevor der Unfallchirurg mit der Operation beginnt, fordert er den Springer zur Auszeit auf. Mithilfe einer Checkliste fragt der Springer im sogenannten Team Time Out vor Hautschnitt die wichtigsten Punkte wie den Namen der Patientin, Allergien, die zu operierende Körperseite und andere Punkte im gesamten OP-Team ab und vergleicht die Antworten mit den vorhandenen Unterlagen. Der Einsatz von Checklisten ist nur ein Punkt in einer Reihe von Maßnahmen, die das Nordstadt-Klinikum einsetzt.

Kernpunkt: Arbeit mit den Mitarbeitern

Das Patientensicherheitsprogramm macht sich erfolgreiche Strategien aus anderen Hochrisikobereichen – wie der Luftfahrt – zu eigen. Der Kernpunkt ist die Arbeit mit den Mitarbeitern an den Sicherheitsprozessen. Die Mitarbeiter wissen am besten, wo Fehlerquellen lauern. Nur mit ihnen lässt sich eine neue Sicherheitskultur schaffen. Aus Untersuchungen in der Luftfahrt weiß man, dass soziale Spannungen innerhalb der Crew das Zwischenfallrisiko vervielfachen. So entschloss sich das Klinikum Nordstadt, rund 400 Mitarbeiter aus allen Abteilungen von Piloten und Medizinerinnen gemeinsam in mehreren Kursen zu schulen. Die Teams trainierten berufsgruppenübergreifend standardisierte Abläufe wie die sichere Patientenidentifikation, die Medikamentengabe, aber auch, wie man mit Hierarchie umgeht.

Im Herbst 2011 übten ausgewählte Teams im Patientensimulator Notfallsituationen, Entscheidungsfindung und situative Aufmerksamkeit. Den Maßnahmen vorausgegangen waren Sicherheits-Audits in den Operationsälen und Stationen.

Mitarbeiter vor Fehlern schützen

Das Projekt in Hannover machte zwei wesentliche Perspektiven der Patientensicherheit sehr deutlich: das Wohlergehen der Patienten und den Schutz der eigenen Mitarbeiter vor fehlerträchtigen Fällen. Gerade der Aspekt, dass die Mitarbeiter im Krankenhaus vor Fehlern



geschützt werden sollen, hat eine hohe Motivation in diesem Projekt erzeugt.

Wer sich für diesen Weg entscheidet, wird nicht aufhören, sein Sicherheitsniveau auf einem hohen Stand zu halten. Das KRH Klinikum Nordstadt hat sich bereits während der Projektphase für eine dauerhafte Patientensicherheitsstrategie entschieden. In diesem Projekt konnten Krankenhaus, Krankenkasse und MDK, Mediziner und Luftfahrtexperten gemeinsam ein praxisbezogenes Programm auf die Beine stellen, das neue Perspektiven zur Patientensicherheit eröffnet hat.

Zum Programm:

Das Sicherheitsprogramm von KKH-Allianz und MDK Niedersachsen basiert inhaltlich auf den Patientensicherheitszielen der WHO sowie den internationalen Empfehlungen zur Patientensicherheit, unter anderem der Joint Commission International (JCI). Zudem floss u. a. Know-how der Luftfahrtpsychologie des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR) mit in die Programmentwicklung ein.

Auskunft über weitere Programmdetails erhalten Sie beim MDK Niedersachsen



Martin Dutschek,
Koordinator des Projektes
Patientensicherheit
beim MDK Niedersachsen.
martin.dutschek@mdkn.de

IGeL-Monitor

Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand

MIT DEM START DES NEUEN INTERNET-PORTALS »IGEL-MONITOR« ist wieder Bewegung in die Diskussion um Sinn und Unsinn von individuellen Gesundheitsleistungen gekommen. Die Bilanz der ersten Wochen: Eine Viertelmillion Besucher des Portals, hunderte Zuschriften von Nutzern und eine überwältigende Resonanz in den Medien. Dies zeigt, wie groß der Bedarf an Information und Aufklärung bei den sogenannten Selbstzahlerleistungen ist.

1,5 Milliarden Euro Umsatz, so schätzt das wissenschaftliche Institut der AOK (wido), generieren niedergelassene Ärzte jährlich mit sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen. Diese IGeL abgekürzten Angebote sind keine Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen und müssen deshalb von den Patienten aus eigener Tasche gezahlt werden, es sei denn, die jeweilige Kasse übernimmt die Kosten freiwillig.

1,5 Milliarden Euro zusätzlich für die Gesundheit, das klingt zunächst gut. Aber ist das Geld auch wirklich gewinnbringend angelegt? Ärzte sagen: ja. Schließlich würden sie nur Leistungen anbieten, »die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert bzw. sinnvoll, zumindest aber vertretbar sind.« So hat es zumindest der 109. Deutsche Ärztetag im Jahr 2006 mit großer Mehrheit beschlossen.

Bei der Entscheidung für oder gegen IGeL fühlen sich Patienten oft allein gelassen

Ärzte sagen: ja. Schließlich würden sie nur Leistungen anbieten, »die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert bzw.

Gute Gründe für IGeL-Bewertung

Doch Patienten sind verunsichert: Einerseits wollen sie ihrem Arzt glauben und ihrer Gesundheit etwas Gutes tun, andererseits hat wohl jeder schon einmal von der »Abzocke in der Arztpraxis« gehört, vor der auch Ärztefunktionäre warnen. Und wäre es nicht Aufgabe der Kassen, alle notwendigen, empfehlenswerten und sinnvollen Leistungen zu bezahlen? Sparen die Kassen also auf Kosten der Gesundheit ihrer Versicherten? Mit jeder IGeL, die Ärzte anbieten, schwingt dieser Vorwurf mit. Aus Sicht der Kassen wiederum sind IGeL – vor allem die zur Vorsorge – weit mehr als »Selbstzahlerleistungen«, die sie nichts anzugehen haben. Schließlich müssen sie mit den Solidarbeiträgen ihrer Versicherten Abklärungsuntersuchungen und Behandlungen bezahlen, die sich aus den IGeL ergeben.

Gründe genug also, der Frage nachzugehen, wie sinnvoll einzelne IGeL tatsächlich sind. Das heißt konkret: Wie groß sind Nutzen und Schaden für die Patienten und wie genau weiß man darüber Bescheid? So stellte der MDS ein Team zusammen, das sich dieser Fragen annahm. Das Ergebnis der Arbeit ist das Internet-Portal »IGeL-Monitor«, das sich als Orientierungshilfe im ärztlichen Angebotsdschungel versteht.

Transparente Methodik

Der IGeL-Monitor hat zwei Schwerpunkte: Er informiert allgemein zum Thema »Individuelle Gesundheitsleistungen« und er bewertet das Nutzen- und Schadenpotenzial einzelner IGeL. Diese Bewertungen werden von einem interdisziplinären Team aus Medizinern und anderen Experten, die sich alle den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin verpflichtet fühlen, nach einer einheitlichen Methodik erarbeitet. »Das Neue am IGeL-Monitor ist – auch im Vergleich zu anderen Informationsangeboten – die systematische und transparente Aufbereitung«, sagt Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS. Und nicht nur das Vorgehen, sondern auch die Werturteile, die notwendigerweise in die Bewertung einfließen, werden transparent dargelegt. Schließlich ist es das erklärte Ziel des IGeL-Monitors, dass sich alle Nutzer ein eigenes Urteil bilden können.

Neu: die systematische und transparente Aufbereitung

Im eigentlichen Kern des Portals sind unter der Rubrik »IGeL A-Z« die bislang bewerteten IGeL aufgeführt. Etwa alle vier Wochen soll eine neue IGeL dazukommen. Um Versicherte sowie Fachleute, eilige Nutzer sowie besonders Interessierte gleichermaßen gut zu bedienen, sind die Informationen für jede IGeL auf fünf Ebenen dargestellt:

- **Bewertungsaussage:** In einem Satz wird die abschließende Bewertung zusammengefasst. Dafür stehen fünf Kategorien zur Verfügung: positiv, tendenziell positiv, unklar, tendenziell negativ und negativ.
- **IGeL-Info kompakt:** In zwei Absätzen wird die IGeL und die Bewertung kurz beschrieben.
- **IGeL-Info ausführlich:** In mehreren Abschnitten erhält der Nutzer vertiefende Informationen über das Gesundheitsproblem, die IGeL und die Bewertung.
- **Evidenzsynthese:** In einem PDF-Dokument wird die Datenlage analysiert und die Bewertung hergeleitet.
- **Ergebnisbericht:** In einem PDF-Dokument von mitunter etlichen Seiten wird die Literatursuche beschrieben und jede verwendete Studie einzeln beschrieben.

Schutz für Versicherte

»Unsere Grundeinstellung bei der Bewertung von IGeL ist eine eher vorsichtige«, sagt Dr. Monika Lelgemann, Projektleiterin und Leiterin des Bereichs »Evidenzbasierte Medizin« des MDS. So geht das IGeL-Team bei der Bewertung grundsätzlich davon aus, dass jeder invasive Eingriff und jede Früherkennungsmaßnahme einen Schaden haben kann. Gibt es bei diesen Maßnahmen zugleich keine Hinweise auf einen Nutzen, kommt der IGeL-Monitor zu der Bewertung »tendenziell negativ«. »Dieses Grundraster«, so Lelgemann, »deckt sich mit unserem Ziel, dass wir Patientinnen und Patienten vor Maßnahmen schützen wollen, die nicht nachgewiesenermaßen mehr Vorteile als Nachteile bedeuten. Diese Anforderung klingt selbstverständlich, wird jedoch von vielen der angebotenen individuellen Gesundheitsleistungen leider nicht erfüllt.«

Wie schneiden die bislang untersuchten IGeL ab? »Unsere Ergebnisse stützen eine kritische Bewertung des IGeL-Marktes«, fasst Pick die Ergebnisse zusammen. Von den 24 bislang betrachteten IGeL werden vier negativ, sieben tendenziell negativ, sieben unklar, zwei tendenziell positiv und keine einzige positiv bewertet. Vier weitere werden nur beschrieben, aber nicht bewertet, da sie per Gesetz aus der Leistungspflicht ausgeschlossen sind, wie etwa eine reisemedizinische Vorsorge.

Beeindruckendes Echo auf den Start

Mit seinem IGeL-Monitor traf der MDS offenbar einen Nerv: Schon zum Online-Start am 25. Januar war das Medieninteresse groß. In den Tagen danach informierten dutzende Beiträge über die neue Internet-Plattform. Allein die Ärztezeitung widmete dem IGeL-Monitor bislang sieben Beiträge. Auch die Reaktionen auf die Beiträge fielen engagiert aus: Auf einen Beitrag von Spiegel online hin schalteten sich 139 Leser in die Diskussion ein.

Das Portal registrierte in den ersten zwei Wochen etwa 250 000 Besucher. Nach anfänglichen Spitzenwerten suchen jetzt täglich 5000 bis 7000 Nutzer Rat über bestimmte IGeL oder stöbern nach Wissenswerten in den weiteren Informationsangeboten des Portals. Das Kontaktformular des IGeL-Monitors wurde inzwischen über 800-mal ausgefüllt. Einige kritische Stimmen waren darunter, aber insgesamt fiel das Echo überwältigend positiv aus. Viele Nutzer regten weitere IGeL-Bewertungen an, die in Zukunft besonders berücksichtigt werden.

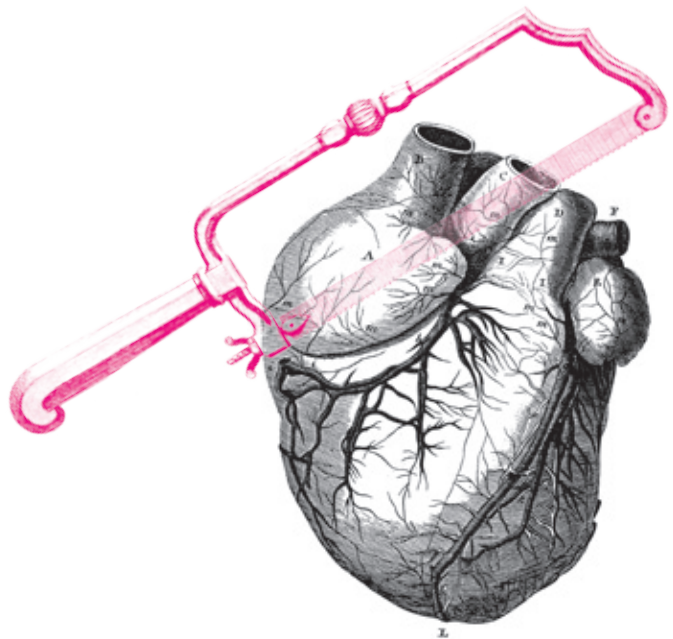
Vonseiten der Ärzte gab es auch Anerkennung. So weist etwa das Internet-Portal »Patienten-Information.de« der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf den IGeL-Monitor hin. »Die

Auch Politiker meldeten sich bereits zu Wort: So kommt Wolfgang Zöllner, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, zu dem Schluss: Der IGeL-Monitor sei ein »positives Ergebnis für mehr Transparenz«, mit dem man dem Ziel näherkäme, »eine umfassende Bewertung der IGeL-Leistungen – für jedermann einsehbar – zum Beispiel ins Internet zu stellen«. Und Mechthild Rawert, SPD-Mitglied des Bundestages und Mitglied des Ausschusses für Gesundheit, nennt die Freischaltung des Portals einen »guten Tag für besser informierte Patienten«.

