



Heft 2/2014

MDK

Das Magazin der Medizinischen

forum

Dienste der Krankenversicherung

**Schritt
für
Schritt
zur
Pflegereform**

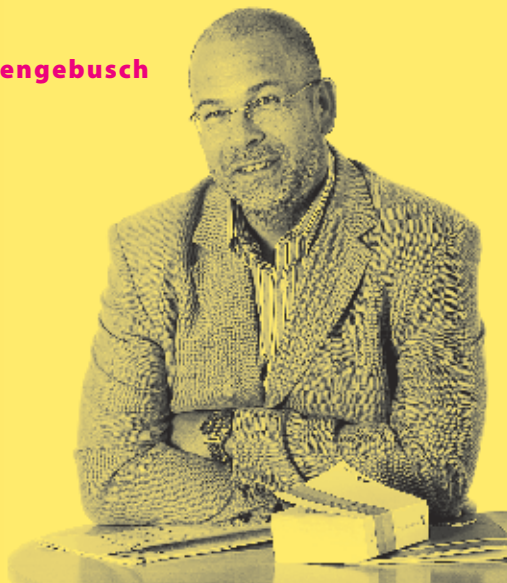
Liebe Leserin, lieber Leser!

»Was lange währt, wird endlich gut«, lautet das bekannte Sprichwort. Doch gilt dies auch für die Pflegereform?

Fest steht: Langsam beginnen die im Koalitionsvertrag verankerten Gesundheitsthemen, Formen anzunehmen. Fast scheint es, als erfahre das bereits 2011 ausgerufene »Jahr der Pflege« derzeit eine Neuauflage. Vor der Einführung des längst überfälligen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird es allerdings eine intensive Prüfung der Praxistauglichkeit des Instrumentariums für die Begutachtungen geben. Die Medizinischen Dienste werden hierfür 4000 zusätzliche Begutachtungen unter neuen Rahmenbedingungen realisieren. Dringend notwendige Leistungsverbesserungen werden in einem Pflegestärkungsgesetz bereits 2014 umgesetzt!

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sieht vor, dass die Medizinischen Dienste im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit jährlich Befragungen der Versicherten durchführen. Erste Ergebnisse der wissenschaftlich begleiteten bundesweiten Erhebung sind im Schwerpunkt dieses Heftes zusammengefasst. Eine schöne Bilanz!

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Brauchen wir in Deutschland eine Impfpflicht?** 2

Die politische Kolumne **Wie weit gehen wir für ein Kind?** 32

TITELTHEMA

Zwei Stufen der Pflegereform und ihre Vorgeschichte
Ein langer Weg – kurz vor dem Ziel 5

Geprüft auf Herz und Nieren **Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff im Test** 8

Von der Theorie in die Praxis **Wie bereiten sich die MDK auf die Erprobungsstudie vor?** 10

Ein Begriff nimmt Formen an 12

Werkstattbericht zeigt hohe Zufriedenheit **Erste Auswertung der MDK-Versichertenbefragung** 13

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Patientensicherheit und Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen **Zwei Paar Schuhe?** 15

Fehlalarme im DRG-System **Stationäre Versorgung geriatrischer Patienten in Gefahr?** 17

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
Begutachtungsanleitung schafft Transparenz 19

MDK-Kongress 2014 **Gesundheit und Pflege der Zukunft** 20

Grundsatzstellungnahme überarbeitet **Essen und Trinken im Alter** 21

WEITBLICK

Luftverschmutzung: Das unterschätzte Gesundheitsrisiko **Einatmen, Ausatmen – Tod** 22

Sportsucht **Laufen bis zum Umfallen** 24

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Start verschoben **Wie geht es weiter mit dem Psychiatrie-Entgeltsystem PEPP?** 26

Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. **Von Bullshit, Pap-Test und Heizen mit Holz** 28

Interview mit PD Dr. med. Burkhard Rodeck
Es fehlt ein funktionsfähiger Ankunftsbahnhof 30

Wechsel an der Spitze des MDK Nordrhein



Andreas Hustadt

Ab 1. August wird Andreas Hustadt neuer Geschäftsführer des MDK Nordrhein. Der 51-jährige Diplom-Volkswirt war zuvor Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen. Er tritt damit die Nachfolge von Wolfgang Machnik an, der in den Ruhestand geht. Stellvertretender Geschäftsführer wird Werner Greilich (56). Er leitete bei der AOK Rheinland / Hamburg den Geschäftsbereich »Beiträge und Leistungen«. Machnik führte den MDK Nordrhein seit dem Jahr 2000. Er hatte bereits 1989 die Überführung des Vertrauensärzt-

lichen Dienstes in den MDK Nordrhein maßgeblich vorangetrieben.

Begutachtungs-Anleitung Heilmittel überarbeitet

Am 12. Mai hat der GKV-Spitzenverband die überarbeitete Begutachtungsanleitung Heilmittel als Richtlinie nach § 282 SGB V beschlossen. Anlass für die Überarbeitung war u. a. die Änderung der Verordnungspraxis für Heilmittel. Versicherte mit chronischen Erkrankungen / Behinderungen und einem langfristigen Behandlungsbedarf können sich Heilmittelbehandlungen für einen längeren Zeitraum auf Antrag von der Krankenkasse genehmigen lassen. Bei bestimmten medizinischen Konstellationen, die vom GBA benannt wurden, hat die Krankenkasse die Möglichkeit, diese Verordnung ohne Begutachtung durch den MDK zu genehmigen. Ein Antrag, bei dem eine solche festgelegte medizinische Konstellation nicht vorliegt, wird vom MDK begutachtet. Die Begutachtungsanleitung regelt unter anderem, welche Kriterien bei der Begutachtung solcher Fälle von den MDK zu berücksichtigen sind.

Die Begutachtungsanleitung finden Sie unter www.mds-ev.de in der Rubrik »Dokumente und Formulare«.

Bundestag bringt Qualitätsinstitut auf den Weg

Weniger als ein Jahr nach der Bundestagswahl haben Bundestag und Bundesrat ein zentrales Anliegen des Koalitionsvertrags noch vor der Sommerpause in ein Gesetz gegossen. Ein zentrales Element des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) ist die Einrichtung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Angesiedelt beim GBA soll es die Qualitätsentwicklung in der gesundheitlichen Versorgung vorantreiben, beispielsweise durch den Aufbau einer vergleichenden Übersicht über die Qualität in bestimmten Bereichen der stationären Versorgung und die Entwicklung von Instrumenten zur Messung und Darstellung von sektorenübergreifenden Qualitäts-Indikatoren.

Abschied aus der Redaktion

Grote verlässt MDK Forum

Wenn man es aus der Sicht von MDK Forum betrachtet, kann sie getrost als Frau der ersten Stunde bezeichnet werden. Die Pressesprecherin des MDS, Christiane Grote, hat als langjähriges Mitglied der Redaktion des Magazins dessen Entstehung und

Weiterentwicklung geprägt. Nun verlässt Grote den MDS.

Das Magazin MDK Forum und die Redaktion haben Frau Grote viel zu verdanken. Sie gehörte zu den Vorreitern in den Medizinischen Diensten, die sich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre für einen intensiveren Meinungs- und Informationsaustausch in der MDK-Gemeinschaft einsetzten. Das Ergebnis war am 1. September 1997 die Herausgabe des ersten Heftes von MDK Forum, dem Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Seit der ersten Ausgabe übernahm Christiane Grote dabei verschiedene Funktionen und füllte sie mit Ideenreichtum, Engagement und hoher Identifikation mit dem Magazin aus.

Sie hat großen Anteil daran, dass das MDK Forum heute in der Kranken-

versicherungslandschaft und im Gesundheitswesen einen guten Ruf genießt. Dazu hat beigetragen, dass mit ihrer tatkräftigen Unterstützung das Magazin im Verlauf der Jahre ein regelmäßiges Facelifting – so im Jahr 2002 und zuletzt im Jahr 2010 – erfahren hat. Am Puls der Zeit zu bleiben, hieß für Grote, das Erscheinungsbild des Magazins und auch dessen inhaltliche Ausrichtung an den geänderten Bedürfnissen der Zielgruppen auszurichten. Wer das heutige Magazin mit der ersten Ausgabe vergleicht, erkennt den Entwicklungs- und Anpassungsprozess. MDK Forum dankt Christiane Grote für ihre in und außerhalb der Redaktion geleistete Arbeit. Gleichzeitig wünscht die Redaktion ihr viel Erfolg bei ihrer neuen Aufgabe.

Klaus Wilting, MDS



Interview mit Dr. med. Christiane Fischer, Mitglied des DER

Brauchen wir in Deutschland

eine Impfpflicht?

ES GIBT SIE BEIDE – Impfbefürworter wie Impfgegner. Jede Seite mit schlagkräftigen Argumenten. In dieser Debatte steckt jedoch ein ethisches Dilemma. Dem Recht des Einzelnen auf freie Entscheidung stehen kollektive Interessen des Gesundheitssystems gegenüber: Die meisten Impfungen schützen nicht nur die geimpfte Person selbst. MDK Forum sprach mit Dr. Christiane Fischer vom Deutschen Ethikrat über Impfrechte und -pflichten.

Wie sieht die Situation in Deutschland derzeit aus?

In Deutschland gibt es eine Empfehlung der Ständigen Impfkommision (stiko) in Form eines Impfplans. Impfungen, die auf diesem Impfplan stehen, werden von der Krankenkasse übernommen. Allerdings sind dies nur Empfehlungen und ist keine Pflicht.

Nun gibt es hierzu ja unterschiedliche Betrachtungsweisen. Wie bewerten Sie das Thema Impfungen generell?

Grundsätzlich haben wir bei Impfungen auf der einen Seite die Impfgegner, die erzählen: »Wenn Sie Ihr Kind impfen, fällt es am nächsten Tag vor lauter Nebenwirkungen tot um«, und auf der anderen Seite die strikten Befürworter, die genau dieselbe Angststrategie fahren: »Wenn Sie Ihr Kind nicht impfen, fällt es tot um«. Beides ist falsch. Aus der Sicht von Public Health und öffentlicher Gesundheit sind Impfungen sinnvoll. Sie schützen die Bevölkerung, da sie vor Erkrankungen schützen und die Sterblichkeit senken. Wir müssen uns vorstellen: Wenn wir eine Million Menschen impfen, dann sinkt das Risiko in der Gesamtbevölkerung an einer bestimmten Krankheit zu erkranken oder zu sterben, gewaltig.

Sie sprechen es an: Nicht alle Menschen können sich impfen lassen, vor allem kleine Kinder oder ältere Menschen. Welche Rolle spielt die Verpflichtung jedes Einzelnen den anderen gegenüber, sich impfen zu lassen?

Beim Thema Impfen spielt Public Health eine wichtige Rolle. Hierfür sind allerdings hohe Impfquoten notwendig, um eine sogenannte *Herdenimmunität* zu erreichen. Bei ansteckenden Krankheiten kommt es also darauf an: Wie gut wirkt die Impfung? Dementsprechend hoch bzw. niedrig ist die Durchimpfungsrate, die wir erreichen müssen, damit die Krankheit in der Bevölkerung nicht mehr vorkommt. Dann haben wir die angesprochene Herdenimmunität erreicht. Bei Masern ist die Effizienz der Impfung jedoch ziemlich schlecht. Wir müssten 95 % der Bevölkerung geimpft haben, um die Masern regional zu eliminieren.

Daneben gibt es Impfungen gegen Krankheiten wie Tetanus, die nicht ansteckend sind. Hier gibt es auch keine Herdenimmunität, sondern nur den individuellen Schutz vor der Krankheit.

Bis 1976 gab es in Deutschland die Pockenimpfpflicht. Inzwischen sind

die Pocken weltweit ausgerottet. Auch eine Ausrottung der Masern wird von der WHO angestrebt – doch um dies zu erreichen, müssten sie erst einmal in vielen Ländern regional eliminiert werden. Davon sind wir in Deutschland weit entfernt. Impfgegner propagieren stattdessen Masern-Partys, bei denen sich die Kinder gezielt mit dem Virus anstecken sollen. Was halten Sie davon?

Masern sind weltweit die vierthäufigste Todesursache im Kindesalter. Es handelt sich um eine schwerwiegende Erkrankung. Allerdings ist die Masernenzephalitis, die Gehirnentzündung, vor der oft gewarnt wird, sehr selten. Aber es gibt sie. Häufiger ist vor allem in armen Ländern die Masern-Lungenentzündung. Daran sterben auch die meisten Kinder. Mit der Krankheit ist also nicht zu spaßen. Ich rate den Eltern daher durchaus, ihre Kinder gegen Masern zu impfen. Doch ich würde nicht so weit gehen, dass es eine Pflicht für Masern geben muss. Es gibt hier einen großen Unterschied zu Pocken. Pocken waren eine extrem tödliche Erkrankung, mit einer sehr hohen Sterblichkeit. Wer Pocken bekam, starb meistens daran. Bei Masern ist das nicht so. Bis in die 70er Jahre hinein hatten

fast alle Kinder Masern, daran gestorben sind jedoch nur recht wenige. Fakt ist jedoch auf der anderen Seite: Es sind Menschen daran gestorben. Deshalb würde ich auch zur Impfung raten. Allerdings ist die ethische Rechtfertigung einer Impfpflicht meines Erachtens nur gegeben, wenn es sich tatsächlich um eine Krankheit mit sehr hoher Sterblichkeit handelt. Das trifft bei Masern nach meiner Einschätzung nicht zu. Daher gibt es für mich keine ethische Rechtfertigung, mit der man den Eltern das Recht abspricht, selbst zu entscheiden, ob sie ihr Kind Masern kriegen lassen oder nicht. Davon abraten würde ich aber.

Gibt es denn eine Erkrankung, bei der Sie sich eine Impfpflicht vorstellen könnten?

Wenn damals z. B. das sogenannte Vogelgrippe-Virus, bei dem es eine sehr hohe Sterblichkeit gab, von Mensch zu Mensch übergesprungen wäre, da hätte ich eine Impfpflicht als gerechtfertigt angesehen. Anders bei der sogenannten Schweinegrippe-Impfung, die auch empfohlen wurde, obwohl es nur eine sehr niedrige Sterblichkeit gab. Da gab es keine Impfpflicht, erschwerend kommt hinzu, dass es sich meines

Erachtens um eine eher mangelhafte Impfung handelte.

Das bedeutet: Bei einer Epidemie mit vielen Krankheitsfällen und hoher Sterblichkeit steht für mich außer Frage, dass es eine Impfpflicht geben sollte. Eine Epidemie mit sehr wenigen Fällen wäre grenzwertig. Und ich glaube auch, dass man sich durch eine gute Beratung tatsächlich dieser Herdenimmunität zumindest annähern kann.

Gegen viele Krankheiten auf der Welt gibt es einfach keine funktionierende Impfung, weil nur Arme diese Krankheit haben, wie z. B. Cholera oder Tuberkulose. Die Tuberkulose-Impfung ist hundert Jahre alt und in Deutschland nicht mehr auf dem Markt. Gegen Dengue-Fieber gibt es erst gar keine Impfung, gegen Borreliose auch nicht. Möglich wäre es auf jeden Fall, Impfungen zu entwickeln, und meines Erachtens bräuchten wir sie auch dringend. Aber es gibt sie nicht. Wir reden also über einen absoluten Bedarf, für den jedoch kein Markt da ist. Gleichzeitig reden wir über Krankheiten, wo ein sehr großer Markt da ist, wo man durchaus impfen kann, es aber auch nicht muss.

Gibt es aus Ihrer Sicht sinnvolle und nicht sinnvolle Impfungen?

Kinderlähmung (Polio) ist fast ausgerottet, so lange sollten wir weiter gegen die Krankheit impfen. Es handelt sich um eine sehr gut verträgliche und höchst wirksame Impfung, die man zusammen mit Diphtherie und Tetanus impfen kann. Und die Impfungen brauchen wir unbedingt. Auch Masern, Mumps, Röteln würde ich dringend empfehlen. Bei den Streptokokken kann man meines Erachtens selbst entscheiden, ob man sich oder sein Kind impfen lässt oder riskiert, die Krankheit zu bekommen. Es ist auf jeden Fall eine

behandelbare Erkrankung. Und dann haben wir die HPV-Impfung, die theoretisch vor Gebärmutterhalskrebs schützen soll. Allerdings ist sie nicht besonders gut wirksam und bietet keinen kompletten Schutz. Da wiegen wir meines Erachtens die Menschen in falscher Sicherheit. Aus ökonomischer Sicht ist sie für das entsprechende Pharma-Unternehmen sicherlich sehr gut: Mit 450 € ist es die teuerste Impfung, die es jemals gab. Doch man muss seinen Töchtern sowieso raten, zur Vorsorge zur gehen – mit und ohne Impfung.

Wie oder wonach bewerten Sie die Impfungen im Deutschen Ethikrat?

Ich bewerte die Impfung danach, wie hoch die Sterblichkeit ist, und zwar in absoluten Zahlen: Wie viele Menschen sterben an dieser Krankheit? Und wie viele erkranken realistisch daran – sind es fünf, fünfzig, fünfhundert, 5000 oder 50 000? Das ist ein großer Unterschied. Eine weitere Frage lautet: Wenn ich 1000 Menschen impfe, bei wie vielen von ihnen besteht anschließend ein Impfschutz, d. h. kann ich mit der Impfung überhaupt eine Immunität erreichen?

Von der Frage der Sterblichkeit, also wie gravierend die Krankheit ist, hängt es ab, ob ich eine Impfpflicht rechtfertigen kann. Da sprechen zwei Werte gegeneinander, nämlich das Recht auf individuelle Entscheidung – »ich lasse mich impfen« oder »ich lasse mich nicht impfen« – und die Pflicht, die Bevölkerung vor dieser Krankheit zu schützen. Danach würde ich eine Impfung bewerten und da komme ich momentan zu dem Schluss, dass es absolut ein Recht auf Impfung gibt, aber absolut keine Pflicht.

