

MDKforum

**MDK-Reform:
Positionen,
Potenziale,
Perspektiven**



Liebe Leserin, lieber Leser,

bis zuletzt wurde um Positionen gerungen und kontrovers diskutiert: Das vom Bundestag beschlossene MDK-Reformgesetz schafft organisatorische Veränderungen bei den Medizinischen Diensten und Neuregelungen bei den Krankenhausprüfungen. Was sagen maßgebende Akteure im Gesundheitswesen dazu? Welche neuen Impulse gibt es? Während Einzelne offensichtlich noch im *Kampfmodus* verharren, schauen andere konstruktiv auf den Umsetzungsprozess. Fakt ist: Der Beschluss des Parlaments ist eine demokratische Entscheidung, die die Medizinischen Dienste nun Schritt für Schritt umsetzen werden.

Neben dem Schwerpunktthema zur MDK-Reform gibt es weitere interessante Beiträge im Heft: Mit Blick auf die oft gefühlsintensive Zeit vor den Festtagen fragen wir, warum uns wann die Tränen kommen. Wir erzählen, welche Reiseziele die Wünschewagen ansteuern, die Schwerstkranken letzte Wünsche erfüllen, und wir berichten über neue Erkenntnisse zur Verpflegung in Krankenhäusern.

Zu guter Letzt verraten wir, warum das Sprichwort »Was du heute kannst besorgen, das verschiebe nicht auf morgen« womöglich ein guter Vorsatz für 2020 ist – insbesondere für diejenigen, die unter Aufschieberitis leiden.

Ich wünsche Ihnen ein frohes Weihnachtsfest und viel Gesundheit und Glück fürs neue Jahr.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

Die Gute Frage **Haben wir bald ein Twittergehirn?** 4
Kurznachrichten 6
 Auch das noch **Das hat Zeit ...** 32

Titelthema

Neue Auflagen, neue Rechte 8
Wie möchten Sie künftig die Arbeit im Verwaltungsrat mitgestalten? 10
Wie ist Ihre Meinung zur MDK-Reform? 12
Viel Neues für alle 14
 Interview **Was ändert sich für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Medizinischen Diensten?** 16

Wissen & Standpunkte

Präventionsbericht 2019 **Prävention und Gesundheitsförderung auch in der stationären Pflege** 17
Die Pflegequalität im Fokus 18

Gesundheit & Pflege

Wünschewagen erfüllen Herzenswünsche **Auch im Sterben steht das Leben im Mittelpunkt** 20
Es ist angerichtet 22
 Arbeitsmedizinische Zusammenhänge **Vom Beruf zur Berufskrankheit** 24

Weitblick

»Tränen sind der sichtbare Teil unserer Emotionen« 26
 Digitale Unterstützung in der Pflege **Motorradfahren im Pflegeheim** 28

Gestern & Heute

Viel Streit um nichts 30

Haben wir bald ein Twittergehirn?

tschilp



Aktuell forschen Wissenschaftler weltweit zu der Frage, wie sich die digitale Dauerpräsenz von Smartphones, Tablets & Co. auf unser Gehirn auswirkt. *MDK forum* sprach mit Prof. Dr. Martin Korte. Der Neurobiologe und Leiter des Zoologischen Instituts in Braunschweig beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von digitaler Mediennutzung, Lernen und Gedächtnis.

Früher mussten wir uns Telefonnummern, Termine und Namen noch merken, heute verlassen wir uns ganz auf digitale Medien. Ist das eher Fluch oder Segen?

Das kann man so nicht sagen. Ich meine, Zeiten ändern sich. Es gibt durchaus Telefonnummern, die ich auch heute noch auswendig kann, und es ist ja auch ein ganz gutes Training, sich Techniken zu überlegen, wie man sich was merken kann. Vielen Jugendlichen geht das allerdings schon nicht mehr so – dann ist es eher ein Fluch.

Wo sehen Sie Gefahren?

Ganz generell mach ich mir wenig Sorgen, wenn man Navigationsgeräte benutzt oder externe Speicher. Man darf nur nicht meinen, man könne alles Wissen extern speichern. Das kann man nicht, man braucht auch noch »eigenes« Wissen. Denn wir erleben die Welt, handeln und denken auch danach, wie differenziert wir sie wahrnehmen. Und das hängt auch davon ab, wie viel wir wissen: Wie viel Vorwissen haben wir über die Welt? Und haben wir das auch in unseren Köpfen gespeichert? Wissen ist eine Kompetenz, die man haben sollte. Denn je mehr man über diese Welt weiß und in seinem eigenen Kopf gespeichert hat, umso mehr sieht man und nimmt auch feinere Details wahr.

Wie gehen Kinder und Jugendliche mit all den Informationen im Netz um?

Informationen haben und denken können ist ein Unterschied. Viele speichern Wissen überhaupt nicht mehr ab, weil sie meinen, dass sie es ja überall online suchen können. Doch oft wissen die Kids gar nicht, wie sie das machen sollen. Stellen sie eine unspezifische Frage im Netz, führt das nur zu hunderttausenden unspezifischen Antworten, und sie können dann gar nicht abschätzen, was ist Blödsinn, was könnte stimmen, was ist eine valide Quelle. Auch dafür muss ich schon eine Menge über die Welt wissen. Und auch um die Medien technisch zu beherrschen, braucht es bestimmte Fertigkeiten. Viele Grundkenntnisse könnten Schulen ver-

mitteln. Deshalb würde ich mir das Fach Informatik für alle wünschen, das systematisch Wissen über die Funktionsweise der digitalen Medien vermittelt.

Wie beeinflussen digitale Medien unsere Konzentrationsfähigkeit und das Gedächtnis? Denken wir bald nur noch in begrenzten Twitter-Dimensionen?

Es sind nicht die digitalen Medien per se, die unser Konzentrationsvermögen angreifen. Es ist unsere Nutzung, die dazu führt, dass wir eigentlich in einem permanenten Alarmzustand sind: Wir scannen die Welt ununterbrochen ab – nicht nur danach, was wir gerade jetzt brauchen, um unsere Aufgabe zu lösen, sondern auch bezogen auf all die anderen Informationen, die ständig aufploppen. Vibriert das Handy? Klingelt es? Kommt eine Nachricht oder nicht? Und wir lassen uns dadurch ablenken; unser Gehirn erwartet das auch regelrecht. Denn es ist so gebaut, dass es auch eine Belohnung bedeutet, wenn wir reagieren, klicken und sehen: Oh, wir können wieder neue Twitter-Nachrichten schicken, wir haben sie zuerst gefunden, und andere kommentieren sie. All das führt zu so einer Selbstkonditionierung, die auf Kosten unseres Konzentrationsvermögens geht. Über 70 % aller Deutschen klicken innerhalb von sechs Sekunden auf eine eingehende E-Mail. Und das sind nicht nur Kinder und Jugendliche. Auch im Berufsleben kennen wir das, dass man im Gespräch ist, aber trotzdem mit einem halben Auge verfolgt, welche E-Mails gerade ankommen.

Trotzdem: Sind Kinder mehr gestresst, weil sie meinen, sofort auf WhatsApps, SMS, Posts und E-Mails antworten zu müssen?

Ja, Kinder sind anfälliger, weil das, was wir brauchen, um Prioritäten zu setzen, ist das Arbeitsgedächtnis in unserem Kopf. Es sitzt im Stirnlappen und versieht jede Information, die uns erreicht, mit einer Priorität. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Stirnlappen und damit das Arbeitsgedächtnis noch nicht voll entwickelt, das dauert bis über das zwanzigste Lebensjahr hinaus. Schon deshalb haben Jüngere kürzere

Konzentrationszeiten. Und sie sind noch anfälliger, wenn sie in einem Pseudo-Multitaskingmodus aufwachsen.

Was heißt das? Multitasking gilt doch als besondere Fähigkeit, oder?

Multitasking geht gar nicht, weil wir nicht wirklich mehrere Dinge gleichzeitig können, sondern wir wechseln schnell zwischen den Dingen. Wenn Jugendliche ständig mehreres gleichzeitig tun, trainiert das lediglich die Ablenkung, nicht das Konzentrationsvermögen. Am besten konzentriert auf dieser Welt sind buddhistische Zen-Mönche, die es selbst in chaotischer Umgebung schaffen, den Fokus zu halten, weil sie genau das in ihren Meditationen üben.

Und wie schaffen wir es, konzentriert zu bleiben?

Wichtig ist, den Arbeitstag so einzuteilen, dass sich schnell wechselnde Tätigkeiten und ruhigeres Arbeiten abwechseln. Das gilt auch für Kinder und Jugendliche. Es muss On- und Offzeiten geben. Das ist ein Kampf, den Eltern unbedingt führen müssen – auch als Vorbild. Wenn es beim Abendessen kein Handy gibt, dann gilt das für alle. Nur dann hat man einen Effekt. Und vor allem Kinder sollten vor dem Schlafen das Handy ausschalten, weil sonst der Blauanteil im Bildschirm zusätzlich wach macht. Die Jugendlichen schlafen heute fast eine halbe Stunde weniger als vor 15 Jahren, weil viele mit ihrem Handy ins Bett gehen und mit ihrem Handy wieder aufwachen und vor dem Schlafen noch schnell Nachrichten checken.

Was müssen wir alle lernen im Umgang mit digitalen Medien?

Wir müssen lernen, die Balance zu finden zwischen dem, was wir extern auslagern können, und dem, was wir selbst wissen müssen. Und wir brauchen neben technischem Können mehr Wissen darüber, wie Netzwerkstrukturen sind, wie eine Suchmaschine funktioniert, wie Antworten generiert werden. Denn das wird auch für künftige gesellschaftliche Debatten ganz wichtig sein – was darf im Netz anonym sein, was nicht?

Gerade in der Bildung dürfen digitale Medien nicht Selbstzweck sein und auch nicht als heilige Kuh gelten. Im Bildungskontext plädieren inzwischen viele dafür, nur noch digitale Medien einzusetzen, weil diese besser evaluiert seien, aber das stimmt nicht. Viele Eltern glauben, dass ihre Kinder mit digitalen Medien wie von selbst lernen würden, aber auch das ist eine völlige Illusion. Das Lernen wird dadurch nicht leicht. Die gute Nachricht ist nur, dass das Gehirn den schweren Erwerb des Wissens honoriert durch ein langfristig besseres Gedächtnis. Bei aller Digitalisierung hoffe ich auch, dass gedruckte Bücher und Zeitungen erhalten bleiben. Denn viele Informationen kann man aus Büchern besser erinnern als auf dem Flachbildschirm, weil sie eine Dreidimensionalität haben, einen Geruch, eine Individualität, die wir tatsächlich auch mitbenutzen, um uns an Fakten zu erinnern.

Ich wünsche mir ein Nebeneinander – dann sind digitale Medien eine Bereicherung.

Eine neue Studie aus Amerika konnte Veränderungen im Gehirn bei Vorschulkindern nachweisen, die länger als eine Stunde am Tag vor dem Bildschirm saßen. Die Kinder waren schlechter bei sprachlichen Tests. Müsste uns das nicht alarmieren?

Ob die beobachteten Schäden im Gehirn bleiben werden, ist für mich unklar. Trotzdem sollten wir solche Ergebnisse ernst nehmen. Damit sich das Gehirn gut entwickelt, braucht es mehr direkte Kommunikation. Ich fahre ganz oft an einem Spielplatz vorbei und sehe, wie die Eltern mit ihren Kindern reden, während sie aufs Handy starren. Die Kinder haben eine tolle Burg gebaut, und wenn die fertig ist, wird die auch gefilmt, aber die Kinder sehen das Gesicht ihrer Eltern beim Reden nicht. Auch hier müssen wir noch viel lernen.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus

Prof. Dr. Martin Korte



Menschen mit Demenz begleiten und pflegen

Etwa 1,7 Millionen Menschen mit demenziellen Erkrankungen leben derzeit in Deutschland. Bis zum Jahre 2030 könnten es 2 Millionen, bis 2050 knapp 3 Millionen Betroffene sein. Die Demenz gehört zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Was bedeutet das für die pflegerische und medizinische Versorgung? Und wie kann die selbstbestimmte Lebensführung von Menschen mit Demenz unterstützt werden? Mit diesen Fragen setzt sich die Grundsatzstellungnahme Demenz der Medizinischen Dienste auseinander. Der aktualisierte Praxisleitfaden berät und unterstützt Pflegeeinrichtungen im Versorgungsalltag. Die Grundsatzstellungnahme ist bestellbar unter www.mds-ev.de

Bleiberecht für Reha-Patient

Ist für einen schwerkranken Patienten unmittelbar nach einer Krankenhausbehandlung kein stationärer Reha-Platz verfügbar, kann er weiter im Krankenhaus behandelt werden. Der Fall sei mit der ärztlichen Notfallversorgung vergleichbar, entschied das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel im November (Az. B 1 KR 13 / 19R). Das höchste deutsche Sozialgericht wies eine Revision der AOK Bayern zurück, die sich geweigert hatte, die Kosten einer solchen Unterbringung zu übernehmen. In dem Fall ging es um einen Mann aus Bayern mit einer schweren Lungenerkrankung. Sein Klinikaufenthalt hätte höchstens bis Mitte Januar 2010 dauern dürfen; es gab aber erst ab Ende Januar einen Platz zur Anschlussbehandlung in einer Reha-Klinik. Da keine Kurzzeitpflege möglich war, blieb der Patient im Krankenhaus. Damit überschritt die Klinik die Grenzverweildauer. Die entstandenen Kosten von rund 10 500 Euro wollte die AOK Bayern nicht übernehmen, weil kein Notfall vorgelegen habe und das Krankenhaus nicht für eine Reha-Behandlung zugelassen gewesen sei.

Dem widersprach der Erste Senat in Kassel. Behandle das Krankenhaus den Patienten weiter, bis dieser einen Reha-Platz erhalte, habe die Einrichtung einen Anspruch auf Vergütung nach denselben Grundsätzen wie ein dafür zugelassenes Krankenhaus. Voraussetzung sei, dass das Krankenhaus - wie im konkreten Fall geschehen - alles Zumutbare getan habe, um den Notfall abzuwenden.

Fettabsaugen wird Kassenleistung

Frauen mit ausgeprägtem Lipödem bekommen ab Januar 2020 das Absaugen von Körperfett von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen.

Etwa drei Millionen Frauen in Deutschland leiden darunter, dass sich an Armen und Beinen deutlich mehr Fettgewebe bildet als üblich. Bezahlt wird das Absaugen von Fett allerdings nur, wenn das Krankheitsbild Lipödem bereits das Stadium drei erreicht hat, die ungewöhnliche Häufung von Fettgewebe an Armen, Beinen und Hüfte besonders stark ausgeprägt ist. Die betroffenen Frauen - ihre Zahl wird auf mindestens 10 000 geschätzt - haben starke Schmerzen an den betroffenen Körperstellen. Die Behandlungskosten für diese schweren Fälle sollen erst einmal bis 2024 erstattet werden. Parallel soll der medizinische Nutzen des Fettabsaugens weiter erforscht werden.