Krankenkassen fordern Nachbesserung bei Patientenrechtegesetz

Der IGeL-Monitor versetzt Versicherte in die Lage, auf der Grundlage empirisch-medizinischer Bewertungen eine Entscheidung zu treffen, lobte Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, anlässlich der Vorstellung des IGeL-Monitors. Doch bei Aufklärung sollte es nach Auffassung der Krankenkassen in Zukunft nicht bleiben: »Der Patient muss die Möglichkeit

**Täglich suchen
zwischen 5000 und
7000 Nutzer Rat**



haben, sich bei Bedarf zu informieren und die Entscheidung für oder gegen eine solche Selbstzahlerleistung ohne Zeitdruck fassen zu können«, forderte Pfeiffer. Das aber ist im aktuellen Entwurf zum Patientenrechtegesetz noch nicht umgesetzt.

Ergebnisse zeigen: IGeL-Markt ist kritisch zu bewerten

Reaktionen aus der Ärzteschaft zeigen, dass wir mit dem IGeL-Monitor ein sehr wichtiges Thema aufgegriffen haben, das nicht nur Patientinnen und

Patienten, sondern auch die Ärzte sehr bewegt. Dass jetzt KBV und Bundesärztekammer über ein Gütesiegel für medizinisch sinnvolle IGeL nachdenken wollen, nehmen wir als Signal, dass Bewegung in diese Debatte kommt«, sagt Projektleiterin Lelgemann.



Dr. Christian Weymayr ist freier Medizinjournalist und Redakteur des IGeL-Monitors. www.christian-weymayr.de

Mehr als Notfalltraining für geburtshilfliche Teams:

Simparteam

MEDIZINISCHE NOTFALLSITUATIONEN sind eine Herausforderung für alle Akteure. Besonders heikel sind Notfälle unter der Geburt, wo zusätzlich zur Bedrohung der Mutter das neue Leben des Kindes in Gefahr gerät. Jeder Fehler und jeder daraus resultierende vermeidbare Geburtsschaden ist einer zu viel. Hier setzt das Projekt Simparteam an.

Vor zwei Jahren hat die Arbeitsgruppe »Behandlungsfehlerregister« des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. Geburtsschäden koordiniert ausgewertet. Dazu wurden rund 800 Schadensfälle aus den Registern des MDK Bayern, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Helios-Kliniken, der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH sowie der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern und der AOK auf ihre Ursachen hin untersucht. Als Ergebnis zeigte sich, dass fehlerhafte Abläufe in Kreißsälen überwiegend mit verzögert oder nicht durchgeführten Kaiserschnittentbindungen, CTG-Fehlinterpretationen sowie mit Kommunikationsstörungen im geburtshilflichen Team zusammenhängen. Auch unklare Verfahrensregeln für den Notfall spielen immer wieder eine Rolle.

Training soll Sicherheit im Kreißaal bringen

Diese beherrschbaren Schadensursachen gilt es unbedingt zu reduzieren und damit Mutter und Kind bei Notfallsituationen unter der Geburt mehr Sicherheit zu verschaffen. Deshalb haben Mitglieder der oben genannten Arbeitsgruppe gemeinsam mit weiteren Partnern unter Leitung des MDK Bayern die Initiative zum Projekt Simparteam ergriffen – ein interdisziplinäres Qualifikationsprogramm für geburtshilfliche Teams aus Gynäkologen, Hebammen, Anästhesisten, Pflegefachkräften und Pädiatern. Im Mittelpunkt steht ein Teamtraining an technisch

hochmodernen, computergesteuerten Patientensimulatoren. In der realen Kreißsaalumgebung wird die werdende Mutter zunächst vom üblichen Geburtshilfeteam betreut. Die Instruktoren der Simulation können jederzeit Notfallsituationen wie Blutungen, Wehensturm oder plötzlichen kindlichen Sauerstoffmangel inszenieren. Dann muss das Team reagieren wie bei einer echten Patientin. Schnelle Entscheidungen sind zu treffen, eventuell wird Verstärkung benötigt. Mittels Videokamera wird aufgezeichnet, was sich unter den Bedingungen der Notsituation abspielt. Gemeinsam erfolgt später die Auswertung des Geschehens – nicht nur medizinisch-fachlich, sondern auch in Bezug auf die Teamkommunikation.

Neben diesem Notfallmanagement-Training stehen eine fallbasierte CTG-Schulung für Hebammen und Geburtshelfer sowie Skills-Trainings für die erweiterte Neugeborenen-Erstversorgung für Neonatologen und Anästhesisten auf dem Programm. Außerdem beinhaltet Simparteam Anleitungen zur Nutzung von Fehlermeldesystemen für das Erkennen von Risiken und zur Erarbeitung lokaler Kreißsaalleitlinien oder Checklisten.

Die Teilnahme an den 2,5-tägigen Seminaren ist freiwillig. Derzeit ist eine Pilotierung und anschließende Evaluation an sieben geburtshilflichen Abteilungen unterschiedlicher Größe und Versorgungsstufen in Bayern geplant. Danach hoffen die Initiatoren auf das Interesse weiterer Kliniken, sich zur Verbesserung der Patientensicherheit auf diese nachhaltige Weise schulen zu lassen.

Aus der Luftfahrt in den Kreißaal

Der Bereich Anästhesie und Notfallmedizin trainiert schon seit einiger Zeit mit diesen Methoden, die sich seit Jahrzehnten in anderen Hochrisikobereichen wie beispielsweise der Luftfahrt bewährt haben. Eine Übertragung dieser Trainingsform auf die Geburtshilfe ist allerdings eine komplexe Angelegenheit, da hier mehrere Berufsgruppen zu beteiligen sind. Simparteam will sich nun dieser Aufgabe erstmalig in Deutschland stellen und auf diese Weise dazu beitragen, vermeidbare Geburtsschäden zu verringern, um damit Kindern, Müttern und Familien schweres, mitunter lebenslanges Leid und Belastungen zu ersparen.

Weitere Informationen unter:
www.aps-ev.de

Partner und Projektbeteiligte

Aktionsbündnis Patientensicherheit
AOK Bundesverband / AOK Bayern
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
Gesellschaft für Neonatologie und
Pädiatrische Intensivmedizin
Deutscher Hebammenverband
Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement /
Imu München
MDK Bayern
Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum /
Universitätsklinikum Tübingen
Versicherungskammer Bayern



Dr. Ingeborg Singer leitet den Fachbereich Medizinrecht beim MDK Bayern
ingeborg.singer@mdk-bayern.de

Begutachtung von Mutter- / Vater-Kind-Maßnahmen

Transparenz soll jetzt großgeschrieben werden

DAMIT ANTRÄGE FÜR EINE MUTTER- / VATER-KIND-MASSNAHME künftig bei den Krankenkassen und im MDK transparenter und einheitlicher bearbeitet werden können, hat der GKV-Spitzenverband Anfang Februar eine überarbeitete Version der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation beschlossen. Ergänzt wird sie durch gemeinsame Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des MDS für die Krankenkassen und die MDK.

Kann eine Mutter-Kind-Maßnahme befürwortet werden, auch wenn das Kind schon 16 Jahre alt und »aus dem Größten raus« ist? Soll eine Mutter, die zur Verhinderung einer Krankheit (Vorsorge) mehrere verschiedene Behandlungen benötigt, diese in Form einer stationären »Mutter-Kind-Maßnahme« erhalten oder kann sie auf ambulante Einzelleistungen, wie Heilmittelangebote, verwiesen werden?

Bei der Beurteilung solcher und ähnlicher Fragen im Zusammenhang mit Anträgen auf eine Mutter-/Vater-Kind-Leistung hatte der Bundesrechnungshof im vergangenen Jahr eine uneinheitliche und oft nicht nachvollziehbare Begutachtungs- und Bewilligungspraxis bei MDK

und Krankenkassen beanstandet und Abhilfe gefordert (MDK forum berichtete). Insbesondere sollte durch eine Konkretisierung der

Müttergenesungswerk und Privatkliniken eingebunden

Die Begutachtungsrichtlinie und die Umsetzungsempfehlungen wurden mit dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken eingehend erörtert. Im Ergebnis haben beide Verbände die aktuell gültigen Vorgaben anerkannt. Das MGW hat dies in einer gemeinsamen Presseerklärung mit dem GKV-SV zum Ausdruck gebracht. Auch vonseiten einiger Krankenkassen wurden die Neuregelungen in entsprechenden Presseerklärungen begrüßt.

Viel hängt jetzt davon ab, wie die neuen Vorgaben umgesetzt werden. Um die Voraussetzungen für eine zügige Umsetzung zu schaffen, hat der MDS noch im Februar eine Schulung für Multiplikatoren aus den MDK durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass die Gutachterinnen und Gutachter keine gravierenden Umsetzungsprobleme erwarten.

Bericht an den Bundesgesundheitsminister

Ende März werden der MDS und der GKV-Spitzenverband dem Bundesminister für Gesundheit auftragsgemäß einen Bericht abgeben über die Verbesserungsmaßnahmen, die zur Beendigung der vom Bundesrechnungshof aufgezeigten Defizite eingeleitet wurden. Darin werden auch weitere Maßnahmen wie die Einführung einheitlicher Verordnungsvordrucke und eine transparentere Dokumentation der Begutachtung angesprochen werden.

Krankenkassen und MDK würden einen Erfolg verbuchen, wenn mit der neuen Begutachtungs-Richtlinie und den Umsetzungsempfehlungen nicht nachvollziehbare Gutachten und Leistungsbescheide der Vergangenheit angehörten. Insbesondere wegen der großen öffentlichen Aufmerksamkeit, die diesen Leistungen stets zuteilwird, darf man sicher davon ausgehen, dass eine Nagelprobe stattfinden wird.

Die Richtlinien müssen die Nagelprobe noch bestehen

und Krankenkassen beanstandet und Abhilfe gefordert (MDK forum berichtete). Insbesondere sollte durch eine Konkretisierung der

Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation und zusätzliche Arbeitshilfen mehr Einheitlichkeit und Transparenz hergestellt werden. Diese Forderungen machten sich auch der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages und das Bundesgesundheitsministerium zu eigen und forderten, dass Vertreterinnen und Vertreter des Müttergenesungswerkes (MGW) und des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) an den Beratungen über neue Bearbeitungsvorgaben beteiligt werden sollen.

Begutachtungsrichtlinie und Umsetzungsempfehlungen beschlossen

Vor diesem Hintergrund entwickelte der GKV-Spitzenverband mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) unter Beteiligung der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Leistungsbeurteilung/Teilhabe« (SEG 1) der MDK-Gemeinschaft entsprechende Konkretisierungen der Begutachtungs-Richtlinie und gemeinsame Empfehlungen für ihre Umsetzung. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen werden jetzt klarer dargestellt. Aspekte, die in der Vergangenheit häufiger den Ausschlag für die Ablehnung von Anträgen gaben und unter anderem zu den genannten Beanstandungen geführt hatten, wie beispielsweise der Verweis auf ambulante Leistungen, das Alter der Kinder, allgemeine und mütter-/vaterspezifische Kontextfaktoren, werden



Dr. Stefan Gronemeyer
ist Leitender Arzt und
stv. Geschäftsführer des MDS.
s.gronemeyer@mds-ev.de



Medizinprodukte: Lücken im Überwachungsnetz

BRECHENDE HÜFTPROTHESEN ODER BRUSTIMPLANTATE mit billigem Industrie-Silikon: die aktuellen Skandale bringen die Medizinprodukte-Branche in Verruf und werfen ein schlechtes Licht auf die Regularien, nach denen diese Produkte zugelassen und überwacht werden. So sind allein in Deutschland mehr als 80 Institutionen mit unterschiedlichen rechtlichen Befugnissen an der Marktzulassung, Überwachung und Prüfung von Medizinprodukten beteiligt.

Wie viele Frauen in Deutschland ein Brustimplantat mit minderwertigem Silikon des französischen Herstellers Poly Implants Prothèse (PIP) erhalten haben, lässt sich nicht genau sagen. Seit dem 6. Januar wissen sie jedoch, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die oberste deutsche Überwachungsbehörde, ihnen empfiehlt, die Implantate entfernen zu lassen – als Vorsichtsmaßnahme. Das BfArM begründete dies mit möglichen Gesundheitsrisiken durch vermehrt ausgetretenes Silikon, auch bei Implantaten ohne Rissbildung.

In Frankreich waren die Skandal-Implantate schon lange auffällig

Schon am 29. März 2010 hatte die französische Aufsichtsbehörde AFSSAPS das Ruhen des Vertriebs von Silikon-Brustimplantaten der Firma PIP angeordnet und ihre weitere Anwendung verboten. Hintergrund waren ein Anstieg von Rissen im Implantat sowie eine Prüfung in den Räumlichkeiten des Unternehmens.

Am 14. Dezember 2011 teilte das französische Gesundheitsministerium mit, dass es bei vielen der mit PIP-Implantaten versorgten Patientinnen zu Implantatrupturen (10%), Gelaustritt aus der Implantathülle (bis zu 11%)

oder entzündlichen Reaktionen gekommen war. Bei acht Patientinnen traten Krebserkrankungen auf, deren Zusammenhang mit den Implantaten jedoch bisher

nicht abschließend geklärt werden konnte.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfahl daraufhin, dass sich Frauen mit Implantaten der Firma PIP alle sechs Monate untersuchen lassen sollten. Bei Implantatruptur oder Verdacht auf Undichtigkeit sollte das Implantat entfernt werden.