Dr. Christiane Fischer ist Mitglied des Deutschen Ethikrates und die ärztliche Geschäftsführerin der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte »Mein Essen zähl ich selbst« MEZIS e.V.; weitere Informationen unter www.mezis.de.

*Das Gespräch führte
Dr. Martina Koesterke*

Dr. Christiane Fischer





Schritt



für Schritt



zur



Pflegereform



Zwei Stufen der Pflegereform
und ihre Vorgeschichte

Ein langer Weg – kurz vor dem Ziel

PFLEGE WIRD DAS ZENTRALE REFORMTHEMA der Gesundheitspolitik in dieser Wahlperiode. Längst überfällig, wird der neue Pflegebegriff endlich umgesetzt: Das bedarf sorgfältiger Vorbereitung. Um die Ernsthaftigkeit des Projekts deutlich zu machen, plant die Bundesregierung jetzt eine erste Stufe zur Verbesserung der Pflegeleistungen.

Gleichzeitig beginnt die Arbeit an der zweiten Stufe der Reform. Über viele Punkte der Gesundheitspolitik konnte man sich beim Koalitionsvertrag nicht einigen. Herausgekommen sind Formelkompromisse, wie zur Zukunft der Krankenhausfinanzierung, oder Ausklammerungen, wie zur Frage der zukunftsicheren Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei einem Thema waren sich die Koalitionäre jedoch wirklich einig: Die Pflegereform muss endlich kommen. Die Einführung des neuen Pflegebegriffs wurde als zentraler Punkt für die Glaubwürdigkeit der Sozialpolitik angesehen.

Arbeit am Begriff ...

Zwei Anläufe hatte es bereits gegeben. In der letzten großen Koalition (2005–2009) hatte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eine Expertenkommission für die Pflegereform eingesetzt. Ihre Aufgabe war vor allem, ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu

gen berücksichtigt, und zielte auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise, bei der die verbliebenen Fähigkeiten der zu Pflegenden im Vordergrund stehen. Die Pflege sollte darauf ausgerichtet werden, diese Fähigkeiten zu erhalten und zu stärken. Die häufig kritisierte Minutenpflege, d. h.



entwickeln: Neben dem körperlichen Hilfebedarf sollte auch die kognitive, mentale und psychische Lage der Pflegebedürftigen in Betracht gezogen werden. Man wollte wegkommen vom Defizitmodell, das nur Beeinträchtigung



die starre Standardisierung der Verrichtungen wie Waschen, Kämmen und Anziehen, sollte durch ein flexibleres Leistungskonzept abgelöst werden. Dabei sollte nicht zuletzt die soziale Zuwendung zum Pflegebedürftigen, die noch heute im Pflegealltag oft zu kurz kommt, verbessert werden.

Herausgekommen ist das Konzept der fünf Pflegegrade, die unter Berücksichtigung der psychomentalen Aspekte die heute geltenden drei Pflegestufen ersetzen sollen. Der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs lag allerdings erst im Januar 2009 vor. Damit war es für eine Umsetzung in der laufenden Wahlperiode zu spät. Außerdem schränkte die akute Finanzmarktkrise die Möglichkeiten der staatlichen Sozialpolitik damals ein. Allerdings wurde das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verabschiedet, das ab Mitte 2008

moderate Verbesserungen der Leistungssätze vorsah und z. B. die Pflegeberatung verpflichtend institutionalisierte (Pflegestützpunkte). Besonders bedeutend war die Einführung von Betreuungsleistungen für »Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz« im ambulanten Bereich, insbesondere für Demenzkranke. Auch wenn die Leistungen eher bescheiden waren (€ 1200 jährlich, in besonderen Fällen bis zu € 2400), wurde damit ein bahnbrechender Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durchgesetzt.

... und seiner Umsetzung

Den zweiten Anlauf machte die folgende schwarz-gelbe Bundesregierung: Gesundheitsminister Philip Rösler rief 2011 als Jahr der Pflege aus, allerdings noch ohne gesetz-

Jahr der Pflege blieb ohne Konsequenzen

geberische Konsequenzen. Die kamen erst im nächsten Jahr unter Röslers Nachfolger Daniel Bahr. Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), das zum

Jahresbeginn 2013 in Kraft trat, brachte die Einführung von Leistungen der häuslichen Betreuung und praktisch eine Verdoppelung der Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0.

Dieses Gesetz war leistungsrechtlich eine konsequente Fortsetzung des von Ulla Schmidt bereits betriebenen Vorgriffs auf den neuen Pflegebegriff. Aber auch im Hinblick auf dessen Umsetzung hatte sich etwas getan: Im Februar 2012 setzte Minister Bahr den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Parallel zur Arbeit am PNG und anknüp-

Berichts im Juni 2013 an gesetzgeberische Konsequenzen nicht mehr zu denken war.

Das ist Minister Bahr oft vorgeworfen worden. Hier haben jedoch die Unionsparteien maßgeblich mitgewirkt. Finanzminister Schäuble hatte für das PNG eine rigide Leistungsgrenze von maximal einer Milliarde plus gesetzt. Und CDU und CSU haben dem FDP-Minister einfach nicht gegönnt – gemessen an den Leistungsverbesserungen –, mehr als ein *Reförmchen* ins Bundesgesetzblatt zu bringen. Die Union wollte sich die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs als eigenes Thema für die nächste Wahlperiode aufbewahren.

Der erste Schritt im Stufenplan

Nach dem Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung soll die Pflegereform in zwei Stufen vollzogen werden. Zunächst sollen einige dringend erforderliche Leistungsverbesserungen erfolgen, anschließend der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden. Der Gesetzentwurf zur ersten Stufe wurde am 28. Mai 2014 vom Bundeskabinett beschlossen. Nach den parlamentarischen Beratungen wird das Gesetz voraussichtlich zum 1. Januar 2015 in Kraft treten. Die wesentlichen Regelungen sind:

- In einem ersten Schritt sollen die häusliche Pflege gestärkt und die Leistungen insbesondere durch Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und neue ambulante Wohnformen ausgeweitet und flexibilisiert werden.
- Betreuungsleistungen in der ambulanten und stationären Pflege sollen zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und zur Entlastung pflegender Angehöriger weiter ausgebaut werden.
- Die Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung, die als Euro-Beträge gesetzlich festgesetzt sind, sollen – orientiert an der Preisentwicklung der letzten drei Jahre – angepasst werden. Damit wird endlich mit der Dynamisierung der Pflegeleistungen begonnen, die seit Einführung der Pflegeversicherung vor zwanzig Jahren nur einmal in bescheidenem Umfang angehoben worden sind. Dabei bleibt die vorgesehene Quote von plus 4% noch hinter der Inflationsrate der letzten drei Jahre in Höhe von rund 5% zurück.
- Zur Finanzierung dieser Leistungen wird der gesetzlich vorgegebene Beitragssatz zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte angehoben.
- Mit der Bildung eines Vorsorgefonds, der durch 0,1 Beitragssatzpunkte jährlich finanziert werden soll, will man die Finanzierung der demografisch bedingt steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilen.

Work in Progress

Zu den Einzelregelungen gibt es praktisch keine grundsätzliche Kritik. Nach der Vorlage des Koalitionsvertrages wurde jedoch von vielen kritischen Geistern befürchtet, die Zweistufigkeit des Verfahrens könnte darauf hinauslaufen, dass die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs er-



fend an die Empfehlungen des vorausgegangenen Beirats sollte er die Grundlage für die Leistungsbemessung der neuen Bedarfsgrade klären. Außerdem sollte ein Konzept »für die schrittweise Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens« erarbeitet werden. Beide Aufgaben waren nach der Vorarbeit des ersten Beirats offengeblieben. Die Arbeit an diesen Fragen wurde allerdings so spät in der Wahlperiode aufgenommen, dass nach der Abgabe des

Modellprojekte zum neuen Pflegebegriff

neut in die nächste Wahlperiode verschoben wird. Diesen Befürchtungen ist Gesundheitsminister Hermann Gröhe erfolgreich entgegengetreten. Am 8. April 2014 gab er gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband den Startschuss für zwei Modellprojekte, mit denen das neue Begutachtungssystem für die Pflege auf seine Praktikabilität und Wirkung überprüft werden soll. Die Praktikabilitätsstudie (vgl. Artikel dazu in diesem Heft, Seite 8/9) soll die Begutachtung nach dem neuen und nach dem derzeit gül-

Wie geht es weiter?

Mit der zweiten Stufe der Pflegereform soll gesetzgeberisch in der ersten Hälfte 2015 begonnen werden. Die Schulung der Gutachter bedarf einer klaren gesetzlichen Grundlage, und die erforderliche Nachbegutachtung zur Neueinstufung braucht eine ausreichende Vorbereitungszeit. Insoweit kommen die neuen Leistungen erst kurz vor der nächsten Bundestagswahl. Das dürfte Minister Gröhe, als ehemaligem Generalsekretär der CDU, sicher nicht unrecht sein.

Bestandsschutz für gewohnte Pflegeleistungen

tigen Verfahren vergleichen und die Unterschiede darstellen. Die zweite Studie zur »Erfassung von Versorgungsaufwendungen in stationären Einrichtungen«

soll klären, welche Leistungen die Pflegebedürftigen heute tatsächlich bekommen und künftig bekommen würden. Bis Anfang nächsten Jahres soll damit eine aktuelle



empirische Grundlage zur Ermittlung der künftigen Leistungshöhe je Pflegegrad geschaffen werden. Dass für den ambulanten Bereich keine entsprechende Leistungserfassung durchgeführt wird, ist allerdings ein Defizit.

Der Start der beiden Modellprojekte und ihr ambitionierter Zeitplan machen deutlich, dass es der Regierung diesmal mit der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs ernst ist. Beide Projekte sind dabei nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität erforderlich: Sie werden auch zeigen, welche Mehrkosten durch die Umsetzung in der Pflegeversicherung entstehen werden und in welchem Ausmaß die Einstufung nach den neuen Kriterien ggf. zu einer Minderung der heutigen Leistungsansprüche führen würde. Entsprechende Befürchtungen hat Minister Gröhe mit einer Art Besitzstands-Garantie noch vor der Kabinettsentscheidung zerstreut: »Wer heute bereits Leistungen erhält, wird automatisch in die neuen Pflegegrade überführt und erhält weiterhin mindestens die gewohnten Leistungen.«



Dr. Robert Paquet ist freier Journalist und Berater Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft. info@robert-paquet.de

Geprüft auf Herz und Nieren

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Test

NICHT NUR DIE PFLEGEVERSICHERUNG hat schon mehrfach Reformanläufe unternommen. Auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff stand immer wieder zur Diskussion und in den Startlöchern. Für ihn machen sich die Medizinischen Dienste seit langem stark, denn das dazu entwickelte neue Begutachtungs-Assessment (kurz NBA) erfasst den Hilfebedarf der Pflegebedürftigen umfassender als das derzeitige Verfahren. Nun soll es sich im Praxistest bewähren.

Vor zwei Jahren hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen »Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs« ins Leben gerufen. Er sollte zunächst einmal all die Fragen klären, die der vorherige Expertenbeirat 2009 zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) aufgeworfen hatte. Nachdem dies abgeschlossen ist, lautet die Einschätzung des Beirats: Das NBA ist ein geeignetes Begutachtungsinstrument, um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen.

Das NBA erfasst die Pflegebedürftigkeit zielgenauer

Bisher erfassen die MDK-Gutachter, welche Hilfen Pflegebedürftige bei der Körperpflege, der Mobilität, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Das NBA schließt zukünftig auch die kognitiven Einschränkungen und psychischen Probleme, die Fähigkeiten, den Alltag zu gestalten und soziale Kontakte zu pflegen, umfassend ein. Damit wird insbesondere der Pflegesituation der Menschen mit Demenz besser entsprochen. Das NBA geht also umfassender auf die Bedarfssituation der Pflegebedürftigen ein und wird voraussichtlich auch die Nachvollziehbarkeit der Pflegebegutachtung und die Transparenz und Akzeptanz der Pflegeeinstufung verbessern.

Aus Theorie wird Praxis

Doch bisher wurde weder das NBA noch das zugrundeliegende Begutachtungsmanual auf die Praxistauglichkeit hin überprüft: »Da die Implementierung des NBA einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit bedeutet, ist das allerdings eine wesentliche Voraussetzung. Wir müssen wissen, ob und wie das neue Verfahren in der regelmäßigen Anwendung funktioniert. Und sollten sich Verbesserungsmöglichkeiten ergeben, können wir diese erkennen, bevor der Gesetzgeber den Implementierungsprozess in Gang setzt«, erklärt Dr. Andrea Kimmel, Leiterin der Praktikabilitätsstudie beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Die Notwendigkeit einer praktischen Erprobung betrifft auch die Empfehlungen des Expertenbeirats zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern: Hierfür

wurde ein eigens auf die Anforderungen der Kinderbegutachtung ausgerichtetes Manual entwickelt und eine spezielle Vorgehensweise zur Bewertung des Pflegeaufwandes von Kindern unter 18 Monaten erarbeitet. Der Beirat hat weiterhin einen Vorschlag zum Umgang mit dem Pflegegrad 5 erarbeitet. Vorgeschlagen wird, dass



Antragsteller, bei denen ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen, den höchsten Pflegegrad erhalten sollen.

Die Praktikabilitätsstudie ist eine von zwei Erprobungsstudien, die das neue Begutachtungsverfahren vor der Einführung durch den Gesetzgeber erst noch testen sollen, um eventuelle Anpassungen vornehmen zu können. Auf diese Weise soll der Weg zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geebnet werden.

Der Praxistext ist angelaufen

Der Startschuss für die Praktikabilitätsstudie fiel Anfang April dieses Jahres. Koordiniert wird sie vom MDS und der Hochschule für Gesundheit in Bochum unter der Leitung von Prof. Karl Reif. Außerdem sind insgesamt 86 Gutachterinnen und Gutachter aller MDK, vom Gutachterdienst der Knappschaft und von Medic Proof als Vertreter der

privaten Pflegeversicherung eingebunden. Dabei handelt es sich sowohl um Fachkräfte für Kranken- beziehungsweise Alten- und Kinderkrankenpflege als auch um Ärzte und Kinderärzte, die schon seit mindestens einem Jahr in dem Bereich tätig sind und bundesweite Fortbildungen absolviert haben. Dies spiegelt die vielfältigen Qualifikationen wider.

Die teilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter sollen jeweils etwa zwanzig Begutachtungen mit einer

Aller guten Dinge sind zwei

Doch dem nicht genug. Im Rahmen einer zweiten Erprobungsstudie, die Prof. Heinz Rothgang von der Universität Bremen gemeinsam mit Prof. Martina Hasseler von der Ostfalia Hochschule Bremen/Wolfsburg realisieren wird, soll eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungssituation in Pflegeheimen erfolgen. Denn derzeit ist noch nicht klar, wie stark die durchschnittlichen Zeitaufwände mit dem NBA-Score korrelieren und mit welchen Leistungen die Pflegegrade hinterlegt sein werden.

Gleichzeitig wird diese zweite Studie damit eine sogenannte Baseline schaffen, eine Datengrundlage zur gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungssituation in Pflegeheimen. Hierfür werden zunächst Gutachterinnen und Gutachter ausgewählter MDK bei 2000 Bewohnern in 50 stationären Pflegeeinrichtungen das NBA anwenden. Anschließend dokumentiert das verantwortliche Pflegepersonal mit einer Software die anfallenden Zeitaufwände für die Versorgung dieser Bewohner. An dieser Studie nehmen die MDK Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg, Westfalen-Lippe und Nordrhein teil.



körperlichen Befunderhebung auf der Grundlage des neuen Instruments durchführen, mit möglichst unterschiedlichen Fallkonstellationen. Dabei fließen Begutachtungsaufträge sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Pflege genauso wie Erst- und Höherstufungs- / Wiederholungsanträge ein. »Ziel ist es, das NBA bei einer ausreichenden Anzahl von Antragstellern mit möglichst heterogenen Hilfebedarfen anzuwenden, so dass die Gutachterinnen und Gutachter ausreichend Erfahrungen mit dem neuen Instrument sammeln, um die Praktikabilität beurteilen zu können«, so Kimmel.

Ab Juli 2014 werden also insgesamt mehr als 2000 Antragsteller auf Pflegeleistungen mit dem NBA begutachtet, das bedeutet 1720 erwachsene Antragsteller im ambulanten bzw. stationären Bereich sowie 300 Kinder. Das Projekt ist auf eine Dauer von neun Monaten angelegt.

Ergebnisse werden wissenschaftlich ausgewertet

Für die Datenerhebung der Begutachtungen mit dem NBA wurde unter der Leitung von Prof. Werner Brannath vom Kompetenzzentrum für Klinische Studien in Bremen eigens eine neue elektronische Dateneingabemaske für die Laptops der Gutachter entwickelt. Die Eingabemaske bietet die Möglichkeit, die praktischen Erfahrungen mit der NBA-Anwendung über Freitextfelder zu dokumentieren. Die persönlichen Erfahrungen der Gutachter werden anschließend im Rahmen von Fokusgruppendifkussionen erfasst. Prof. Karl Reif von der Hochschule für Gesundheit Bochum begleitet dabei sowohl die Vorbereitung der Datenerhebung als auch den Verlauf durch Supervisionen und schließlich die Auswertung.



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

Von der Theorie in die Praxis

Wie bereiten sich die MDK auf die Erprobungsstudie vor?