Systemische Therapie von Kassen finanziert

Für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen steht künftig auch die Systemische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss Ende November beschlossen und die Richtlinie Psychotherapie entsprechend geändert. In der Systemischen Therapie werden Probleme nicht als Eigenschaften einzelner Personen gesehen, sondern als Auswirkung von sozialen Beziehungen innerhalb einer Familie oder Gruppe. Die Therapie konzentriert sich dementsprechend nicht auf eine einzelne Person, sondern auf die Interaktion zwischen Mitgliedern der Familie und der weiteren sozialen Umwelt. Unter anderem wird versucht, symptomfördernde Beziehungen zu verändern beziehungsweise ihnen eine funktionalere Selbstorganisation der Patientin oder des Patienten entgegenzusetzen.

Bisher werden nur die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie als ambulante Versorgung von der Krankenkasse übernommen.

Bundestag stimmt für Masernschutzgesetz

Kinder sollen wirksam vor Masern geschützt werden: Ab März 2020 ist für sie beim Eintritt in die Kindertagesstätte oder Schule ein altersgerechter Masernimpfschutz nachzuweisen. Auch Mitarbeiter von Gemeinschaftseinrichtungen sowie medizinisches Personal sollen gegen die Infektionskrankheit geimpft sein. Geregelt ist dies im *Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention* (Masernschutzgesetz), das Mitte November vom Bundestag beschlossen wurde und zum 1. März 2020 in Kraft tritt.

Kinder ohne Masernimpfung können vom Besuch einer Kindertagesstätte ausgeschlossen werden. Gegen Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen, kann ein Bußgeld von bis zu 2500 Euro verhängt werden.

Nicht zu viel, nicht zu wenig Behandlung

Nicht selten bekommen Patientinnen und Patienten überflüssige Therapien, werden zu spät oder gar nicht behandelt. *Schutz vor Über- und Unterversorgung - gemeinsam entscheiden* heißt eine neue Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Die Autorinnen und Autoren der Leitlinie haben Empfehlungen aus bereits veröffentlichten Leitlinien zu bestimmten Krankheiten zusammengetragen, in denen Über- und Unterversorgung thematisiert werden. Dabei geht es nur um Behandlungen, an denen Hausärzte beteiligt sind. Ein Zuviel an Medizin gibt es laut DEGAM unter anderem bei Antibiotika, Medikamenten mit kritischem Nutzen-Risiko-Profil, nicht notwendigen diagnostischen Maßnahmen wie Bildgebung, Laboruntersuchungen oder invasiven diagnostischen Prozeduren. Auch von drei Screenings wird abgeraten: PSA-Screening, Hautkrebs-Screening und einem Screening auf schädlichen Alkoholkonsum. Ein Zuwenig an Medizin sehen die Experten etwa beim systematischen Case Finding von Depressionen bei entsprechender klinischer Symptomatik, bei der Dokumentation des Raucherstatus bei Patienten mit Husten, bei der Beachtung von gesundheitlichen Problemen Angehöriger von Patienten mit Demenz. Infos auch unter www.degam.de

Entlastung für Betriebsrentner

Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner, die bei einer Krankenkasse pflichtversichert sind, sollen ab 2020 um insgesamt 1,2 Milliarden Euro jedes Jahr entlastet werden. Das Bundeskabinett beschloss Mitte November den Entwurf eines *Gesetzes zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge*. Künftig soll ein Freibetrag von 159,25 Euro gelten. Erst ab dieser Höhe werden Krankenkassenbeiträge auf die Betriebsrente fällig. Zu zahlen ist der Beitragsatz der jeweiligen Krankenkasse inklusive Zusatzbeitrag. Das Gesetz tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Aus für Krankschreibung auf Papier

Bundestag und Bundesrat haben das Aus für die Krankmeldung auf Papier beschlossen. Sie soll künftig durch eine digitale Bescheinigung für den Arbeitgeber ersetzt werden. Das sieht ein umfangreiches Gesetzespaket zum Bürokratieabbau vor, das zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Wer sich bisher vom Arzt krankschreiben lässt, bekommt mehrere Bescheinigungen: eine für den Arbeitgeber, eine für die Krankenkasse, eine für die persönlichen Akten. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hatte mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bereits eine Neuregelung auf den Weg gebracht, wonach die Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen ab 2021 von den behandelnden Ärzten an die Krankenkassen nur noch digital übermittelt werden. Mit den Regelungen im Bürokratieabbaugesetz informiert die Krankenkasse in einem nächsten Schritt den Arbeitgeber elektronisch über Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Heimbewohner nutzen Sterbeberatung

Immer mehr Menschen in deutschen Senioren- und Pflegeheimen informieren sich über rechtliche und medizinische Möglichkeiten der Gestaltung des eigenen Sterbens und lassen sich dazu beraten. Im ersten Halbjahr 2019 haben die gesetzlichen Krankenversicherungen 2,6 Millionen Euro für dieses Beratungsangebot ausgegeben. Bei Beratungsgesprächen werden die individuellen medizinischen Abläufe

während des Sterbeprozesses besprochen sowie Vorkehrungen für Notfallsituationen getroffen. Die Festlegungen können in Form einer Patientenverfügung niedergelegt werden.

Im Jahr 2018 war »die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« als neue Kassenleistung eingeführt worden. Die Krankenkassen gaben 2018 insgesamt 64 000 Euro für das Beratungsangebot aus. Diese Zahlen gehen aus einer Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine Anfrage der Linken-Bundestagsfraktion hervor.

Fallpauschalen ohne Pflege

Die Pflegekosten in den deutschen Krankenhäusern werden künftig gesondert abgerechnet. Im Oktober haben sich Kliniken und Krankenkassen auf einen neuen Fallpauschalenkatalog (DRG-Katalog) verständigt. Dieser ist seit 2004 verbindliche Abrechnungsgrundlage für rund 19 Millionen stationäre Behandlungsfälle pro Jahr und steuert ein Finanzierungsvolumen von über 75 Milliarden Euro. Das Herauslösen der Pflegekosten hatte der Bundestag im Pflegestärkungsgesetz beschlossen, um die Pflege in den Krankenhäusern zu stärken. Künftig werden rund 15 Milliarden Euro, die die Krankenhäuser für die Pflege in bettenführenden Abteilungen ausgeben, gesondert finanziert – orientiert an den tatsächlichen Ausgaben des einzelnen Krankenhauses.

Impfen in der Apotheke

In Deutschland lassen sich bei weitem nicht alle Menschen gegen die Grippe impfen, denen dieser Schutz empfohlen wird. Das im November beschlossene und im März 2020 in Kraft tretende Masernschutzgesetz sieht vor, dass Apotheker künftig in regionalen Modellvorhaben die Gripeschutzimpfung bei Erwachsenen vornehmen können. Hierzu müssen sie ärztlich geschult werden und sie müssen geeignete Räume zur Verfügung haben. Das Modellvorhaben soll höchstens fünf Jahre lang laufen und wissenschaftlich begleitet werden. Andere Impfungen sollen die Apotheker nicht verabreichen.

Bessere Hilfe für Sexualopfer

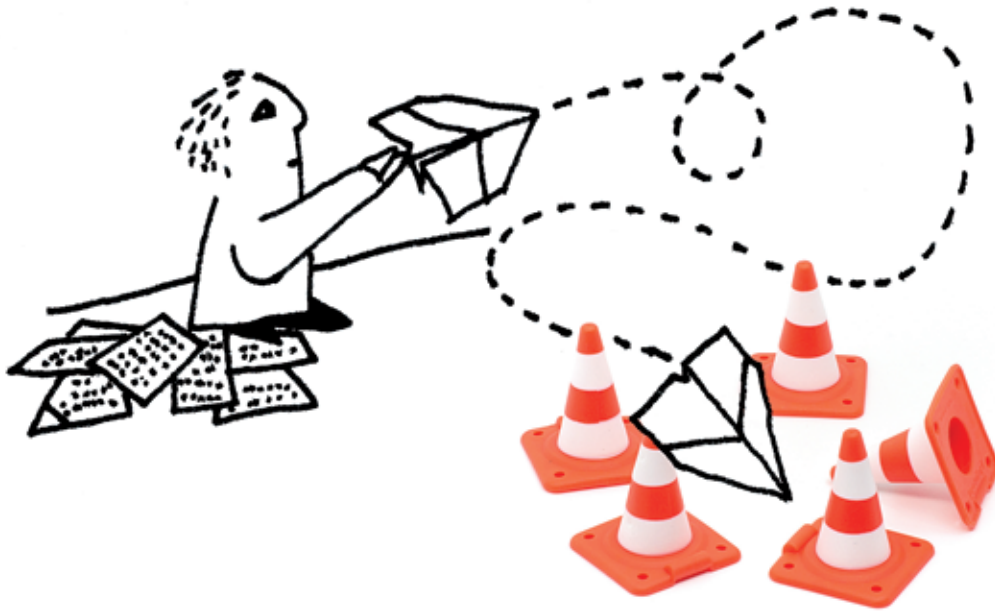
Gesetzlich Krankenversicherte, die Opfer von sexuellem Missbrauch, Misshandlung oder Gewalt wurden, haben ab dem 1. März 2020 einen Anspruch auf Kostenübernahme für eine vertrauliche medizinische Spurensicherung am Körper. Damit wird die frühzeitige Beweissicherung bei Verdacht auf Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch verbessert. Die Leistungen der Krankenkassen sollen unter anderem die Sicherung von Spermaspuren, die Untersuchung auf K.-o.-Tropfen oder auf Alkoholeinfluss beinhalten. Ärzte und Krankenhäuser können diese Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, ohne dass die untersuchte Person von der Krankenkasse identifiziert werden kann. Die Spurensicherung kann dokumentiert werden und ist dann in etwaigen späteren Gerichtsverfahren anwendbar. Die neue Kassenleistung wurde im Rahmen des Bundestagsbeschlusses über das Masernschutzgesetz durchgesetzt.

Depressiven Kindern droht Versorgungslücke nach Klinik

Fast 8% aller Kinder zwischen zehn und 17 Jahren, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, kommen innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus, durchschnittlich für 39 Tage. Das zeigt der aktuelle Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit mit dem Schwerpunkt *Ängste und Depressionen bei Schulkindern*. Basis für die repräsentative Studie sind Abrechnungsdaten der Jahre 2016 und 2017 von rund 800 000 minderjährigen DAK-Versicherten. Laut Auswertung durch die Universität Bielefeld hat die Zahl der Klinikeinweisungen wegen Depressionen in diesem Zeitraum um 5% zugenommen. Nach der Entlassung fehlt oft eine passende ambulante Nachsorge. Die Folge: Fast jedes vierte dieser Kinder wird innerhalb von zwei Jahren mehrfach stationär behandelt.

Laut DAK-Report zeigt jedes vierte Schulkind psychische Auffälligkeiten. 2% leiden an einer diagnostizierten Depression, ebenso viele unter Angststörungen. Hochgerechnet sind insgesamt etwa 238 000 Kinder in Deutschland im Alter von zehn bis 17 Jahren so stark betroffen, dass sie einen Arzt aufsuchen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Depressionshäufigkeit 2017 um 5% gestiegen.

Infos auch unter www.dak.de.



MDK-Reform:
Positionen,
Potenziale,
Perspektiven

Neue Auflagen, neue Rechte

Ein halbes Jahr lang wurde über das MDK-Reformgesetz beraten, nun ist es beschlossen: Der Medizinische Dienst soll künftig organisatorisch unabhängig von den Krankenkassenverbänden arbeiten. Krankenhäuser sollen gezielt überprüft werden. Sehr umstritten war die künftige Besetzung der Verwaltungsräte – am Ende gab's einen kleinen Sieg, aber nichts zu feiern.

DAS ERSTE STRUCKSCHE GESETZ hat sich wieder einmal bestätigt: Kein Gesetz verlässt den Bundestag so, wie es eingebracht wurde, versprach vor Jahren SPD-Fraktionsvorsitzender Peter Struck. Dennoch hagelte es am Tag nach der Verabschiedung des MDK-Gesetzes reichlich Kritik. Neues Vertrauen und mehr Transparenz hatte Gesundheitsminister Jens Spahn versprochen. Ziel verfehlt?

Trennung von den Kranken- und Pflegekassen

Tatsächlich haben die Regierungsfractionen Union und SPD den Minister bei seinem Vormarsch gegen die gesetzlichen Krankenkassen spürbar ausgebremst. Bei der Neuorganisation, der Trennung der Medizinischen Dienste mit ihren rund 9000 Mitarbeitern von den Kranken- und Pflegekassen, ist es geblieben. Bis Mitte 2021 werden alle MDKs unter dem Namen Medizinischer Dienst (MD) auf Landesebene in eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts überführt. Der MDS wird bis Ende 2021 als MD Bund neu konstituiert. Die Finanzierung der Medizinischen Dienste erfolgt wie bisher über eine Umlage aus den Versichertenbeiträgen.

Unvereinbarkeitsregelung vom Tisch

Eine deutliche Korrektur der Regierungsvorlage setzte die SPD aber bei der Zusammensetzung der Verwaltungsräte durch. Die Unvereinbarkeitsregelung, die vom Medizinischen Dienst entschieden abgelehnt wurde, ist vom Tisch. Die ehrenamtlichen Vertreter der Selbstverwaltung bei den Krankenkassen und Kassenverbänden dürfen künftig zugleich Mitglied der neuen MD-Verwaltungsräte sein – allerdings nur, solange sie bloß ein Amt und nicht zwei oder drei weitere Ehrenämter zusätzlich bei einer Krankenkasse, einem Krankenkassenverband oder einem anderen Medizinischen Dienst ausüben. Die Amtszeit ist befristet auf die Dauer von maximal zwei Wahlperioden. Diese drastische Einschränkung ist nicht der einzige Wermutstropfen. Die

neue Dachorganisation, der MD Bund, der die Richtlinien für die MD-Arbeit auf Landesebene vorgibt, wird künftig nicht mehr vom GKV-Spitzenverband getragen, sondern von den Länder-MDs. Die Aufgabe, den Spitzenverband in medizinischen und pflegerischen Fragen zu beraten, bleibt aber bestehen.

Kein Wunder, dass weder Gewerkschaften und Arbeitgeber noch MDK mit dem Gesetz rundum zufrieden sind. Ein kritischer Bestandteil sei zwar auf den letzten Metern entfallen, sagte Annelie Buntenbach, Vorstandsmitglied beim



Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB). Aber dies sei kein Grund zum Feiern. Amtszeit- und Ämterbegrenzung seien »eine Ohrfeige für die engagierten und hochqualifizierten Kollegen und Kolleginnen«. Kritisch sieht Buntenbach zudem die Beteiligung von Patienten- und Ärztevertretern in den Verwaltungsräten des MD. Dass Leistungserbringer sich in Zukunft selbst kontrollieren, sei falsch.