Zersplitterung von Zuständigkeiten

Wie konnte es so weit kommen? Eine mögliche Erklärung liegt in den Zuständigkeiten, die den Verkehr mit Medizinprodukten regeln. In Deutschland gilt das Medizinproduktegesetz (MPG). Es basiert auf europäischen Richtlinien, die einheitliche Vorschriften zur Prüfung und Überwachung von Medizinprodukten in der gesamten EU sicherstellen sollen.

Damit ein Hersteller seine Produkte in Europa vertreiben kann, muss er zunächst die Risikoklasse (I, IIa, IIb oder III), also das Gefährdungspotenzial seines Produktes für Patienten, Anwender und Dritte, bestimmen. Die vom Hersteller formulierte Zweckbestimmung gibt u. a. Auskunft darüber, bei welcher Indikation das Produkt angewendet werden kann.

Daraufhin wird es gemäß einem in den Richtlinien festgelegten Konformitätsbewertungsverfahren geprüft. Ziel ist es, die Sicherheit des Produktes nachzuweisen und zu belegen, dass es den festgelegten Zweck unter normalen Anwendungsbedingungen erfüllt. Die Prüfverfahren orientieren sich an der Risikoklasse des Produktes, das bedeutet, dass Hochrisikoprodukte wie implantierbare Defibrillatoren den höchsten Prüfanforderungen unterzogen werden. Eine Prüfung der Wirksamkeit, wie sie z. B. in den USA durchgeführt wird, gibt es jedoch nicht.

Es gibt noch einen weiteren Unterschied zu den USA: Bei uns ist die Marktzulassung von Medizinprodukten kein staatliches Verfahren. Die Hauptverantwortung liegt beim Hersteller. Bei den vorgeschriebenen Prüfungen zur CE-Kennzeichnung arbeitet er insbesondere bei Klasse-II- und Klasse-III-Produkten mit einer Zertifizierungs- beziehungsweise »Benannten Stelle« zusammen. Davon gibt es in Deutschland 16, europaweit sind es rund 70. Die Hersteller können sich aussuchen, bei welcher dieser Stellen sie ihr Produkt zertifizieren lassen. In Deutschland muss dann noch eine der rund 65 auf Landesebene zuständigen Behörden zustimmen.

In Europa hat der Hersteller die Verantwortung für die Zulassung

Drei Bundes-Institutionen übernehmen weitere Aufgaben im Medizinproduktebereich: das Paul Ehrlich Institut (PEI), die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz (ZLG) und das BfArM. Die ZLG benennt und überwacht Prüflaboratorien und Zertifizierungsstellen in den Bereichen der Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika. Das BfArM ist zuständig für die zentrale Erfassung, Auswertung und Bewertung von auftretenden Risiken. Dabei hat es keine eigene Maßnahmenbefugnis, sondern informiert die zuständigen Landesbehörden und auch die Behörden der anderen Vertragsstaaten.

Die Aufgaben bei der Marktzulassung, Überwachung und Prüfung von Medizinprodukten verteilen sich in Deutschland damit auf insgesamt über achtzig Institutionen mit unterschiedlichen rechtlichen Handlungsbefugnissen. Diese Zersplitterung von Zuständigkeiten erschwert ein zentrales, koordiniertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen.

In den USA liegt die Zulassung in staatlicher Hand

In den USA ist das anders, seit 1976 der Federal Food, Drug, and Cosmetic Act verabschiedet wurde. Seitdem regelt die staatliche Behörde FDA (Food and Drug Administration) die gesamte Zulassung und Überwachung von Medizinprodukten. Die FDA gehört zum Zuständigkeitsbereich des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums. Sie muss sicherstellen, dass Medizinprodukte bereits vor dem kommerziellen Vertrieb sicher (»safe«) und wirksam (»effective«) sind. Außerdem

überwacht sie die Sicherheitsvorgaben auf Herstellerseite, was strenge Inspektionen der Firmen einschließt. Ein von der FDA betriebenes Marktbeobachtungssystem sammelt Informationen über auftretende Probleme. Gegebenenfalls wird ein betroffenes Produkt zurückgerufen.

So gab es bereits Anfang der 90er Jahre in Amerika in Zusammenhang mit Silikonimplantaten des Unternehmens Dow Corning einen »Brustimplantateskandal«. Damals wurde flüssiges Silikon, das bei Rissen ausgetreten war und sich im Körper der Frauen verteilt hatte, verwendet. Als Reaktion entzog die FDA im April 1992 allen Silikonbrustimplantaten die Zulassung für den US-Markt.

Zwar ließ sie schließlich im Jahr 2006 Brustimplantate mit Silikonfüllung wieder zu. Doch diese Füllung ist heute üblicherweise nicht mehr flüssig, sondern gelförmig. Zuvor durften entsprechende Implantate nur in sogenannten IDE-Studien verwendet werden. Das bedeutet, dass die Anwendung dieses Produktes für eine festgelegte Zahl von Patienten in bestimmten Krankenhäusern vor Marktzulassung im Rahmen dieser Studie genehmigt sein musste. Heute fordert die FDA umfangreiche klinische Studien mit langer Nachbeobachtungszeit. Die Ergebnisse dieser Studien veröffentlicht die FDA ebenso wie weitere ausführliche Diskussionen über Evidenz und Sicherheit einzelner Medizinprodukte auf ihrer Website. Die Folge: Derzeit sind silikongelgefüllte Implantate von nur zwei Herstellern zugelassen. In Deutschland gibt es dagegen über zehn unterschiedliche Anbieter von Silikonbrustimplantaten.

EU: zu intransparent und zu langsam

Wer dagegen bei uns in Europa nach klinischen Studien im Rahmen einer CE-Kennzeichnung für Medizinprodukte sucht, wird enttäuscht. Eine Recherche in der medizinischen Datenbank Pubmed nach klinischen Studien bezogen auf die Produkte der Firma PIP sowie Rofil und GfE-Medizintechnik, die baugleiche Brustimplantate vertrieben zu haben, ergibt zum Beispiel lediglich drei Treffer zu PIP-Implantaten aus den letzten zwei Jahren, die sich mit den aktuellen Schadensfällen befassen.

Auch wenn im Fall der PIP-Implantate kriminelles Handeln im Spiel gewesen ist, macht der Fall doch die Schwächen des deutschen Marktzulassungs- wie auch Überwachungssystems deutlich. EU-weit und insbesondere in Deutschland sind die Zuständigkeiten in beiden Systemen zersplittert und auf (zu) viele Schultern verteilt. Dabei liegt die wesentliche Verantwortung im privatrechtlichen Bereich, beim Hersteller, den Benannten Stellen und nicht zuletzt beim Anwender, der auch Vorkommnisse mit Produkten melden soll.

Obwohl durch die CE-Kennzeichnung die Brustimplantate europaweit vertrieben werden konnten, standen für eine Bewertung eines Risikos nur die jeweils national erfassten Meldungen zur Verfügung. Dabei zeigen die Zahlen des BfArM von 2005 bis 2010, dass in Deutschland nur 16% aller Meldungen von den Anwendern kommen. Ärzte sind aber diejenigen, denen ein Produktfehler zuerst auffällt. Unklar ist, ob es an der mangelnden Kenntnis der Meldepflicht oder an der Angst vor haftungsrechtlichen Konsequenzen liegt, dass Anwender ihrer Meldepflicht nicht nachkommen.

Zur Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit ist eine Zentralisierung der Aufgaben, vorrangig aber der Verantwortung notwendig. Diese gehört in die Hand einer Behörde und sollte nicht beim Hersteller liegen. Außerdem brauchen wir mehr Transparenz: Meldungen zu Vorkommnissen und auch wesentliche Daten wie klinische Prüfungen, die zur Vergabe einer CE-Kennzeichnung geführt haben, sollten europaweit zentral erfasst und öffentlich zugänglich gemacht werden, zumindest für zuständige Behörden, Krankenkassen und Anwender.

Generell sind höhere Anforderungen an Medizinprodukte vor Eintritt in die Regelversorgung zu stellen, so sind hochwertige klinische Studien zu fordern, die zum Nachweis des Nutzens randomisiert und kontrolliert sein müssen. Ergänzend dazu brauchen wir Produktregister, die auftretende Risiken schneller identifizieren lassen.

In den USA gibt es 2, in Deutschland 10 Anbieter von Silikonimplantaten



Sigrun Most,
Fachgebiet »Medizinprodukte« beim MDS
s.most@mds-ev.de



Björn Möller,
Fachgebiet »Medizinprodukte« beim MDS
b.moeller@mds-ev.de

»Nationaler Aktionsplan Integration« beschlossen

Zusammenhalt stärken, Teilhabe verwirklichen

DIE GESELLSCHAFT IN DEUTSCHLAND hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Dazu trägt auch bei, dass Menschen aus verschiedenen Ländern eingewandert sind. Die Bundesregierung sieht in der Integration der Menschen mit Migrationshintergrund eine Schlüsselaufgabe. Welchen Beitrag können die Medizinischen Dienste leisten?

Im Jahr 2006 berief Bundeskanzlerin Merkel den ersten »Integrationsgipfel« ein. Anlässlich des 5. Gipfels am 31. Januar 2012 stellte die Bundesregierung den »Nationalen Aktionsplan Integration« (NAP) vor. Ziel ist es, die Chancen der Migranten auf gleiche Teilhabe und dauerhafte Integration in Deutschland zu verbessern. Der NAP ist Weiterentwicklung des »Nationalen Integrationsplans« von 2007 und soll Integration verbindlicher gestalten und die Ergebnisse der Integrationspolitik messbar machen. Dazu sollen möglichst konkrete und überprüfbare Ziele vereinbart und Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung benannt werden.

Elf Dialogforen arbeiteten am Aktionsplan, beispielsweise zu »frühkindlicher Förderung«, »Bildung« oder

Pflegebegutachtung von Migranten: Erfahrungen der MDK nutzen

»Sport«. Prinzip war die Selbstverpflichtung der beteiligten staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteure. Erstmals wurde im NAP

auch ein Dialogforum zum Thema »Gesundheit und Pflege« unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes und des MDS eingerichtet. Hauptaufgabe ist es, den Zugang von Migranten zu den Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitssystems und der Pflege zu verbessern. Dies nicht zuletzt auch über eine Verbesserung der Datenlage und themenbezogene Publikationen.

Kultursensible Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Im Hinblick auf das operative Ziel des Aktionsplans »Interkulturelles Wissen verbessern« informierte der MDS über ein mehrtätiges Fortbildungsangebot zum Thema »Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund«, dass die Gutachter der Medizinischen Dienste im Rahmen des bundesweiten Fortbildungsprogramms bereits heute nutzen können, auch wenn diese Begutachtungen derzeit noch vergleichsweise selten sind.

Im Dialogforum gab es positive Äußerungen zum Einsatz von qualifizierten Sprachmittlern, medizinisch versierten Dolmetschern und Muttersprachlern bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. Dem konnte sich der MDS nicht uneingeschränkt anschließen, da sich in der Literatur auch Hinweise über negative Effekte finden. Zur Frage, wie sich diese Art der Leistungserbringung auf die Qualität der Begutachtung und die Zufriedenheit der Patienten tatsächlich auswirkt, könnten die Erfahrungen der

Medizinischen Dienste wertvolle Hinweise geben. Der MDS plant deshalb eine entsprechende Analyse, die durch eine Literaturlauswertung ergänzt werden soll.

Darüber hinaus ist vorgesehen, die bundesweiten Fortbildungsangebote zur »kultursensiblen Begutachtungspraxis« auszuweiten sowie im jährlichen Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands und des MDS vorbildliche migrationsspezifische Präventionsangebote der Krankenkassen darzustellen (Good-Practice-Modelle).

Um den Zielerreichungsgrad dieser Aktivitäten anhand von Indikatoren zu messen, erhebt die MDK-Gemeinschaft rückblickend das Ausgangsniveau im Jahr 2011 und führt in den Folgejahren Statusbestimmungen durch.

Die Medizinischen Dienste sind gebeten, ihre Fortbildungsaktivitäten zur »kultursensiblen Begutachtung« zu verstärken und Veröffentlichungen zum Themenfeld Migration und Begutachtung zu platzieren.

Beschäftigungschancen von Migranten erhöhen

Ein weiterer Teil im NAP befasst sich mit dem Ziel, Beschäftigungschancen von Migranten im öffentlichen Dienst zu verbessern. Das strategische Ziel lautet »Interkulturelle Öffnung« (neudeutsch: Diversity Management). Auch hier kann sich der Medizinische Dienst als wichtiger Arbeitgeber mit Steuerungsfunktionen ebenfalls angesprochen fühlen. Angesichts des sinkenden Erwerbskräftepotenzials und absehbaren Fach- und Nachwuchskräftemangels profitieren die Institutionen von einer Erweiterung des Kreises geeigneter Bewerberinnen und Bewerber. Empfohlen wird die direkte Ansprache von Migrantinnen und Migranten in Stellenausschreibungen sowie die Schulung von Personalentscheidern und Betriebsräten zur diskriminierungsfreien Personalauswahl oder zur Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse.



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



KONTAKT ZU JÜNGEREN bedeutet für viele Menschen im Alten- oder Pflegeheim fast ausschließlich Kontakt zu Pflegerinnen und Pflegern. Dabei profitieren sie sehr davon, wenn sie sich mit Angehörigen jüngerer Generationen auch außerhalb professioneller Pflegebeziehungen austauschen können und auf diese Weise mehr von der Außenwelt mitbekommen. Einige Einrichtungen haben diese Idee aufgegriffen und bieten Studenten günstigen Wohnraum an.