In den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung laufen die Praxistests des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) an. Wir sprachen mit Diane Hollenbach, Leiterin des Geschäftsbereiches Pflegeversicherung beim MDK Mecklenburg-Vorpommern. Sie schult die Gutachterinnen und Gutachter und organisiert die Studienabläufe in der Praxis.

MDK Forum Sie stehen kurz vor der Startlinie der Erprobungsstudie, was ist das für ein Gefühl?

Diane Hollenbach Wir sind uns bewusst, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein wichtiger Beitrag zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung ist und dass wir als MDK Gemeinschaft eine hohe Verantwortung mittragen. Die Politik hat der MDK Gemeinschaft das Vertrauen ausgesprochen, diese Studien gemeinsam mit den Kooperationspartnern in der Praxis durchzuführen. Nach der Kritik, die wir in der Vergangenheit immer wieder erhalten haben, ist das schon etwas sehr besonderes. Insofern haben wir den Anspruch, die Studien in hoher Qualität durchzuführen.

MDK Forum Wie viel Organisation erfordert die Umsetzung einer solchen Studie?

Hollenbach Mit der Umsetzung ist schon ein sehr hoher organisatorischer Aufwand verbunden. Eine besondere Herausforderung ist zum Beispiel die so genannte Feldphase in den Sommermonaten, in denen natürlich alle MDK den Mitarbeitern Urlaub gewähren möchten. Eine gute Planung und Organisation, aber auch eine hohe Flexibilität der Gutachterinnen und Gutachter, und zwar nicht nur derjenigen, die in diese Studie eingebunden sind, ist also eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg. Das Tagesgeschäft und damit verbunden die fristgerechte Abarbeitung der regulären Begutachtungsaufträge muss ja auf jeden Fall weiterhin gewährleistet sein.

MDK Forum Die Gutachter müssen ja auch auf das NBA vorbereitet werden. Wie wurden sie geschult?

Hollenbach Wir wurden zunächst

auf der Bundesebene an zwei Tagen geschult. Schulungsinhalte waren unter anderem die neue Begutachtungsphilosophie sowie die grundsätzlichen Unterschiede vom neuen zum alten Verfahren. Außerdem wurden die Konzeption des neuen Begutachtungsverfahrens und die Instrumente vorgestellt. Es gab natürlich auch spezielle Erläuterungen zu den einzelnen Modulen, die Bestandteil des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sein werden. Ein Hauptaugenmerk wurde auch auf die Begutachtung von Kindern gelegt. Hierzu erfolgte eine separate Schulung der in der Kinderbegutachtung tätigen Kolleginnen und Kollegen. Auch wurde ein erster Praxistest mit Fallbeispielen durchgeführt: Anhand von diesen Fallbeispielen haben wir erste Begutachtungen mit dem neuen NBA durchgeführt. Diese zwei Schultage allein reichen jedoch nicht aus, um gut gewappnet in die Feldphase starten zu können. Daher wird es in den nächsten Tagen noch eine separate Schulung für unsere Studiengutachter hier im MDK Mecklenburg-Vorpommern geben, welche sich zusätzlich mit viel Engagement im Selbststudium auf eine sichere Handhabung des NBA vorbereiten.

MDK Forum Wie viele Gutachter sind in ihrem MDK beteiligt?

Hollenbach Da wir an beiden Studien, an der Praktikabilitätsstudie wie auch an der Studie zur Erfassung der Versorgungsaufwände in den stationären Einrichtungen teilnehmen, ist die Anzahl der Gutachter für die Praktikabilitätsstudie reduziert. Von den insgesamt



86 Gutachtern bundesweit nehmen drei Gutachter aus unserem Bundesland teil und werden insgesamt sechzig Begutachtungen durchführen. Eine Gutachterin ist beispielsweise Kinderärztin, ein weiterer Gutachter kommt aus der großen Krankenpflege bzw. aus der Kinderkrankenpflege. An der Studie zur Erfassung der Versorgungsaufwände werden im MDK Mecklenburg-Vorpommern insgesamt acht Gutachter aus den einzelnen Professionen involviert sein. Als erstes Bundesland starten wir mit den Erhebungen im Juli und werden voraussichtlich im August damit fertig sein. Dann nehmen wir die Praktikabilitätsstudie in Angriff. Beide Studien parallel laufen zu lassen, wäre eine zu große kapazitäts Herausforderung, weil ja die Gutachter in beiden Studien eingebunden sind.

MDK Forum Sie haben die Begutachtung von Kindern angesprochen, welche besonderen Herausforderungen ergeben sich hier für die Gutachter?

Hollenbach Die Begutachtung von Kindern erfordert eine hohe Sensibilität und Empathie der Gutachter, da die Begutachtungen deutlich emotionaler belastet sind als die Begutachtungen von Erwachsenen. Kindergutachter müssen in der Lage sein, innerhalb von kurzer Zeit Vertrauen zu den Kindern aufzubauen, die ja häufig sehr ängstlich und zurückhaltend und zudem auch noch gesundheitlich beeinträchtigt sind und dies teilweise sehr schwer. Zudem benötigen die in der Kinderbegutachtung tätigen Gutachter spezifische Kenntnisse in Bezug auf Krankheitsbilder, die in der Begutachtung von Kindern von Bedeutung sind.

MDK Forum Ändert sich denn mit dem NBA auch etwas in der Kinderbegutachtung?

Hollenbach Ja, Änderungen wurden vom Expertenbeirat empfohlen und sind vorgesehen. Wie auch bei der Begutachtung von Erwachsenen muss man komplett umdenken, denn mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs findet ein Paradigmenwechsel statt. Es

wird mit dem NBA nicht mehr der krankheitsbedingte Mehrbedarf im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kind erfasst. Die Bewertung bezieht sich nur auf die Aktivitäten, die Kinder im jeweiligen Alter ausführen können. Analog der Bewertungsskala für Erwachsene wird der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad berücksichtigt, unabhängig davon, ob dieser altersgemäß oder als Folge einer Erkrankung einzustufen ist.

MDK Forum Auch wenn noch keine Begutachtungen gelaufen sind – was vermuten Sie: Wie werden wohl die Versicherten reagieren?

Hollenbach Ich hoffe, dass die Versicherten an einer Teilnahme der Studie interessiert sind und dieser offen gegenüberstehen. Als der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff 2009 zum ersten Mal vorgestellt worden ist, war das alles noch sehr theoretisch und für die Menschen nicht so gegenwärtig. Auch denke ich, dass die Versicherten und deren Angehörigen eine hohe Erwartungshaltung in Bezug auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben. Herr Gröhe hat sich in vielen offiziellen Mitteilungen hierzu geäußert und Verbesserungen der Leistungen angekündigt.

Durch die Einstufung in die neuen Pflegegrade wird die große

Mehrheit der zukünftigen Leistungsbezieher deutliche Verbesserungen erfahren. Eine Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen soll gewährleistet werden.

MDK Forum Und nicht zuletzt: Wie ist die Resonanz bei den Gutachterinnen und Gutachtern, die ja direkt mit dem NBA arbeiten werden?

Hollenbach Das Interesse ist groß. Die Kolleginnen und Kollegen sind alle sehr gespannt und neugierig. Es haben sich bei uns im Dienst viele freiwillig gemeldet, die an der Studie teilnehmen wollten. Natürlich hat man in den Schulungen und Gesprächen auch ein wenig Skepsis bemerkt. Die bisher gewohnten Zeitwerte werden ersatzlos entfallen und damit etwas Greifbares, wodurch man durch jahrelange Erfahrung ein gewisses Gefühl für die jeweilige Pflegestufe entwickelt hat. Und alles was neu ist, löst natürlich auch ein bisschen Unsicherheit aus. Aber insgesamt sind die Kolleginnen und Kollegen sehr offen und aufgeschlossen und freuen sich auf die Umsetzung beziehungsweise auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

Diane Hollenbach



Ein Begriff nimmt Formen an

WAS IM KOALITIONSVERTRAG DARGELEGT IST, nimmt Gestalt an: Gerade sechs Monate im Amt, hat der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Pflegereform zu seinem Thema gemacht und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einem konkreten Zeitplan belegt. Damit hat er Kritikern, die mutmaßen, der Pflegebedürftigkeitsbegriff werde erst in der nächsten Legislaturperiode kommen, den Wind aus den Segeln genommen.

Die Medizinischen Dienste begrüßen das Vorgehen des Ministers, da sie sich seit längerem für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stark machen. Das dazu entwickelte Neue Begutachtungs-Assessment (NBA) erfasst den Hilfebedarf der Pflegebedürftigen umfassender als das derzeitige Begutachtungsverfahren. Da es den unterschiedlichen Bedarfen der Pflegebedürftigen besser entspricht, führt es auch zu einem gerechteren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Der Koalitionsvertrag hat vor die Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen Praxistest gesetzt. Die vom Bundesgesundheitsministerium und dem GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Erprobung ermöglicht es noch, Optimierungen des neuen Verfahrens vorzunehmen und den Einführungsprozess systematisch vorzubereiten. Darüber hinaus wird sie aktualisierte Daten und eine verbesserte Grundlage für die Festlegung der zukünftigen Leistungen erbringen.

Die Medizinischen Dienste wirken gerne an dieser Vorbereitung mit. So werden für beide Studienzeile, die Praktikabilitätsstudie und die Aufwandsstudie, insgesamt 4000 Begutachtungen nach dem NBA durchgeführt. Dies bedeutet die Chance, alle Einführungsschritte des neuen Begutachtungs-Assessments unter realen Alltagsbedingungen zu testen.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz werden schon vorab weitere Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen eingeführt. So werden im Sinne der Dynamisierung alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung um 4% erhöht. Auch können die Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege in Zukunft deutlich flexibler miteinander kombiniert werden. Neu ist, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch keine Pflegestufe erreichen, zukünftig auch diese Leistungen sowie Zuschüsse bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und bei Pflegehilfsmitteln erhalten.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz werden auch neue Entlastungsangebote eingeführt. So sollen für die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz die Betreuungsleistungen auf niedrigschwellige Entlastungsangebote erweitert werden. Außerdem ist vorgesehen, dass zukünftig alle Pflegebedürftigen und damit auch Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichem Hilfebedarf Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von € 104 monatlich erhalten können. Auch wenn die Idee einer zusätzlichen Entlastung der Pflegebedürftigen grundsätzlich positiv zu bewerten ist, so stellt sich doch die Frage, ob hierbei konzeptionell nicht stärker zwischen Betreuungs- und

Entlastungsleistungen unterschieden werden soll. Bei allen Leistungsverbesserungen ist darauf zu achten, dass sie mit dem neuen Leistungssystem nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs kompatibel sind.



Bei der Pflegebegutachtung sind die Medizinischen Dienste gut aufgestellt. So konnten sie im Zeitraum von 2011 bis 2014 die durchschnittliche Laufzeit der Pflegebegutachtung von 26,5 auf 15,2 Tage senken. Darüber hinaus zeigen die ersten Ergebnisse der MDK-Versichertenbefragungen, dass 86% von 5666 befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen mit der Begutachtung durch den MDK insgesamt zufrieden sind. Besonders erfreulich ist, dass 89% der Befragten den Gutachtern einen respektvollen und einfühlsamen Umgang sowie 90% eine hohe Kompetenz bescheinigen (siehe auch S.13/14). Diese guten Ergebnisse werden die Medizinischen Dienste nutzen, um ihre Dienstleistungsqualität noch weiter zu verbessern. Es gilt, diese guten Ergebnisse auch bei Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu halten.

Dem Bundesgesundheitsminister ist zu wünschen, dass er seinen ehrgeizigen Zeitplan für die große Pflegereform einhalten kann. Wichtige politische Entscheidungen dazu werden nach Vorlage der Ergebnisse der Erprobungsstudien zu treffen sein. Die Erwartungen der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Akteure der Pflege und Pflegeversicherung sind auf zügige, aber auch gut fundierte Entscheidungen gerichtet.



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

Werkstattbericht zeigt hohe Zufriedenheit

Erste Auswertung der MDK-Versichertenbefragung

ANGESICHTS VON 1,4 MIO. PFLEGEbegUTACHTUNGEN im Jahr sind Wünsche und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Angehörigen wichtig, um die Praxis der Pflegebegutachtung zu verbessern. Wie zufrieden sind kranke und pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörige mit der Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter des MDK? Wo wünschen sie sich Veränderungen? Das soll eine repräsentative Befragung zeigen, die von nun an jährlich durchgeführt wird.

Jedes Jahr erhalten 2,5% der Versicherten, die Pflegeleistungen beantragt haben und zu Hause oder im Pflegeheim begutachtet werden, einen bundesweit einheitlichen Fragebogen. Erstmals werden im Jahr 2014 rund 34 000 Fragebogen verschickt.

Dieser Bogen wurde unter wissenschaftlicher Beteiligung der Firma M+M Management + Marketing Consul-

Wissenschaftliche Begleitung durch ein externes Institut

ting GmbH in Kassel entwickelt. Dort werden die Befragungsergebnisse auch anonym ausgewertet. Inhaltlich geht es um die Zufriedenheit mit der Informa-

tion über das Begutachtungsverfahren, mit dem persönlichen Kontakt und dem Auftreten der Gutachterin bzw. des Gutachters.

Interesse aufseiten der Versicherten

Die Resonanz auf die Befragung bei den Versicherten ist sehr positiv, wie die hohe Rücklaufquote bestätigt: Bis Ende Mai 2014 lagen bereits 5666 beantwortete von 16 389

weite Trends ableiten. Mit 5666 ausgewerteten Antwortbögen haben wir sicherlich eine Repräsentativität erreicht. Doch für eine Auswertung von regionalen Ergebnissen der einzelnen MDK ist es noch zu früh. Hier werden wir erst Anfang 2015 verlässliche Aussagen treffen können«, erklärt Prof. Dr. Armin Töpfer von M+M.

Überzeugende Ergebnisse

Die Hauptergebnisse sind: Insgesamt sind 86% der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen mit der pflegerischen Begutachtung zufrieden; 9% sind teilweise zufrieden und 5% unzufrieden. Vor allem die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ansprechpartner beim MDK, die Kompetenz der Gutachter, der respektvolle und einfühlsame Umgang mit den Versicherten werden von den Pflegebedürftigen positiv bewertet. Neun von zehn Befragten kreuzen hier *zufrieden* an.

- Mit den Informationen des MDK über die Pflegebegutachtung sind durchschnittlich 87% der Befragten zufrieden. Das gilt für die Informationen rund um das Begutachtungsverfahren (84%) ebenso wie für die Erreichbarkeit des MDK bei Rückfragen (83%). Bei der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ansprechpartner des MDK liegt der Zufriedenheitswert sogar bei 91%.
- 87% der Befragten sind im Durchschnitt mit dem persönlichen Kontakt zum Gutachter zufrieden. Die höchsten Zufriedenheitswerte werden bei der Vorstellung der Gutachterin bzw. des Gutachters (95%) und bei der Termintreue (94%) erreicht. Zufrieden sind die Befragten auch mit der verständlichen Erklärung des Vorgehens (84%) und mit dem Eingehen auf die bereitgestellten Unterlagen des Versicherten (ebenfalls 84%). Allerdings gibt es aus Versichtersicht auch Verbesserungspotenzial: So wünschen sich die Befragten, dass intensiver auf ihre individuelle Pflegesituation eingegangen wird.

86% sind mit der Arbeit der MDK-Gutachter zufrieden

- Auch mit dem persönlichen Auftreten der Gutachterin bzw. des Gutachters sind durchschnittlich 87% der Befragten zufrieden. Besonders hoch sind die Zufriedenheitswerte in den Bereichen, in denen nach dem respektvollen und einfühlsamen Umgang mit dem Versicherten (89%) sowie der Kompetenz des Gutachters (90%) gefragt



verschickten Fragebogen vor. Mit fast 35% übertrifft dies die Rücklaufquote anderer Untersuchungen im Gesundheitssektor von durchschnittlich 20% erheblich. »Allerdings können wir zum jetzigen Zeitpunkt lediglich bundes-

Fragen an Prof. Dr. Armin Töpfer

Herr Professor Töpfer, sind die Ergebnisse repräsentativ?

Die Rücklaufquote von aktuell 34,6% ist positiv zu bewerten und bedeutet, dass die Repräsentativität auf Bundesebene gegeben ist. Anders ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch noch bei den mittelgroßen MDK. Dort ist von uns deshalb eine höhere Zahl für den auswertbaren Rücklauf festgestellt worden, nämlich 400 beantwortete Fragebogen als Mindestanforderung. D. h. die Vorgabe von 2,5% aller Pflegebegutachtungen wurde in diesen Fällen erhöht.

Für Experten: Dieses Vorgehen entspricht dem wissenschaftlichen Standard. In der Markt- und Meinungsforschung ist eine Stichprobe mit einem Rücklauf von 400 Fragebogen unter bestimmten statistischen Voraussetzungen, die bei der MDK-Befragung vorliegen, als repräsentativ einzuordnen.

Was bedeuten diese Ergebnisse im Vergleich mit anderen Branchen?

Vergleicht man die Beteiligungsbereitschaft mit anderen Branchen, so zeigen sie z. B. bei Volksbanken Rückläufe bei schriftlichen Befragungen von 15 bis 20%, im Maschinenbau von 7 bis 12% und bei Marketingbefragungen z. T. maximal 5%. Wir haben für die MDK-Begutachtung also ein Ergebnis, das Folgendes zeigt: Für die Versicherten ist ein persönliches Feedback als eigene Bewertung zu der Durchführung der Pflegebegutachtung wichtig.

Sie bewerten die Rücklaufquote als positiv.**Was schließen Sie daraus?**

Die hohe Beteiligungsquote verdeutlicht das große Interesse. In der Wissenschaft kennzeichnet dies ein hohes Involvement der Betroffenen. Dies wird auch durch die hohe Anzahl der von den Versicherten bzw. ihren Angehörigen frei formulierten ergänzenden Aussagen zur empfundenen Qualität der Pflegebegutachtungen unterstrichen.