Auch Alexander Gunkel, Hauptgeschäftsführungsmitglied bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), kritisierte die neuen Einschränkungen. Die Mandatsbegrenzung bedeute Erfahrungs- und Wissensverlust, der die soziale Selbstverwaltung schwäche und »für eine erfolgreiche Arbeit der Verwaltungsräte abträglich ist«. Gun-

kel kritisierte erneut die Grundintention der Reform. Die bisherige Anbindung des MD an die Krankenkassen habe sich in hohem Maße bewährt. »Für die beschlossene Loslösung besteht überhaupt kein Anlass.«

Uwe Klemens, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands, begrüßte ähnlich wie der DGB, dass künftig, anders als ursprünglich geplant, die langjährige Expertise der Selbstverwalter aus den Krankenkassen in die Arbeit der Medizinischen Dienste eingebracht werden könne: »Allerdings werden Amtszeit und Ämterzahl der sozialen Selbstverwaltung begrenzt – das ist vollkommen unverstänlich, zumal dies für Patienten- und Berufsvertreter im Verwaltungsrat nicht gilt.«

Größere fachliche Unabhängigkeit

Die Organisationsreform ist allerdings nur eine Neuerung von vielen, die auf den MDK ab dem 1. Januar zukommen. Zu den positiven Maßnahmen des Gesetzes gehört die überfällige Ausweitung der fachlichen Unabhängigkeit auf Pflegefachkräfte und andere Gesundheits- und Heilberufe und Kodierfachkräfte bei der Begutachtung. Zudem hat der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet, im Fall der Ablehnung einer beantragten Leistung dem Versicherten das

MD-Gutachten in verständlicher Form zu übermitteln. Der verpflichtende Hinweis auf die vom MD bestellte Ombudsperson (mit jährlicher Berichtspflicht)

Im Zweifel klärt die Ombudsperson

soll die Zahl der Widersprüche mindern.

Die Reform der Krankenhausabrechnungsprüfungen ist das zweite große Anliegen des Gesetzgebers. Die Zahl der Prüfungen soll insgesamt deutlich sinken; bestimmte Anreize sollen die Kliniken ab 2021 stärker anhalten, korrekt abzurechnen. Bereits im nächsten Jahr werden die Prüfrechte der Krankenkassen eingeschränkt. Ein Plan, der bei Krankenkassen und MDK auf Kritik stieß. Union und SPD haben reagiert. Die zulässige Zahl an Prüfungen durch den MD im Übergangsjahr 2020 wurde von zehn auf 12,5% erhöht. Außerdem dürfen die Kassen bereits im nächsten Jahr und nicht erst 2021 von allen Krankenhäusern erstmals einen Aufschlag für Falschabrechnungen, eine Art Strafbüße, verlangen – mindestens 300 Euro oder 10% der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag.

Prüfverfahren und Quoten

Bei der Vorgabe maximaler Prüfquoten von fünf bis 15% pro Krankenhaus und Quartal ab 2021 bleibt es. Es wird ein neues Anreiz- und Strafsystem geschaffen: Wer häufiger falsch abrechnet, wird öfter geprüft, und wer besser abrechnet, wird seltener geprüft. Ab Mitte 2020 ist der GKV-Spitzenverband verpflichtet, jeweils für das zurückliegende Quartal bundesweit, gegliedert nach den einzelnen Medizinischen Diensten, eine Statistik zu veröffentlichen, die über die Zahl der Prüfungen, Prüfanlässe und Prüfergebnisse informiert. Ein neuer ehrenamtlich besetzter Schlichtungsausschuss (von GKV und DKG) soll auf Bundesebene häufig auftretende Abrechnungs- und Kodierstreitigkeiten grundsätzlich klären. Bis Mitte 2021 sollen die Spitzenverbände von Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzten außerdem einen Kata-

log für ambulante Operationen vereinbaren, deren Abrechnungen nicht mehr vom MD überprüft werden dürfen. Nicht zuletzt: Mit dem Gesetz werden in allen Krankenhäusern Strukturprüfungen eingeführt, die ab 2021 Voraussetzung für die Abrechnung von Komplexkodes sind. Das bedeutet,



dass die Kliniken im Vorfeld vom MD prüfen lassen müssen, ob sie die technischen und personellen Voraussetzungen für bestimmte Behandlungen erfüllen.

Dem Bundesrat, der mehr Zeit für die Umsetzung des Gesetzes verlangt hatte, kam die Regierung entgegen. Erst Ende 2020 müssen nun die zuständigen Landesbehörden die Mitglieder des neuen Verwaltungsrats benannt haben, sechs Monate später als ursprünglich geplant. Mitte 2021 läuft die Frist zur Konstituierung der neuen Körperschaften aus. Die alten Verwaltungsräte amtieren so lange, bis die Satzung der neuen durch die Landesbehörden beziehungsweise im Fall des MD Bund vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt ist. Bis Ende 2021 darf übrigens auch die alte MD-Geschäftsführung weiterarbeiten, die des MD Bund bis Juni 2022.

Eine weitere Forderung des Bundesrats lehnten sowohl das Ministerium als auch die Regierungsfaktionen ab. Es bleibt dabei: Anders als die 16 Vertreter der Krankenkassen und Kassenverbände und die fünf Vertreter der Patienten- und Verbraucherschutzverbände haben die zwei Vertreter aus den Reihen der Pflege- und Ärztekammer kein Stimmrecht im Verwaltungsrat. Eine weitere Neuerung: Die Verwaltungsräte müssen künftig von Frauen und Männern paritätisch besetzt sein.

Gleich viele Frauen und Männer im Verwaltungsrat



Gabi Stief hat viele Jahre als Hauptstadtkorrespondentin für die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* geschrieben und arbeitet als freie Journalistin in Hannover. gabi-stief@gmx.de

Wie bewerten die Medizinischen Dienste das Gesetz?

Organisatorisch ist die Reform der Medizinischen Dienste problematisch und widersprüchlich. Die soziale Selbstverwaltung in den Verwaltungsräten wird erheblich geschwächt und eingeschränkt. Hinsichtlich der Neuregelungen im Krankenhausbereich, der Aufgabenwahrnehmung, Versichertenorientierung, Transparenz und Unabhängigkeit der künftigen MD sind auch positive Elemente im Gesetz verankert.



FRAGWÜRDIGE REGELUNGEN für die Organisation der Medizinischen Dienste einerseits und positive Elemente zur Stärkung der Unabhängigkeit andererseits – bei der Bewertung des MDK-Reformgesetzes gibt es Licht und Schatten. Positiv bewertet die MDK-Gemeinschaft, dass die künftigen MD einheitlich als Körperschaften öffentlichen Rechts ausgestaltet und die föderalen Strukturen beibehalten werden. Ein Zugewinn für die Rolle der MD ist auch, dass die gutachterliche Unabhängigkeit ausdrücklich auf Pflegefachkräfte, Heilberufe und Kodierkräfte ausgeweitet wird. »Bei der Aufgabenwahrnehmung werden die Gutachterinnen und Gutachter in ihrer fachlichen Unabhängigkeit gegenüber den Krankenkassen und gegenüber den Leistungserbringern deutlich gestärkt. Das entspricht unserem Selbstverständnis und das begrüßen wir ausdrücklich«, sagt Erik Scherb, Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg und Vorsitzender des Geschäftsführer-Grundsatzsausschusses.

Kritik an Loslösung vom GKV-Spitzenverband

Die Neuorganisation der Verwaltungsräte stößt dagegen auf deutliche Kritik. »Die organisatorischen Regelungen im MDK-Reformgesetz sind falsch und kontraproduktiv«, erklärt Dr. Volker Hansen, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des MDS. »Die Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten können in Zukunft nur noch ein weiteres Ehrenamt in der Sozialverwaltung innehaben und sie sind nur noch für zwei Amtsperioden wählbar. Dadurch geht wichtiges und zwingend erforderliches Fachwissen aus der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für die Arbeit in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste verloren.«

**Wichtiges
Fachwissen geht
verloren**

Die Loslösung des künftigen MD Bund aus der Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes wird ebenfalls kritisch bewertet. Dieter F. Märtens, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des MDS, gibt zu bedenken: »Die Beratung des GKV-Spitzenverbandes in medizinischen und pflegerischen



Fragen gehört zu den gesetzlich verankerten Aufgaben des MD Bund. Die ausschließliche Besetzung des Verwaltungsrates durch Landesvertreter bedeutet eine organisatorische Abtrennung vom GKV-System auf Bundesebene. Die Rahmenbedingungen für eine effektive Systemberatung werden dadurch nicht einfacher.«

Richtlinien für einheitliche Aufgabenwahrnehmung

Auf der anderen Seite richtet der Gesetzgeber mit der Reform die Tätigkeit der Medizinischen Dienste noch stärker auf die bundesweit einheitliche Aufgabenwahrnehmung aus. Einen wesentlichen Bestandteil stellen dabei die Begutachtungsanleitungen (Richtlinien) dar. Schon bisher werden diese in einem gemeinsamen strukturierten Verfahren von MDS und MDK sowie dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassenverbänden erarbeitet. »Das Verfahren stellt sicher, dass sowohl die medizinischen und pflegefachlichen Kriterien als auch leistungs- und vertragsrechtliche Aspekte kompatibel abgebildet sind. Auch beim Erlass von Richtlinien durch den künftigen MD Bund kommt es darauf an, dass diese nachvollziehbar und widerspruchsfrei sind. Denn Patientinnen und Patienten, Versicherte und Leistungserbringer müssen sich darauf verlassen können, dass sich die Medizinischen Dienste und die Krankenkassen gleichermaßen an diese Richtlinien halten«, erläutert Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS.

Positiv: Neuerungen im Krankenhausbereich

Die Neuregelungen der Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus werden von den Medizinischen Diensten begrüßt. »Die Rahmenbedingungen für die Abrechnungsprüfungen werden verbessert. Der selektive Prüfansatz und die im Gesetz verankerten Aufschläge auf den Rückerstattungsbetrag sind geeignet, den Anteil der korrekten Abrechnungen zu erhöhen. Das kann auf Dauer zu einer Reduzierung der Prüfungen führen«, erklärt Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS. Gleichwohl werden sich die Aufgaben im Krankenhausbereich nicht verringern, sondern sie werden in der Startphase zunehmen, da mit der Reform auch Strukturprüfungen für alle Krankenhäuser eingeführt werden. In Zukunft prüfen die MD im Auftrag der Krankenhäuser auch, ob sie die Strukturvoraussetzungen für OPS-Komplexeleistungen erfüllen. Nur dann, wenn die Kliniken in Zukunft eine Bescheinigung haben, dass sie die organisatorischen, technischen und personellen Voraussetzungen für die entsprechenden Komplexeleistungen erfüllen, können sie die Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen.

Mehr Aufgaben in der Startphase



Mit dem MDK-Reformgesetz soll auch die übergreifende Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste auf das Begutachtungsfeld der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeweitet werden. Dr. Kerstin Haid, Stellvertretende Leitende Ärztin beim MDK Berlin-Brandenburg und Sprecherin der

Leitenden Ärzte der MDK-Gemeinschaft, sagt: »Unter der Federführung der Leitenden Ärztinnen und Ärzte ist bereits ein Konzept für ein systematisches, einheitliches und MDK-übergreifendes

Begutachtung weiterentwickeln und vereinheitlichen

Qualitätssicherungssystem erarbeitet worden. Dieses wird die Begutachtungspraxis der MDK weiterentwickeln und vereinheitlichen. Diese Vorarbeiten können sehr gut für die neu zu erarbeitende Richtlinie zur Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste eingebracht werden.«



Michaela Gehms ist Pressesprecherin des MDS.
m.gehms@mds-ev.de

Wie möchten Sie künftig die Arbeit im Verwaltungsrat mitgestalten?

Der Verwaltungsrat ist das zentrale Selbstverwaltungsgremium der Medizinischen Dienste und entscheidet über grundsätzliche Angelegenheiten. Er beschließt unter anderem den Haushalt, wählt den künftigen Vorstand und stellt die grundlegenden Weichen für die Arbeit des MDK. An seinen Aufgaben ändert sich auch künftig nichts, nur wirken demnächst weitere Akteure mit. Mit welchen Ideen, Erwartungen und Zielen gehen diese die neue Aufgabe an?

Verena Bentele
Präsidentin des Sozialverbandes vdk Deutschland



Foto: Susie Knoll

Wir freuen uns auf die Mitarbeit in den Verwaltungsräten. Wir werden uns aktiv und konstruktiv für Patienten und Pflegebedürftige einsetzen und so unseren Mitgliedern eine starke Stimme geben. Natürlich hätten wir gern und gut auch 16 Sitze in den Verwaltungsräten besetzt, so hätte eine Vertretung auf Augenhöhe stattgefunden.

Aus einer Vielzahl von Beratungen wissen wir von unseren über zwei Millionen Mitgliedern viel über deren Bedarf. Chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige und deren Angehörige, sie alle haben sehr individuelle Bedürfnisse, Sorgen und alltägliche Herausforderungen. Diese Alltagsorgen und praktischen Bedürfnisse werden wir in die Beratungen einbringen.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss oder im Qualitätsausschuss Pflege bringen wir bereits heute die Interessen der Patienten und Pflegebedürftigen ein. Wir wissen, dass soziale Selbstverwaltung auf Vertrauen und Kooperation basiert.

Die Entscheidungen der Medizinischen Dienste haben enorme Auswirkungen auf das Leben von Patienten und Pflegebedürftigen. Der Glaube an die gute Qualität der Versorgung wächst dann am besten, wenn es keinen Zweifel an der Unabhängigkeit der Gutachter gibt. Aus unserer Sicht ist eine strukturelle Unabhängigkeit des MDK deshalb wichtig, um das Vertrauen der Menschen in unsere Sozialversicherung und den Sozialstaat zu stärken. Es ist ein guter erster Schritt, dass die Interessen der Patienten und Pflegebedürftigen in den neuen Verwaltungsräten durch unabhängige Patientenorganisationen vertreten werden.

Prof. Christel Bienstein
Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK)



Foto: DBfK

Der Bundestag hat am 9. November 2019 das MDK-Reformgesetz verabschiedet. Im Gesetzgebungsprozess hat es wesentliche Veränderungen durchlaufen, u. a. wurden deutliche Korrekturen nach Einsprüchen der Krankenkassen zu deren Gunsten vorgenommen.

Der Verwaltungsrat wurde auf 23 Mitglieder erhöht. Aber nur noch zwei Vertreter/innen sollen die Pflegeberufe bzw. Ärzteschaft – noch dazu ohne Stimmrecht – vertreten. 16 Sitze sollen von Vertreter/innen der Krankenkasse besetzt werden.

Damit ist das Gesetz weit hinter der ursprünglichen Absicht des Gesundheitsministers zurückgeblieben! Es ist zweifelhaft, ob das primäre Ziel der Unabhängigkeit des MDK mit dem jetzt verabschiedeten Gesetz erreicht werden kann. Es wurden nur einige wenige Veränderungen verabschiedet. Das ist zu wenig, um den Forderungen nach Unabhängigkeit des MDK Rechnung zu tragen.