Seitdem die Neuzugänge im Eilenriedestift in Hannover eingezogen sind, gibt es viel zu berichten. »Ach, der junge Mann hat an dem Tag bei der Studentin übernachtet«, stellt Bewohnerin Christine Meyer interessiert fest. Beim allwöchentlichen Pokernachmittag mit ihren Mitbewohnern im Seniorenstift lassen sich gut die heißesten Neuigkeiten austauschen.

Bereicherung für beide Seiten

Ende September haben Christine Meyer und ihre Poker-Freunde 15 neue Mitbewohner bekommen. Die sind teilweise gerade erst volljährig und senken damit den Altersdurchschnitt der rund 400 Bewohnerinnen und Bewohner des Seniorenstifts erheblich. Sie waschen dort ihre Wäsche, empfangen Besuch und zahlen ihre Miete.

Nach einigen erfolgreichen Pilotversuchen hat das Eilenriedestift im vergangenen Jahr begonnen, leer ste-

hende Apartments an Studenten zu vermieten. Bei 200 bzw. 250 Euro im Monat für ein 30 Quadratmeter großes Zimmer ein unschlagbares Angebot für Studenten. Im Gegenzug übernehmen die jungen Bewohner auf freiwilliger Basis kleinere Hilfsarbeiten für ihre älteren Nachbarn und lesen ihnen aus der Zeitung vor, gehen mit ihnen spazieren oder erledigen Einkäufe.

Für das Stift und seine Bewohner ist jedoch schon die bloße Anwesenheit des Jungvolks eine Bereicherung. »Unsere Bewohner bekommen nicht alle regelmäßig Besuch«, erzählt Dorothee Wiederhold, Leiterin des Bereichs Wohnen und Pflege. »Ziel war es, etwas mehr Lebendigkeit in den Alltag des Seniorenstifts zu bringen, und das erleben wir jetzt auch. Die Bewohner sind begeistert von ihren jungen Nachbarn und freuen sich, zum Beispiel Gespräche über das Studium führen zu können.«

Gründliche Auswahl der Bewerber

Viele Studenten haben sich auf das Angebot des Stifts beworben. Bei der Auswahl geht die Wohnstiftsberatung gründlich vor. »Wir führen zunächst ein Gespräch mit dem Bewerber und schauen, ob derjenige daran interessiert ist, andere Menschen kennenzulernen. Das Aussehen spielt natürlich auch eine Rolle. Ein Mann mit langem Bart, Glatze und fünf Piercings im Gesicht würde bei den Bewohnern wahrscheinlich Ängste auslösen.«

Jura-Literatur gegen Facebook-Account

Im Zusammenleben von Jung und Alt haben sich bereits interessante Kooperationen ergeben. »Die Bewohner fiebern mit den Studenten mit und wollen sie auch gerne unterstützen. So haben wir einen älteren Herrn, der Professor für Jura ist und in seinem Zimmer eine Fachbibliothek hat. Seit neuestem interessiert er sich auch für Computer und soziale Netzwerke. Deswegen hat er mit einem Jura-Studenten, der in das Seniorenstift gezogen ist, vereinbart, dass er ihm beim Studium hilft, wenn der Student ihm im Gegenzug zeigt, wie er sich im Internet bewegen kann«, berichtet Wiederhold.

Jeder Besuch wird registriert

Das Leben im Seniorenstift unterscheidet sich nicht großartig von dem im Studentenwohnheim. Die jungen Frauen und

Nutzen für Jung und Alt: Jura-Literatur gegen Facebook-Account

Männer können Besuch empfangen, ein- und ausgehen, wann sie wollen, und sogar Partys feiern. »Wenn es etwas lauter werden sollte, wird das vorher mit den Nachbarn abgesprochen«, erklärt die Pflegefachkraft. »Der Vorteil ist natürlich, dass viele unserer Bewohner nicht mehr so gut hören und sich deshalb nicht so schnell gestört fühlen, wenn die Musik etwas lauter sein sollte.« Wer etwas zu verbergen hat oder unerkannt bleiben möchte, ist in dem Seniorenstift jedoch nicht an der richtigen Adresse. »Mit älteren Damen und Herren in der Nachbarschaft ist das ganz normal: Jeder Besuch wird registriert, und wenn eine junge Dame vielleicht öfter Herrenbesuch hat, ist das natürlich besonders interessant. Dann wird der potenzielle Stiftdschwiegersonn kritisch beäugt und geprüft, ob er der Richtige für die Studentin ist«, berichtet Dorothee Wiederhold mit einem Zwinkern.

Studenten fühlen sich wohl

Die Studenten haben sich unter den Stift-Bewohnern gut eingelebt. Alle anfänglichen Zweifel sind verfliegen. »Mir hat es eigentlich von Anfang an gut gefallen«, erzählt die 19-jährige Wirtschaftswissenschafts-Studentin Jennifer Wylezalek. »Im Grunde hat man ja auch viele ältere Menschen um sich herum, wenn man irgendwo anders eine Wohnung hat.«

Die Mithilfe bei den Bewohnern basiert auf Freiwilligkeit. »Niemand soll dazu gezwungen werden, etwas zu tun. Wir haben auch kein Interesse an Studenten, die diese Arbeit hinnehmen, nur weil sie günstig wohnen wollen«, erklärt Dorothee Wiederhold. Noch sind die Bewohner etwas zurückhaltend, wenn es darum geht, die Studenten

um Hilfe zu bitten. Dorothee Wiederhold plant nun ein schwarzes Brett, an dem sowohl die Studenten als auch die älteren Bewohner ihre Hilfe anbieten können. Auf diese Weise sollen Jung und Alt noch mehr voneinander profitieren können.

Erfahrungen aus Freiburg

Auch im Evangelischen Stift in Freiburg wohnen Jung und Alt zusammen. Im Rahmen eines Forschungsprojektes sind zehn Studenten des Bachelor-Studiengangs Religionspädagogik / Gemeindediakonie der Evangelischen Hochschule Freiburg in die Senioren-Wohnanlage eingezogen. Auch hier werden den Studenten günstige Apartments angeboten, wenn sie sich im Gegenzug ehrenamtlich einbringen. Fünf Stunden Dienst in der Woche leisten die jungen Bewohner. So sollen beide Generationen voneinander profitieren. Als im Juli 2010 bekannt wurde, dass die ersten drei Studierenden in das Seniorenheim ziehen, »nahmen auch die Wohnanfragen von Senioren zu«, weiß Hartmut von Schöning, Vorstand der Senioreneinrichtung. »Senioren sind gern mit jungen Leuten zusammen.«

Sogwirkung der Jugend: Die Wohnanfragen der Senioren steigen

Brücken bauen

Das Projekt bietet nicht nur günstigen Wohnraum für Studenten und Unterstützung für die Mitarbeiter. Parallel hat die Hochschule ein Forschungsprojekt gestartet. Dabei standen Fragestellungen im Vordergrund wie: Welche Bilder haben alte Menschen von den jungen und umgekehrt? Wie verändern sich durch den alltäglichen Umgang miteinander die gegenseitigen Bilder? Wie wird das Zusammenleben erlebt? Welche Rolle spielt dabei Religiosität? Mit der Initiative sollten außerdem »Brücken zwischen den Generationen aufgebaut sowie Vorurteile und Isolation im Alter abgebaut werden«, schreibt die Hochschule in einer Pressemitteilung. Dazu wurden Interviews mit den Studierenden ausgewertet. Auch mit den älteren Bewohnern wurden Gespräche geführt, die noch ausgewertet werden.

Aus den Interviews wird deutlich, dass die Studierenden konkrete Vorstellungen von Alters- und Altersheimstereotypen hatten: »Alte Menschen sind eher körperlich und geistig eingeschränkt, wenig autonom, einsam, aktivierungsbedürftig und das Altersheim ist die letzte einsame Station im Leben«, sagten sie in den Interviews über die Zeit, bevor sie mit den Senioren zusammengezogen waren. Durch das Projekt hat sich ihre Sicht auf ältere Menschen verändert. »Die Senioren und Seniorinnen können und wollen selbst Entscheidungen treffen, wollen ihre Potenziale einbringen, sind sozial eingebunden und sehen sich im Altenheim gut betreut in Gemeinschaft mit Menschen desselben Alters.«



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



BIS ZU 30 PROZENT aller sechs- bis zehnjährigen Schüler an deutschen Grundschulen leiden während des Unterrichts an akutem Hunger. Sie kommen ohne Frühstück oder Pausenbrot in die Schule – und sie haben meistens auch kein Geld dabei, um sich etwas zu essen zu kaufen. Diese Zahl ist erschreckend und schockierend: Schauspielerin Uschi Glas ließ sich davon berühren und rief das Projekt »brotZeit« ins Leben. Seitdem rückt sie dem morgendlichen Hunger zu Leibe.

»Vor vier Jahren habe ich beim Autofahren einen Bericht im Rundfunk gehört: In der reichen Stadt München gebe es zwischen 3000 und 5000 massiv hungernde Grundschul Kinder. Dieser Beitrag war mein Schicksal. Ich war total erschüttert und dachte, wenn der Journalist nicht völlig verrückt ist, dann ist das eine Katastrophe«, erzählt Schauspielerin Uschi Glas im Gespräch mit *MDK forum*.

Dieses Problem gibt es heutzutage auch in vielen reichen Ländern der Welt. Eine Studie der australischen Gesundheitsorganisation BUPA zeigte beispielsweise: Jede fünfte australische Familie schickt ihre Kinder an drei bis fünf Tagen mit leerem Magen aus dem Haus. Erhebungen unserer Schweizer Nachbarn zufolge startet dort jedes vierte Kind ohne Frühstück in den Tag. Kanadische Schulen bieten inzwischen kostenlos Frühstück und Mittagessen an, um Gewalt und Aggressionen entgegenzuwirken. Auslöser war nach Angaben der *Süddeutschen Zeitung* eine Schießerei, bei der ein 15-jähriger Junge ums Leben kam.

Welche Gründe sprechen gegen ein Frühstück?

Eine Studie zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern (»Health Behaviour in School-aged Children« – HBSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) untersuchte, ob der finanzielle Hintergrund der Familie in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt. Die internationale Vergleichsstudie wird im Abstand von vier Jahren in mittlerweile vierzig Ländern Europas und Nordamerikas durchgeführt. Für den deutschen Studienteil ist eine Forschergruppe der Universität Bielefeld und von Hochschulen in Dresden, Frankfurt und Hamburg verantwortlich. Insgesamt frühstücken den Untersuchungen zufolge nur zwei von drei 11- bis 15-jährigen in Deutschland täglich. Der Anteil derjenigen, die morgens das Frühstück auslassen, steigt mit dem Alter. Dabei findet sich ein deutlicher Einfluss des wirtschaftlichen und sozialen Status der Eltern: Kinder und Jugendliche aus armen Familien müssen oft

Mit Frühstück oder ohne: das hängt auch vom Status der Eltern ab

mit leerem Magen zur Schule oder in den Kindergarten. Das gilt insbesondere für Kinder von Geringverdienern oder aus Hartz-IV-Familien. Lehrer an Schulen in sozialen Brennpunkten berichten, dass dies oft zum Monatsende geschehe, weil dann das Geld nicht ausreicht.

Uschi Glas ging 2008 in genau diese Brennpunkte und fragte die Schulleiterinnen von vier Münchner Grundschulen, wie sie helfen könne. »Wenn Sie uns Zwieback vorbeibringen könnten, das wäre sensationell. Diese Antwort hat mich völlig erschrocken. Aber die Schulleiterinnen erklärten mir: Wenn ein Kind unterzuckert ist und Magenkrämpfe hat, dann ist Zwieback eine ganz feine Lösung.

Zwieback gegen Unterzuckerung und Magenkrämpfe

Mein Mann und ich haben sofort für die 52 Klassen Notfallboxen mit Knäckebrot, Butterkekse und Zwieback zusammengestellt. Doch uns war klar, das ist doch

nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Hier muss eine andere Lösung her.«

Ein leerer Bauch konzentriert sich nicht gern

Egal in welchem Land oder auf welchem Kontinent – mit leerem Magen kommen Körper und Geist nur schwer auf Hochtouren: Viele Kinder können sich ohne Frühstück schlechter konzentrieren, sind weniger aufnahmefähig, schneller reizbar und nervöser. Außerdem drohen langfristige Gesundheitsprobleme wie beispielsweise Übergewicht. Diese Kinder lernen schon im frühen Alter, dass Frühstück scheinbar nicht wichtig ist. Doch wenn die erste Mahlzeit des Tages fehlt, ist es schwierig, über den weiteren Tagesverlauf die täglich empfohlene Menge von Milchprodukten, Obst und Gemüse aufzunehmen. Auch die Reaktionszeit leidet mit leerem Magen – und das kann auf dem Schulweg richtig gefährlich werden. Stattdessen bewegen sich Kinder, die zeitig aufgestanden sind und entspannt gefrühstückt haben, sicherer. Fazit: Ein Frühstück vor der Schule lässt weniger Fehler machen und macht müde Kinder munter.