Stichwort Verbesserungsbedarf:**Was können Sie daraus ableiten?**

In solchen Befragungen fragen wir nicht nur, um zu befragen. Das erste Ziel ist, den Grad der Zufriedenheit der Betroffenen zu ermitteln. Und das zweite Ziel, das genauso wichtig ist wie das erste Ziel, bezweckt zu erkennen, wo welche Veränderungen und Verbesserungen notwendig oder angebracht sind.

Der Grund dafür und damit der vorliegende Verbesserungsbedarf bedeutet, dass Kundenanforderungen und -zufriedenheit voneinander abweichen. Bei gegebenen Erwartungen ist die Zufriedenheit und damit die Erfüllung der Wünsche der Befragten auf einem noch zu geringen Niveau.

Hierzu geben die Ergebnisse der Analyse erste deutliche Hinweise für wichtige Ansatzpunkte zu Verbesserungsmaßnahmen.

wurde. Auch bewerten ca. neun von zehn Befragten die Gutachter als vertrauenswürdig. Verbesserungsbedarf sehen Befragte allerdings bei ihrem Wunsch nach mehr Beratung durch die Gutachter und nach Hinweisen zur Verbesserung ihrer Pflegesituation.

Veränderungsbedarf identifiziert

Dr. Volker Hansen freut sich als Vertreter der Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste über diese Ergebnisse: »Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK machen einen guten Job und gehen sensibel und respektvoll mit der Begutachtungssituation um. Das widerlegt so manche Kritik an der Pflegebegutachtung durch den MDK.«

Doch sei dies für die Medizinischen Dienste noch lange kein Grund, sich auszuruhen. Im Gegenteil: Die Befragungsergebnisse sollen genutzt werden, um die Dienstleistungsqualität weiter zu verbessern. Denn die Versicherten wünschen sich auch Veränderungen. Dies betrifft vor allem die Beratung, ein noch stärkeres Eingehen auf ihre individuelle Pflegesituation und mehr Zeit für die Begutachtung. Die MDK werden die Ergebnisse der Befragung dazu nutzen, Maßnahmen zur weiteren Qualitätsverbesserung zu identifizieren. Entsprechende Berichte auf Landesebene werden im Frühjahr 2015 veröffentlicht.

Veränderungsbedarf auch beim Verwaltungsrat**Verankert im Gesetz**

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) sieht auch vor, dass die Medizinischen Dienste regelmäßige Versichertenbefragungen durchführen. Das bietet den Medizinischen Diensten die Möglichkeit, gestützt auf ein bundesweit standardisiertes und wissenschaftlich begleitetes Verfahren ihre Pflegebegutachtung gezielt an den Bedürfnissen der Versicherten auszurichten.

In Zusammenarbeit von GKV-Spitzenverband und MDK-Gemeinschaft wurde deshalb in den Dienstleistungsrichtlinien vom Juli 2013 festgelegt, dass Versichertenbefragungen unabhängig und neutral durchgeführt werden sollen. Dazu werden bundesweit einheitliche Fragebögen, Anschreiben und Ausfüllhilfen verwendet, die unter wissenschaftlicher Begleitung entwickelt und durch eine neutrale Stelle ausgewertet werden.

Dr. Martina Koesterke



Patientensicherheit und
Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen

Zwei Paar Schuhe?

DIE BEGUTACHTUNG VON BEHANDLUNGSFEHLERVORWÜRFEN ist eine besondere Aufgabe für die Medizinischen Dienste. Die MDK-Gemeinschaft stellt seit 2011 jährlich ihre Ergebnisse dazu in einer Pressekonferenz vor. Zuletzt ist die Zahl der Vorwürfe deutlich angestiegen, vermutlich aufgrund der Auswirkungen des im Frühjahr 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes und auch der zunehmenden öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema.

14 585 Vorwürfe von Versicherten haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2013 begutachtet. Ein Jahr, das gewissermaßen im Zeichen der Patientenrechte stand durch das Inkrafttreten des gleichnamigen Gesetzes Ende Februar. Es verwundert deshalb nicht sehr, dass die Anzahl der Vorwürfe, die zur Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens geführt haben, gestiegen ist – und zwar um 17% im Vergleich zum Vorjahr. Knapp 70%

Ein Gutachten schafft Klarheit, nicht nur bei Bestätigung des Fehlers

der Vorwürfe entfallen dabei auf den stationären Sektor. Gerade das Krankenhaus scheint zunehmend im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung zu stehen durch

Aufklärungsarbeit, Presseberichte sowie Maßnahmen und Forderungen zu Verbesserungen, z. B. durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit und Patientenverbände.

Die Zahl der gutachterlich bestätigten Fehler ist aber 2013 leicht gesunken. Wurden 2012 noch 3932 Behandlungsfehler von den fachärztlichen Gutachtern festgestellt, so waren es im vergangenen Jahr 3687. Zentrale Voraussetzung für das Durchsetzen von Schadensersatzansprüchen ist, dass der Behandlungsfehler gutachterlich auch als kausal für den Schaden angesehen wird, was bei etwa zwei von drei bestätigten Fehlern zutrifft.

»Die höhere Anzahl erforderlicher Gutachten macht deutlich, dass die Patienten auf die Arbeit der Medizinischen Dienste vertrauen, die interessenneutral im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherungen tätig werden

und auch nur durch diese beauftragt werden können«, erklärte Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS), im Rahmen der Pressekonferenz. Für die Patienten entstehen keine zusätzlichen Kosten durch die Begutachtung. Ein wichtiges Ergebnis jedes Gutachtens ist: Es schafft Klarheit, nicht nur bei Bestätigung des Fehlers. Auch die fachlich fundierte und für den Patienten nachvollziehbare Darlegung, dass kein Behandlungsfehler vorliegt oder warum der erlittene Gesundheitsschaden nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist, kann sehr bedeutsam sein für die Betroffenen und deshalb einen genauso wichtigen Schritt nach vorne darstellen.

Zu weiteren Inhalten und Details der Jahresstatistik zeigten sich keine grundlegenden Veränderungen. »Die Reihenfolgen der betroffenen Fachgebiete sowie die im Vordergrund stehenden Diagnosen und Operationen/Prozeduren bleiben im Wesentlichen unverändert«, erläutert Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin des MDK Bayern, der die Daten aller MDK gemeinsam mit dem MDS ausgewertet hat. Die Jahresstatistik und die vollständige Mappe zur Pressekonferenz vom 6. Mai 2014 sind auf der Homepage des MDS (www.mds-ev.de) als Download verfügbar.

Es gilt, Fehlermuster und systematische Schwächen zu erkennen

Begutachtungsergebnisse künftig auch für Fehlerprävention nützlich ...

Egal in welchem Versorgungssektor, ob im Krankenhaus, in der Pflege, beim niedergelassenen Arzt oder beim Zahnarzt – Fehler werden nie auf null zu reduzieren sein und manche Schäden werden immer wieder als Behandlungsfolge auftreten. In der Begutachtung kann ein Behandlungsfehler zwar zunächst als isoliertes Versagen eines Einzelnen erscheinen. Das primäre Ziel besteht deshalb in der Bewertung, ob ein solcher Fehler abgegrenzt und nachgewiesen werden kann. Damit ist dem einzelnen Patienten zunächst weitergeholfen, nicht jedoch anderen, die möglicherweise erst zukünftig aufgrund desselben Fehlers geschädigt werden. Auch aus der Sicherheitsforschung in ganz anderen Bereichen ist bekannt, dass Fehler zumeist nicht ein individuelles »menschliches Versagen« bedeuten, sondern dass lediglich der Mensch

Vermeidbare Schäden sicher vermeiden und ...

als eine letzte Sicherheitsbarriere nicht ausreichend wirksam war. Oftmals kann sich dadurch ein ohnehin latent bestehendes und unzureichend abgesicher-

tes Risiko leichter verwirklichen. Für die Zukunft gilt es also, Fehlerhäufungen und -muster zu erkennen, die als systematische Schwächen identifiziert und nur durch ebenso systematische Prozessveränderungen behoben werden können.

Die Behandlungsfehlerbegutachtung dient primär zwar nicht der Patientensicherheit, sondern der Aufklärung eines Vorwurfes zu einem zurückliegenden Fall. Dennoch könnten die Erkenntnisse aus der Betrachtung einer Vielzahl von Behandlungsfehlern größer sein als die bloße Summe der einzelnen Begutachtungsergebnisse. Letztlich werden es oftmals systematische Mängel in der Patientensicherheit sein, die zu Behandlungsfehlern führen. Erkenntnisse aus begutachteten Behandlungsfehlern könnten wiederum die Patientensicherheit erhöhen und gleichartige Fehler reduzieren helfen. Das Erzeugen andauernder Spiralen der Fehlerprävention durch das Lernen aus Fehlern ist das angestrebte Ziel. Dieser Aufgabe möchten sich auch die Medizinischen Dienste zunehmend stellen. Die Datenerfassung seit dem Jahr 2014 wurde deshalb umgestellt auf Inhalte, die verstärkt für Analysen zu den tatsächlichen Fehlerursachen herangezogen werden können. »Zwei Paar Schuhe« sind die Themen Begutachtung und Patientensicherheit deshalb sicher nicht, vielmehr steht auf der Rückseite der Medaille Patientensicherheit auch die Begutachtung – zumindest als ein Baustein.

Es geht um die Entwicklung und Prägung einer übergreifenden Sicherheitskultur im Gesundheitswesen, wie auch Hardy Müller es auf der Pressekonferenz hervorhob: »Die Summe der Begutachtungen, wie sie in der MDK-Statistik zur Begutachtung von Behandlungsfehlern zum Ausdruck kommt, ist eine unverzichtbare Quelle, damit alle Akteure im Gesundheitswesen aus diesen Vorgängen lernen«, so der Geschäftsführer des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS). Ziel sei es, aus den Daten und dokumentierten Fehlern zu lernen. Müller forderte den

Ausbau einer Sicherheitskultur in der gesundheitlichen Versorgung.

Unbedingt erforderliche weitere Bausteine dafür sind Fehlermeldesysteme, ein strukturiertes klinisches Risikomanagement, die zusätzliche Analyse der Schadenfälle, die nicht zu einem Behandlungsfehlervorwurf geführt haben, und die Ergebnisse aus dem Beschwerdemanagement und aus Patientenbefragungen. Mit diesen Instrumenten könnte außerdem ein Maß entstehen für die Patientensicherheit in einer Versorgungseinrichtung.

... aber kein direktes Maß für Patientensicherheit

Dieses Maß bieten die Begutachtungsergebnisse alleine nicht. Schon die Anzahl und Verteilung der Vorwürfe sind nicht repräsentativ und bilden unbestritten nur einen Bruchteil aller Behandlungsfehler ab, auch wenn die MDK die höchste Anzahl an Begutachtungen aufzuweisen haben. Deshalb kann aus der Jahresstatistik kein unmittelbarer Rückschluss gezogen werden auf die Sicherheit und Qualität in einzelnen Fachgebieten oder zu einzelnen Maßnahmen. Aus den aktuellen Entwicklungen der Begutachtungszahlen und der festgestellten Behandlungsfehler ist folglich ebenso wenig ein Trend abzuleiten. Die nächsten Jahre müssen abgewartet werden und – es klingt abgenutzt, bleibt aber wahr – jeder Fehler ist einer zu viel.

Auf dem Weg zur Sicherheitskultur

Sicherheitskultur ist ein großes Wort und Kultur entsteht weder per Dekret noch von jetzt auf gleich. Deshalb ist der Weg zu einer Sicherheitskultur ein weiter, der in Deutschland erst angetreten wurde. Zahlreiche nachgewiesen wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sind nicht flächendeckend etabliert. Dazu gehört die Nutzung von Checklisten, Sicherheits- und Notfalltrainings, das Etablieren eines strukturierten Risikomanagementsystems, Verbesserungen bei der Hygiene und vieles mehr. Außerdem steht nicht nur der aktive Fehler, der selbst unmittelbar einen Schaden auslöst, im Fokus. Patientensicherheit hat auch eine präventive Seite von daher, dass mit schicksalhaft auftretenden Komplikationen und Verschlechterungen immer gerechnet werden muss, damit bestmöglich reagiert und nachfolgende Schäden vermieden oder abgemildert werden können.

Patientensicherheit bedeutet deshalb: Vermeidbare Schäden sicher vermeiden und auf unvermeidbare Ereignisse bestmöglich vorbereitet sein! Die weitergehende Analyse von Behandlungsfehlern kann hierzu einen Beitrag leisten.

... auf unvermeidbare Ereignisse bestmöglich vorbereitet sein



PD Dr. Max Skorning
ist Leiter »Patienten-
sicherheit« beim MDS.
m.skorning@mds-ev.de

Fehlanreize im DRG-System

Stationäre Versorgung geriatrischer Patienten in Gefahr?

DIE RÜSTIGE 83-JÄHRIGE ist leicht verwirrt, wird aber lediglich mit einem akuten Flüssigkeitsmangel aufgenommen. Dennoch bleibt sie genau 14 Tage in der Klinik. Demgegenüber wird die frührehabilitative Therapie eines 75 Jahre alten Patienten mit schwerer Beckenringfraktur nach 20 Therapieeinheiten und 14 Behandlungstagen plötzlich abgebrochen.

Zwei extreme Beispiele, die zeigen, wie Senioren in geriatrischen Abteilungen oft zu lange oder zu kurz behandelt werden. Und das aus primär ökonomischen Gründen, beklagt Dr. Norbert Lübke, der Leiter des Kompetenz-Zentrums Geriatrie (KCG). Das Ergebnis eines Fehlanreizes im DRG-System, der Versicherten schaden kann, wie in einem dieser Fälle. Elfi Müller (Name geändert) geht es bereits kurz nach der ersten Behandlung im Krankenhaus wieder besser: »Wach, ansprechbar, orientiert und mobil«, so dokumentiert das Klinikpersonal nach drei Tagen den Zustand der 83-Jährigen in der Krankenakte. Der Umfang krankheitsbedingter Beeinträchtigungen ihrer Selbstversorgung und ihrer sozialen Teilhabe entspricht der Situation vor Auftreten des akuten Flüssigkeitsmangels, urteilt Dr. Friedemann Ernst, Mitarbeiter des KCG und zugleich Fachgutachter des MDK Nord, der diesen Fall im Auftrag der zuständigen Krankenkasse unabhängig begutachtet hat.

Fälle wie dieser nehmen zu, resümieren Dr. Lübke und Dr. Matthias Meinck (Leiter und stellvertretender Leiter des KCG) im elften Jahr seit der Gründung des KCG, das beim MDK Nord in Hamburg angesiedelt ist. Sie beobachten, wie die Anzahl geriatrischer Abteilungen in deutschen Krankenhäusern stetig zunimmt.

»Gegen einen bedarfsbezogenen Ausbau ist vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen nichts einzuwenden«, sagt Lübke. »Da Ausbau und Betrieb jedoch in erkennbarem Umfang auch Folge finan-

Fällen genauso hoch sein wie der Erlös der Basisleistung, den Erlös pro Fall also verdoppeln.

Erklärt das, warum Elfi Müller weitere Tage in der geriatrischen Abteilung verbringen musste? Obwohl sie kurz nach der Krankenhausaufnahme wieder als orientiert und mobil beschrieben wird und sogar wieder Puzzle legen kann. Die Ergebnisse des Assessmentinstruments Funktionaler Selbstständigkeitsindex (FIM) belegen am dritten Behandlungstag: »in allen motorischen Verrichtungen bis auf das Treppensteigen nicht auf fremde Hilfe angewiesen«. »Eine weitere Krankenhausbehandlung sowie (früh-)rehabilitative Leistungen waren nicht mehr erforderlich« urteilt Ernst.

Die GfK steigert den Erlös der Kliniken aber erst dann, wenn die Patienten mindestens 14 Behandlungstage in der Geriatrie bleiben und mindestens zwanzig Therapieeinheiten erhalten. So werden nach gemeinsamen statistischen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes mit dem KCG immer mehr geriatrische Patienten zu lange stationär behandelt. Im Gegen-

Ist die Mindestanforderung erfüllt, folgt die Entlassung

zug werden aber auch Patienten direkt oder kurz nach Leistung der geforderten Mindestanforderungen entlassen, auch wenn sie noch eine weitergehende Behandlung bräuchten. »Das hat zu Über- und Unterversorgung geführt, die geriatrischen Patienten schaden können«, warnt auch Meinck.

Im Fall des 75 Jahre alten Versicherten hat dieser Fehlanreiz dazu geführt, dass die GfK trotz weiterer Krankenhaus-Behandlungsbedürftigkeit und Frührehabilitationsbedarf nach genau zwanzig Therapieeinheiten und 14 Behandlungstagen abgebrochen wurde, wie Ernst in seinem Gutachten später feststellen musste. »Für das Krankenhaus war die Pauschale sozusagen ausgeschöpft«, so Lübke. Dem Mann, der mit Pflegestufe I in die Klinik kam, muss später eine Pflegestufe II bewilligt werden, da die Klinik es auch versäumt hat, eine weiterführende geriatrische Rehabilitation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt einzuleiten.

»Durch solche ungerechtfertigt verkürzten Behandlungen wird deutlich, dass sich Leistungserbringer nicht scheuen, diese offensichtlichen Fehlanreize zu einer

Zahl der geriatrischen Abteilungen nimmt zu

zieller Fehlanreize durch das Abrechnungssystem sind, muss aus Sicht des KCG wirksam gesteuert werden.« Denn seit Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen, Diagnosis Related Groups (DRG), im Jahr 2003 üben geriatrische Abteilungen auf Krankenhaus-Gesellschaften und -Konzerne offenbar einen zunehmenden Reiz aus. Zu den mittlerweile fast 1200 DRGs gehören nämlich auch 17 DRGs, die bei Erbringung »geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlungen« (GfK) abgerechnet werden können. Wer diese Komplexbehandlungen erbringt, kann den Behandlungserlös um teils mehrere Tausend Euro pro Fall steigern. Dieser zusätzliche Erlös kann in vielen

Unterversorgung im DRG-System auch auszunutzen«, so die Erfahrung von Meinck.