Der Großteil der Leistungen der MDKs konzentriert sich auf pflegerisch-medizinische Versorgungsprozesse, insbesondere im Bereich der Pflegeversicherung SGB XI. Ein großer Anteil der Gutachter/innen der MDKs sind Pflegefachpersonen. Obwohl Pflegefachpersonen in der Leistungserbringung die größte Berufsgruppe stellen, werden sie nur marginal an den Entscheidungen des Verwaltungsrates mitwirken können. Damit hat die Profession Pflege mit ihrer Expertise keine Chance, effektiv bei der Erfüllung der Aufgaben der Verwaltungsräte der MDKs mitzuwirken.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin



Foto:
ÄKB / K. Friedrich

Der Medizinische Dienst (MD) hat die Aufgabe, unabhängigen ärztlichen und pflegerischen Sachverstand in die Arbeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen einzubringen. Da der bisherige Träger, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in erheblichem Maße einem politisch induzierten Wettbewerb unterliegt, der sich nicht an Qualität, sondern letztlich an Kosten und evtl. Zusatzbeiträgen bemisst, war diese Unabhängigkeit zunehmend bedroht. Die Rolle der Ärztekammern wird sein, diese Unabhängigkeit und die Expertise des MD zu stärken. Unsere Eigenschaft als Körperschaften öffentlichen Rechts macht uns von bundespolitischen Vorgaben und von den Finanztöpfen der GKV autark.

Die Rolle des MD darf sich dabei aber nicht auf eine autoritär-kontrollierende beschränken. Das Know-how und der Erfahrungshorizont des MD können vielmehr eine wesentliche Grundlage für systematisches Lernen im Sinne von Fortbildungen und Schulungen sein. Zusammenarbeit ist das Gebot der Stunde. Der MD kann dabei vermitteln.

Entscheidend wird sein, in den Verwaltungsräten einen Konsens darüber zu finden, dass tatsächlich ärztliche und pflegerische Werte, orientiert am konkreten Patientennutzen, die wesentliche Grundlage für ein stabiles und funktionierendes Versorgungssystem sind.

Klaus Müller
Vorstand des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv)



Foto:
Gert Baumbach, vzbv

Wenn Pflege erforderlich ist, ein Hilfsmittel gebraucht wird oder bei Arbeitsunfähigkeit – ob Verbraucherinnen und Verbraucher eine Leistung der Kranken- oder Pflegekasse erhalten, hängt in vielen Fällen von der fachlichen Einschätzung der Medizinischen Dienste ab. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zu einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung. Ihre Unabhängigkeit von den Kassen ist wesentlich für Verbraucher und ihr Vertrauen in das Gesundheitswesen. Das gilt umso mehr im wettbewerblich organisierten System der Kranken- und Pflegeversicherung. Das MDK-Reformgesetz sorgt hier für Verbesserungen, jedoch nicht für eine vollständige Unabhängigkeit.

Aus Verbrauchersicht ist positiv, dass die Stimme der Versicherten, Patienten, Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in den Medizinischen Diensten gestärkt wird. Die wichtigen Erkenntnisse aus der Verbraucherberatung und Marktbeobachtung konnten die Kolleginnen und Kollegen der Verbraucherzentralen bereits in den Pflegebeiräten einbringen. An die konstruktive Zusammenarbeit möchten wir anknüpfen und die Erfahrungen der Verbraucher aufzeigen, damit sich die Arbeit der Medizinischen Dienste stärker an Verbrauchern orientiert. Wichtig ist uns außerdem, die Transparenz für Verbraucher zu erhöhen, damit sie ihre Rechte kennen und Leistungsentscheidungen nachvollziehbarer werden. Die Ressourcen der Medizinischen Dienste müssen im Sinne der Verbraucher eingesetzt werden. Ich denke hier etwa an die zu häufige Praxis der Entscheidung nach Aktenlage.

Hannelore Loskill
Bundesvorsitzende der BAG SELBSTHILFE



Foto: BAG SELBSTHILFE

Die Unabhängigkeit und die Neutralität von Kostenträgerinteressen ist für alle Patientinnen und besonders für chronisch kranke und behinderte Menschen eine zwingende Voraussetzung dafür, dass Menschen notwendige Leistungen bedarfsgerecht und zeitnah erhalten. Denn nur so können sie ihren Alltag bewältigen und an der Gesellschaft teilhaben.

Die BAG SELBSTHILFE wird sich in den zukünftigen Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste natürlich für eine patientenorientierte Entscheidungspolitik einsetzen.

Wie auch schon in der Vergangenheit werden wir aber auch die konzeptionelle Arbeit des Medizinischen Dienstes dahingehend begleiten, dass wir das Feedback der spezifischen Betroffenenengruppen, wie beispielsweise die Anliegen der Eltern behinderter Kinder bei Feststellungen der Pflegebegutachtungen, in die Entscheidungsfindungsebene einbringen.

Wie immer, wenn man neu in Gremien tätig ist, werden wir aber zunächst vor allem alles daran setzen die Arbeitsprinzipien, Strukturen und Entscheidungsabläufe des Medizinischen Dienstes im Einzelnen kennenzulernen.

Wie ist Ihre Meinung zur MDK- Reform?

Karin Maag, MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin
der CDU/CSU-Bundestags-
fraktion



Foto: Laurence Chaparon

Die Beurteilungen des MDK haben oftmals erhebliche finanzielle Auswirkungen für die Betroffenen. Viele Versicherte haben den MDK als »verlängerten Arm« der Kranken- und Pflegekassen empfunden, hatten Sorgen im Hinblick auf eine tatsächliche oder auch nur gefühlte Parteilichkeit. Wenn man bedenkt, dass der GKV-SV bislang für die Richtlinien, nach denen geprüft wurde, verantwortlich war, oder ein Viertel der Verwaltungsratsmitglieder hauptamtlich bei den Kranken- und Pflegekassen angestellt sein konnte, kann ich solche Einschätzungen nachvollziehen. Mit dem MDK-Reformgesetz können sich die Versicherten nun sicher sein, dass der jeweilige Medizinische Dienst neutral prüft und handelt und bereits ein Anschein von Parteilichkeit vermieden wird. Wir schaffen eine sichtbare Trennung von den Kassen und unterstreichen die Unabhängigkeit, Bedeutung und Stellung der Medizinischen Dienste als mit öffentlichen Aufgaben betraute, eigenständige juristische Personen des öffentlichen Rechts. Hauptamtlich Beschäftigte bei Krankenkassen und deren Verbänden werden überdies nicht mehr in die Verwaltungsräte wählbar sein. Außerdem begegnet das MDK-Reformgesetz der stetig steigenden Anzahl an Abrechnungsprüfungen und der zunehmenden Belastung aller an der Krankenhausabrechnungsprüfung beteiligten Akteure mit einem umfassenden Maßnahmenbündel. Wir unterbrechen die Spirale des Hochrüstens in den jeweiligen Prüfabteilungen der Kassen und Krankenhäuser, die zu viel Personal und Kapazitäten bindet, und entlasten damit auch die Medizinischen Dienste.

Die MDK-Reform war längst überfällig, sagen die einen. Andere kritisieren die organisatorische Trennung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen. Und auch die Änderungen der Abrechnungsprüfungen in den Krankenhäusern stoßen nicht überall auf positives Echo. Was sagen maßgebende Akteure im Gesundheitswesen?

Sabine Dittmar, MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin
der SPD-Bundestagsfraktion



Foto: SPD /
Benno Kraehahn

Im Koalitionsvertrag haben SPD und Union vereinbart, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu stärken, deren Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen. Mit dem MDK-Reformgesetz haben wir dieses Vorhaben erfolgreich umgesetzt. Dabei wird auch ein reformierter Medizinischer Dienst seine wichtigen Aufgaben in gleichem Maße wie bisher unabhängig von den Kassen ausführen. Mit dem Gesetz sorgen wir darüber hinaus für zusätzliche Transparenz für die Versicherten. Die SPD hat sich außerdem erfolgreich dafür eingesetzt, dass auch zukünftig durch Sozialwahlen legitimierte Vertreter der Beitragszahler ihre fachliche Expertise in den Verwaltungsrat einbringen. Auch der Prüfspirale zwischen Kassen und Krankenhäusern in Sachen Krankenhausrechnungen ist nun ein Riegel vorgeschoben, ohne dass hierfür einseitig die Beitragszahler zur Kasse gebeten werden.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende des
GKV-Spitzenverbandes



Foto: GKV-SV / Tom Maelsa

Eine wesentliche Forderung des GKV-Spitzenverbandes wurde erfüllt, indem die zunächst geplante Unvereinbarkeitsregelung wieder aus dem Gesetzentwurf gestrichen wurde. Damit ist die soziale Selbstverwaltung weiterhin in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste vertreten. Allerdings darf es künftig zwischen GKV-Spitzenverband und MD Bund keine unmittelbare personelle Verbindung in der sozialen Selbstverwaltung geben. Es bleibt zu hoffen, dass auch in Zukunft die bewährte Zusammenarbeit auf der Fachebene fortgeführt werden kann.

Die grundlegenden Reformpläne für Krankenhausabrechnungen begrüßen wir. Erstmals werden Falschabrechnungen sanktioniert. Die Begrenzung der Prüfquoten halten wir zwar weiterhin für falsch, erwarten aber, dass die Krankenhäuser sich nun verstärkt um korrekte Abrechnungen bemühen. Damit können künftig statt ungerechtfertigter Ausgaben in Milliardenhöhe diese Mittel für tatsächlich erbrachte Gesundheitsleistungen eingesetzt werden.

Georg Baum

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)



Foto: DKG

Die aus Krankenhaussicht zunächst mit positiver Ausrichtung gestartete MDK-Reform ist letztlich an der Widerstandfront der Kassen und an der Kraftlosigkeit der Koalition, sich deren unhaltbaren Argumenten entgegenzustellen, gescheitert. Aus dem ursprünglich geplanten kassenunabhängigen Prüfdienst wird nichts. Die MDK-Ärztenschaft bleibt am Gängelband der Rechnerkürzungs- bzw. Leistungsbeschneidungspolitik der Kassen. Die Begrenzung der Prüfquote ist letztlich um 20% zurückgenommen worden und die Ausweitung der Prüfauswahlzeit bewirkt, dass am Ende eher mehr als weniger Fälle geprüft werden. Mit Einzelfallprüfungen hat das weiterhin nichts zu tun. Völlig inakzeptabel und in keinster Weise berechtigt ist die in letzter Minute ins Gesetz gekommene Strafzahlung der Krankenhäuser, wenn Rechnungen angepasst werden. Angesichts einer Vielzahl von primären und sekundären Fehlbelegungsfällen, bei denen Krankenhäuser sozial verantwortlich Patienten Schutz und Obhut bieten, ist die von der Politik vorgesehene Strafzahlung ein sozialpolitisches Armutszeugnis erster Ordnung. Unser Fazit: keine Reform, die irgendetwas weiterbringt, aber für viel Wut und Unverständnis in den Krankenhäusern sorgt.

Dr. Andreas Gassen

Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)



Foto: Lopata/axentis.de

Die KBV begrüßt die mit dem MDK-Reformgesetz beabsichtigte Neuorganisation der Medizinischen Dienste, die hierdurch vor allem unabhängiger werden. Allerdings sprechen wir uns dafür aus, dass – anders als im Gesetz vorgesehen – auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Besetzung der Verwaltungsräte berücksichtigt werden. Schließlich wäre auch der vertragsärztliche Bereich von der Reform betroffen, für den die KVen die gesetzlichen und vertraglichen Erfordernisse gewährleisten müssen.

Kritisch sehen wir vor allem folgende Punkte: Das Gesetz sieht ohne sachlichen Grund unterschiedliche Regelungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser in Bezug auf das Prüfgeschehen beim Ambulanten Operieren vor. Damit widerspricht es den Vereinbarungen im Vertrag zum Ambulanten Operieren und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus gemäß §115b SGB V (AOP-Vertrag), die eine Vereinheitlichung des ambulanten-stationären Schnittstellenbereichs vorsehen. Zusätzlich wird vorgegeben, dass der Katalog zum Ambulanten Operieren auf Basis eines gemeinsamen Gutachtens unabhängig vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu beschließen ist, was eine Abkehr vom bisherigen System bedeutet und ebenfalls der vereinbarten Harmonisierung entgegenwirkt.

Thomas Knieling

Bundesgeschäftsführer des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)



Foto: VDAB

Die Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung war lange überfällig. Der VDAB kritisiert seit vielen Jahren die fehlende Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Leider führt das Gesetz nicht zur vollständigen Eigenständigkeit, denn der Gesetzgeber setzt einseitig auf den Wechsel der Rechtsform, indem die Dienste zu Körperschaften des öffentlichen Rechts werden. In der Praxis bleibt es jedoch bei einer Scheinselbstständigkeit, denn die Kassen sind weiterhin einziger Auftraggeber und damit der einzige Finanzier der Prüfdienste. Eine echte Unabhängigkeit wäre gegeben, wenn sich der Medizinische Dienst als freier zugelassener Prüfdienst am Markt zusammen mit anderen Institutionen behaupten müsste und die Einrichtungen aus verschiedenen zugelassenen Prüfdiensten auswählen könnten – wie im Bereich von Rehabilitationseinrichtungen längst Praxis. Das wäre eine Chance gewesen, für wirklich bessere und unabhängige Prüfungen zu sorgen, so dass das Gesetz seinem Namen gerecht würde.

Dr. Gerhard Timm

Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)



Foto: BAGFW / Dirk Hasskarl

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Strukturreform. Es ist gut, dass es grundsätzliche Reformen geben wird, die die Grundlagen für eine einheitliche Arbeitsweise der MDen schaffen. Die gesetzliche Verankerung der unabhängigen Arbeit im Rahmen der Begutachtung für nichtärztliche Berufe leistet einen wichtigen Beitrag zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Zentral ist insbesondere die zukünftige Besetzung der Verwaltungsräte und hier vor allem die Rolle, die den maßgeblichen Organisatio-

nen der Selbsthilfe für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zukommt. Die BAGFW fordert das Parlament dazu auf, Besetzungsregelungen der Verwaltungsräte zu beschließen, wie sie im Referentenentwurf zu finden waren, mit einer dreiteiligen Besetzung. Bei der aktuell vorgesehenen überwiegenden Stimmenmehrheit der Kassen sollte konsequenterweise der Name Medizinische Dienste der Krankenkassen beibehalten werden.

Viel Neues für alle

Abrechnungsprüfungen bei Kliniken sollen seltener stattfinden, dafür aber effektiver werden. Auch das ist Ziel des MDK-Reformgesetzes. Erreicht werden soll dies mit der Einführung neuer Regelungen für die Krankenhausabrechnungsprüfung.

Die Zeit ist knapp: Das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) enthält gravierende neue Regelungen für die Krankenhausrechnungsprüfung – und setzt die Verfahrensbeteiligten unter erheblichen Druck. Das

Neue Prüfquote, weniger Gutachten?

Gesetz, erst zu Beginn dieses Winters beschlossen, wird bereits ab dem 1. Januar 2020 große Wirkung zeigen. So gibt es sofort eine Quote für die den Krankenkassen erlaubten Rechnungsprüfungen, die sogenannte Prüfquote. Sie wird zu einem deutlichen Rückgang der beauftragten MDK-Gutachten führen. Parallel dazu ist eine ganze Reihe von zum Teil komplexen Neuregelungen vorgesehen. Diese müssen unter erheblichem Zeitdruck entwickelt und eingeführt werden.