»Doch es ist nicht nur die Mahlzeit alleine«, erklärt Uschi Glas. »Es findet auch Kommunikation statt. Wir haben erfahren, dass viele Familien gar keine Esstische mehr haben. Das Kind nimmt sich eine Pizza und setzt sich vor den Fernseher, denn ein Fernseher ist immer da. Zu Hause wird gar nicht mehr kommuniziert. Dabei ist es so wichtig, dass sich die Kinder austauschen und sich die ersten Sorgen schon frühmorgens von der Seele reden können, bevor sie schließlich satt und ruhig in den Unterricht starten. Die Leistungen sind dann wesentlich besser.«

brotZeit gegen den kleinen und großen Hunger

Die Schauspielerin weiß, wovon sie spricht. Kurzerhand rief sie damals das Projekt brotZeit ins Leben. Vier Monate nach den ersten Notfallboxen gab es schon an vier Schulen in der bayrischen Landeshauptstadt für alle Kinder ein Frühstück mit Milch, Müsli, Obst, Brot, Wurst, Käse und Marmelade. »Plötzlich kam die Frage auf, wer soll das Frühstück denn zubereiten? Die Lehrer können es nicht machen, ich kann es nicht machen, der Hausmeister macht

es auch nicht. Da hatten wir die Idee, aktive Senioren einzubinden. Das ist eine tolle Geschichte: Wir bringen zwei Generationen zusammen. Die Kinder hängen an den Senioren, das ist wie ein Omasersatz. Umgekehrt sind die Senioren glücklich, dass sie gebraucht werden.«

Inzwischen läuft brotZeit in 25 Grundschulen in München, in Berlin sind es 21, in Heilbronn 7 und 4 in Leipzig – und zwar an jedem Tag. Die Förderregionen Hamburg und Rhein-Ruhr sollen noch in diesem Jahr folgen. Insgesamt arbeiten derzeit 250 Senioren in den Projekten. Sie versorgen die Kinder nicht nur mit Frühstück, sondern widmen ihnen auch Zeit – ob beim Vorlesen, Deutschunterricht, bei der Nachhilfe in Mathematik oder einer Partie Schach. Pensionierte Gärtner richten verwahrloste Schulgärten wieder her und helfen den Kindern, Tomaten und Gurken selbst anzupflanzen. Dabei zählen Zuverlässigkeit und Nachhaltigkeit, nicht nur zu Weihnachten und Ostern. »Wir wollen unsere Senioren langfristig an das Projekt binden. Die Kinder müssen sich hundertprozentig darauf verlassen können, dass sie ihr Frühstück bekommen. Nicht, dass plötzlich niemand da ist und es gibt keinen Kakao. Wir müssen den Kindern klarmachen: Ihr könnt euch auf uns verlassen.«

Die Schulleiter der fast sechzig Schulen sind sich einig: Seit die Kinder gemeinsam frühstücken, sind sie aufmerksamer, ruhiger und die Aggression lässt wesentlich nach – erstens, weil sie satt sind, und zweitens, weil sie sich untereinander kennenlernen. »Bei einem Migrationsanteil von 70 bis 95% an den von uns betreuten Schulen ist das Frühstück praktizierte Integration. Die schönste und größte Erfahrung ist für mich, wenn ich in der Früh um halb acht in das Frühstückszimmer gehe und dort Kinder mit zum Teil über 30 Nationalitäten sehe, die deutsch miteinander kommunizieren und sich gegenseitig respektieren.«

Dr. Martina Koesterke

Das ideale Frühstück

So könnte es aussehen:

- Vollkornbrot mit Quark und Bananenscheiben
- Vollkornbrot mit Kräuterquark und ein Apfel
- Getreideflocken oder Müsli mit Milch, Nüssen, Rosinen und frischem Obst
- Tee, Wasser oder Fruchtsaft

Ein gutes Frühstück besteht aus Stärke oder Kohlehydraten, einem Milchprodukt, Obst und einem Getränk. Aus Sicht der Ernährungsberater ist Milch ein wichtiger Eiweißlieferant und zählt nicht als Getränk.

Alte Seuchen entwickeln sich vom Fluch zum Segen:

Pest und Cholera in neuem Licht

HABEN SIE TIEFE SPUREN in unserer Evolutionsgeschichte hinterlassen, die Infektions-Pandemien früherer Jahrhunderte wie Pest oder Cholera? Wissenschaftler vom Institut für Anthropologie der Universität Mainz haben nachgespürt und aus jahrhundertealten Skeletten DNA-Material gewonnen und untersucht. Sie fanden neue Erkenntnisse über den Pesterreger – und stellten die Frage, wie manche Menschen immun gegen so gefährliche Keime sein konnten.

»Ach, du lieber Augustin!« – was wie ein beschwingtes Kinderlied daherkommt, ist in Wahrheit ein Volkslied mit einem bitteren und zugleich legendenartigen Hintergrund. Das Lied erzählt von der Pest, die 1679 in Wien grassierte, und geht auf den Bänkelsänger und Sackpfeifer Marx Augustin (Wien, 1643–85) zurück. Der Dichter Franz Karl Ginzkey (1871–1963) erzählte in Balladenform, wie Augustin nach einem seiner häufigen Wirtshausbesuche versehentlich in eine Pestgrube fällt und dort seinen Rausch inmitten infizierter Pesttoten ausschläft. Die Musik seines Dudelsacks am nächsten Tag habe ihn wieder zum Leben erweckt. »Funkelnder Wein und der rechte Humor / treibt selbst die Pest und den Tod aus dem Tor.« Der Legende nach zählt Augustin zu den wenigen Menschen, die sich nicht infizierten und vom Schwarzen Tod verschont blieben. Doch waren es wirklich Wein und Humor, die Augustin halfen, zu überleben? Dieser Frage sind wir im anthropologischen Institut der Universität Mainz nachgegangen.

Der schwarze Tod breitete sich rasend schnell aus

Die Pest ist eine Infektionskrankheit aus dem Tierreich, die auf dem Blutweg übertragen wird. Auch wenn während der akuten Phase das Bakterium *Yersinia pestis* über eine Tröpfcheninfektion weitergegeben werden kann (Lungenpest), benötigt der Erreger normalerweise einen Zwischenwirt. In der Regel übertragen Flöhe die Bakterien in die Blutbahn ihres Wirtes. Der Erreger wandert dann zum nächstgelegenen Lymphknoten und es entsteht eine schmerzhafteste Lymphadenitis, ein »Bubo« (Beulen- oder Bubonepest). Ohne antibiotische Behandlung ist die Infektion meist tödlich. Im Massengrab der Pestopfer, in das Augustin fiel, müssen sich noch zahlreiche ausgehungerte Flöhe befunden haben, so dass es kaum zu glauben ist, dass er sich nicht infizierte.

Mutation des CCR₅-Gens schützt vor HIV – und auch vor der Pest?

Ohne antibiotische Behandlung ist die Infektion meist tödlich. Im Massengrab der Pestopfer, in das Augustin fiel, müssen sich noch zahlreiche ausgehungerte Flöhe befunden haben, so dass es kaum zu glauben ist, dass er sich nicht infizierte.

Fehler im Genom können vor Infektion schützen

Interessanterweise berichten die Chronisten verschiedener Jahrhunderte, dass während einer Epidemie immer nur ein Teil der Menschen starb. Einige Menschen scheinen immun gegen die Pest gewesen zu sein. Woran könnte das gelegen haben? Aus genetischer Sicht könnte eine solche Immunität durch eine oder mehrere Mutationen im genetischen Code des Menschen verursacht werden, das heißt durch neue Varianten eines Gens. Sie müssen dem Orga-

nismus einen Vorteil bei der Bekämpfung des Krankheitserregers bieten. In einer Population werden Individuen, die diese Varianten tragen, dann positiv selektiert. Dadurch steigt die Frequenz dieses Allels in der folgenden Generation.

Ein Beispiel ist die Beziehung zwischen Malaria und der Sichelzellanämie (Blutarmut). Die auf einer erblichen Mutation basierende Blutarmut, die die charakteristische Sichelform der roten Blutkörperchen verursacht, verhindert auch den Lebenszyklus des Malariaerregers in der Blutbahn. Auf diesem Wege verringert sich die Virulenz des Erregers *Plasmodium falciparum*. Das Erstaunliche: Während die Individuen, die zwei Kopien des mutierten Gens haben, eine lebensbedrohliche Blutarmut entwickeln, scheinen die Individuen, die nur eine einzelne Kopie des mutierten Gens haben (also Mischbige oder Heterozygoten), gegen eine Infektion durch den hoch infektiösen Malariaerreger geschützt zu sein.

Ein ganz besonderes Gen: CCR₅

Ob ein ähnlicher Mechanismus auch Augustin vor dem Schwarzen Tod gerettet haben könnte, haben meine Kollegen und ich untersucht. Wir wollten feststellen, ob eine ganz bestimmte Genmutation einen Menschen immun gegen die Pest machen kann.

Schon länger vermuten Wissenschaftler, dass der Pestresistenz eine Mutation des CCR₅-Gens zugrunde liegt. Wobei diese Immunität nicht die einzige ist, die mit dem Gen in Zusammenhang gebracht wird. Besitzt ein Mensch beispielsweise zwei Kopien der CCR₅-Mutation, ist er immun gegen eine HIV-1-Infektion. Das mutierte Gen sorgt dafür, dass ein bestimmtes Protein nicht mehr funktionsfähig ausgebildet wird. Es kann dann von dem HIV-1-Erreger nicht mehr als Türöffner in die Lymphzellen genutzt werden. Ein Prozent der europäischen Bevölkerung besitzt zwei Kopien dieser Genvariante und ist deswegen vor einer Infektion mit HIV-1 geschützt. In den letzten Jahren wurde uns klar, dass das CCR₅-Gen einem starken Selektionsdruck ausgesetzt ist. Die HIV-Infektion hat sich allerdings erst in den letzten 25 Jahren zu einer Pandemie entwickelt. Diese Zeit ist zu kurz, um der Grund für die hohe Häufigkeit der Mutation in Europa zu sein. Schließlich braucht es Vererbungen über mehrere Generationen, damit sich neue Genvarianten ausprägen und durchsetzen können. Hier haben vermutlich andere Infektionskrankheiten eine Rolle bei der Selektion gespielt – vielleicht die Pest?

Miniatur
aus der
Toggenburg-
Bibel, 1411



Jahrhundertealte Skelette hüten die Geheimnisse der Pest

Das Problem ist: Wir können diese Hypothese, dass der Pestresistenz eine Mutation des *CCR5* zugrunde liegt, nicht direkt an lebenden Patienten überprüfen. Zwar gibt es die Krankheit weiterhin in Teilen Afrikas, Asiens und Südamerikas. Doch die mit der Pest infizierten Menschen werden heute glücklicherweise mit effektiven Antibiotikatherapien behandelt und überleben in der Regel die Krankheit – und zwar unabhängig von ihrer Genomkonstellation. Doch wir haben eine einzigartige Möglichkeit,

Alte Skelette sollen Aufschluss gewähren über die Pestanfälligkeit

eine Anfälligkeit für die Krankheit oder eben eine Immunität nachzuweisen und damit die evolutionären Mechanismen von relevanter Erregerresistenz

modellhaft aufzuarbeiten: Die Analyse alter DNA aus den historischen Pestskeletten unserer Urahnen.

Wie kann man aber heutzutage erkennen, woran ein Mensch gestorben ist, dessen Knochen vor vielen hundert Jahren in ein Massengrab gelegt wurden? Schließlich wollen wir ja nur die DNA von Pestopfern untersuchen. Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder Lepra verursacht die Pest keine sichtbaren Spuren am Skelett. Doch die Bakterien hinterlassen molekulargenetische Rückstände in den Knochen: die spezifischen DNA-Fragmente des Pesterregers von damals. In den adNA-Laboren der Universität Mainz konnten wir *Y. pestis*-DNA in drei unserer Pestskelettsammlungen aus dem 14. Jahrhundert zweifelsfrei nachweisen. Diese Menschen sind also damals tatsächlich an Schwarzen Tod gestorben. Das ist für uns ein wichtiges Zwischenergebnis.

Derzeit arbeiten wir am nächsten Schritt: Wir müssen herausfinden, ob diese Menschen ein intaktes *CCR5*-Gen hatten, also keine Mutation. Denn eine Mutation hätte sie ja geschützt haben müssen und dürfte daher nicht bei Pesttoten auftreten – falls die genannte Hypothese stimmt.

Der Gencode zeigt auch: Mukoviszidose schützt vor Cholera

Sollte die Hypothese stimmen, können wir auch weitere Resistenzen gegen Infektionskrankheiten wie die Durchfallerkrankung Cholera erklären. Dabei bildet das Bakterium *Vibrio cholerae* eine giftige Substanz, die ein bestimmtes Protein in den Darmzellen angreift. Dieses Protein wird nach einer Vorlage auf dem *CFTR*-Gen gebildet. Ist es intakt, können die Bakterien zu einem wässrigen Durchfall mit starkem Flüssigkeitsverlust führen. Der Tod kann innerhalb von 24 Stunden eintreten. Ist das Gen mutiert, sind die Zellen immun gegen das Bakteriengift – so weit jedenfalls die Theorie, die wir überprüfen wollen. Diese Mutation im *CFTR*-Gen kann gleichzeitig die Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose auslösen. Die Krankheit bricht jedoch, genauso wie die Sichelzellanämie, erst dann aus, wenn beide Gene defekt sind, der Mensch also ein Homozygot der Mutation ist. Besitzt er nur eine defekte Genkopie, verfügt er sowohl über normales als auch über defektes *CFTR*-Gen und leidet nicht an einer Mukoviszidose. Doch das eine, defekte Gen bewirkt ein verändertes Protein, das unempfindlich gegen das Gift der Cholera-Bakterien ist und den Menschen vor einem tödlichen Durchfall schützen könnte.