Außerdem hätten viele Krankenhausbetreiber in den vergangenen Jahren viel in die personellen Voraussetzungen für die Erbringung der GFK investiert, sagt Meinck: Fachärzte mit geriatrischer Zusatzqualifikation und ein speziell ausgebildetes multiprofessionelles Team. Auch seien die Behandlungsabläufe so aufgestellt worden, dass in die Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten nun auch Maßnahmen der Frührehabilitation integriert sind. Dazu seien wöchentliche Teambesprechungen gekommen, aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschulte Pflegefachkräfte sowie Therapieeinheiten zum Beispiel aus den Bereichen Ergotherapie und Psychologie / Neuropsychologie.

Um die Fehlanreize künftig zu begrenzen, setzen sich die KCG-Experten aus Hamburg für eine differenziertere Erlösrelevanz der GFK auch in Abhängigkeit zur Behandlungsdauer ein. »Leider findet eine solche Änderung in unserem DRG-System noch zu wenige Unterstützer«, beklagt KCG-Leiter Lübke. Dieses Problem habe auch deshalb noch kein größeres Aufsehen erregt, weil die Geriatrie trotz erheblichen Anwachsens nur rund 3% der Krankenhausleistungen ausmache.

Um zumindest die Auswirkungen dieser Fehlanreize zu begrenzen, plädiert das KCG seit einigen Jahren dafür,

auch die ambulante Versorgung zu stärken, zum Beispiel durch geriatrische Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte oder die Einrichtung der vom Gesetzgeber angeordneten Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA). »Niedergelassene Ärzte wissen häufig noch zu wenig über multikausal begründete Gesundheitsprobleme geriatrischer Patienten«, so Meinck. So könne zum Beispiel die Sturzneigung eines alten Menschen die Folge einer Seh-, Hör-, Ess- oder Sensibilitätsstörung oder weiterer Faktoren wie Multimedikation – auch in wechselseitiger Verstärkung – sein, während vielfach nur der Sturz als Einzelereignis betrachtet werde, erläutert Meinck. In einer GIA angesiedelte Teams unter Leitung geriatrisch qualifizierter Fachärzte könnten zukünftig niedergelassene Ärzte gezielt unterstützen. Damit könnten sie in der komplexen Diagnostik multimorbider geriatrischer Patienten die Koordination zwischen den beiden Versorgungssektoren Ambulant und Stationär verbessern. Übergeordnetes Ziel solle es hierbei sein, so Meinck, geriatrische Patienten mit besonders komplexen gesundheitlichen Problemen besser zu versorgen und damit Krankenhausfälle zu vermeiden.

Elfi Müller hat die viel zu lange Zeit in der Geriatrie zumindest nicht weiter geschadet, die Klinik hat bei der Abrechnung am Ende aber ungerechtfertigt die GFK-Zuschläge eingefordert, wie Ernst in seinem Gutachten für die Krankenkasse feststellte. Drei Klinik-Tage ohne die teure Komplexbehandlung wären laut Gutachten medizinisch völlig ausreichend gewesen, 14 Tage auf der geriatrischen Station dagegen unverhältnismäßig. Der 75-Jährige dagegen musste in eine Pflegeeinrichtung entlassen werden. Seine Pflegebedürftigkeit hatte sich im Rahmen der verkürzten Behandlung in der Klinik nicht verbessert.

**Komplexe ambulante
Behandlung soll
gegenwirken**

Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG)

Das KCG (Geriatrie = Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen) beim MDK Nord berät seit 2003 die Medizinischen Dienste in Deutschland und die Institutionen der GKV in geriatrischen Grundsatzfragen.

Zwei Vollzeitstellen: Dr. Lübke, Dr. Meinck
Eine Teilzeitstelle: Dr. Ernst

Das KCG ist eines von vier Kompetenz-Centren, an die sich alle MDK-Gutachter in Deutschland sowie die Krankenkassen und ihre Landes- und Spitzenverbände mit speziellen Fragen zu den Fachgebieten wenden können. Dazu berät das KCG zu Versorgungsstrukturen und hilft bei deren Weiterentwicklung.

Weitere Kompetenz-Centren der MDK Gemeinschaft:

- Onkologie, MDK Nordrhein
- Psychiatrie / Psychotherapie, MDK Hessen / MDK Mecklenburg-Vorpommern
- Qualitätsmanagement und -sicherung, MDK Baden-Württemberg



Jan Gömer
ist Pressesprecher des
MDK Nord.
jan.goemer@mdk-nord.de



Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Begutachtungsanleitung schafft Transparenz

IM MAI hat der GKV-Spitzenverband die *Begutachtungsanleitung spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizversorgung* verabschiedet. Damit liegt eine verbindliche Begutachtungsgrundlage bei Anträgen von Versicherten auf SAPV-Leistungen oder stationäre Versorgung im Hospiz vor: für Krankenkassen und den MDK.

Seit dem Jahr 2008 begutachten die Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen Anträge von Versicherten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Gedacht sind diese Leistungen für schwerstkranke Patienten, die am Lebensende zu Hause versorgt werden möchten und für die die Leistungen der sogenannten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichen. Dies ist meist dann der Fall, wenn ein sehr komplexes Symptomgeschehen vorliegt und eine besonders aufwendige Palliativversorgung erforderlich ist.

Bei der SAPV handelt es sich um eine relativ junge Leistung der GKV, die 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt worden ist (vgl. MDK Forum 1/2013 S. 5/6). Den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste standen als Maßstab für ihre sozialmedizinischen Stellungnahmen zunächst im Wesentlichen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung der SAPV (2008) und die Angaben im Verordnungsformular des Arztes zur Verfügung.

Die nun vorliegende Begutachtungsanleitung umfasst etwa hundert Seiten und gliedert sich in die beiden großen Bereiche SAPV und stationäre Hospizversorgung. Sie bietet zudem ein umfangreiches Literaturverzeichnis und begutachtungsrelevante Dokumente als Anlagen. Zentrales Element der beiden Teile ist eine ausführliche

Darstellung der Kriterien und Maßstäbe für die Begutachtung. Mit der Begutachtungsanleitung, die demnächst auf den Internetseiten des MDK und des GKV-Spitzenverbandes eingestellt wird, schaffen die Medizinischen Dienste volle Transparenz über ihre Begutachtungsgrundlagen und ermöglichen es Versicherten und Leistungserbringern, die gutachtlichen Entscheidungen besser nachvollziehen zu können.

Wichtige Fragen in der Begutachtung

Von zentraler Bedeutung bei der Begutachtung von SAPV-Anträgen ist die Frage, ob die Patientin bzw. der Patient an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leidet, die so weit fortgeschritten ist, dass die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Außerdem müssen die Gutachter einschätzen, ob für die Sicherstellung einer ambulanten Palliativversorgung Leistungen der SAPV notwendig sind oder ob dies durch andere ambulante Versorgungsformen gewährleistet werden kann.

Palliativpatienten, die nicht zu Hause bzw. ambulant palliativ versorgt werden können und bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist, erhalten von ihrer Krankenkasse einen Zuschuss zu den Kosten eines stationären Hospizes. Ob diese Situation gegeben

ist, soll mit der Begutachtung von Anträgen auf stationäre Hospizversorgung geklärt werden. Für die Schwere und die Folgen der Erkrankung gelten dieselben Kriterien wie in der Begutachtung von SAPV-Anträgen.

Die Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Anträgen zur SAPV und zur stationären Hospizversorgung werden jeweils in einem anschaulichen Algorithmus für die Gutachterinnen und Gutachter zusammengefasst. Um die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen, widmet sich jeweils ein separates Kapitel der Begutachtung von Leistungsanträgen für schwerkranke Kinder.

Die Begutachtungsanleitung wurde von einer Projektgruppe aus Mitgliedern des MDS und der sozialmedizinischen Expertengruppe *Pflege/Hilfebedarf* (SEG 2) der

MDK-Gemeinschaft unter der Leitung von Dr. Hans Gerber erarbeitet. Besonders zu danken ist Prof. Dr. Raymond Voltz, Direktor des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, für wichtige Hinweise und Anregungen aus der Sicht des klinisch tätigen Arztes. Die Begutachtungsanleitung wurde vom GKV-Spitzenverband als Richtlinie nach § 282 SGB V erlassen.



Dr. Joan Elisabeth Panke
ist Seniorberaterin
im Team »Versorgungs-
beratung« des MDS.
j.panke@mds-ev.de

MDK-Kongress 2014

Gesundheit und Pflege der Zukunft

AM 6. NOVEMBER 2014 findet in der Bundeshauptstadt Berlin der zweite gemeinsame Kongress der MDK-Gemeinschaft statt unter dem Motto »Gesundheit und Pflege der Zukunft«. Mehr als dreißig namhafte Referentinnen und Referenten werden mit Experten von Bundes- und Länderebene über aktuelle Themen der Gesundheitspolitik diskutieren.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Weiterentwicklung der Qualität in Pflegeheimen, die Versorgungsqualität im Krankenhaus und mehr Patientenorientierung – das sind Themen, die ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Die Medizinischen Dienstleistungen nehmen ihr 25-jähriges Bestehen zum Anlass, um mit Vertretern aus Politik, Kranken- und Pflegeversicherung, Ärzteschaft, Pflege und Wissenschaft über die Rolle des MDK bei aktuellen gesundheitspolitischen Fragen zu diskutieren.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, MdB, wird den Kongress eröffnen. In den insgesamt fünf Veranstaltungen und Workshops werden beispielsweise die Zukunftsmodelle der Qualitätssicherung in der Pflege beleuchtet. Wie soll sich das Verhältnis von interner und externer Qualitätssicherung entwickeln? Oder welchen Wert haben Patientenschutz und Patientensicherheit in der Nutzenbewertung? Und was ändert sich in der Pflegewelt durch den NBA?

Der MDK-Kongress schließt, passend zur erwarteten Beratung des ersten Pflegestärkungsgesetzes im Bundesrat, mit einer politischen Diskussionsrunde zum Thema »Pflege der Zukunft«. Im Gespräch lotsen der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann, der Sozialminister des Landes Rheinland-Pfalz Alexander Schweitzer MDL, die pflegepolitischen Sprecherinnen der Fraktion B90/Die Grünen und der Fraktion DIE LINKE Elisabeth Scharfenberg und Pia Zimmermann, der Vor-

stand des GKV-Spitzenverbands Gernot Kiefer und der Geschäftsführer des MDS Dr. Peter Pick die Entwicklungsmöglichkeiten der Pflege aus.

Am Vorabend, dem 5. November 2014, lädt die MDK-Gemeinschaft zu einem Empfang aus Anlass ihres 25-jährigen Bestehens ein. Hier werden beispielsweise Dr. Norbert Blüm, als Bundesminister für Soziales mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) gewissermaßen der Geburtshelfer der Medizinischen Dienste, und Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, der in seiner damaligen Funktion als stellvertretender Geschäftsführer des MDS maßgeblich an der Errichtung der Medizinischen Dienste beteiligt war, gemeinsam diskutieren.

Mit dem zweiten MDK-Kongress begibt sich die MDK-Gemeinschaft in eine Diskussion mit anderen Akteuren über die möglichen Perspektiven und Wege in sich ändernden Rahmenbedingungen, Anforderungen und Möglichkeiten.

Weitere Informationen unter
www.mdk-kongress.de



Markus Kühbauch ist
Mitarbeiter im Team
»Öffentlichkeitsarbeit«
des MDS.
m.kuehbauch@mds-ev.de

Grundsatzstellungnahme überarbeitet

Essen und Trinken im Alter

ESSEN UND TRINKEN hält Leib und Seele zusammen – so sagt ein Sprichwort. Mit steigender Lebenserwartung wachsen die Anforderungen an adäquate Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer und hochbetagter Menschen. Die MDK-Gemeinschaft hat ihre Handlungshilfe für Pflegende komplett überarbeitet und um weitere Aspekte ergänzt.

Mit der Grundsatzstellungnahme wollen die Medizinischen Dienste die Erfahrungen des MDK aus Begutachtung, Prüfung und Beratung mit dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis zusammenführen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen bei ihrer Aufgabe, eine gute Pflege und Versorgung zu leisten, unterstützen. Bedürfnisgerechte Ernährung unter sozialen Aspekten und Ernährung am Lebensende gehören hierzu genauso wie die Erkennung von Risikofaktoren für eine Mangelernährung oder Dehydratation, der adäquate Umgang mit Schluckstörungen oder eine Versorgung mit Sondenkost.

Aktuelle und umfassendere Informationen

Eingeflossen in die Aktualisierung sind u. a. die aktuellen Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften, der Expertenstandard zum Ernährungsmanagement in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) sowie die Arzneimittel- und Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Neben vielen fachlichen Änderungen und Erweiterungen wurde der Titel des Werks mit der Neuauflage vereinfacht. Aus der Grundsatzstellungnahme *Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen ...* wurde die Grundsatzstellungnahme *Essen und Trinken im Alter*.

Essen und Trinken – das ist mehr als die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, um die Funktionen des Körpers aufrechtzuerhalten: Essen und Trinken ist nicht zuletzt mit Genuss verbunden – und das in jedem Alter. »Eine Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die den körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen angepasst ist, trägt entscheidend zu Gesundheit und Wohlbefinden und damit zur Lebensqualität bei. Auch diese wichtigen sozialen Aspekte des Essens und Trinkens und die Konsequenzen, die sich daraus für die Versorgung ergeben, haben wir bei der Aktualisierung der Grundsatzstellungnahme berücksichtigt«, sagt Dr. Hans Gerber. Gerber ist Leiter der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Pflege« (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft und hat die Neuauflage der Handlungshilfe mit einem Projektteam aus Pflegefachkräften, Ärzten und Ernährungswissenschaftlern erarbeitet.

Neu: Ethische und rechtliche Aspekte der Ernährung

Vor besonderen Herausforderungen stehen Pflegekräfte, wenn die ihrer Fürsorge anvertrauten Menschen die Nahrung verweigern. Schon eine relativ kurze Zeit ohne Nahrung und Flüssigkeit kann bei älteren Menschen, die

häufig unter Mehrfacherkrankungen leiden, zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Pflegekräfte stehen und sehen sich in der Verantwortung für die Gesundheit der Pflegebedürftigen – dieser Position und Verpflichtung gegenüber steht das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen. Doch wo hört die Selbstbestimmung auf? Unter welchen Umständen kann eine Zwangsernährung z. B. über eine Magensonde gerechtfertigt sein? Und wie steht es um die Selbstbestimmung, wenn es sich bei dem Pflegebedürftigen um einen Menschen mit Demenz handelt? Wie ist die rechtliche Situation? »Nicht zuletzt angesichts der wachsenden Zahl von Menschen mit Demenz haben diese und ähnliche Fragen im Pflegealltag zugenommen. Die Grundsatzstellungnahme haben wir deshalb um ein eigenes Kapitel zu ethischen und rechtlichen Aspekten der Ernährung/ Flüssigkeitsversorgung erweitert«, so Gerber.

Neu: Essen und Trinken in der ambulanten Pflege

Der Schwerpunkt der Grundsatzstellungnahme lag und liegt auf der Versorgung von älteren Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Auch wenn die Möglichkeiten der Einflussnahme der Pflege auf die Sicherstellung einer angemessenen Ernährung im ambulanten Pflegebereich deutlich begrenzter sind als im stationären Bereich, hat ein ambulanter Pflegedienst durch seinen Einblick in das häusliche Umfeld die Chance und damit die Verantwortung, Risiken einer Mangelernährung zu erkennen. Dieser Aspekt wird in der aktuellen Broschüre in einem eigenen Kapitel beleuchtet. Um auch die Besonderheiten der ambulanten Pflege zu berücksichtigen, wurde die Grundsatzstellungnahme um ein Kapitel mit Empfehlungen für die ambulante Pflege erweitert.

Die Grundsatzstellungnahme steht auf der Website des MDS www.mds-ev.de zum Download zur Verfügung. Die Broschürenfassung erhalten Sie über den Bestellservice auf der MDS-Website.



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

Luftverschmutzung: das unterschätzte Gesundheitsrisiko

Einatmen, Ausatmen – Tod

JEDER ACHTE TODESFALL WELTWEIT geht auf die Folgen schlechter Atemluft zurück. Das besagt eine im Frühjahr veröffentlichte WHO-Studie. Diese Zahlen sind doppelt so hoch wie erwartet: ein alarmierender Befund. Für die Menschen im Ruhrgebiet war rußige Luft bis weit in die 1960er Jahre hinein noch grauer Alltag. Heute ist das anders.

Wer jedoch durch asiatische Industriemetropolen reist, kann an manchem Tag vor lauter Smog kaum die Hand vor den Augen sehen. Wie gefährlich das für die Gesundheit ist, lässt sich mit heutigen Messmethoden immer besser erheben.