Richtige Ideen

Zuletzt gab es immer mehr Krankenhausabrechnungsprüfungen durch die Medizinischen Dienste: Zwischen 2014 und 2018 hat sich die Zahl von rund 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen erhöht, dabei ergab sich bei gut 50% der geprüften Rechnungen Korrekturbedarf. Ein enormer Prüf-Aufwand, der in einem hohen Ausmaß Personal bei den Medizinischen Diensten, aber auch in den Krankenhäusern bindet. Das Ziel des MDK-Reformgesetzes, die Anzahl der Prüfungen zu reduzieren, ist daher durchaus richtig.

Genauso richtig und wünschenswert ist es, dass Krankenhäuser, die ihre Rechnungen sorgfältig und mit wenig Korrekturbedarf stellen, weniger geprüft werden als solche mit häufigem Korrekturbedarf. Auch ohne Prüfquoten haben die Krankenkassen bisher

schon gezielt geprüft: Bereits heute werden in manchen Kliniken weniger als 5% aller Rechnungen geprüft – bei anderen aber fast die Hälfte. Letztere sind die Kliniken, bei denen entweder organisatorisch etwas schief läuft oder die vielleicht sogar bewusst Erläusoptimierung über eine »fantasievolle Gestaltung« ihrer Abrechnungen betreiben.

Nicht weniger Aufwand für die Gutachter

Der Anteil der beanstandeten Abrechnungen im dritten Quartal 2020 ist der Maßstab, an dem sich für das erste Quartal 2021 sowohl die individuelle Prüfquote eines Krankenhauses als auch die Höhe der künftig fällig werdenden Sanktionszahlungen der Krankenhäuser bemisst. Prüfquo-

Fixe Prüfquote und Strafzahlungen

Der Umfang der von den Krankenkassen beauftragten Abrechnungsprüfungen der Medizinischen Dienste wird 2020 durch eine fixe Prüfquote begrenzt: Es dürfen maximal 12,5% aller Krankenhausabrechnungen geprüft werden. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Ergebnissen der MDK-Begutachtungen des vorvergangenen Quartals. Sind weniger als 40% der geprüften Abrechnungen korrekt, dann können 15% geprüft werden. Sind 40 bis 60% korrekt, dann werden 10% geprüft. Eine gute Quote korrekter Abrechnungen von 60% oder mehr bedingt eine maximale Prüfquote von 5% pro Krankenhaus. Die Krankenhäuser werden bei erforderlichen Rechnungskorrekturen darüber hinaus finanziell sanktioniert: 2020 ist eine

Strafzahlung in Höhe von 10% der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Ab 2021 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Rechnungen unterhalb von 60% neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und geminderten Rechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Die Höhe dieses Aufschlags – 25 oder 50% – richtet sich nach dem Anteil der unbeanstandeten Rechnungen des jeweiligen Krankenhauses. Mindestens beträgt er 300 Euro, höchstens darf sich der Aufschlag jedoch auf 10% des geminderten Abrechnungsbetrags belaufen.

ten und Höhe der Strafzahlungen werden quartalsweise angepasst. Begutachtungsergebnisse haben somit künftig für Kliniken wesentlich weitreichendere Folgen als die bloße Zurückzahlung ungerechtfertigt erhobener Rechnungsbeträge. Dies sowie die geplante Abschaffung der Verrechnungsmöglichkeit für Krankenkassen werden dazu führen, dass der Aufwand für die MDK-Gutachter im Einzelfall steigen wird. Können heute im Rahmen von Krankenhausbegehungen viele Fälle im Konsens und mit relativ schlanken Formalien geklärt und abgewickelt werden, wird künftig vermutlich zu jedem Fall ein ausführliches Gutachten angefertigt werden müssen. Auch werden die Krankenkassen vor Beauftragung einer Begutachtung voraussichtlich intensiverer Beratung bedürfen. Denn bei deutlich reduzierten Prüfquoten wird eine gute Fallauswahl noch wichtiger.



Neue spannende Aufgabe ...

Die vom Krankenhaus erbrachte Behandlungsleistung wird über sogenannte Prozedurenkodes (OPS-Kodes) dokumentiert. Um in komplexen Behandlungssituationen diese Dokumentation straffen zu können, wurden sogenannte OPS-Komplexkodes definiert. Darin sind für einzelne Leistungsbereiche unterschiedliche Voraussetzungen beschrieben, die bei der Behandlung eines Patienten erfüllt sein müssen, damit ein entsprechendes Entgelt abgerechnet werden kann. Die definierten Merkmale beschreiben strukturelle Voraussetzungen wie technische Ausstattung, Zahl sowie Qualifikation von Personal und prozessuale Anforderungen im Behandlungsverlauf. Die mit diesen OPS-Komplexkodes beschriebenen Leistungen werden relativ hoch vergütet. Da bisherige Prüfungen zeigten, dass Kliniken die Voraussetzungen der Abrechnung nicht immer erfüllten, wurden OPS-Komplexkodes in der Einzelfallbegutachtung bislang häufig geprüft. Dabei stellen einige Strukturmerkmale recht konstante Fakten dar.

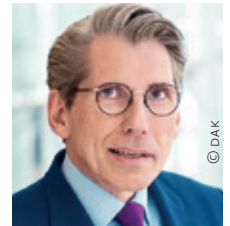
Künftig müssen Krankenhäuser den MDK damit beauftragen, die Strukturmerkmale der OPS-Komplexkodes, die sie künftig abrechnen wollen, vorab zu prüfen und zu be-

scheinigen. Die entsprechende Bescheinigung ist ab 2021 Voraussetzung für eine Abrechnung. Hierbei handelt es sich um eine neue Konstellation, deren Einzelheiten in der ersten Richtlinie zu regeln sind, die der MDS als zukünftiger MD Bund bis zum 30. April 2020 erlassen wird.

Insbesondere im Jahr 2020 wird es sowohl für die mit Prüfungen dieser Art zum Teil unerfahrenen Krankenhäuser als auch für die Medizinischen Dienste gewisser Bemühungen bedürfen, die hohe Anzahl an Prüfungen in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit zu absolvieren. Der Aufwand ist enorm: Insgesamt zählt der OPS-Katalog 59 abrechnungsrelevante OPS-Komplexkodes. Es gibt kein Krankenhaus in Deutschland, das keinen Komplexcode abrechnet. Doch es gibt viele Kliniken, die viele Komplexkodes abrechnen. Eine zentrale Bedeutung wird ein kooperativer Umgang miteinander haben, denn letztlich ist eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten das gemeinsame Ziel aller im Gesundheitssystem Tätigen.

Wir begrüßen, dass die Prüfquote gegenüber dem Gesetzesentwurf im parlamentarischen Verfahren nach oben korrigiert wurde. Dass ab 2021 die Prüfquoten von der Qualität der Rechnungen abhängig sein werden, halte ich für einen Ansatz, der grundsätzlich in die richtige Richtung geht. Feste Prüfquoten sind nach unserer Auffassung nicht im Interesse der Beitragszahler. Besser wären Richtwerte. Die DAK-Gesundheit begrüßt es auch, dass es ab 2020 einen Aufschlag auf die Differenz zwischen Rechnung und Korrekturbetrag von 10%, mindestens aber 300 Euro, geben wird. Beide Regelungen können zu mehr korrekten Abrechnungen beitragen.

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK Gesundheit



Wir rechnen mit einer Änderung des Prüfverhaltens. Das Thema unsere Grenzverweildauer wird mit §115b SGB V (neu) an Bedeutung verlieren. Deshalb und wegen der Deckelung der Prüfquote wird es zu einer Verschiebung der Prüfungen hin zu Hochkostenfällen kommen. Das Kürzungspotenzial dürfte dadurch für Einzelfälle, aber auch insgesamt trotz geringerer Quote ansteigen. Wir sehen die Gefahr, dass die Retaxquote unverändert bleibt. Bei den Strukturprüfungen sehen wir mehr Rechtssicherheit für alle Kliniken, aber die fehlende Flexibilität bei Änderungen während der Laufzeit der Beschlüsse könnte sich als Problem herausstellen.

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.



Dr. Annette Busley
leitet den Bereich »Medizinische Versorgung« beim MDS.
a.busley@mds-ev.de

Interview mit Henrike Kaesler, Leiterin der Geschäftsstelle Ost der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS) und GdS-Verhandlungsführerin für den MDK-Bereich, und Dr. Ulf Sengebusch, Geschäftsführer des MDK Sachsen und Vorsitzender der MDK-Tarifkommission

Was ändert sich für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Medizinischen Diensten?

Welche Auswirkungen hat die MDK-Reform auf die bundesweit rund 9000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Medizinischen Diensten? MDK *forum* hat nachgefragt.

forum Wie bewerten Sie die Reform?
Henrike Kaesler Die GdS begrüßt grundsätzlich die angestrebte Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Zwar haben die Gutachterinnen und Gutachter auch bisher schon ihre Arbeit unabhängig von Weisungen und erst recht von Einflussnahmen der Kranken- oder Pflegekassen erledigt, aber das wurde in der Öffentlichkeit nicht immer so gesehen. Dieses falsche Bild dürfte nun korrigiert werden. Richtig ist auch, dass die Medizinischen Dienste nun einheitlich Körperschaften des öffentlichen Rechts werden. Es gibt keinen sachlichen Grund für verschiedene Rechtsformen in Ost und West.

forum Wie sehen Sie aus Arbeitgeber-sicht die Auswirkungen der MDK-Reform? Müssen sich die Beschäftigten auf größere Änderungen oder Nachteile einstellen?

Dr. Ulf Sengebusch Nein, gar nicht. Im Gegenteil: An der fachlich-inhaltlichen Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Medizinischen Diensten ändert sich nichts. Ausgesprochen positiv ist, dass die fachliche Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit durch das Gesetz auch formal gestärkt und auf alle gutachterlich tätigen Berufsgruppen, beispielsweise Pflegefachkräfte, ausgeweitet wird. Nachteile müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht befürchten, weil die Rahmenbedingungen fortgelten und weil sie auch durch eine entsprechende Klausel im Gesetz geschützt sind.

forum Welche Auswirkungen sehen Sie?

Kaesler Schon seit Jahren steigen die Anforderungen an die Inhalte der Gutachten und das Fachwissen der Gutachter. Erst vor zwei Jahren wurde das neue Begutachtungsinstrument eingeführt, das den Gutachtern bei der Einstufung der Pflegegrade noch mehr

abverlangt als früher. Das MDK-Reformgesetz gibt den Pflegefachkräften nun die Befugnis, eigenständig die Gutachten zu erstellen und freizugeben. Pflegefachliche Fragen müssen also nicht mehr von Ärzten abschließend beurteilt werden. Diese höhere Verantwortung für die Pflegefachkräfte muss sich auch in der Bezahlung niederschlagen.

forum Was ändert sich durch den Namenswechsel von MDK zu MD und den Wechsel der Rechtsform der Ost-MDK und des MDs von einem e. V. zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts? Gelten die Arbeitsverträge, Tarifverträge und Eingruppierungen fort?

Sengebusch Die Körperschaften treten in die Rechtsfolge der Vereine ein. Rechte und Pflichten der Vereine gehen auf die Körperschaften über. Änderungen an Arbeitsverträgen sind nicht möglich. Die existierenden Tarifverträge werden nach dem Gesetz fortgelten, auch wenn Betriebsräte zu Personalräten werden. Und die innerbetrieblichen Vereinbarungen werden fortgelten, bis wir neue Namen haben.

forum Durch die Änderung der Rechtsform wird es Personalräte statt Betriebsräte geben. Wie funktioniert der Übergang?

Kaesler Der Gesetzgeber hatte ursprünglich für diesen Übergang keine Regelung getroffen; leider vergisst die Politik oft, dass es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind, die all die neuen Gesetze umsetzen müssen und deren Arbeitsbedingungen davon unmittelbar beeinflusst werden. Die GdS hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens klare Übergangsregelungen gefordert – mit Erfolg. Jetzt ist geregelt, dass der bisherige Betriebsrat eines MDK nach Inkrafttreten des Gesetzes übergangsweise die Aufgaben eines Personalrates wahrnimmt. Die Beteiligungsrech-

te der Personalvertretungen sind geregelt in Landespersonalvertretungsgesetzen, die tendenziell etwas restriktiver ausgestaltet sind als im Betriebsverfassungsgesetz. Aber im Großen und Ganzen sind die Regelungen inhaltlich vergleichbar.

Der Betriebsrat hat unverzüglich die Wahl eines Personalrates einzuleiten. Ist dieser gewählt, endet das Übergangsmandat des Betriebsrates, spätestens aber nach 12 Monaten. Solange gelten die vorhandenen Betriebsvereinbarungen fort. Darüber hinaus sind bis zum 30. Juni 2022 keine betriebsbedingten Kündigungen zulässig und die Arbeitsbedingungen dürfen sich nicht verschlechtern. Die GdS arbeitet natürlich daran, dass sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten nicht nur verschlechtern, sondern verbessern – auch über den 30. Juni 2022 hinaus.

forum Ändern sich die Aufgaben der Medizinischen Dienste?

Sengebusch Die MDK-Reform zielt vor allem auf organisationsrechtliche Veränderungen und Veränderungen bei den Krankenhausprüfungen. Das Aufgabenspektrum der MD bleibt bestehen. Neben Abrechnungsprüfungen werden wir nun auch Strukturprüfungen in Krankenhäusern durchführen müssen. Das wird sich sicher auf den Arbeitsaufwand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auswirken, auch wenn wir heute zum Beispiel noch nicht genau wissen, wie viele Strukturprüfungen künftig in den Ländern stattfinden werden.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.

Prävention und Gesundheitsförderung auch in der stationären Pflege

Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote richten sich nicht nur an Kinder, Jugendliche und Berufstätige. Auch ältere Menschen können enorm davon profitieren. Der aktuelle Präventionsbericht des MDS und des GKV-Spitzenverbandes widmet sich unter anderem der Prävention in Pflegeeinrichtungen.

NEBEN DER INDIVIDUELLEN verhaltensbezogenen Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten findet diese mittlerweile auch vermehrt in stationären Pflegeeinrichtungen statt. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber festgelegt, dass künftig auch für pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege Maßnahmen zur Verhaltens- sowie Verhältnisprävention angeboten werden sollen. Der Präventionsbericht dokumentiert, wie viel bereits erreicht werden konnte.

Pflegeeinrichtungen als Lebenswelt

Bei der Prävention in Pflegeeinrichtungen stehen die Bereiche Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit sowie Prävention von Gewalt im Fokus. Unterstützt wird der Gesundheitsförderungsprozess durch den »Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen«, den der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem MDS und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene regelmäßig aktualisiert und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anpasst. Der Leitfaden legt Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege fest und gibt den Pflegekassen Hilfestellung bei der Umsetzung.

Um Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu implementieren, setzen die Pflegekassen verstärkt auf Angebote, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen, gleichzeitig aber auch die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen adressieren. Gelungenes Beispiel: das Projekt *gesaPflege – gesund alt werden in der stationären Pflege*, das derzeit in acht Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wird. Die Kranken- und Pflegekassen NRW, die Einrichtungsleitungen, die Pflegebedürftigen sowie die Beschäftigten

werden in die gesamte Projektplanung mit einbezogen. Dabei werden zunächst die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Beschäftigten analysiert, um festzustellen, welche Maßnahmen sich besonders eignen, um die Lebensqualität der Bewohner und die Arbeitsqualität der Beschäftigten zu steigern. Auf dieser Basis werden unterschiedliche Ziele definiert, so zum Beispiel die soziale Teilhabe der pflegebedürftigen Bewohner zu stärken und gleichermaßen die Belastungen der Beschäftigten zu reduzieren.