Die Aufklärung, ob die Menschen damals gegen alte Seuchen wie Pest und Cholera immun waren, hilft uns, mögliche Resistenz gegen Krankheiten von heute zu verstehen. Und diesem Verständnis sind wir mit unseren Untersuchungsergebnissen einen Schritt näher gekommen.

Den ausführlichen Originalbeitrag veröffentlichte die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) in ihrem Magazin *forschung* 3/2011.



Dr. Barbara Bramanti, PhD
Institut für Anthropologie
der Johannes Gutenberg-
Universität in Mainz
bramanti@uni-mainz.de

Computerspielsucht bei Kindern und Jugendlichen

Verirrt in der virtuellen Welt

EINE ABENTEUERLICHE WELT voller Heldentum und Ehre, Action und Unterhaltung – Computerspiele bieten vieles, was sich Kinder und Jugendliche wünschen. Sich in den Spielen zu verlieren ist verführerisch. Gefährlich können die virtuellen Welten besonders für diejenigen werden, die mit ihnen ihre Probleme im Hier und Jetzt verdrängen.

Schon früh konnte Björn P. mit dem Computer umgehen. Seine Eltern waren stolz auf ihn und prahlten damit, wie schlau der Junge doch sei. Allerdings – Freunde hat Björn keine und da seine Eltern viel unterwegs sind, spielt er allein zu Hause am Computer. Besonders angetan hat es ihm die World of Warcraft. In diesem Online-Rollenspiel ist Björn Teil der aufregenden Fantasiewelt Azeroth – weit weg von der heimatischen Provinz Niedersachsens – verbunden mit anderen Online-Spielern. Gemeinsam kämpfen sie in einer Gilde gegen virtuelle Feinde und haben schon so manche Schlacht erfolgreich geschlagen. In der realen Welt ist Björn die meiste Zeit allein.

Als er 12 Jahre alt ist, trennen sich seine Eltern. Björn lebt daraufhin bei seiner Mutter, die nun allein für sich und den Jungen sorgen muss und somit noch weniger Zeit für ihn hat. Mittlerweile geht Björn nicht mehr in die Schule und verbringt jede freie Minute vor dem PC. Als er mit 14 Jahren nur noch 32 Kilo wiegt, bringt seine Mutter ihn in die Ambulanz des Kinder- und Jugendkrankenhauses »Auf der Bult« in Hannover. Dort wird dem abgemagerten blassen Jungen neben dem pathologischen Spielen eine Depression und Angststörung diagnostiziert und er beginnt eine stationäre Therapie.

Drei Prozent der Neuntklässler sind computerspielsüchtig

Die Geschichte von Björn P. steht beispielhaft für das Schicksal vieler Jugendlicher. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich Computerspiele zu einem riesigen Markt mit Milliardenumsätzen entwickelt. Die Grafik vieler Spiele gleicht sich der realen Welt immer stärker an

Computerspiele: ein Markt mit Milliardenumsätzen

und die Spieler bzw. Spielcharaktere haben Anhängerschaften wie Rockstars in ihren besten Zeiten. Die Schattenseite dieses Trends liegt in ihrem Suchtpotenzial.

In den Jahren 2007 und 2008 führte das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen eine repräsentative Erhebung unter Neuntklässlern durch. Danach zeigte fast jeder vierte Junge eine auffällige Nutzung von Computerspielen. 3 % der befragten Jungen wurden als computerspielabhängig eingestuft, weitere 5 % als suchtfährdet und noch mal 15,3 % hatten ein exzessives Spielverhalten mit mehr als viereinhalb Stunden täglich.

Risikofaktoren

Die Faktoren, die zu einer Computerspielsucht führen können, sind teilweise im Spieler selbst und zu einem

großen Teil auch in den Eigenschaften des Spiels begründet. »In vielen Fällen passen die Spiele wie eine Plombe«, erklärt Professor Dr. Christoph Möller, Chefarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Auf der Bult. »Es gibt Kinder, die im realen Leben keine Freunde und Kontakte haben. Sie sind mit sich und ihrer Welt unzufrieden und kommen in der Familie nicht zurecht. Ihnen fehlen Erfolge, Zuwendung und das Gefühl, gebraucht zu werden, und sie haben häufig eine psychiatrische Grundkrankheit. Diese Kinder finden in den Spielen genau das, was sie im realen Leben nicht erfahren. Bei diesen Kindern kann die virtuelle Welt wichtiger werden als die reale Welt.«

Häufig treten psychiatrische Grunderkrankungen zusammen mit der Computerspielsucht auf. »Kinder und Teenager, die pathologisch spielen, leiden oft unter Depressionen, Angststörungen, ADHS oder sozialen Phobien. Durch das exzessive Spielen werden die Symptome der Erkrankungen zumindest subjektiv kompensiert. So wird das Spielen als eine Art Selbstheilungsprozess eingesetzt«, erklärt der Kinder- und Jugendpsychiater. Im Extremfall spielen die Kinder und Jugendlichen die ganze Nacht durch bis morgens. Dann legen sie sich hin und stehen am Nachmittag wieder auf, um weiterzuspielen. »Einige von unseren Patienten berichteten nach der Therapie rückblickend über die Zeit davor: »Wenn ich den Computer anschaltete, machte es Klick, dann hatte ich das Gefühl: Ich bin wieder.««

Grenzen setzen – die Rolle der Eltern

Eine wichtige Rolle in der Prävention schreibt Möller den Eltern zu. »Die Eltern sollten den Gebrauch des Computers regulieren. Die bloße – uneingeschränkte – Verfügbarkeit des Mediums kann mit zur Entwicklung einer Sucht beitragen.« Doch wenn Eltern in die Computernutzung ihrer Kinder eingreifen und im Extremfall die Internetleitung kappen oder den Computer wegschließen, reagieren pathologische Spieler teilweise sehr aggressiv, drohen bisweilen sogar mit Selbstmord. Aus Angst lassen die Eltern den Kindern dann meist ihren Computer. Dabei können derartige Drohungen Anzeichen für die Grundproblematik wie eine Depression und eine Suchtfährdung sein. »Der Computer ist gesellschaftlich anerkannt bzw. sogar Voraussetzung in Schule und Beruf«, erklärt Möller. »Vielen Eltern fällt es deshalb schwer, das Gerät ganz abzuschaffen, selbst wenn das Kind ein abhängiges Verhalten in Bezug auf die Computernutzung zeigt.«

In der aktuell gültigen Klassifikation nach ICD 10 ist die Computerspielabhängigkeit nicht als eigenständige



Krankheit abgebildet. Unter den stoffungebundenen Suchtkrankheiten hat es bisher nur die Glücksspielsucht in die Klassifikation geschafft. Die Computerspielsucht wird in einer heterogenen Restkategorie als Impuls-

»Ich bin wieder« –
Spielen als
Selbstheilungsprozess

kontrollstörung geführt. Dabei tauchen bei Computerspielabhängigen ähnliche Symptome auf wie bei einer stoffgebundenen Sucht. Vom sogenannten

Craving, also dem Verlangen nach der begehrten Substanz, über eine Toleranzentwicklung bis hin zu körperlichen Entzugserscheinungen wie Kaltschweißigkeit, Zittern und Schlafstörungen, wenn das Spielen unterbunden wird.

Tagesstruktur, Kommunikation und Bewegung

Eine ambulante sowie stationäre Therapie für Betroffene bietet die Station Teen Spirit Island des hannoverschen Kinder- und Jugendkrankenhauses an. Sie wurde 1999 von der Stiftung Hannoversche Kinderheilstätte gegründet und bietet eine Behandlung für drogen-, alkohol-, internet- und computerspielsüchtige Jugendliche an. Mit ihrem Angebot und der Zielgruppe ist die Station bundesweit einzigartig. Dort erfahren die Kinder und Jugendlichen zunächst eine durchgeplante Tagesstruktur. In Gruppentherapien lernen sie soziales Verhalten und die Kommunikation untereinander – auch das haben die meisten verlernt oder sogar nie kennengelernt. Die psychiatrische Behandlung der Grundstörung ist zentrales Element der Therapie. »Auch der gesunde Umgang mit dem Computer ist Bestandteil der Therapie«, erklärt Möller. »Sie lernen zum Beispiel, wie man Bewerbungen schreibt oder für die Schule recherchiert.«

Björn P. bringt heute stolze 60 Kilo auf die Waage und geht wieder zur Schule. Der 17-Jährige hat reale Freunde

gefunden und vielleicht sogar eine Freundin. Den Computer nutzt er nur, um E-Mails zu schreiben oder im Internet zu surfen. In der World of Warcraft war er schon lange nicht mehr. »Wenn ich mir Bilder von früher ansehe, erkenne ich mich nicht wieder«, erzählt Björn heute. »Ich habe überhaupt nicht mehr mitbekommen, was um mich herum passiert ist. Das soll nie wieder so werden.«

Buchtip

Christoph Möller (Hrsg.), Internet- und Computerspielsucht – Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Pädagogen und Eltern

Friederike Geisler

Neue Wege gegen Freiheitseinschränkungen in Pflegeheimen

Pflege statt Fixierung

BETTGITTER, GURTE, RUHIGSTELLENDEN MEDIKAMENTE: Im Jahr 2010 haben deutsche Gerichte freiheitseinschränkende Maßnahmen in fast 100 000 Fällen genehmigt. Die Zahl steht im Widerspruch zu internationalen Studien, wonach statt Schutz oft gefährliche Nebenwirkungen bis hin zum Tod durch Strangulation auftreten. Neue Wege sind gefragt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen scheinen in Pflegeheimen nicht immer nur das letzte Mittel zu sein, um pflegebedürftige Heimbewohner vor Gesundheitsgefahren durch ihr eigenes Verhalten zu schützen. Da mit ihnen ein massiver Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen verbunden ist, muss ein Gericht sie genehmigen. In der Regel geht die Initiative für einen solchen Antrag von der Pflege in den Heimen aus. Daraufhin beraten sich Betreuer, Ärzte und Angehörige sowie der Richter mit der zuständigen Pflegefachkraft und folgen regelmäßig deren Einschätzung und Wünschen. Nach Angaben des Bundesjustizamtes stieg die Genehmigungsquote nach § 1906 Abs. 4 BGB in den Jahren von 1998 bis Ende 2010 von 40 000 auf fast 100 000 Fälle.

In manchen Gerichtsbezirken erhalten Pflegeeinrichtungen bei Bettgittern sogar eine Art Freifahrtschein, eine generelle Befreiung von der Genehmigungspflicht. Ein Amtsgericht hatte dies beispielsweise per Rundschreiben an alle Heime für den Fall veranlasst, dass die Gitter niedriger als 25 Zentimeter sind. Seitdem benötigen die Heime im ganzen Gerichtsbezirk dafür keine gesonderte Genehmigung mehr. Andere Richter setzen diesen genehmigungsfreien Rollschutz bis auf 35 Zentimeter fest. Anscheinend sieht man dort keine erhöhte Verletzungsgefahr für den Fall, dass ein Patient das Gitter einmal übersteigt.

Nebenwirkungen können tödlich sein

Die Zahl der Heimbewohner, die an Demenz leiden, steigt stetig. Viele zeigen einen starken Bewegungsdrang, lautes Rufen oder Aggressionen. Oft stehen Pflegenden diesem herausfordernden Verhalten hilflos gegenüber und fixieren die Patienten. Die Begründungen klingen überall ähnlich: »Schutz vor Stürzen, Fremd- oder Eigengefährdung«, »Sicherung der Behandlung« oder auch die Angst vor Regressforderungen seitens der Krankenkassen.

Weltweit belegt allerdings nicht eine einzige Studie die positiven Effekte dieser Maßnahmen. Im Gegenteil: Sie führen zu mehr Stürzen, Gleichgewichts- und Koordinationsproblemen der Patienten. Die Nebenwirkungen reichen von Muskelabbau, Inkontinenz, Dekubitusulzera oder Ängsten bis hin zur Lungenentzündung und häufigeren Krankenhausaufenthalten. Fakt ist: Fixierungen im Bett oder am Stuhl, die oft über Monate dauern, verschlechtern den körperlichen und seelischen Zustand der Patienten erheblich.

Es geht auch ohne – und zwar fast immer und überall.

Das Konzept »Werdenfelsen Weg«, entwickelt von einem Richter und der Betreuungsbehörde im Landkreis Garmisch-Partenkirchen, will die Zahl der Fixierungen senken. Verfahrenspfleger mit pflegefachlichem Wissen sollen im Auftrag des Gerichts helfen, Alternativen zum Freiheitsentzug zu finden. Sie beraten sich mit allen Beteiligten, ob nicht Sturzprophylaxen, personelle Begleitung oder ein kommunikativer Umgang mit herausforderndem Verhalten die Fixierungen vermeiden können. Solange diese pflegerischen Interventionen Erfolg versprechen, genehmigt das Betreuungsgericht den Antrag auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht. Damit sind sowohl das Pflegepersonal als auch die Angehörigen juristisch abgesichert.