Arme Frauen und Kinder leiden besonders

Die Auswertung der Daten aus einer Kombination von Messmethoden ermöglicht es, die Daten in einem Zusammenhang mit aktuellen Statistiken zu Todesursachen

Mehr Todesfälle durch belastete Luft im Haushalt als durch Außenluft

zu stellen. Mit Hilfe von Satelliten-, Verkehrs-, Emissions- und Wetterdaten rekonstruieren Forscher die Belastungswerte. Etwa 3,7 Millionen Menschen sterben jährlich durch Schadstoffe in der Außenluft (Outdoor) und circa 4,3 Millionen durch Emissionen im Haushalt (Indoor), die zu todbringenden Krankheiten führen. Etwa drei Milliarden Menschen bereiten ihr Essen an offenen Feuerstellen zu oder heizen die Wohnungen mit Öfen, in denen nicht nur Holz und Kohle verbrannt werden. Wenn auch Dung oder Pflanzenreste in den Ofen wandern,

erzeugt dies gefährliche Luftschadstoffe. »Einen hohen Preis zahlen besonders arme Frauen und Kinder, die sich in solchen Innenräumen längere Zeit aufhalten als ihre berufstätigen Männer«, sagt Dr. Flavia Bustreo, Assistant Director-General Family, Women and Children's Health bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Menschen in aufstrebenden Industrienationen gefährdet

Die zunehmende Luftverschmutzung in der Außenluft resultiert vor allem aus der Industrie, dem Transport, Energieunternehmen und der Müllverbrennung. Betroffen sind besonders aufstrebende Industrienationen wie China und Indien. In diesen Ländern werden etwa drei Viertel aller Smog-Todesfälle registriert. Die WHO-Studie schlussfolgert, dass es nur wenige Risiken gibt, die einen größeren Einfluss auf die Gesundheit haben als die Luftqualität.

Lotterie für KFZ-Zulassungen

»Nicht bedacht wird, welche langfristigen Kosten aufgrund der Gesundheitsschäden auf die Volkswirtschaften zukommen«, sagt Dr. Carlos Dora, WHO-Koordinator für Umwelt und Soziales. Im Kampf um die Luftverschmutzung ergriff China jüngst drastische Maßnahmen. Die Behörden gehen davon aus, dass Autos in Peking zu einem Drittel für die Feinstaubbelastung verantwortlich sind. Bis zum Jahresende sollen insgesamt sechs Millionen Fahrzeuge mit hohem Schadstoffausstoß aus dem Verkehr gezogen werden. Im kommenden Jahr sollen es nochmal fünf Millionen sein. In großen Städten werden KFZ-Zulassungen durch eine Art Lotterie vergeben. In Peking werden jeden Monat 20.000 Neuzulassungen verlost. Bei rund 137 Millionen Autos in China sind diese Maßnahmen wohl aber nur ein Tropfen auf den heißen Stein. »Wir erklären der Umweltverschmutzung den Krieg«, kündigte Regierungschef Li Keqiang in seiner Eröffnungsrede zum Volkskongress an.

Luftverschmutzung macht auch vor Europa nicht halt

Medizinische Folgen der Luftverschmutzung

Erkrankungen, die zu vorzeitigen Todesfällen durch Außenluftbelastung führen:

- 40 % ischämische Herzerkrankungen
- 40 % Schlaganfälle
- 11 % chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- 6 % Lungenkrebs
- 3 % akute untere Atemwegserkrankungen von Kindern

Erkrankungen, die zu vorzeitigen Todesfällen durch Innenluftbelastung führen:

- 26 % ischämische Herzerkrankungen
- 34 % Schlaganfälle
- 22 % chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- 12 % Lungenkrebs
- 6 % akute untere Atemwegserkrankungen von Kindern

Quelle: WHO

Feinstaub verursacht Krankheiten

China und Indien sind weit entfernt, könnte man denken. In Europa können einem schon kleinste Mengen von Feinstaub zu schaffen machen. Besonders bedenklich sind Partikel kleiner als 2,5 Mikrometer, die ins Blut eindringen können. Das geht aus einer im Jahr 2013 im Wissenschaftsmagazin Lancet veröffentlichten Auswertung



von 22 Studien mit Daten von 367 000 Menschen in 13 westeuropäischen Ländern hervor. Im Verlauf von 14 Jahren starben danach 29 000 der einbezogenen Menschen. Der Studie zufolge nahm die Sterbewahrscheinlichkeit

Mehr als sieben Millionen Tote weltweit durch Folgen von Luftverschmutzung

bei einer Erhöhung der Feinstaubbelastung um fünf Mikrogramm pro Kubikmeter um 7% zu. Zu den Gesundheitsgefahren, die durch Feinstaub mitverursacht sein können, zählen Krebs, Asthma, Allergien und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Frühjahr 2014 warnte das Umweltbundesamt (UBA) vor hoher Feinstaubbelastung in deutschen Städten. Allein in Hannover war der erlaubte Tagesmittelwert von fünfzig Mikrogramm Feinstaub pro Kubikmeter Luft in den ersten drei Monaten bereits dreizehnmal überschritten. Damit steht Hannover noch relativ gut da. Wesentlich schlechter schnitten Städte wie Stuttgart, Berlin oder Leipzig ab. Die Lungenkapazität von Kindern, die an dicht befahrenen Straßen aufwachsen, ist um etwa 10% reduziert. Gleichzeitig steigt die Asthmagefahr in den ersten vier Lebensjahren um 30%.

Fortschritte reichen nicht aus

In den letzten Jahren ist in Europa viel für die Verbesserung der Luftqualität getan worden. Dennoch sind die

Luftschadstoffkonzentrationen weiterhin zu hoch. Rund 90% der Stadtbewohner in der Europäischen Union sind schädlichen Luftschadstoffen in Konzentrationen ausgesetzt, die von der WHO als gesundheitsschädlich eingestuft werden. Dies ist das Ergebnis der Bewertung der Luftqualität in Europa, die von der Europäischen Umweltagentur (EUA) im Herbst 2013 veröffentlicht wurde. Hans Bruyninckx, Exekutivdirektor der EUA, erklärt dazu: »Luftverschmutzung fügt der menschlichen Gesundheit und den Ökosystemen Schaden zu. Ein Großteil unserer Bevölkerung lebt nach heutigem Standard nicht in einer gesunden Umwelt. Europa muss ehrgeizig sein und über die derzeitigen Rechtsvorschriften hinausgehen, um einen nachhaltigen Weg einzuschlagen.« Wenn diese Aussage schon für Europa gilt, dann erst recht für die aufstrebenden Industrienationen in Asien und anderswo.



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



Sportsucht Laufen bis zum Umfallen

SPORT IST GESUND – meistens. Doch wenn der Bewegungsdrang zur Sucht wird und der Verzicht auf das tägliche Training Entzugserscheinungen auslöst, dann ist professionelle Hilfe notwendig: Eigentlich suchte der Forscher Frederick Baekeland 1970 nur einige Probanden für eine Studie zum Thema »Schlaf und Bewegungsmangel«.

Doch zahlreiche Sportstudenten lehnten die Teilnahme ab – weil sie dafür einen Monat lang auf ihr gewohntes Trainingspensum verzichten sollten. Auch eine überdurchschnittliche Aufwandsentschädigung konnte die Sportler nicht umstimmen. Als diejenigen Sportstudenten, die schließlich an der Studie teilnahmen, während

Training ist unbezahlbar

der Trainingspause auch noch über Nervosität, Unruhe und Schlafstörungen klagten, kam Baekeland zu dem Schluss, dass

der Sport bei ihnen zu einer suchttähnlichen Abhängigkeit geführt habe. Baekeland gilt seitdem als der Entdecker der Sportsucht.

Sport bis zum Exzess

In den fitnessbegeisterten 1970er Jahren betrachtete man dieses Phänomen zunächst positiv, als eine Art mentale Stärke, die Sportlern den Weg zu Höchstleistungen ebnen könne. Doch schon bald wendete sich das Blatt, nachdem bei genauerer Betrachtung Erschreckendes zutage trat. So gaben beispielsweise bei einer Umfrage unter sechzig Marathonläufern mehrere Befragte an, Selbstmord begehen zu wollen, falls sie nicht mehr laufen könnten. Ein Läufer entfernte eigenmächtig vorzeitig seinen Gipsver-

band, um trainieren zu können; ein weiterer Teilnehmer mit einem diagnostizierten Herzklappenfehler schlug sämtliche Warnungen seiner Ärzte in den Wind und brach schließlich während eines Rennens tot zusammen.

»Bei Sportsüchtigen kontrolliert das Verhalten die Person, nicht umgekehrt«, erklärt der Erlanger Sportpsychologe Heiko Ziemann solche Exzesse. Während suchtgefährdete Sportler beispielsweise noch auf körperliche Warnsignale Rücksicht nehmen, haben Sportsüchtige diese Selbstkontrolle komplett verloren. Der Sport ist bei ihnen zum alles bestimmenden Lebensinhalt geworden. Betroffene »tolerieren, dass ihre Ehe in die Brüche geht oder dass sie ihr soziales Umfeld nicht mehr wahrnehmen, weil sie immer mehr Zeit für ihren Sport brauchen.« Als sportsüchtig gilt, wer einen zwanghaften, unkontrollierbaren Drang zu (immer mehr) sportlicher Betätigung verspürt, dem Sport sein gesamtes Leben unterordnet und bei einem Trainingsverzicht körperliche und seelische Entzugserscheinungen wie innere Unruhe oder Schlafstörungen an den Tag legt.

Im Rausch der Endorphine

Bei der Suche nach den Ursachen dieses exzessiven und dadurch gesundheitsschädigenden Sporttreibens rückte

früh die Vermutung einer körperlichen Abhängigkeit in den Fokus. Nach lang andauernden Belastungen berichten Sportler immer wieder von rauschartigen Empfindungen und einer unerschütterlichen Zuversicht hinsichtlich des eigenen Leistungsvermögens. Zur Erklärung dieser *runners high* genannten Bewusstseinszustände wurde schon bald vermutet, dass der Körper unter Belastung Substanzen ausschüttet, die dem Sportler helfen, Erschöpfung und Schmerzen zu überwinden. Bereits 1973 konnten Wissenschaftler körpereigene Opiate identifizieren, darunter auch Endorphine, deren vermehrter Ausschüttung man ein Suchtpotenzial zuschrieb.

Die *Endorphin-Hypothese* war in Fachkreisen jedoch höchst umstritten, bis Münchner und Bonner Forschern im Jahr 2008 der Nachweis gelang, dass diese tatsächlich eine wichtige Rolle beim *runners high* spielen. Zehn Langstreckenläufer wurden vor und nach einem zweistündigen Lauf per Positronen-Emissions-Tomografie (PET) untersucht. Dabei kam eine radioaktive Kontrollsubstanz zum Einsatz, die im Gehirn an Opiat-Rezeptoren andockt, dabei aber mit den körpereigenen Endorphinen konkurriert. Im PET zeigte sich nach dem Lauf, dass ein Großteil der Kontrollsubstanz im Gehirn durch die während des Laufs ausgeschütteten Endorphine verdrängt worden war. Tierversuche an der Bostoner Tufts-Universität untermauerten die Theorie einer physischen Abhängigkeit: Nach einem intensiven mehrwöchigen Sportprogramm erhielten Ratten einen Wirkstoff, der Opiate im Blut bindet. Die durchtrainierten Ratten litten daraufhin unter massiven körperlichen Entzugserscheinungen.

Seele im Hamsterrad

Neben körperlichen wurden bald auch seelische Ursachen für die Sportsucht diskutiert. Die sportliche Betätigung sei nicht selten nur eine Strategie zur Bewältigung sport-

Entzug nur bei ungeplantem Trainingsausfall

unspezifischer Probleme, so die Vermutung. Krisenhafte Erfahrungen wie berufliche Misserfolge, unglückliche Ehen oder schwere Krankheiten, denen sich Betroffene ausgeliefert fühlen, sollen demnach durch den Sport überwunden, der empfundene Kontrollverlust kompensiert werden. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie ein negatives Selbstwertgefühl, Zwanghaftigkeit oder Perfektionismus scheinen das Abgleiten in eine Sportsucht zu begünstigen. Ein gewisses Risiko tragen aber offenbar auch Menschen, die sich anspruchsvolle Ziele setzen und diese hoch motiviert verfolgen. Bei einer Studie stellte sich heraus, dass Sportler nur bei ungeplantem Trainingsverzicht unter Entzugserscheinungen litten, nicht aber an selbst festgelegten Erholungstagen. Offenbar war bei ihnen das Nicht-verfolgen-Können ihrer selbst gesteckten Ziele der Grund für die Beschwerden.

Spielarten der Sucht

Je nachdem, welche Motive dem exzessiven Training zugrunde liegen, spricht man von einer primären oder sekundären Sportsucht. Bei der primären Sportsucht steht der Wunsch im Vordergrund, die individuelle Leis-

tung zu steigern und sportliche Erfolge zu erzielen. Bei der sekundären Sportsucht dient der Sport vorrangig dazu, das Körpergewicht zu reduzieren und schlank zu bleiben. Sie tritt zwar häufig zusammen mit Essstörungen auf, ist diesen aber nicht direkt zuzurechnen. Im Zusammenhang mit dem organisierten Leistungssport beschreiben die Sportsoziologen Karl-Heinrich Bette und Robert Gugutzer darüber hinaus eine *tertiäre Sportsucht*, die entstehen kann, wenn der von Verbandsseite an die Sportler herangetragene Erfolgsdruck die Suchtgefahr erhöht.

Bei einer Sportsucht spielen offenbar sowohl physische wie auch psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Gleichzeitig ist sie auch ein soziales Phänomen, das innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen besonders gut gedeiht. Einen idealen Nährboden stellen Soziologen zufolge stark leistungsorientierte Gesellschaften dar, in denen gleichzeitig Sport, Bewegung und Gesundheit als besonders erstrebenswert gelten.

Wer die Sucht stoppen will, braucht Hilfe

Hilfe für Betroffene

Besonders gefährdet sind einer aktuellen Studie der Universitäten Erlangen-Nürnberg und Halle-Wittenberg zufolge offenbar jüngere Sportler, Triathleten und Menschen, die sehr häufig oder aber bereits seit Jahren trainieren. Vor fünf Jahren schätzten Wissenschaftler, etwa jeder hundertste Sportler weise vereinzelte Auffälligkeiten, jeder tausendste manifeste Störungsmerkmale auf und jeder zehntausendste sei behandlungsbedürftig. Die 2013 veröffentlichte Erlanger Studie mit 1089 Teilnehmern kam nun zu dem Ergebnis, dass 4,5% der untersuchten Sportler sportsuchtgefährdet waren.

Fatal ist: Von allein führt oft kein Weg mehr aus dem Sportwahn. Wenn zugunsten des Sports die Sozialkontakte immer weiter eingeschränkt werden, bleiben am Ende meist nur noch diejenigen übrig, die man beim Training trifft. Innerhalb dieses Mikrokosmos von Gleichgesinnten ist für ein kritisches Hinterfragen der eigenen Fixierung kein Platz; die Betroffenen bestärken sich gegenseitig in ihrer Haltung.

»Das Krankheitsbild Sportsucht taucht in den Diagnosehandbüchern der klinischen Psychologie nicht auf«, sagt der Erlanger Sportwissenschaftler Heiko Ziemann und warnt davor, die Gefährdung Betroffener zu unterschätzen. »Diese Menschen müssen zwingend therapiert werden.« Diese Auffassung teilt Professor Thomas Schack, der an der Universität Bielefeld Sportsüchtige berät: »Wie schwer diese Erkrankung sein kann, ist vielen nicht bewusst. Wenn körperliche Grenzen missachtet werden, kann die Sucht zum Tod führen.« Einen Ausweg bietet nur der Verzicht, so Schack. Das wichtigste Lernziel für Sportsüchtige heißt folglich *Disengagement bezüglich der sportlichen Aktivität*.



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

Start verschoben

Wie geht es weiter mit dem Psychiatrie-Entgeltsystem PEPP?

VOR ZWEIFINHALB JAHREN machte das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) Schlagzeilen. Leistungsgerecht und transparent sollte die pauschale Vergütung sein und im Januar 2015 verbindlich für alle psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen und Kliniken starten. Doch dieser Start wurde verschoben.

Von Anfang an stieß PEPP auf teilweise großen Widerstand von Ärzten und Psychotherapeuten, Kliniken und Fachverbänden genauso wie auch von Pflegepersonal und nicht zuletzt von Patienten. Höhepunkt war eine Bundestagspetition »Weg mit PEPP« mit mehr als 43 000 Stimmen gegen die Einführung des neuen Entgeltsystems.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte im März dieses Jahres reagiert und im Bundestagsgesundheitsausschuss angekündigt, den Start von PEPP auf das Jahr 2017 verschieben zu wollen. Bisher können die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland selbst entscheiden, ob sie nach PEPP abrechnen oder nicht. Ab Januar 2015 sollte PEPP verpflichtend eingeführt werden. Doch die Optionsphase wurde bis Ende 2016 verlängert.

Was PEPP (irgendwann) erreichen wird

PEPP wurde eingeführt, weil für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine abteilungsbezogene Vergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen galt, obwohl es teilweise große Unterschiede im Aufwand dieser Behandlungen gab.

Im Jahr 2009 hatte der Gesetzgeber daher die Selbstverwalter im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) aufgefordert, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu entwickeln. Es sollte das Leistungsge-

schehen transparenter machen und den Weg von der Krankenhausindividuellen Verhandlung

Was heute bei PEPP befürchtet wird

Die Kritiker sahen dies anders. So forderten 18 Fachverbände und -gesellschaften in einem gemeinsamen Schreiben eine »grundlegende Kurskorrektur« von PEPP. Sie befürchteten beispielsweise, dass Patienten, die mit einer schweren, langfristig behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung stationär aufgenommen werden müssen, durch das neue Entgeltsystem benachteiligt werden. Menschen mit schweren Depressionen, Schizophrenie oder Suchterkrankungen könnten – so die Sorge – zu früh entlassen werden. Schließlich erhalte die Klinik für jeden Tag, den der Patient dort verbringt, eine Pauschale. Dieser Tagessatz sinkt abhängig von der Erkrankung, je länger der Aufenthalt dauert.