Der aktuelle Präventionsbericht zeigt: 2018 wurden bundesweit in 1281 stationären Pflegeeinrichtungen 55 370 Pflegebedürftige direkt durch Präventionsmaßnahmen erreicht. 2017, im Startjahr der Dokumentation, waren es mit 14 439 erreichten Personen noch deutlich weniger.

Aktuelle Zahlen

In die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten investierten die Krankenkassen 2018 158 Mio. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg der Ausgaben um 3%. Knapp 4,6 Mio. Menschen in Lebenswelten wie zum Beispiel Kitas oder Schulen wurden dadurch erreicht. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung konnten etwa 2,2 Mio. Personen direkt angesprochen werden. Die Ausgaben der GKV beliefen sich dabei auf 172 Mio. Euro. Im Vergleich zu 2017 stiegen die Ausgaben auch hier um 7% an. Auch die Ausgaben der Krankenkassen für individuelle Präventionsangebote sind mit 214 Mio. Euro um 3% angestiegen.

Den Präventionsbericht 2019 und den dazugehörigen Tabellenband finden Sie im Internet unter www.mds-ev.de oder www.gkv-spitzenverband.de



Laura Geiger ist Mitarbeiterin im Bereich Medizinische Versorgung beim MDS.
l.geiger@mds-ev.de

Die Pflegequalität im Fokus

Wie gut ist der pflegebedürftige Mensch versorgt und werden seine individuellen Bedürfnisse angemessen berücksichtigt? Diese Frage steht im Mittelpunkt des neuen Qualitäts- und Prüfsystems in der stationären Pflege, das am 1. Oktober 2019 gestartet ist.

DAS NEUE WISSENSCHAFTLICH entwickelte Qualitäts- und Prüfsystem verknüpft die interne Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen mit der externen Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst. Seit dem 1. Oktober müssen Pflegeheime halbjährlich interne Qualitätsdaten – sogenannte Indikatoren – bei den Bewohnerinnen und Bewohnern erheben. Seit dem 1. November führen die MDK-Gutachter die Prüfungen in der vollstationären Langzeitpflege auf Grundlage der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) durch. Jede Einrichtung muss bis Ende 2020 einmal mit dem neuen Konzept geprüft werden. Mit einer Veröffentlichung erster Ergebnisse ist Anfang 2020 zu rechnen.

Die Pflegeheime sind seit Oktober verpflichtet, halbjährlich Daten für insgesamt 15 Indikatoren für alle Heimbewohner zu erfassen. Dabei wird beispielsweise ermittelt, wie mobil und selbstständig die Bewohnerinnen und Bewohner sind und wie viele Personen etwa an unbeabsichtigtem Gewichtsverlust oder an Sturzfolgen leiden. In der Einführungsphase bis zum 30. Juni 2020 liefern alle stationären Pflegeeinrichtungen Daten an die Datenauswertungsstelle (DAS). Veröffentlicht werden aber erst Indikatorendaten, die ab dem 1. Juli 2020 erhoben werden. Jedes Heim kann sich mit den bundesweiten Qualitätsergebnissen aller Einrichtungen vergleichen und erhält auf diese Weise wichtige Informationen für das eigene Qualitätsmanagement.

Qualitätsprüfung Schritt für Schritt

Zur Vorbereitung der Qualitätsprüfung stellt die DAS dem MDK beziehungsweise dem PKV-Prüfdienst die benötigten Informationen bereit. Hierzu gehören eine Codeliste sowie Zufallszahlen für die Stichprobe. Außerdem erhält der MDK die Indikatorenergebnisse, die in die Prüfung einfließen. Neu ist, dass die Regelprüfungen in der stationären Pflege einen Tag vorher angekündigt werden.

Nach einem Einführungsgespräch mit den Pflegekräften vor Ort wird die Stichprobe der Bewohnerinnen und Bewohner zusammengestellt, deren Versorgungsqualität überprüft

wird. Hierzu werden sechs Personen anhand der von der DAS zur Verfügung gestellten Codes ausgewählt. Bei ihnen wird auch die Plausibilität der Indikatorenerfassung kontrolliert. Weitere drei Personen, die nicht bei der Indikatorenerfassung berücksichtigt worden sind, weil sie beispielsweise als Kurzzeitpflegegäste in der Einrichtung leben, werden mit Hilfe von Zufallszahlen ausgewählt.

Die Bewertung der Versorgungsqualität basiert auf dem persönlichen Gespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen, dem Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Beobachtungen des Gutachters sowie auf der Pflegedokumentation. Letztere bleibt auch in Zukunft ein wichtiges Steuerungsinstrument für eine qualifizierte Pflege. Reine Dokumentationsdefizite spielen jedoch bei der Qualitätsdarstellung keine Rolle mehr, sofern sich daraus keine Risiken oder negative Folgen für die Bewohnerinnen und Bewohner ableiten lassen. Im Gegenzug gewinnt das Fachgespräch mit den Einrichtungsmitarbeitern an Bedeutung.

Die Plausibilitätskontrolle erfolgt im Rahmen der Informationserfassung bei sechs Bewohnern. Ergeben sich kritische Auffälligkeiten, werden einzelne oder alle Indikatorendaten aus dem Netz genommen und mit dem Kommentar versehen, dass es Zweifel an der Zuverlässigkeit der Daten gibt.

Versorgungsqualität gewinnt an Bedeutung

Die Prüfinhalte bilden alle wesentlichen Lebensbereiche der pflegebedürftigen Menschen ab, thematisch werden sie in insgesamt 24 Qualitätsaspekte unterteilt. Der Stellenwert der bewohnerbezogenen Versorgungsqualität gewinnt dabei an Bedeutung: 21 der 24 Qualitätsaspekte befassen sich hiermit – so etwa mit der Unterstützung bei der Mobilität, der Tagesstrukturierung oder bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemen. Von diesen fließen wiederum 15 in die Qualitätsdarstellung ein. Lediglich drei richten sich an die einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität.

Sind die Ergebnisse auch plausibel?



Ein großer Teil der bisherigen Fragen zur Struktur und Organisation der Pflegeeinrichtung fällt somit weg, zum Beispiel die Schulungen in Erster Hilfe.

Bei dem bisherigen Verfahren konnten die Prüfer lediglich entscheiden, ob die Anforderungen vollständig erfüllt waren. War mindestens eine Anforderung nicht erfüllt, so wurde das Prüfkriterium mit »nein« beantwortet. Den unterschiedlichen Fallkonstellationen wurde man so nicht immer gerecht. Zukünftig gibt es die folgenden vier Bewertungen auf Bewohnerebene, um die unterschiedlichen Fallkonstellationen gut abbilden zu können:

1. Keine Auffälligkeiten oder Defizite
2. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negative Folgen erwarten lassen
3. Defizit mit dem Risiko negativer Folgen
4. Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

Zum Abschluss der Prüfung tragen die Prüferinnen und Prüfer die Ergebnisse zusammen. Dabei erfolgt eine vorläufige Einschätzung der fachlichen Stärken und Schwächen, und die Prüfer ermitteln, ob bei den Indikatoren weit unterdurchschnittliche Ergebnisse vorliegen. Auch die Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle bei der Indikatorenerfassung werden zusammengetragen. So vorbereitet gehen die Gutachter ins Abschlussgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung und beraten diese, wie Qualitätsdefizite und schlechte Indikatorenergebnisse verbessert werden können. Hier zeigt sich deutlich, dass die Qualitätsprüfung eng verknüpft ist mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und der Beratungsansatz gestärkt wird.

Der Prüfbericht geht innerhalb von drei Wochen an die geprüfte Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen. Ein Teil der Prüfergebnisse wird als Datensatz an die Datenclearingstelle weitergeleitet, die die Daten für die Veröffentlichung aufbereitet.

Die Qualitätsdarstellung

Neben den Indikatorenergebnissen und ergänzenden Einrichtungsinformationen zur Struktur der Pflegeeinrichtung fließen die Ergebnisse der Qualitätsprüfung in die Qualitätsdarstellung ein. Für die 15 personenbezogenen Qualitätsaspekte erfolgt eine Gesamtbewertung je Qualitätsaspekt. Hierfür sind vier Bewertungskategorien vorgesehen:

1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite
2. Moderate Qualitätsdefizite
3. Erhebliche Qualitätsdefizite
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Die Zuordnung zu diesen Bewertungskategorien orientiert sich daran, ob – und falls ja, wie häufig – die Prüfer Defizite mit einem Risiko oder mit eingetretener negativer Folge festgestellt haben.

Die Datenclearingstelle wird die Prüfergebnisse für die Informationsplattformen der Pflegekassen aufbereiten. Deren Landesverbände veröffentlichen ab Anfang 2020 die Ergebnisse der MDK-Prüfung auf ihren Internetseiten. Hier können Verbraucherinnen und Verbraucher nach eigenen Prioritäten Informationen über die Pflegeheime auswählen, filtern und vergleichen.

Fazit

Mit dem neuen Prüfsystem werden das interne Qualitätsmanagement auf Grundlage der Indikatoren und die externe Qualitätsprüfung miteinander verknüpft. Der Prüffokus liegt sehr deutlich auf der Versorgungsqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Dies gilt sowohl für die Prüfinhalte als auch für die Bewertungssystematik. Entscheidend ist zudem die Beratung der Pflegeeinrichtungen: Das zeigt sich auch und insbesondere beim Abschlussgespräch mit den Prüfern. In mehrtägigen Veranstaltungen hat der MDS gemeinsam mit Vertretern einer bundesweiten MDK-Arbeitsgruppe Multiplikatoren der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes intensiv zur neuen Qualitätsprüfung geschult. Anschließend haben die Multiplikatoren alle Prüferinnen und Prüfer anhand ausführlicher, praxisnaher Unterlagen und Fallbeispielen auf die neuen Herausforderungen des neuen Qualitäts- und Prüfsystems vorbereitet.

**Beratender Ansatz
wird gestärkt**



Jürgen Brüggemann ist
Leiter des Teams Pflege beim MDS.
J.Brueggemann@MDS-ev.de

Auch im Sterben steht das Leben im Mittelpunkt

Einmal noch zur Meisterschaftsfeier des FC Bayern München, ein letztes Mal die Füße in die Nordsee halten oder mit der Familie eine Schifffahrt auf dem Bodensee unternehmen: So manches Vorhaben scheint unerreichbar, wenn man schwerstkrank wird, die Kräfte schwinden und das Lebensende naht. Seit 2014 erfüllen die Wünschewagen des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) Herzenswünsche von Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

IN NORDDEICH EINE Seehundstation besuchen – dieser Wunsch ging für Sven H.* in Erfüllung. Der schwerstkranke 38-Jährige war gemeinsam mit seiner Schwester im Wünschewagen dorthin unterwegs und durfte sich zuletzt auch noch den Namen eines in der Station neu aufgenommenen Seehundes aussuchen.

Lore W.* verbringt ihre letzte Zeit schwerstkrank im Hospiz. Mit dem Wünschewagen konnte die 70-Jährige noch einmal nach Oberstdorf reisen – den Ort, an dem sie mit ihrem Mann und Freunden viele schöne Urlaubstage erlebt hatte. Auch ein gemeinsames Essen mit Freunden wurde organisiert.

Dies sind nur zwei Beispiele für die Wünschewagen des ASB. Entstanden ist diese Idee aus einer Entdeckung, die ein Vorstands-Mitglied des ASB-Regionalverbandes Ruhr in Tel Aviv machte – die sogenannte *Wish Ambulance*. Nach Recherchen stellte er fest, dass der Ursprung in den Niederlanden liegt, und gründete 2014 den ersten Wünschewagen Rhein-Ruhr. Mittlerweile gibt es insgesamt 22 Wünschewagen in allen Bundesländern, in Baden-Württemberg sind zwei davon unterwegs.

Bundesweit wurden insgesamt bereits über 1500 Wünsche schwerstkranker Menschen erfüllt. Rund 1300 Frauen und Männer engagieren sich hierfür. Das Projekt finanziert sich durch freiwillige Mitarbeit, Spenden und ASB-Eigenmittel, wie zum Beispiel Mitgliedsbeiträge.

Das Loslassen erleichtern

In Ludwigsburg sind die Wunscherfüller seit nunmehr zwei Jahren unterwegs – unter Schirmherrschaft des baden-württembergischen Sozial- und Integrationsministers Manne Lucha. Bis heute konnte hier Silke Löser mit ihrem Team mehr als 60 Herzenswünsche verwirklichen. Die Zahl der An-

fragen war jedoch weitaus höher. Auf 81 erfolgreich durchgeführte Fahrten blickt Tina Schönleber zurück: Ihr Wünschewagen-Team in der ASB-Region Mannheim/Rhein-Neckar ist bereits seit September 2016 aktiv – und erfüllt die Wünsche im badischen Landesteil. Der Ludwigsburger Wünschewagen ist für Württemberg zuständig. Doch unabhängig von den Regierungsbezirks-Grenzen sind es Vernetzung und intensive Zusammenarbeit der Standorte, die die Arbeit erleichtern.

»Den sterbenden Menschen das Loslassen erleichtern und den Angehörigen eine schöne Erinnerung schenken«, so beschreibt Silke Löser ihre Motivation, bei diesem Projekt mitzuarbeiten. Die ausgebildete Palliativ-Care-Fachkraft nimmt in der Ludwigsburger Geschäftsstelle Anfragen entgegen, nimmt den Kontakt auf und organisiert die Fahrten.

Unterschiedliche Menschen, unterschiedliche Wünsche

»Innerhalb von rund ein bis zwei Wochen werden die Wünsche-Touren geplant«, erklärt Tina Schönleber: abhängig davon, ob man ein konkretes Datum, wie ein Konzert, ein Fußballspiel oder eine Familienfeier im Blick habe. Dabei ist die Fahrt für den betroffenen Menschen und seine Angehörigen immer kostenfrei.

»Jede Fahrt ist anders«, betont Löser. Daher werde diese immer ganz individuell geplant. Manchmal geht es dabei um Wünsche, die ganz banal klingen, die für Schwerstkranke jedoch außergewöhnlich und für deren Angehörige nur schwer oder gar nicht umzusetzen sind. Auf einem Pferd sitzen oder an einer Kundgebung der Fridays-for-Future-Bewegung teilnehmen, wünschen sich zwei ältere Herren. Ein Professor möchte den Archivar des Landesarchivs in Karlsruhe treffen

Vor dem Sterben kommt noch einmal das pure Leben



und ein Gespräch mit ihm führen. Ein junger Mann will die Hochzeit seines besten Freundes mitfeiern. »So unterschiedlich wie die Menschen sind, so unterschiedlich sind die Diagnosen und letztlich auch die Wünsche«, ergänzt Tina Schönleber und berichtet über eine schwer an Parkinson erkrankte Dame, deren Wunsch es ist, bei der Trauerfeier für ihren verstorbenen Ehemann dabei sein zu können.