Fixierungen führen zu mehr Stürzen und Koordinationsproblemen

Unsere niederländischen Nachbarn machen es vor

Von der Universität Maastricht stammt das Programm Exbelt (zu deutsch »Gurt ab«), bei dem Bauchgurte oder Bettgitter in den Heimen verboten sind. Stattdessen gibt es dort ein Fortbildungsprogramm für das medizinische Personal, angefangen bei Ärzten, Therapeuten über Krankenschwestern bis hin zu Pflegehelfern. Außerdem setzen die Heime je nach Einzelfall Alternativen wie niedrigere Betten, Lichtschranken oder Kameraüberwachung ein und bieten den Patienten zusätzliche Aktivitäten, Physiotherapie und Gleichgewichtsübungen. Auf diese Weise konnten die Heime Freiheitseinschränkungen vermeiden, ohne dass mehr gefährliche Stürze auftraten beziehungsweise mehr Medikamente verabreicht wurden.



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



Im Januar hat das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuordnungsgesetz – PNG) vorgelegt. Erklärtes Ziel ist es, notwendige Verbesserungen in der Pflegeversicherung auf den Weg zu bringen. Trotzdem bleiben die Reaktionen auf das Reformvorhaben kritisch.

Mit dem Pflege-Neuordnungsgesetz will das BMG ab 2013 insbesondere die Situation von Pflegebedürftigen und Angehörigen stärken, die zu Hause gepflegt werden. Finanziert werden sollen die Leistungsverbesserungen von etwa 1,1 Mrd. Euro über eine Erhöhung des Beitragsatzes um 0,1 Prozentpunkte.

Mehr Leistungen für Menschen mit Demenz

Kernpunkt der Leistungsverbesserungen sind erweiterte Hilfen für Menschen mit Demenz. Für Pflegebedürftige, die im Rahmen der Begutachtung als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) anerkannt werden, steigt das Pflegegeld in Pflegestufe I um 70€ auf 305€; der Wert von Pflegesachleistungen wird um 215€ auf 665€ angehoben. In der Pflegestufe II steigt das Pflegegeld um 85€, die Pflegesachleistungen um 150€. Neu ist, dass auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) in Zukunft Leistungen erhalten sollen: ein Pflegegeld in Höhe von 120€ monatlich oder Pflegesachleistungen von bis zu 225€. Die verbesserten Leistungen für Menschen mit Demenz schlagen allein mit 655 Millionen Euro zu Buche.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen. So sollen Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen eine zusätzliche zweckgebundene Pauschale von monatlich 200€ erhalten.

Auch die Gründung ambulanter Wohngruppen soll mit bis zu 10 000€ für den altersgerechten Umbau einer Wohnung unterstützt werden. Hierdurch sollen Pflegewohngemeinschaften als Alternative zum Pflegeheim ausgebaut werden.

Auch die medizinische Versorgung in Pflegeheimen soll verbessert werden. Zu diesem Zweck werden die Kasernenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Pflegeheimen zu vermitteln. Außerdem sollen weitere finanzielle Anreize für Ärzte und Zahnärzte geschaffen werden, um verstärkt Hausbesuche in Pflegeheimen durchzuführen. Die Pflegeheime werden verpflichtet, im Rahmen der Transparenzberichte nach §115 SGB XI über die medizinische Versorgung in ihrem Pflegeheim zu informieren. Weitere Leistungsverbesserungen betreffen die Inanspruchnahme von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege, die rentenrechtliche Berücksichtigung von Pflegezeiten und die Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme.

Veränderungen für den MDK

Im Vorfeld der Pflegerreform sind insbesondere aus der Union Vorschläge zu grundlegenden Änderungen der Organisation des Medizinischen Dienstes – Stichwort Institutslösung – in die politische Diskussion gebracht worden. Diese Vorschläge sind im Referentenentwurf nicht

aufgegriffen worden. Stattdessen wird – wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf heißt – vom Medizinischen Dienst eine stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragsstellern auf Pflegeleistungen gefordert (Dienstleistungs-Richtlinie). Im Einzelnen ist vorgesehen, dass der MDK seine Servicegrundsätze veröffentlicht, Verhaltensgrundsätze für MDK-Mitarbeiter aufstellt sowie ein Beschwerdemanagement einrichtet.

Außerdem wird den Pflegekassen die Möglichkeit eröffnet, neben dem MDK auch andere Gutachter mit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu beauftragen, soweit sie die gleichen Anforderungen an die Fachlichkeit und Unabhängigkeit erfüllen wie der MDK. Des Weiteren wird der MDK beauftragt, den Versicherten im Vorfeld und in der Begutachtung über das Begutachtungsverfahren und die Grundlagen der Einstufung zu informieren. Auf Wunsch soll auch der Versicherte – parallel zur Pflegekasse – das Pflegegutachten erhalten. Der MDK soll dies in der Begutachtung erfragen. Auch wird festgelegt, dass der Pflegebedürftige regelhaft über Rehaempfehlungen aus dem Pflegegutachten zu informieren ist. Durch diese Maßnahmen soll die Information und Transparenz für die Versicherten erhöht werden.

Damit Entscheidungen über Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe möglichst zeitnah getroffen werden, sieht der Gesetzentwurf vor, dass Antragstellern, deren Pflegeanträge nicht in den gesetzlich vorgeschriebenen Fristen bearbeitet werden, ein Betrag von 10 € je Überschreitungstag bezahlt werden soll.

Stellungnahme des MDS

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat in seiner mit der MDK-Gemeinschaft abgestimmten Stellungnahme zum Referentenentwurf das Anliegen des BMG, Leistungen für Menschen mit Demenz und andere Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern, fachlich gestützt. Eine Gleichstellung von Menschen mit gerontopsychiatrischem

Hilfebedarf ist allerdings nur mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu erreichen. Entsprechend sollen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig im

Gesetz verankert und die notwendigen Umsetzungsschritte eingeleitet werden.

Für die im Referentenentwurf vorgeschlagene Dienstleistungs-Richtlinie sehen die Medizinischen Dienste keine sachliche Notwendigkeit. Die angeregten Maßnahmen der Dienstleistungsorientierung sind längst gelebte Realität. Alle Dienste verfügen über ein Beschwerdemanagement, in vielen MDK werden Versichertenbefragungen durchgeführt und der Umgang der MDK-Gutachter mit den Pflegebedürftigen wird durchgängig als fachkompetent und menschlich angemessen bewertet. Auch die Zulassung anderer Gutachter halten die Medizinischen Dienste nicht für geboten, da auch heute schon die Möglichkeit der Beauftragung externer Gutachter durch den MDK besteht. Die Hervorhebung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege« wird als grundsätzlich sinnvoll ange-

sehen. Jedoch wird empfohlen, den Fokus nicht so sehr auf die medizinische Rehabilitation zu verengen. Hier sind die Erwartungen der Politik an eine deutliche Steigerung der Rehaquote nicht realistisch.

Reaktionen der Verbände

Das Pflege-Neuordnungsgesetz hat an vielen Stellen eine kritische Bewertung erfahren. In der Verbändeanhörung bemängelten viele Verbände die Ausklammerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus der Reform. Auch das Konzept für die Finanzierung der Leistungsverbesserungen wurde als wenig nachhaltig kritisiert. Die Leistungsverbesserungen, insbesondere für Menschen mit Demenz, wurden positiv bewertet, jedoch Überarbeitungsbedarf in der Ausgestaltung angemahnt. Kritisch hinterfragt wurde insbesondere die Einführung einer Leistung für häusliche Betreuung, die Einführung einer zeitorientierten Vergütung und die gewählte Ausgestaltung der neuen Wohnformen. Es bleibt abzuwarten, welche Anregungen in den Kabinettsentwurf einfließen. Angekündigt wurde, dass dieser noch vor der Osterpause vorliegen soll.

Reform mit Ablenkungsmanöver

Das Pflege-Neuordnungsgesetz ist kein großer Wurf. Es bleibt deutlich hinter den Erwartungen aller maßgeblich Beteiligten an eine Reform der Pflegeversicherung zurück. Dem Gesundheitsministerium ist zugutezuhalten, dass es den von den Koalitionsspitzen gesetzten Finanzrahmen genutzt hat, notwendige Leistungsverbesserungen auf den Weg zu bringen. Viele der vom BMG vorgeschlagenen Leistungsverbesserungen verdienen Unterstützung, da sie die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verbessern.

Die den MDK betreffenden Neuregelungen erscheinen wenig abgewogen. Zum Schutz der in der Pflegebegutachtung tätigen Pflegefachkräfte und Ärzte ist darauf hinzuweisen, dass diese einen anerkannt guten Job machen. Unzulänglichkeiten des zugrunde liegenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Enttäuschungen über den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung dürfen nicht bei den Gutachterinnen und Gutachtern abgeladen werden. Die Süddeutsche Zeitung wertete diesen Teil der Reform denn auch als »Ablenkungsmanöver«. Von daher ist zu hoffen, dass auch an dieser Stelle noch Veränderungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren erfolgen.

**Versicherte bescheinigen
MDK-Gutachtern Kompetenz
und Menschlichkeit**

**Pflegebedürftigkeitsbegriff
berücksichtigt körperliche
Einschränkungen**



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

Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland

Sag mir, wo du wohnst!

JE NACH REGION GIBT ES IN DEUTSCHLAND zum Teil erhebliche Unterschiede etwa bei der Zahl von Eierstock- oder Gebärmutterentfernungen oder beim Einbau künstlicher Hüft- und Kniegelenke. Auch die Häufigkeit ambulanter Leistungen – wie etwa Antibiotikaverordnungen – weicht regional stark voneinander ab. Die Faktenlage ist eindeutig. Doch wie ist dies zu erklären? Und welche Relevanz hat das für Patienten und für das Gesundheitssystem insgesamt?

In den Jahren 2005 bis 2009 erhielten in Berlin durchschnittlich 120 von 100 000 AOK-Patienten eine Hüftgelenkprothese, in Niedersachsen waren es 168 – also 40 % mehr. Ein künstliches Kniegelenk wurde in Berlin 90 von 100 000 Patienten implantiert, in Thüringen bei 71 % mehr, nämlich 154 von 100 000 Patienten. Deutliche Unterschiede gibt es auch bei anderen Operationen. So liegt die Zahl der Gebärmutterentfernungen in manchen Regionen um das 2,6-Fache höher als in anderen – die Zahl der Eierstockentfernungen sogar um das 3,4-Fache.

Operationswahrscheinlichkeit: nicht nur eine Frage des Gesundheitszustands

Unterschiede gibt es auch bei anderen Operationen. So liegt die Zahl der Gebärmutterentfernungen in manchen Regionen um das 2,6-Fache höher als in anderen – die Zahl der Eierstockentfernungen sogar um das 3,4-Fache.

Unterschiede mit dem Alter der Patienten nicht erklärbar

Diese und weitere Ergebnisse stellte das Wissenschaftliche Institut der AOK (wido) im vergangenen Dezember im Krankenhausreport 2012 vor. Mit dem Alter der Patienten sind die Ergebnisse nicht zu erklären, denn über eine Altersstandardisierung hat das wido die unterschiedliche Altersstruktur in den Bundesländern berücksichtigt. Auch die Anzahl von implantierten Bandscheibenprothesen hat das wido verglichen – auf Kreisebene – und ebenfalls altersstandardisiert. Hier fielen die Unterschiede noch viel größer aus: Gemessen an dem Kreis mit den niedrigsten OP-Raten gab es Kreise, in denen Patienten zwölfmal häufiger eine künstliche Bandscheibe eingesetzt wurde!

Zu ähnlich hohen Abweichungen kam die Bertelsmann Stiftung im *Faktencheck Gesundheit* im September 2011. Bis zu achtmal mehr Tonsillektomien (Entfernung der Rachenmandeln) bei Kindern und Jugendlichen zeigte der Vergleich von Kreisen, in denen viel, mit Kreisen, in denen wenig operiert wurde. Eine hohe regionale Varianz zeigte sich in Untersuchungen des wido und beim *Faktencheck Gesundheit* auch für Krankenhausbehandlungen bei Diabetes oder Depression, Entfernungen von Blinddarm, Gebärmutter oder Eierstöcken. Vor dem Hintergrund der Diskussionen um Antibiotikaresistenzen verdient der im Februar im *Faktencheck Gesundheit* veröffentlichte Vergleich von Antibiotikaverordnungen bei Kindern besondere Beachtung. Er zeigt, dass im verordnungstärksten Kreis 52,5% aller Kinder innerhalb eines Jahres ein Antibiotikum verschrieben bekamen, während es im schwächsten Kreis nur 19,3% der Kinder waren.

Besonders betroffen macht, dass in Deutschland immer noch eine erhebliche regionale Varianz in der Perinatal-

sterblichkeit besteht (Totgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500g und Todesfälle bis zum siebten Tag nach der Geburt). Die Zahl der Totgeburten bzw. früh verstorbenen Säuglinge reicht von 453 in Sachsen bis 612 in Nordrhein-Westfalen jeweils bezogen auf 100 000 Geborene. Im Bundesdurchschnitt liegt sie bei 545 von 100 000.

Methodik der Untersuchungen

Für die Analyse der operativen Eingriffe an der Wirbelsäule wertete das wido die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes aus, den Untersuchungen zu Gelenkprothesen und gynäkologischen Operationen lagen Daten der AOK-Versicherten zugrunde. Der Faktencheck Gesundheit nutzte für die Analyse der Eingriffshäufigkeiten die DRG-Statistik.

Die Antibiotikaverordnungen bei Kindern wurden anhand der Daten der Barmer/GEK ermittelt. Doch unabhängig von den verwendeten Datengrundlagen und Herangehensweisen (Länder- oder Kreisvergleich) zeigt sich: Die Ergebnisse der Untersuchungen bestätigen erneut die regionalen Asymmetrien im Versorgungsgeschehen.