Wegen dieser befürchteten Risiken solle PEPP nun noch mal geprüft werden, forderte schließlich die Politik.

Auch PEPP ist als lernendes System angelegt

Deutsche Krankenhäuser verfügen über große Erfahrungen mit einem pauschalierenden Entgeltsystem. Seit 2004 wird im Bereich der somatischen Medizin nahezu jede Krankenhausbehandlung pauschaliert vergütet. »Hier konnte durch intensive Mitarbeit der datenmeldenden Kalkulationshäuser sehr rasch ein stabiles System einer leistungsgerechten Vergütung erarbeitet werden. Leider fehlt PEPP bislang die konstruktive Begleitung durch eine ausreichend große Zahl von Fachkrankenhäusern oder -abteilungen, die ihre Leistungsdaten für die Kalkulation des InEK zur Verfügung stellen. Die von den Kritikern beklagten Mängel sind deshalb durchaus auch »hausgemacht«, sagt Dr. Annette Busley, Leiterin des Bereichs »Medizinische Versorgung« beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzen-

Optionsphase bis 2016 verlängert

kostenorientierter Budgets hin zu einer pauschalierenden leistungsorientierten Vergütung fortsetzen.

Den Auftrag für die Entwicklung dieses neuen Systems erhielt das »Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus« (InEK GmbH). Im Unterschied zur bis dato gängigen Pflegesatzermittlung sollte dank PEPP das vereinbarte Budget nicht mehr über Abteilungs- und Basispflegesätze, sondern mittels bundesweit gültiger Bewertungsrelationen und einem krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes abgerechnet werden. Auf diese Weise sollte die Höhe des Budgets, das vor PEPP vereinbart worden war, durch das neue Entgeltsystem zunächst nicht beeinflusst werden. Während einer vierjährigen budgetneutralen

Gesetz sieht jedes Jahr eine Anpassung vor

verbandes. Busley ist Expertin in Vergütungsfragen der stationären Versorgung und unterstreicht, dass auch PEPP – ebenso wie das DRG-Vergütungssystem – als lernendes System angelegt ist: »Das Gesetz sieht jedes Jahr eine Anpassung der PEPP-Vergütungen an medizinische Innovationen, Veränderungen in Versorgungsstrukturen

und Kostenentwicklungen vor. Die Kalkulation und Entwicklung des Vergütungssystems erfordert eine ausreichend große Datenmenge, die die Krankenhäuser liefern müssen.«

Aktuell sind bereits einige Verbesserungen in die Wege geleitet worden. Zukünftig können beispielsweise auch ergänzende Entgelte für bestimmte Intensivbehandlungen und 1:1-Betreuungen bei Erwachsenen abgerechnet werden. Das führt zu einer präziseren Abbildung des Versorgungsaufwands für psychiatrische Patientengruppen. Außerdem wird es indikations- und verweildauerabhängig gleiche Tagessätze geben.

Erste Verbesserungen sind auf dem Weg

Dies soll Vergütungssprünge, die seit dem Start von PEPP aufgetreten waren, zukünftig verhindern. Auch der Entlassungstag aus dem Krankenhaus soll mit dem neuen Entgeltkatalog ab 2015 abrechenbar sein.

Eine weitere Möglichkeit wäre, die Klassifikationssysteme (ICD und OPS) für Psychiatrie und Psychosomatik medizinisch weiter auszugestalten. So ließe sich das Leistungsgeschehen besser erfassen und transparent machen.

Auch wenn Busley Kritik an einzelnen Aspekten des neuen Vergütungssystems durchaus nachvollziehen kann, steht für sie fest: »Es gibt keine Alternative zu einem leistungsorientierten Entgeltsystem. Die Leistungserbringer sind gefordert, in der nun gewonnenen Zeit aktiv und konstruktiv an der Ausgestaltung dieses Systems mitzuarbeiten und keine weitere Blockadehaltung einzunehmen!«

Dr. Martina Koesterke

Wie funktioniert PEPP?

Um die Leistungen nach PEPP zu klassifizieren, müssen die Kliniken bzw. die Stationen folgende Daten erfassen: Aufnahme- und Entlassungsdatum, Diagnosen, Prozeduren, Prozeduren-Datum, Geschlecht, Alter, Aufnahmearbeit, Aufnahmegrund, Entlassungsgrund, Verweildauer, Urlaubstage, Status der Verweildauer 'ein Belegungstag' und Dauer der maschinellen Beatmung. Zwar fließen nicht all diese Daten umgehend in die Berechnung des Entgeltes ein. Doch da es sich um ein lernendes System handelt, werden sie dokumentiert und können möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt verwendet werden.

Aus dieser Klassifikation ergibt sich für jeden Behandlungsfall eine fünfstellige Kombination aus Ziffern und Zahlen – die PEPP (PEPP bezeichnet also nicht nur das Entgeltsystem im Allgemeinen, sondern auch die einzelnen Fallgruppen).

Die erste Stelle der PEPP gibt an, ob die Behandlung vollstationär (P) oder teilstationär (T) erfolgte. Besonders kostenintensive Fälle im vollstationären Setting (z. B. eine 1:1-Betreuung bei Erwachsenen) bilden die sogenannte Prä-PEPP. Diese wird an zweiter Stelle mit einer 0 kodiert. Trifft keine Prä-PEPP zu, gibt die zweite Stelle der PEPP Auskunft über die Basis-PEPP: Kinder- / Jugendpsychiatrie / -psychotherapie (KJP), Psychosomatik (P), Psychiatrie (A). Über die dritte und vierte Stelle der PEPP erfolgt die Einordnung in eine von 18 Diagnosegruppen. Diese sind an die Klassifikation der ICD-10 angelehnt, entsprechen ihr jedoch nicht 1:1. Zusätzlich wurden Kategorien aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) sowie weitere in der Literatur verwendete Klassifikationssysteme einbezogen. Die fünfte und letzte Stelle der PEPP kennzeichnet die Höhe des Ressourcenverbrauchs von A (höchster Verbrauch) bis D. In die Berechnung des Ressourcenverbrauchs gehen beispielsweise komplizierende Diagnosen und Prozeduren ein.

Abhängig von der Verweildauer des Patienten wird die fünfstellige PEPP einer von maximal fünf Vergütungsstufen mit jeweils unterschiedlichen Bewertungsrelationen zugeordnet. Für jede PEPP wurde ein Vergütungsbetrag pro Behandlungstag festgelegt (Basisentgelt). Aus der Multiplikation des Basisentgelts mit der Bewertungsrelation ergibt sich die Vergütung pro Behandlungstag.

Von Bullshit, Pap-Test und Heizen mit Holz

Bericht von der
15. Jahrestagung des
Deutschen Netzwerks
Evidenzbasierte
Medizin e.V.

ZUR 15. JAHRESTAGUNG des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin versammelten sich Mitte März rund 350 EbM-Interessierte in den Räumen der prächtigen Universitätsbauten in Halle an der Saale. Schwerpunkt war das ergiebige und für die Bevölkerung unmittelbar relevante Thema »Prävention zwischen Evidenz und Eminenz«.

Warum das Thema Prävention wichtig ist, illustrierte die Hauptorganisatorin der Tagung Gabriele Meyer von der Universität Halle in ihrer Eröffnungsrede anhand des aktuellen Werbeslogans *Wer seinen Partner liebt, schickt ihn zur Darmkrebsvorsorge*. Die schlichte Botschaft ließ ahnen, dass die seit etlichen Jahren währende Diskussion um Evidenz und angemessene Aufklärung an den Initiatoren der Kampagne spurlos vorbeigegangen ist. Der Slogan löste dementsprechend Heiterkeit im Auditorium aus.

Tagungspräsident Johann Behrens betonte in seiner Eröffnungsrede den ethischen Unterschied zwischen

Götzsches Taten

Einer, der diesen Appell seit langem beherzigt, ist Peter Götzsche. Der streitbare Präventionskritiker vom Dänischen Cochrane-Zentrum in Kopenhagen habe bereits wahre Heldentaten vollbracht, so kündigte Ingrid Mühlhauser von der Universität Hamburg seinen Vortrag an. Götzsche stellte in der ersten Keynote Lecture der Tagung im vollbesetzten Auditorium Maximum die Frage, ob allgemeine Gesundheits-Checks mehr Schaden als Nutzen stiften. Mit dem Nutzen war Götzsche schnell fertig: Es ließe sich kein Effekt auf die Gesamtmortalität, auf Krebs oder koronare Herzkrankheiten feststellen. Die Frage nach den Schäden konnte er nur indirekt beantworten, da keine der 14 von ihm beachteten Studien die potenziell schädlichen Folgeuntersuchungen erfasste, doch der Anstieg der Diagnosen, und damit wohl auch der Überdiagnosen, sei deutlich.

Den Großteil seines Vortrags verwendete Götzsche jedoch darauf, die Dummheit und Ignoranz selbst angesehener Einrichtungen des englischen Gesundheitssystems zu geißeln. Sein rustikales Urteil: »What a lot of bullshit.« Für das üppige deutsche Früherkennungsprogramm hatte Götzsche nur Kopfschütteln übrig. So präsentierte er eine Übersicht mit den GKV-finanzierten Maßnahmen, in der er mit roten Kreuzen die seiner Ansicht nach überflüssigen Angebote durchstrich. Übrig blieben lediglich

Drohungen sind ein schlechter Präventionsberater

Therapie und Prävention: Für die Therapie kämen die Menschen hilfesuchend zu den Ärzten, für die Prävention gingen die Ärzte zu den Menschen. »Wir

kündigen ihnen Leidensdruck an, wenn sie unsere Maßnahmen nicht befolgen«, so Behrens. Diese Haltung trage »im Keim einen Mangel an Respekt gegenüber der Lebenspraxis der Menschen«. Von allen jemals diskutierten Entwürfen, wie man leben solle, sei heute nur ein Entwurf übrig geblieben: Lebe gesund. Diese »ungeheure Verschiebung« führe zu der großen Verantwortung, auch die Nebenwirkungen präventiven Handelns zu bedenken.

Gebärmutterhalskrebs- und Darmkrebsvorsorge. Nur die seien gut, denn sie reduzierten als echte Vorsorgemaßnahmen die Inzidenz der Krankheiten. So lässt sich Götzsches Grundhaltung auf einen einfachen Nenner bringen: Vorsorge unter Umständen ja, Früherkennung sicher nein.

Stoppt Mammographie

Entsprechend sollte Götzsches Ansicht nach auch die Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung abgeschafft werden, wie er als erster Redner des anschließenden Symposiums »Krebsscreening – mehr Schaden als Nutzen?« detailliert ausführte. Sein Fazit: »Screening doesn't save lives«. Dagegen würden die Behandlungen überdiagnostizierter Tumore enormen Schaden anrichten, da Frauen unnötigerweise zu Brustkrebspatientinnen würden. Dass offizielle Stellen, wie Götzsche beklagte, Überdiagnosen ignorierten, ist so jedoch nicht korrekt: Zumindest in Deutschland weisen alle offiziellen Stellen – von Kooperationsgemeinschaft Mammographie über G-BA und Krebsinformationsdienst bis hin zu Krebshilfe und Krebsgesellschaft – in ihren Broschüren und Merkblättern seit etlichen Jahren explizit auf Überdiagnosen hin.

Die weiteren Vorträge dieses Symposiums gerieten dann etwas weniger emotional. Uwe Siebert und Gaby Sroczynski von der Universität Hall in Tirol spielten anhand einer Modellrechnung 18 verschiedene Strategien zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung durch. Auf diese hohe Zahl an Varianten kamen sie spielend, indem sie die beiden Untersuchungen Pap-Test und HPV-Test mit verschiedenen Startzeitpunkten und Screeningintervallen kombinierten. Die HPV-Impfung als weitere relevante

Lebensumstände sind komplexer als Medikamentenwirkungen

Größe berücksichtigten sie dabei noch nicht einmal. Das Ergebnis der Modellrechnungen: Das derzeit in Deutschland angebotene Screening mit jährlichem Pap-

Test ab zwanzig Jahren schnitt deutlich schlechter ab als viele andere Strategien wie etwa ein jährlicher HPV-Test oder ein fünfjähriger Pap-Test. Siebert wies jedoch auf die vielen Unsicherheiten hin, die dem Modell zugrunde lägen. Immerhin erlaubten ihre Berechnungen die Aussage, welche Strategie sich intensiver zu erforschen lohne.

Im letzten Vortrag dieses Symposiums stellte Klaus Giersiepen von der Universität Bremen einen bereits im Deutschen Ärzteblatt publizierten Weg für die Ermittlung der besten Strategie zur Darmkrebsprävention vor. Er schlägt vor, die Bevölkerung eines Untersuchungsgebietes randomisiert zu jeweils einem der drei Verfahren Koloskopie, Sigmoidoskopie und Stuhltest einzuladen. Teilnahme-, Entdeckungs-, Erkrankungs- und eventuell auch Sterberaten ließen sich so in einem versorgungsrelevanten Setting ermitteln. Ein großer Vorteil des Bremer Vorschlags bestünde laut Giersiepen darin, dass die Untersuchung ohne nennenswerten zusätzlichen Aufwand zu bewerkstelligen sei. Ingrid Mühlhauser hält den Vorschlag jedenfalls für eine geniale Idee.

Komplexe Umstände, komplexe Studien

Einen lebendigen und lehrreichen Workshop zum Thema Verhältnisprävention boten Ansgar Gerhardus und Hajo Zeeb von der Universität Bremen sowie Eva Rehfuess von der LMU München an. Gerhardus machte deutlich, wieso die Evidenz von Maßnahmen zur Verhältnisprävention ungleich schwieriger zu ermitteln ist als die von Arzneien, die Gerhardus als die »medikamentösen Musterknaben« der EbM bezeichnete. Denn während die Wirksamkeit von Medikamenten methodisch sauber in randomisierten kontrollierten Versuchen (RCTs) abgebildet werden könne, gebe es für Maßnahmen, die die Lebensumstände von Menschen veränderten, in jeder Hinsicht weit mehr Variablen.

Welche Studien sich in zwei konkreten Fällen anbieten, konnten die Workshopteilnehmer in Kleingruppen und anschließend im Plenum selbst diskutieren: Im ersten Beispiel ging es um die Effektivität von Maßnahmen zur Erreichung der Millenniumsziele in zwölf Dörfern in den ärmsten Regionen Afrikas. Im zweiten Beispiel sollten Methoden evaluiert werden, die Bewohner einer tasmanischen Kleinstadt davon überzeugen sollten, von ihren Holzöfen auf andere Öfen umzusteigen. Die Vielfalt der vorgeschlagenen Studiendesigns bestätigte eindrucksvoll die methodischen Schwierigkeiten, auf die Gerhardus eingangs hingewiesen hatte.

Decide mit GRADE

Die erste Keynote Lecture am Samstag bestritt Holger Schünemann von der Universität im kanadischen Hamilton, Inhaber des ehemaligen Lehrstuhls von David Sackett. Anhand der Prävention und Therapie von Gebärmutterhalskrebs demonstrierte Schünemann, wie klinische Pathways mit Hilfe der sogenannten GRADE-DECIDE-Kriterien evaluiert werden können. So sehr der gewaltige Evaluationsaufwand beeindruckte, so wenig überraschte das Ergebnis: Ohne aussagekräftige klinische Studien, etwa zum Pap-Test, stünden die Pathways zur Prävention und Therapie von Gebärmutterhalskrebs auf tönernen Füßen.

In ihrem Impulsreferat vor der Debatte um das Präventionsgesetz wies Elizabeth Waters von der Universität Melbourne auf die Notwendigkeit hin, die Evidenzbasierung auch komplexer Public-Health-Interventionen sicherzustellen. Populationen für solche Studien zu randomisieren könnte dann ein ethisches Problem sein, wenn diejenigen, die die Intervention einführten, vom Nutzen überzeugt seien. An abstrusen Beispielen fehle es laut Waters nicht: So fördere die australische Regierung mit großem Aufwand Kochkurse in Schulen mit dem Ziel, Kindern gesunde Ernährung nahezubringen. Ob das Geld nicht anderweitig sinnvoller angelegt sei, werde nicht diskutiert. Ohne aussagekräftige Studien zum Nutzen hätten zudem Lobbygruppen leichtes Spiel.

Evidenzbasierung sollte vor Public Health nicht haltmachen



Dr. Christian Weymayr
ist Biologe, Medizin-
journalist und Redakteur
des IGeL-Monitors.
info@christian-weymayr.de

Interview mit PD Dr. med. Burkhard Rodeck

Es fehlt ein funktionsfähiger Ankunftsbahnhof

WAS PASSIERT, wenn chronisch kranke Jugendliche zu chronisch kranken Erwachsenen werden? Wenn Kinderarzt-patienten Fälle für die Erwachsenenmedizin werden? Damit in dieser Phase die Patienten nicht auf der Strecke bleiben, will die Transitionsmedizin Lösungen entwickeln. Dr. Burkhard Rodeck, Chefarzt des Christlichen Kinderhospitals Osnabrück und Sprecher der Arbeitsgruppe »Transitionsmedizin« der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedi-zin, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, erklärt welche.

MDK Forum Sie fordern mehr Aufmerksamkeit für das Thema Transitionsmedizin. Worum geht es dabei überhaupt?

PD. Dr. Burkhard Rodeck Gerade für Patienten mit chronischen Erkrankungen ist der schwierige Übergang vom jugendlichen Alter in das Erwachsenenalter häufig mit einer verringerten medizinischen Zuwendung verbunden. Zu den Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase gehören die Ablösung von den Eltern und die Gewinnung von Autonomie. Wenn dann chronische Erkrankungen dazukommen, gibt es Compliance-Probleme und viele Patienten bleiben auf der Strecke. Hier soll die Transitionsmedizin beitragen, Lösungen zu entwickeln und in unser Gesundheitssystem zu implementieren.