Profis und Ehrenamtliche engagieren sich

Für die Fahrt wird auch das Team entsprechend den Bedürfnissen und Anforderungen des Fahrgastes zusammengestellt. Ob Pfleger, Krankenschwester, Palliativmediziner, Rettungskräfte oder Feuerwehrleute – qualifizierte Fachkräfte sorgen für einen reibungslosen Ablauf. Der Wagen ist bei jeder Wunschfahrt mit einem Rettungssanitäter besetzt. Pflegerisch betreut wird der Fahrgast von einer Pflegefachkraft, die im jeweiligen Fall eine spezielle Ausbildung nachweisen muss. »Bei der Wunschfahrt eines zweijährigen Kindes hatten wir eine Kinderkrankenschwester an Bord«, erklärt Löser: »Für einen beatmeten Fahrgast war eine Pflegefachkraft aus dem Bereich Intensivpflege erforderlich.«

Die Wünschewagen sind speziell auf die Bedürfnisse der Fahrgäste ausgerichtet. Von außen sehen sie aus wie herkömmliche Krankentransportwagen – innen gibt es eine Musikanlage, Licht und Farben. Eine verspiegelte Rundum-Verglasung ermöglicht den Panorama-Blick in die Umgebung. Zugleich verfügen alle Wünschewagen über eine notfallmedizinische Ausstattung.

Rund 70 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer engagieren sich in Ludwigsburg und in Mannheim für die organisatorischen Angelegenheiten während der Wunschfahrt.

Beim Start des Projektes waren die Befürchtungen groß, dass es am ehrenamtlichen Engagement mangeln könnte. Das Gegenteil war der Fall. Werbung musste man keine machen – manchen Bewerberinnen und Bewerbern musste sogar abgesagt werden.

Bevor die Ehrenamtlichen ihre erste Wunschfahrt begleiten können, durchlaufen sie eine umfassende Schulung, da die Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt. In den Schulungen befassen sich die ehrenamtlichen Wunscherfüller mit rechtlichen Fragestellungen, müssen sich aber auch mit Fragen rund um das Sterben befassen und werden auf eventuelle Notfälle während der Fahrt vorbereitet.

Das pure Leben spüren

Auch wenn es Menschen in ihrer letzten Lebensphase betrifft, steht doch das Leben während der Wunschfahrt immer im Vordergrund. Schwieriger ist es meist für die Angehörigen, die die Fahrt begleiten. Sie suchen unterwegs eher das Gespräch mit den Ehrenamtlichen, um die oft sehr emotionale Situation zu verarbeiten und zu meistern.

»Unser Fahrgast spürt hingegen das pure Leben«, so Silke Löser. Die Menschen blühen spürbar auf, genießen es, für einen Tag völlig und gerne im Mittelpunkt zu stehen. Und dabei spielen Zeit und Umstände gar keine Rolle. Manche haben Lust, auf der Fahrt etwas zu essen, obwohl sie bereits seit längerem nicht mehr richtig essen. »Für den rauchenden Fahrgast werden während der Fahrt regelmäßig Raucherpausen eingelegt«, ergänzt Tina Schönleber.

Keine Zeit zu verlieren

Grenzen kennen die Wunscherfüller nur wenige. So werden aus rechtlichen Gründen Fahrten nur innerhalb Deutschlands organisiert. Das Alter des betroffenen Menschen spielt keine Rolle. Jedoch legen die Koordinatoren großen Wert darauf, dass es sich immer um eine Palliativ-Situation handelt: »Hierzu schauen wir uns jeden Fall genau an«, sagt Silke Löser: »Reine Kranken- oder Verlegungsfahrten übernehmen wir nicht.« Die Wünschetour beginnt und endet immer am selben Ort.

Eine Frage von Zeit

»Es ist ein dankbares Projekt, spannend und abwechslungsreich«, so das Fazit von Tina Schönleber. Einzig die Tatsache, dass in den vergangenen drei Jahren auch 35 komplett geplante Fahrten abgesagt werden mussten, weil der Fahrgast in der Zwischenzeit verstorben war, stimmt sie traurig.

Schnell muss es gehen mit der Planung. Und daher sei es so wichtig, dass die letzten Wünsche rechtzeitig an die Wunscherfüller herangetragen werden. Denn Zeit ist für die Menschen und somit für das Wünschewagen-Projekt der entscheidende Faktor.

**Name von der Redaktion geändert*



Markus Hartmann ist Referent für Unternehmenskommunikation beim MDK Baden-Württemberg. markus.hartmann@mdkbw.de

Es ist angerichtet

Einheitsbrei oder kulinarischer Genuss – in der Patienten- und Seniorenverpflegung findet sich beides. Dabei steht immer eine Frage im Fokus: Schmeckt's?

DIE MESSLATTE LIEGT hoch: Pünktlich soll das bestellte Mittagessen bei jedem einzelnen Patienten sein – das ist schon logistisch eine Herausforderung. Rund 1400 Patienten in einem Umfeld von ca. 1,5 Quadratkilometern gilt es im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD) zu versorgen. Die Logistik ist das eine, hinzu kommen weitere Anforderungen: Warm soll das Essen sein, ansprechend aussehen, gut schmecken, ausgewogen, vitaminreich, frisch und gesund sein.

»Wir versuchen ein vernünftiges, abwechslungsreiches Angebot anzubieten, das den Geschmack der meisten Menschen trifft, und unsere 1400 Gäste zu jeder Mahlzeit zufriedenstellen«, sagt Merten Kionka, der bei der UKD Service GmbH unter anderem für die Versorgung der einzelnen Bereiche zuständig ist. Die hundertprozentige Tochter des Klinikums produziert täglich rund 4200 Mahlzeiten für das Uniklinikum und die Tagesklinik. Zur Auswahl stehen verschiedene Menüs, Diäten und Gerichte auch für Patienten mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien. »Aber wir sind und bleiben eine Großküche, die nur schlecht mit einem Restaurant oder der Küche zu Hause vergleichbar ist«, erklärt er. Patienten seien zudem besondere Gäste: »Behandlungsbedingt erhalten viele eine spezielle Ernährung wie fettreduzierte oder pürierte Kost.« Bekomme der Bettenachbar dann ein Nudel- oder Fleischgericht, sei Kritik programmiert. Allerdings müsse hier differenziert werden, betont Ernährungswissenschaftlerin Eva Hoffmann von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE): »Auch wenn einem ein Gericht in Optik oder Geschmack nicht zusagt, kann es hinsichtlich Qualität und Nährstoffzusammensetzung einwandfrei sein. Dürfen die Patienten ihre persönlichen Bedürfnisse und Wünsche in die Speisenplanung einbringen, erhöht dies die Akzeptanz der Verpflegung und damit die Lebensqualität der Patienten.«

Essen schafft Heimat

Die Lebensqualität steht auch bei der Seniorenverpflegung im Fokus. Viele Bewohner von stationären Einrichtungen richten ihre gesamte Tagesstruktur nach den Mahlzeiten.

Anika Böhme, Leiterin der Caritas-Hausgemeinschaften für Senioren St. Elisabeth in Hollfeld, hat ein besonderes Verpflegungskonzept umgesetzt: »Wir wollen unseren Bewohnern Geborgenheit vermitteln, ein Gefühl von Zuhause, wir wollen alte Traditionen aufrechterhalten und vertraute Gerüche und Geschmäcke wiederbeleben«, erklärt sie. In der Einrichtung wird täglich in acht Wohnbereichen frisch gekocht. Sowohl bei der Speisenplanung als auch bei der Zubereitung sind die Bewohner aktiv beteiligt und dürfen sich zum Geburtstag sogar ihr Wunschesse aussuchen. »Der Duft nach Essen aus den Küchen im gesamten Haus trägt zu einer wohnlichen Atmosphäre bei und nimmt den Krankenhauscharakter«, erzählt die Heimleiterin. Herausforderungen seien bei diesem Konzept allerdings der Personaleinsatz sowie der logistische Aufwand.

Einheitsbrei muss nicht sein

Individuelle Bedürfnisse im Blick

Häufig können ältere Menschen nicht mehr so gut riechen und schmecken, das Kauen fällt schwer, und die Lust am Essen schwindet – eine weitere Herausforderung für die Heime. Schnell kann sich hier – wie auch im Krankenhaus – eine Mangelernährung einschleichen. Deshalb ist es wichtig, bei der Verpflegung im Pflegeheim oder Krankenhaus die individuellen Bedürfnisse der Bewohner und Patienten im Blick zu haben. Bei Schluckstörungen zum Beispiel ist es häufig nicht notwendig, das gesamte Essen zu pürieren, vielmehr können auch weiche Speisen mit einheitlicher Konsistenz angeboten werden. Und wenn es doch püriert werden muss – ein Einheitsbrei muss es noch lange nicht sein: Mit unterschiedlichen Formen und Spritzbeutel kann auch dieses Essen ansprechend angerichtet werden.

Qualitätsstandards und Empfehlungen

Bislang fehlen flächendeckende Studien zu der Frage, wie es um die Qualität in der Senioren- und Patientenverpflegung in Deutschland insgesamt bestellt ist. Zur Qualitätssicherung hat die DGE im Auftrag des Bundesministeriums

für Ernährung und Landwirtschaft Qualitätsstandards für die Patientenverpflegung im Krankenhaus oder auch die Seniorenverpflegung entwickelt. Mehr als 50 Kriterien widmen sich zum Beispiel der vollwertigen Verpflegung im Krankenhaus. Dabei geht es unter anderem um die optimale Lebensmittelauswahl und Anforderungen an den Speiseplan, Kriterien zur Planung und Herstellung der Speisen sowie die Rahmenbedingungen, wie Essenszeiten, Service und Kommunikation. Sind die Anforderungen erfüllt, kann das Krankenhaus nach einem erfolgreichen Audit ein Zertifikat von der DGE erhalten. Der Qualitätsstandard ist eine Empfehlung, die Zertifizierung ist freiwillig. Derzeit tragen nur ca. 4% der deutschen Krankenhausküchen das DGE-Zertifikat *Station Ernährung*. Das Universitätsklinikum Dresden ist eines davon. »Uns liegt eine gesundheitsfördernde und genussvolle Ernährung für unsere Patientinnen und Patienten besonders am Herzen. Schließlich ist eine optimale Ernährung ein wichtiger Baustein dafür, Gesundheit und Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und zu erhalten«, meint Merten Kionka.

Die DGE empfiehlt ein überwiegend pflanzenbasiertes Verpflegungsangebot mit fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag, ergänzt mit Milchprodukten, Fisch und wenig Fleisch. Auch zum Thema »Nachhaltigkeit« gibt es Empfehlungen. Strikte Vorgaben und Kontrollen sind hingegen bei der Einhaltung von Hygienevorschriften vorgeschrieben. Alle Lebensmittelunternehmen – darunter fällt auch die Senioren- oder Patientenverpflegung – müssen das europäische Lebensmittelrecht einhalten und Hygienevorschriften beim Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln erfüllen.

Frisch, gekühlt oder tiefgefroren

Insbesondere die Produktion und Speisenverteilung spielen eine bedeutende Rolle im Krankenhaus. Die Care Studie 2016 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), bei der die Verpflegungsdienstleistungen von bundesweit mehr als 500 Allgemeinkrankenhäusern mit mehr als 80 Betten analysiert wurden, zeigt, dass fast drei Viertel aller Krankenhausküchen nach dem *Cook & Chill*-System arbeiten. Bei diesem Produktionssystem – das auch in der Seniorenverpflegung am häufigsten angewandt wird – werden die Speisen in einer Zentralküche zubereitet und möglichst warm verteilt. Praktikabel ist das eher in kleineren Kliniken. In größeren Häusern sind die Transportwege oft sehr lang, so dass das Essen nur halb warm auf den Zimmern ankommen kann.

Diese Schwierigkeiten könnten mithilfe neuer Produktionsformen vermieden werden: So arbeitet die UKD Service

GmbH bereits seit 2008 mit dem *Cook & Chill*-Verfahren. Die fertigen Speisen werden auf herkömmliche Weise zubereitet und gegart, dann aber innerhalb von 90 Minuten schnell auf eine Temperatur von 3°C heruntergekühlt. Die gekühlte Speise kann bei ununterbrochener Kühlkette ca. drei Tage ohne Qualitätsverlust gelagert werden. Sie wird erst unmittelbar vor der Ausgabe wieder auf Verzehreratemperatur erwärmt. »Damit erhält der Patient pünktlich und heiß sein Essen«, so Kionka.

Deutsche Krankenhausküchen in Zahlen und Fakten

Quelle: Care Studie 2016 des DKI (507 Allgemeinkrankenhäuser ab 80 Betten)

330 370 Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Zwischenmahlzeiten, Abendessen) in der Patientenverpflegung (2005 waren es nur 183 033)

51% der Küchen werden in Eigenregie bewirtschaftet (2006: 67%).

26 Jahre ist eine durchschnittliche Krankenhausküche alt.

Vegetarische Angebote gehören zur Regelversorgung, À-la-carte-Menüs werden zunehmend als Wahlleistung angeboten und dienen Krankenhäusern als Marketingfaktor im Wettbewerb.

73% arbeiten nach dem Cook & Serve-Prinzip (kochen und Tablett warm verteilen);

nur 19% bisher im entkoppelten Produktionssystem, wie Cook & Chill (kochen, kühlen, kalt portionieren, vor Ort regenerieren).

12,73 Euro Kosten entstehen pro VKT in der Patientenverpflegung (2013: 13,6 Euro)

Weitere Informationen finden Sie hier:

Deutsches Krankenhausinstitut:
www.dki.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin: www.dgem.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährung:
www.dge.de

Verpflegung in Krankenhäusern und Rehakliniken: www.station-ernaehrung.de

Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen: www.fitimalter-dge.de

Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung: www.in-form.de

Die für das *Cook & Chill*-Verfahren erforderliche ununterbrochene Kühlkette und die Lagerung sorgen allerdings für einen höheren Bedarf an Kühlkapazität. Deutschlandweit arbeiten aktuell knapp 20% der Klinikküchen mit dem *Cook & Chill*-System. Prognosen zeigen, dass in Zukunft verstärkt mit ähnlichen Systemen gearbeitet werden wird, bei denen Produktion und Auslieferung voneinander abgekoppelt sind. Wie bei den persönlichen Bedürfnissen der Patienten und Bewohner hängt auch bei den Küchen das »richtige« Produktionssystem von individuellen Rahmenbedingungen ab. Es sind folglich viele Stellschrauben, die zusammenspielen müssen, damit es in Seniorenheimen und Krankenhäusern schmeckt.

Zubereitet,
heruntergekühlt und
dann erwärmt



Larissa Nubert
ist Fachberaterin Unternehmenskommunikation
beim MDK Bayern.
larissa.nubert@mdk-bayern.de

Vom Beruf zur Berufskrankheit

2018 wurden fast 20 000 Fälle als Berufskrankheiten anerkannt. Grundlage ist eine wissenschaftlich erarbeitete Liste von 80 anerkannten Berufskrankheiten. Doch wie gestaltet sich der Weg zur Entschädigung?

FAST ALLE ARBEITSPLÄTZE bergen mehr oder minder offensichtliche Gefahren. Aus diesem Grund wurde schon 1884 die Gesetzliche Unfallversicherung als weiteres Standbein der Sozialversicherung eingeführt.