Mögliche Ursachen für regionale Unterschiede

Regionale Versorgungsunterschiede müssen nicht per se ein Problem sein. Je nachdem, worin ihre Ursachen liegen, sind sie mehr oder weniger relevant sowohl für einzelne Patienten als auch für das Gesundheitssystem insgesamt. Die Diskussion über mögliche Ursachen konzentriert sich auf folgende Aspekte, die hier im Folgenden näher untersucht werden sollen.

Regional unterschiedliche Morbidität

Eine mögliche Erklärung könnten regional unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten sein. Dass diese jedoch so stark ausgeprägt sind wie die oben dargestellten Versorgungsunterschiede, erscheint eher unwahrscheinlich. Belastbare Daten fehlen allerdings.

Eine Studie des Robert Koch-Instituts aus dem Jahre 2008/2009, in der die Zahl der Erwachsenen mit Arthrose anhand von Selbstauskünften erhoben wurde, zeigte zwar geringe regionale Unterschiede. Diese Ergebnisse korrelieren aber nicht mit der Zahl der regional implantierten Gelenkprothesen, wie sie das wido festgestellt hat.

Die Ursachen für regionale Unterschiede sind unklar



Regional unterschiedliche Versorgungspräferenz von Ärzten und/oder Patienten

Voraussetzung für eine solche Erklärung wären gleichwertige Behandlungsalternativen, zwischen denen der beratende Arzt oder der selbstständig entscheidende

Schwer zu beantworten: Wie groß soll der Versorgungsumfang sein?

Patient wählen kann. Es könnte aber auch ein Mangel an Behandlungsleitlinien bestehen. Oder eine mangelnde Berücksichtigung vorhandener Leitlinien

en bzw. eine mangelnde Evidenz für die Indikationsstellung bei einem Eingriff. So ist etwa bei Operationen an der Prostata oder für die Entfernung der Gebärmutter oder des Blinddarms die Indikationsstellung nicht klar determiniert. Dadurch bietet sich ein weiter Ermessensspielraum bei der Entscheidung für oder gegen eine Operation. Hierüber lassen sich jedoch nicht alle Unterschiede erklären, denn selbst bei Eingriffen, deren Indikation heute relativ klar definiert und konsentiert ist, variieren die regionalen Häufigkeiten – wie bei der Entfernung der Gallenblase – noch um den Faktor 2.

Verfügbarkeit von Ressourcen

Sowohl die Verteilung von Krankenhausbetten als auch von niedergelassenen Ärzten ist in Deutschland asymmetrisch. Das legt die Vermutung nahe, dass das Angebot die Nachfrage steuern könnte. Um diese These zu prüfen, hat das wido die regionale Dichte von Betten in gynäkologischen Fachabteilungen mit der regionalen Anzahl von Gebärmutter- und Eierstockentfernungen ins Verhältnis gesetzt. Eine lineare Korrelation ließ sich nicht nachweisen. Bei der Verordnung von Antibiotika bei Kindern zeigte sich, dass die Verordnungshäufigkeit mit steigender Arztdichte in einer Region rückläufig war.

Insgesamt liegen in Deutschland bislang erst wenige Untersuchungen vor, die auf eine Erklärung von regionalen Unterschieden in der Versorgung abzielen. Keine der in der Öffentlichkeit diskutierten und zum Teil aus ausländi-

sehen Forschungsergebnissen übertragenen Hypothesen konnte bislang definitiv bestätigt oder ausgeschlossen werden.

Bedeutung für Patienten und das Gesundheitssystem

Relevant werden Versorgungsunterschiede in einem Gesundheitssystem, wenn sie sich nicht durch Unterschiede in der regionalen Krankheitslast oder durch die gehäufte Auswahl von einer von mehreren gleichwertigen Behandlungsalternativen erklären lassen. Versorgungsunterschiede sind dann ein Hinweis auf Unter- oder Überversorgung von Patienten/Bürgern/Versicherten. Sie werden zum Qualitätsmangel, wenn Patienten zu wenig Leistungen erhalten, aber auch dann, wenn sie zu einer Überversorgung mit nicht notwendigen Operationen und den damit verbundenen Nebenwirkungen oder Komplikationen führen. Ein weiteres Problem der Überversorgung sind die damit verbundenen Kosten für die Versicherungsgemeinschaft.

Es stellt sich die Frage, welcher Versorgungsumfang gebraucht wird und wie wir diesen erreichen. Die Antwort ist alles andere als trivial: Zunächst besteht das Problem, die richtige Größe der anzustrebenden Versorgung zu definieren. Das könnte nur ganz zufällig der Bundesdurchschnitt sein – belastbare, wissenschaftlich belegte Zahlen dazu werden sich heute kaum finden lassen. Das vielleicht größere Problem schließt sich aber erst an: wie können Prozesse mit vielfältigen Einflussfaktoren gesteuert werden – und wer soll es tun? Doch auch wenn die Lösung (sehr) schwierig zu werden scheint, vor dem Problem die Augen zu verschließen führt nicht weiter. Viele Phänomene sind grob umrissen – Lösungsansätze werden sich nur finden lassen, wenn sich die Versorgungsforschung tiefergehender mit der Thematik beschäftigt.



Dr. Annette Busley leitet das Fachgebiet »Stationäre Versorgung« des MDS.
a.busley@mds-ev.de

Pflege – Patientenrechte – Überschüsse

Missglückter Befreiungsschlag

AUCH DAS NEUE JAHR bringt für Gesundheitsminister Daniel Bahr nicht den erhofften Befreiungsschlag. Mit Verbesserungen für Demenzzranke und einem neuen Patientenrechtegesetz wollte der FDP-Minister punkten. Doch die Kritik reißt nicht ab. Selbst die Milliarden-Überschüsse im Gesundheitsfonds werden für Bahr zur Belastung.

Manchmal hat man den Eindruck, den Liberalen will in dieser Regierung nichts mehr gelingen. Nach dem Kompromiss bei der Pflegereform Ende 2011 wollte Bahr Schritt für Schritt die Verbesserungen präsentieren. Aber auch dies missglückte. Ein Beispiel: die Anhebung der Pflegesätze für Demenzzranke. Zunächst kursierten widersprüchliche Zahlen aus dem Referentenentwurf. Eine Pressekonferenz des Gesundheitsministers brachte

Pflegereform:

»Den Hausbau nicht mit dem Balkon beginnen«

jedoch auch nicht die gewünschte Klarheit. Die eigentlich positive Botschaft – erstmals bekommen Demenzzranke in der Pflegestufe o Geld für einen Pflegedienst –

ging in dem Wirbel vollkommen unter. Auch die neuen Wahlmöglichkeiten – hauswirtschaftliche Hilfe oder Pflegeleistungen – sind ein klarer Fortschritt. Diese Verbesserungen sind allerdings nicht mit dem Namen Daniel Bahr verknüpft.

Kritik an der Pflegereform

Im Gedächtnis bleibt vielmehr die massive Kritik der Wohlfahrtsverbände. »Wir brauchen endlich die Pflegereform aus einem Guss, die uns diese Koalition vor zwei Jahren versprochen hat«, wettete Eberhard Jüttner, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes. »Wer ein Haus bauen will, kann nicht mit dem Balkon anfangen, nur weil er für den Rest das Geld noch nicht zusammenhat.« Die Verbände sind vor allem verärgert, weil die lang versprochene Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut auf die lange Bank geschoben wurde. Dabei hatte der Pflegebeirat unter Leitung von Jürgen Gohde bereits 2009 konkrete Vorschläge vorgelegt. Kein Wunder also, dass sich Gohde nicht erneut für den Vorsitz zur Verfügung stellte. Für Bahr war die Absage allerdings ein weiterer bitterer Rückschlag.

Aber nicht nur von den Sozialverbänden und aus der Opposition kommt harsche Kritik. Selbst in der Koalition stößt Bahr auf Widerstand. Die Pflegereform würde »die bereits bestehende Ungleichbehandlung zwischen Behinderten und Pflegebedürftigen« fortsetzen, beklagte das Arbeitsministerium. Noch deutlicher wird Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU). Er könne dem Gesetzentwurf zur Pflegereform in der vorliegenden Form nicht zustimmen, heißt es in einer Stellungnahme. Der Gesundheitsminister habe die Mehrausgaben der Reform nicht ausreichend berücksichtigt, so die Kritik. So rechnet das Bundesfinanzministerium aufgrund der Beitragsanhebung mit einem deutlichen Rückgang der Einkommenssteuer.

Krach mit Schäuble kann sich Bahr allerdings nicht leisten. Er braucht die Unterstützung des Finanzministers für die staatlich geförderte Zusatzversicherung in der Pflege. Rückt Schäuble kein Geld heraus, kann der FDP-Minister seine Pläne beerdigen.

Verhaltene Reaktionen auf das Patientenrechtegesetz

Zumindest beim Patientenrechtegesetz musste Bahr nicht fürchten, dass ihm gleich wieder jemand in den Rücken fällt. Gemeinsam mit seiner Parteikollegin, Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, präsentierte Bahr Anfang des Jahres einen Entwurf. Danach liegt künftig die Beweislast bei groben Behandlungsfehlern nicht mehr beim Patienten, sondern beim Arzt. Die Krankenkassen müssen die Versicherten stärker bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen unterstützen – beispielsweise durch Gutachten. »Das neue Gesetz gleicht das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patienten aus«, erklärte Leutheusser-Schnarrenberger. Die Patienten könnten künftig die wichtigsten Rechte und Pflichten selbst nachlesen. »Die Patientenrechte werden erstmalig in einem einheitlichen Gesetz gebündelt und gestärkt«, jubelte Bahr.

Patienteninitiativen reagierten dagegen enttäuscht. Der Entwurf gehe nicht über den Status quo hinaus, heißt es in einer Stellungnahme mehrerer Organisationen. Als »Trostpflaster für Patienten« bezeichnete Maria Klein-Schmeink, Sprecherin der Grünen für Patientenrechte, den Entwurf. Mit dem Gesetz werde lediglich »geltendes Recht in verfasstes Recht überführt«, kritisierte die Grünen-Politikerin. »Das ist eine klassische Mogelpackung der FDP, weil sich nicht viel ändert«, wettete SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach. Er sieht vor allem bei der Beweislast die Patienten im Nachteil.

Immerhin ist Bahr zugutezuhalten, dass er nach zehnjähriger Debatte über einen besseren Patientenschutz im Gegensatz zu seiner Vorgängerin Ulla Schmidt (SPD) endlich konkrete Vorschläge auf den Tisch legt.

Kassenüberschüsse wecken Begehrlichkeiten

Die Zahlen müssten einen Gesundheitsminister eigentlich freuen, doch für Bahr werden sie immer mehr zum Problem: die Rekord-Überschüsse bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Mehr als 16 Milliarden Euro haben Krankenkassen und Gesundheitsfonds derzeit auf der hohen Kante. Das weckt natürlich Begehrlichkeiten: Gleich

Patientenrechtegesetz: Trostpflaster, Mogelpackung oder mehr?

ob Ärzte, Apotheken, Kliniken oder die Pharmaindustrie – sie alle wollen etwas vom Milliarden-Überschuss. Bisher hat Bahr tapfer die Wünsche abgewehrt. Er weiß, verteilt er jetzt zu viele Geschenke, drohen bereits 2013 hohe Zusatzbeiträge – kurz vor der Bundestagswahl würde dies kein gutes Licht auf den Gesundheitsminister werfen.

Doch der Druck auf Bahr wächst. Schließlich waren es die Liberalen, die einst mehr Netto vom Brutto gefordert hatten. Warum also nicht Arbeitnehmer und Arbeitge-

Schäuble will Bundeszuschüsse an Kassen kürzen

ber entlasten? Finanzminister Schäuble nutzt Bahrs missliche Lage gnadenlos aus. Um seinen Haushalt zu sanieren, greift der

CDU-Minister nach den Milliarden-Überschüssen im Gesundheitsfonds. So will er den Bundeszuschuss dauerhaft um zwei Milliarden Euro kürzen. Ein cleverer Schachzug von Politprofi Schäuble – für 70 Millionen gesetzlich Versicherte allerdings ein Rückschlag. Jahrelang hatten die Krankenkassen dafür gekämpft, dass versicherungsfremde Leistungen wie die kostenlose Mitversicherung von Kindern nicht allein von den gesetzlich Versicherten, sondern von der Allgemeinheit getragen werden. Dass Schäuble bei erster Gelegenheit den Steuerzuschuss wieder kappt, stärkt nicht gerade das Vertrauen in die Politik. Es bestätigt vielmehr die Skeptiker, die schon immer vor einer Gesundheitsversorgung nach Kassenlage gewarnt hatten.

Es bleibt zu hoffen, dass sich Bahr gegen Schäuble durchsetzt. Die Chancen stehen allerdings nicht allzu gut. Dabei wäre die Kürzung des Zuschusses auch für den Finanzminister nur ein kurzfristiger Erfolg. Denn die Einschnitte von heute sind die Zusatzbeiträge von morgen – und für diese muss Schäuble einen Sozialausgleich bezahlen.

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: Veronese (Paolo Caliari), 1528–88.
www.bridgemanart.de

S. 2, 28 eyelab / photocase.de

S. 16 time. / photocase.de

S. 19 stop-sells / photocase

S. 21 Michael Tinnefeld

S. 26 trepavica / photocase.de

S. 31 b13nd / photocase.de

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

ISSN 1610-5346



Steffen Habit
ist Wirtschaftsredakteur
beim *Münchner Merkur*.



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr
Geschäftsführer **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 **Rudolf Sichel**
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