Das Problem lässt sich am Beispiel von nierentransplantierten Patienten sehr gut belegen: Der Verlust an transplantierten Organen aufgrund von Abstoßungsreaktionen ist in der Altersgruppe zwischen 16 und 20 bzw. 22 Jahren exzeptionell hoch – viel höher als bei rein pädiatrisch betreuten Patienten. Das liegt fast immer daran, dass Medikamente nicht oder nicht regelmäßig eingenommen werden, weil die Jugendlichen ihre Erkrankung und den notwendigen Umgang damit eigentlich nicht zur Kenntnis nehmen möchten. Damit setzen sie aber ihre Gesundheit und ihr Organ aufs Spiel. Das war letztlich der Grund, warum die großen Fachgesellschaften – die Deutsche Gesellschaft für Kinder

und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie – 2012 die Task Force »Transitionsmedizin« ins Leben gerufen haben.

MDK Forum Wie viele Jugendliche sind betroffen?

Rodeck Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen des Bundesgesundheitsministeriums hat das Thema 2009 erstmals aufgegriffen. Die damaligen Recherchen bei verschiedenen Fachorganisationen kamen zu dem Ergebnis, dass 15,9% der Jugendlichen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung einen besonderen Betreuungsbedarf in dieser Lebensphase haben, betroffen sind. Andere Berechnungen gehen von ungefähr 30 000 bis 40 000 Kindern und Jugendlichen pro Jahr aus. Diese Zahlen sind jedoch nicht sehr belastbar. Neben der reinen Zahlenanalyse gibt es die gefühlte, aber auch erlebte Notwendigkeit, dass man etwas tun muss.

MDK Forum Gibt es Patienten mit besonders hohem Betreuungsbedarf?

Rodeck Wir unterscheiden in der Transitionsmedizin derzeit drei große Gruppen: Da gibt es zum einen die Jugendlichen oder später auch Erwachsenen, die eine bekannte und gut erforschte Erkrankung haben und autonom damit umgehen können. Dazu gehören zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Dann gibt es

eine zweite große Gruppe von Patienten mit Erkrankungen, die bisher in der Erwachsenenmedizin weitgehend unbekannt sind. Das klassische Beispiel ist die Mukoviszidose, ein anderes Beispiel sind angeborene Herzfehler. Patienten mit diesen Erkrankungen sind noch vor wenigen Jahrzehnten vor dem Erwachsenenalter verstorben. Erst aufgrund der Erfolge der Pädiatrie kommen sie ins Erwachsenenalter – aber dort sind ihre Erkrankungen traditionell nicht bekannt. Um es mit einem Bild zu sagen: Auf dem Abschiedsbahnhof stehen die Pädiater, die auch die Kompetenz für die Behandlung dieser Erkrankungen haben, aber es fehlt an einem wirklich funktionsfähigen Ankunfts-bahnhof. Die Folge ist, dass viele dieser Patienten bis ins höhere Alter – Mukoviszidose-Patienten bis zum vierzigsten oder fünfzigsten Lebens-jahr – in pädiatrischen Einheiten betreut werden. Es wird noch einige Zeit dauern, bis die entsprechende Kompetenz in der Erwachsenen-medicin aufgebaut ist.

MDK Forum Und die dritte Gruppe?

Rodeck Die dritte große Gruppe umfasst Patienten mit psychomota-len und statomotorischen Defiziten, also behinderte oder teilweise schwer mehrfach behinderte Patienten. Grunderkrankungen sind neurodegenerative Erkrankungen, z. T. Stoffwechselerkrankungen. Die früher auch früh verstorbenen Patienten erreichen mittlerweile aufgrund der guten Pflegemöglich-keiten und der Palliativmedizin auch

das Erwachsenenalter. Im Kindesalter werden diese Patienten in sozialpädiatrischen Zentren multiprofessionell betreut. Neben Ärzten sind dort auch Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und andere Professionen verfügbar. Zwar existieren für sie in der Erwachsenenmedizin auch bisher schon Therapiemöglichkeiten, die aber nicht im Sinne eines ganzheitlichen Zentrums arbeiten. Es gibt dort ganz andere Versorgungsstrukturen, die eher weniger gut funktionieren. Grundsätzlich ist also die Frage, wie man diese drei Patientengruppen in eine Transition hineinbringen kann.

MDK Forum Gibt es denn bereits funktionierende Modelle?

Rodeck Die gibt es für die beiden erstgenannten Gruppen, aber es sind bisher nur regionale Lösungen, die vom persönlichen Engagement Einzelner abhängig sind. Im SGB V erscheint der Begriff »Transition« bisher nicht. Deshalb existiert bisher auch keine Finanzierungsmöglichkeit. Und man kann sich gut vorstellen, dass eine geordnete Transition nicht darin besteht, dass mal eben ein Telefonat mit irgendjemandem geführt wird. Transition ist ein Prozess, der sehr gut vorbereitet und infrastrukturell begleitet werden muss. Deshalb braucht man auch eine verlässliche Finanzierung.

Unter den Programmen ist das sogenannte Berliner Transitionsprogramm besonders geeignet. Es ist am Klinikum in Berlin entwickelt worden und arbeitet indikationsübergreifend – sowohl für Diabetes und Epilepsien als auch für chronische entzündliche Darmerkrankungen und andere chronische Erkrankungen – und mittlerweile auch überregional.

MDK Forum Wie funktioniert die Transition im Berliner Modell genau und wo liegen die Probleme bei der ärztlichen Übergabe?

Rodeck Zunächst führt man ein Transitionsgespräch mit dem Patienten, dann auch mit dem Arzt, an den der Patient weitergegeben wird. Wenn es nötig ist, macht man gemeinsame Sprechstunden.

Häufig gleicht die Herangehensweise des Pädiaters der von so-

nannten Helikoptereltern, die um ihre Tochter oder ihren Sohn herumflattern. Viele Kinder- und Jugendärzte sind edukativ tätig und neigen zur Overprotection. In diesem Sinne sind auch sie Helikopterärzte. Das passt nicht mehr im Jugendlichenalter.

Der Erwachsenenmediziner tickt ganz anders. Er hat eine bipolare Beziehung zu seinem Patienten, d. h. er hat den Patienten, der für ihn primärer und in der Regel auch einziger Ansprechpartner ist. Er wäre irritiert, wenn sein Patient keine oder kaum Autonomie zeigen würde und z. B. mit seiner Mutter auftauchen würde. Hier helfen gemeinsame Sprechstunden in gegenseitiger Akzeptanz. Schließlich ist ein Fallmanagement vorgesehen. Der Fall- oder Casemanager muss den Patienten gar nicht kennen. Er muss auch nicht in der Sprechstunde sitzen, sondern kann ganz woanders sein. Aber er hat so eine Art Call-Center-Funktion und kann zum Beispiel nachhalten, ob der Patient bestimmte Termine wahrnimmt oder nicht. Auf diese Weise kann der Patientenweg kontrolliert werden, um den Behandlungserfolg soweit es geht zu garantieren.

Zusätzlich arbeitet das Berliner Transitionsprogramm mit einem Transitionsheft, vergleichbar mit dem gelben Vorsorgeuntersuchungs-

Heft im Kindesalter. Dort führt der Patient ärztliche Informationen mit sich und kann diese an den jeweiligen Arzt weitergeben. Außerdem werden Epikrise-Formulare verwendet, auf denen die Krankheitsgeschichte strukturiert zusammengefasst wird.

MDK Forum Und dieses Modell soll dann in ganz Deutschland flächendeckend eingesetzt werden?

Rodeck Um das Modell flächendeckend zu etablieren, brauchen wir eine bundesweit agierende Struktur, die sich mit Versorgungsproblematiken beschäftigt. Die AG Transition ist in sehr vielversprechenden Vorgesprächen mit dem Bunten Kreis, der – ursprünglich aus einer Augsburger Elterninitiative hervorgegangen – die Begleitung von entlassenen frühgeborenen Kindern in die heimatliche Versorgung organisiert. Auch das ist ja eine Transition, nämlich von einer frühgeburtlichen Station in die häusliche Umgebung, wo dann die Eltern alleine mit den Kindern sind. Aber letztendlich kann auch der Bunte Kreis nicht ohne Finanzierung arbeiten. Wir müssen deshalb dringend eine Implementierung im SGB V und eine stabile Finanzierung erreichen, damit man das Projekt bundesweit ausdehnen kann.

Die Fragen stellte Christiane Grote

PD Dr. Burkhard Rodeck



Wie weit gehen wir für ein Kind?

FORTPFLANZUNGSMEDIZIN IST EIN KONTROVERS DISKUTIERTES THEMA. Im Mai stand Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrats – der Instanz für Regierung und Parlament in Sachen bioethischer Konfliktberatung – in Berlin vor dreihundertfünfzig Gästen und sprach über Kinderwunsch, Eizellspende und Strafgesetz.

Der Ethikrat hatte seine Jahrestagung bewusst diesem, wie Woopen es nannte, »notorisch umstrittenen Thema« gewidmet: Kaum ein anderes Land in Europa pflegt einen ähnlich restriktiven und zugleich hoch emotionalen Umgang mit den Möglichkeiten der Sterilitätstherapie, künstlichen Befruchtung oder Keimzellspende; wenn es um den Schutz von Embryonen und Ehe geht, dann ist in Deutschland der nächste Glaubenskrieg nicht fern.

»Was macht eine Familie eigentlich aus?«, fragte Woopen vor Bundestagsabgeordneten, Rechtswissenschaftlern und anderen, die als gesellschaftliche Multiplikatoren gesehen werden. »Die Beziehungs- und Abstammungsverhältnisse oder die emotionale Verbundenheit, die Lebensweise und das gegenseitige verbindliche Füreinander-Einstehen?« Die Antwort lieferte sie mit: »Rechtsregeln, die auf biologische Abstammungsverhältnisse Bezug nehmen, müssen überdacht werden.«

Der Vorstoß kommt nicht von ungefähr. Schon mehrfach hat der Ethikrat bioethische Debatten initiiert oder

Embryonenschutz ist im Strafrecht angesiedelt

mit seinen Stellungnahmen, sei es zur Beschneidung Minderjähriger oder zur Präimplantationsdiagnostik, politische Entscheidungsfindungen beschleunigt,

vor denen sich Regierung und Parlament zunächst lieber wegduckten oder die zu führen sie nur zögerlich auf Druck der Gerichte bereit waren. Vielleicht aus Furcht vor langwierigen Ethikdebatten, ob und wie der Staat Grenzen ziehen will in diesem hochsensiblen Bereich. Oder: muss.

Der Ethikrat ist nicht die einzige einflussreiche außerparlamentarische Institution, die die Fortpflanzungsmedizin zu einem Schwerpunkt ihrer Arbeit des Jahres 2014 macht. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Juristen, Mediziner, Ethikern, Soziologen und Theologen eingerichtet, die noch in diesem Jahr Eckpunkte für ein Fortpflanzungsmedizinengesetz vorlegen will. Und immer steht dahinter auch die große Frage: Wie weit gehen wir für ein Kind?

»Das Embryonenschutzgesetz gehört reformiert«, urteilt der Düsseldorfer Gynäkologie-Professor Jan-Steffen Krüssel, der Mitglied der Leopoldina-Arbeitsgruppe ist. Das Gesetz von 1990, das neben dem Schutz von Embryonen auch diverse Regeln der Reproduktionsmedizin definiert, ist angesiedelt im Strafrecht – und suggeriert damit, der Wunsch nach selbst bestimmter Familienpla-

nung, immerhin ein Menschenrecht, sei womöglich ein verbotener, sofern der Nachwuchs nicht auf natürlichem Weg gezeugt werden kann. Darüber hinaus sei das Gesetz wissenschaftlich schlichtweg veraltet, sagt Krüssel: »Es gibt den dringenden Bedarf für eine einheitliche Regelung für ganz Deutschland, die dem Stand der internationalen Wissenschaft entspricht und auch unseren Patientinnen und Patienten ermöglicht, nach diesem Stand behandelt zu werden.«

Derzeit riskieren Ärzte, die dies ermöglichen, Hausdurchsuchungen, Ermittlungs- oder gar Strafverfahren. In mehr als hundert Fällen ist die Justiz seit 2010 wegen des Verdachts auf »Beihilfe zum Verstoß gegen das Embryonenschutzgesetz« aktiv gewesen; die meisten Verfahren wurden eingestellt. Vor dem Amtsgericht Berlin-Tiergarten aber muss sich seit Mai ein Berliner Frauenarzt wegen dieser vermeintlichen Beihilfe verantworten. Es geht um die Frage, wie viele Eizellen einer Frau nach einer Hormonstimulation künstlich befruchtet werden dürfen. Maximal drei, wie die Staatsanwaltschaft behauptet? Das Gesetz lässt verschiedene Lesarten zu. Die Richterin deutete an einem Prozesstag bereits an, das Gesetz sei in diesem Punkt womöglich »nicht mehr tauglich zur Anwendung«. Außer Frage steht zudem, dass der Arzt selbst gar keine dieser Eizellen befruchtet hatte. Er hatte lediglich – in Deutschland legale – Vorbehandlungen durchgeführt, Aufklärungsgespräche etwa, Ultraschalluntersuchungen, Schleimhautmessungen. Anschließend vertrauten sich seine Patientinnen einer Kinderwunsch-klinik im Ausland an.

Ein Arzt aus Tschechien wurde unterdessen im November 2013 vom Kammergericht Berlin dazu verurteilt, es zu unterlassen, auf Veranstaltungen in Deutschland für die in Tschechien völlig legale Eizellspende zu werben, wenn er dabei gleichzeitig darauf hinweise, dass auch Ärzte in Deutschland die Vorbehandlung der Patientinnen vornehmen würden.

Ein Blick in die zahlreichen Internetforen zu Kinderwunsch, künstlicher Befruchtung, Samen- und Eizellspende indes zeigt: Die Forderung nach Reformen ist immens, aus Perspektive sowohl der betroffenen Paare als auch der so entstandenen Kinder. Viele der derzeitigen Regelungen im Grundgesetz und im Sozialgesetzbuch – etwa zu Fragen der Adoption, der Definition von Elternschaft, der Zulässigkeit fortpflanzungsmedizinischer Methoden, des Auskunftsrechts oder der Erstattung bestimmter Kosten für die Familienplanung – haben mit

der Lebenswirklichkeit zahlreicher von ihnen betroffenen Menschen nichts zu tun. Es gibt kein Recht auf ein eigenes Kind, sicher. Aber kann es Unrecht sein, sich den eigenen Kinderwunsch nicht ausreden lassen zu wollen?

Und nun also kommt Bewegung in die Sache, teils mit Unterstützung der Gerichte.

Im Juni etwa musste das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg über die Frage entscheiden, ob der Anspruch auf Erstattung medizinischer Leistungen tatsächlich vom Familienstand abhängen darf, also davon, ob ein Versicherter ledig, geschieden oder verheiratet ist. Im konkreten Fall hatte eine gesetzliche Krankenkasse die Kosten für künstliche Befruchtungen auch für Unverheiratete übernehmen wollen. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde hatte der Kasse dies untersagt mit Verweis auf das Sozialgesetzbuch. Dieses sieht vor, dass Sterilitätstherapien nur Paaren mit Trauschein zur Hälfte erstattet werden dürfen. Das Landessozialgericht bestätigte diese Auffassung zwar, ließ aber »wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Rechtsstreits« immerhin die Revision zum Bundessozialgericht zu.

Mit den – in Deutschland weitgehend verdrängten – sozialen Folgen künstlicher Befruchtung wiederum beschäftigt sich das Oberlandesgericht Hamm. Im Februar

Sag mir, wer mein Vater ist!

2013 gab es der Klage einer jungen Frau statt, die mit einer anonymen Samenspende gezeugt worden war und nun gegenüber

dem Arzt, der ihre Mutter behandelt hatte, erfolgreich einen Auskunftsanspruch auf Kenntnis der Identität des Spenders durchsetzte. Der Fall hatte Signalwirkung: Im Koalitionsvertrag legten CDU und SPD Ende 2013 fest, dass sie das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft bei Samenspenden nunmehr gesetzlich regeln wollen.

Dazu könnte auch die Einführung eines verpflichtenden, nationalen Spenderregisters gehören. Derzeit müssen Ärzte Patientendaten dreißig Jahre aufheben. Viele Kinder erfahren aber erst im Erwachsenenalter, dass sie mit einer Samenspende gezeugt wurden, und haben dann keine Chance mehr, ihren genetischen Vater zu finden – Identitätskrisen inklusive. Das Bundesjustizministerium plant unterdessen, einen interdisziplinären Arbeitskreis zum Thema Abstammungsrecht einzurichten, der, so das Ministerium, »die Frage, ob das Abstammungsrecht noch zeitgemäß ist, gerade auch im Hinblick auf die Möglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin beleuchten soll«.



Heike Haarhoff ist
Redakteurin der
tageszeitung (taz) in Berlin.
haarhoff@taz.de

IMPRESSUM

MDK Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

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

REDAKTION

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

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

REDAKTIONSBÜRO

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

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

BILDNACHWEIS

Titelmotiv: semelina / photocase.com

S. 2 sör alex / photocase.com
S. 15 suze / photocase.com
S. 19 Tinvo / photocase.com
S. 23 Arnd_Drifte / photocase.com
S. 24 7h7emac / photocase.com
S. 28 Inkje / photocase.com

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

ISSN 1610-5346



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München
Geschäftsführer **Reiner Kasperbauer**
Telefon 089.67008-0
Telefax 089.67008-444
E-Mail Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Geschäftsführerin **Dr. Ina Bossow**
Telefon 0385.7440-100
Telefax 0385.7440-199
E-Mail info@mdk-mv.de

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