Mit einer gewissen Strenge fordert das Sozialgesetzbuch von der Unfallversicherung, »mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten« zu verhüten. Niemand soll für die Arbeit seine Gesundheit aufs Spiel setzen müssen. Gerade die Strenge der Formulierung lässt aber ahnen, dass bei aller Vorsicht auch die Nachsorge notwendig werden kann. Bestenfalls stellen dann rehabilitative Maßnahmen die Gesundheit wieder her. In einigen Fällen haben Schädigungen durch den Beruf jedoch eine Erwerbsminderung zur Folge. Sofern die Ursache dieser Schädigung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist, muss die zuständige Berufsgenossenschaft, die Leistungsträgerin der gesetzlichen Unfallversicherung, finanzielle Entschädigungen leisten.

Was ist eine Berufskrankheit?

Die Versicherten bekommen innerhalb von durchschnittlich fünf Monaten nach der formlosen Anzeige eine versicherungsrechtliche Entscheidung mitgeteilt. Etwa 78 000 Anzeigen gingen 2018 bei den Berufsgenossenschaften ein. In 40 000 Fällen wurde ein Verdacht bestätigt, jedoch keine Berufskrankheit im leistungsrechtlichen Sinne anerkannt. Das bedeutet, dass die Versicherten durch individualpräventive Maßnahmen wie Schulungen an ihrem Arbeitsplatz bleiben konnten. In etwa 20 000 Fällen wurde eine Berufskrankheit anerkannt. Fast 5 000 Berufskranken wurde eine Rente bewilligt.

Im einfachsten Sinne sind Berufskrankheiten jene Krankheiten, die sich auf der Liste befinden, die der Berufskrankheitenverordnung anhängt. Das Gesetz versteht unter Berufskrankheiten Krankheiten, die »nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem

Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.« Die Krankheit muss nahezu eindeutig auf die Arbeit zurückzuführen sein. Einem Raucher wird es also nur in seltenen Fällen gelingen, Entschädigungen für eine Lungenkrebserkrankung durchzusetzen, die er auf seine Arbeitsbedingungen zurückführt. Ein Sachverständigengutachten im Auftrag der Berufsgenossenschaft muss ermitteln, ob eine berufliche Tätigkeit die gesundheitlichen Schäden »mit hinreichender Wahrscheinlichkeit« verursacht haben könnte.

Berufliches und Privates

Ein Urteil des Bundessozialgerichts von 2017 verdeutlicht diese Schwierigkeit: Ein Schweißer war mit 52 Jahren an Lungenkrebs erkrankt und gab bei der Metallberufsgenossenschaft eine Verdachtsanzeige auf, um die Erkrankung als Berufskrankheit anerkennen zu lassen. Er bezog sich auf seine Tätigkeit von 1977 bis 1985, während der er Chrom, Nickel und Asbest ausgesetzt war. Alle drei Stoffe werden in der Berufskrankheitenliste geführt, weil jeder für sich das Risiko erhöht, an Lungenkrebs zu erkranken. Doch die ärztlichen Unterlagen zur Krebsbehandlung und auch die Gutachter der Berufsgenossenschaft nannten immer wieder den Nikotinkonsum als alleinige Ursache: 30 Jahre lang hatte der Versicherte täglich eine Packung Zigaretten geraucht.

Die Berufsgenossenschaft muss Beweise zusammentragen, die Leistungsansprüche begründen könnten, wobei sie zur Neutralität verpflichtet ist. Dazu beauftragte sie beispielsweise zwei Ingenieure mit einer Stellungnahme. Diese ermittelten die Belastungswerte, die für die Tätigkeit des Schweißers zwischen 1977 und 1985 anzunehmen sind. Dazu wurde rekonstruiert, welche Tätigkeiten er in welchem Umfang geleistet hatte und welche Schadstoffe in welcher Konzentration dabei entstehen konnten. Das Gutachten stellte für keinen der Stoffe die Überschreitung eines wissenschaftlich ermittelten Grenzwertes fest, der einen der Stoffe als Ursache für die Krebserkrankung »hinreichend wahrscheinlich« sein ließ.



Hinreichende Wahrscheinlichkeit

Der Fokus der Verhandlung lag anfangs auf der Asbestbelastung: Immer wieder korrigierten die Sachverständigen den Belastungswert nach oben, bis 2008 schließlich ein Drittel des Grenzwertes ermittelt werden konnte. Viel interessanter war aber, dass eine erneute Begutachtung vermehrt Chrom in der Lunge des Versicherten nachweisen konnte. Damit wurde die Anerkennung der Berufskrankheit 1103 – Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen – möglich. Im Mai 2009, vier Jahre nach Antragstellung, verurteilte das Sozialgericht die Berufsgenossenschaft zur Anerkennung der Berufskrankheit und dazu, eine Vollrente, die Zweidritteln des vollen Gehalts entspricht, zu zahlen.

Im Juli 2009 legte die Berufsgenossenschaft beim Landessozialgericht erfolgreich Berufung ein. Dabei erkannte das Gericht sogar an, dass nicht nur die Chrom-, sondern auch die Nickel- und Asbestbelastung die Krebserkrankung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verursacht hatte. Doch das Rauchen wurde als Ursache mit der stärksten Wirkung gewertet und damit ein Haftungsanspruch ausgeschlossen. Das Urteil fiel 2014. Der Schweißer war ein Jahr zuvor verstorben und seine Frau legte am Bundessozialgericht Revision ein. Zwölf Jahre nach Antragstellung gab ihm das Gericht posthum recht und erklärte das Gewichten der Ursachen des Landessozialgerichts für falsch. Es verwies dabei auch auf die originäre Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, Arbeitgeber vor jenen Gefahren zu schützen, die Berufskrankheiten verursachen können.

Billige Produktionsstandorte bevorzugt

Die Liste

Die gesetzlichen Grundlagen sollen gegenwärtig modernisiert und die Beweisführung erleichtert werden. Doch das vermeintliche Herzstück der Berufskrankheitenverordnung ist nicht Gegenstand der Überarbeitung: Die vor fast hundert Jahren begonnene Berufskrankheitenliste weist inzwischen

80 Krankheiten auf. Erst nach aufwendiger Sichtung und Bewertung aktueller Forschungsergebnisse wird eine Krankheit vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat »Berufskrankheiten« in die Liste aufgenommen. Ausschlaggebend sind vor allem komplexe arbeitsmedizinische Zusammenhänge. Oft dauert es daher mehrere Jahre, bis eine Krankheit auf die Liste kommt.

Bei ihrer Einführung 1925 wies die Liste 13 Krankheiten auf, darunter Hautkrebs durch Ruß, Paraffin und Teer sowie die Schneeberger Lungenkrankheit, ein durch radioaktive Erze verursachter Lungenkrebs. Heute gehören Asbestose und Lärmschwerhörigkeit zu den häufigsten Berufskrankheiten. Doch angeführt wird die Liste von Hautkrankheiten, darunter insbesondere der weiße Hautkrebs, der von zunehmend stärkerer Hitze und UV-Strahlung bei der Arbeit im Freien verursacht wird.

Nur, wer eine der 80 Krankheiten auf der Liste hat, kann überhaupt versuchen, sich seine Erkrankung als Berufskrankheit anerkennen zu lassen. Die strikte Bindung der Leistungsträger an die Liste gerät dabei ebenso oft in die Kritik wie deren aufwendige Weiterentwicklung. So gehört unter anderem Prof. Dr. Wolfgang Spellbrink, Richter des Bundessozialgerichts, zu den Kritikern der starren Regelung. Er sieht gerade für seltene und psychische Erkrankungen die Gefahr, durch das großmaschige Raster zu fallen, das die Berufskrankheitenliste bildet.



Diana Arnold ist Online-Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.
diana.arnold@mdk-sachsen.de

»Tränen sind der sichtbare Teil unserer Emotionen«

Es ist früh dunkel und Weihnachtsbeleuchtung funkelt überall um uns herum – eine Stimmung, die Erinnerungen an Kindertage wachruft, die wehmütig macht und manchmal sogar zu Tränen rührt. Wann weinen wir eigentlich und warum – Fragen, die wissenschaftlich kaum erforscht sind.

An ein Fachseminar »Weinen« als Teil ihres Studiums kann sich Dr. Michelle Hildebrandt jedenfalls nicht erinnern. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist Gutachterin des MDK Nord und stellt fest: »Weinen als emotionaler Ausdruck kam im Studium nicht vor und war auch in der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin kein Thema.« Außerdem kann sie dazu keine aktuellen, relevanten Studien finden. Was nicht bedeutet, dass Psychiaterinnen und Psychotherapeuten nicht fast jeden Tag mit diesem Phänomen umgehen müssten. »Tränen sind schließlich der sichtbare Teil unserer Emotionen«, sagt sie. Und immer wieder würden diese falsch interpretiert, was ihr zum Beispiel bei MDK-Begutachtungen auffällt. Dann würden Ärztinnen und Ärzte oft argumentieren: »Der Patient hat geweint, sehen Sie, wie schwer depressiv und instabil er noch war.« Einfach eine Depression daraus zu folgern, wäre jedoch voreilig, betont sie. Denn manchmal seien die Tränen ganz anders begründet, zum Beispiel wenn die Verlaufsdokumentation im Krankenhaus offenbart, dass am Vortag das geliebte Haustier gestorben ist. »Dann ist das Weinen völlig normal und ein gesunder Ausdruck von Trauer über den Verlust.«

Einfacher scheint es zu sein, sich der funktionalen Aufgabe des Weinens zu nähern. Augenärzten zufolge dienen die »basalen Tränen« dem Reinigen, Befeuchten und dem Schutz des Auges. Die »reflektorischen Tränen« dagegen fließen nach einem Reiz von außen, zum Beispiel durch Wind, Rauch oder beim Schälen einer Zwiebel. Die »emotionalen Tränen« unterscheiden sich davon auch in ihrer chemischen Zusammensetzung: Sie enthalten weniger Wasser und mehr Proteine. Das alles lässt sich physisch, chemisch und sogar unter dem Mikroskop nachweisen, wo die Tränen ähnlich wie Schneeflocken unterschiedliche Muster bilden.

Weinen beruhigt

Was im Gehirn aber genau passiert, wenn Emotionen sich in Tränen äußern, ist komplex und lässt sich als wissenschaftlich belegbarer Zusammenhang von Reiz und Wirkung nur schwer ermitteln. Michelle Hildebrandt sieht vor allem das Zusammenspiel des Kortex, der Großhirnrinde, mit dem limbischen System verantwortlich für spontane Tränenausbrüche. Reize aus der Außenwelt erreichen das limbische System, das Zentrum der Emotionen, noch bevor sie uns über Verbindungen zur Großhirnrinde bewusst werden. »Das kann zum Beispiel der Popsong im Radio sein, den jemand Jahre zuvor nach der Trennung von der ersten großen Liebe immer gehört hat. Und schon fließen die Tränen.« Es ist dieses Gefühl von Verlust, das Michelle Hildebrandt in ihrem Alltag als Psychiaterin als häufigsten Grund für emotionales Weinen wahrnimmt.

Weinen macht den Schmerz erträglicher

Eine Funktion für all die menschlichen Tränen findet sie in der Wirkung auf die eigene Psyche: »Emotionales Weinen hat etwas Beruhigendes, weil dabei neben Stresshormonen auch eine Art von körpereigenen Opiaten ausgeschüttet werden. Weinen betäubt also den Schmerz und macht ihn erträglicher.« Eine Erfahrung, die sie selbst wie die meisten Menschen bereits als Kind gemacht hat. In den ersten Lebensmonaten dient das Weinen des Babys der Kommunikation mit den Eltern, da andere Ausdrucksmöglichkeiten fehlen. Je älter Kinder werden, desto weniger weinen sie. Bis zur Pubertät weinen Mädchen und Jungen gleich häufig.

Hormone und Heultage

Erst ab der Pubertät werden Geschlechterunterschiede deutlich. Neben Rollenerwartungen und Erziehung spielen auch die Hormone eine Rolle. »Bei erwachsenen Männern wird Weinen schließlich nur bei einem Verlust wie dem Tod



eines Angehörigen von der Gesellschaft akzeptiert.« Ansonsten werde es im westlichen Kulturkreis häufig immer noch als Schwäche angesehen. »Frauen weinen dagegen erwie-
 senermaßen häufiger, nicht nur, weil es ihr Umfeld akzeptiert«, so Hildebrandt, sondern auch weil sie durch größere hor-
 monelle Schwankungen vor allem in der Pubertät, während
 der Schwangerschaft, unmittelbar vor Einsetzen ihrer Regel-
 blutung und in den Wechseljahren zeitweise dünnhäutiger
 seien, wie es dann oft heiÙe. Und wohl jede Frau habe schon
 mal die »Heultage« am Ende des Monatszyklus erlebt.

Dies hat zuweilen auch Auswirkungen auf die Beziehung
 zwischen Mann und Frau. Denn auch die Männer reagieren
 hormonell auf die weiblichen Tränen, wie Untersuchungen
 zeigten: Wenn Frauen weinen, sinkt bei Männern nachweis-
 lich der Testosteronspiegel und damit die sexuelle Lust:
 »Ganz einfach, weil sie dann Trost und Hilfe vom Partner
 braucht – und nichts anderes.«

Genug geweint?

Was aber ist, wenn die Tränen ausbleiben? Bei ihrer
 Großmutter hat Michelle Hildebrandt erlebt, dass die Senio-
 rin zwar viel über ihre Vertreibung und die Flucht aus Ost-
 preußen nach dem Krieg erzählt, dabei aber nie geweint hat.
 »Ich habe so viel geweint. Ich habe keine Tränen mehr«, seien
 ihre Worte gewesen.

»Natürlich versiegen Tränen nicht einfach, wenn man viel
 geweint hat«, weiß Hildebrandt. Eine Erklärung sei vielmehr,
 dass Emotionen abgespalten würden als ein Schutzmecha-
 nismus nach anhaltender Traumatisierung, wenn das Wie-
 dererleben der Emotionen zu schmerzhaft wäre. Dieses Phä-
 nomen beobachte man häufig bei Menschen mit trauma-
 tischen Erlebnissen.

Zu Tränen gerührt

Und warum müssen wir aus Rührung weinen? Psychia-
 terin Michelle Hildebrandt gibt unserer Empathiefähigkeit
 die Schuld, wenn uns zum Beispiel im Kino oder vor dem
 Fernseher die Tränen kommen. Ihre Erklärung: »Im besten
 Fall identifizieren wir uns mit einer Person im Film, freuen
 und leiden mit. Am Ende sind wir vielleicht traurig, dass alles
 vorbei ist, und spüren Wehmut. Das wäre dann auch ein
 Empfinden von Verlust, das wir mit eigenen Erlebnissen un-
 bewusst koppeln.« Das würde auch erklären, warum Kinder
 seltener bei Filmszenen weinten, die Erwachsene zu Tränen

rühren. Sie hätten noch nicht so viele Erinnerungen an ver-
 gangene Erlebnisse, für die sie innerlich Trauer nachvollzie-
 hen könnten.

Hier wirkten außerdem die vor einigen Jahren nachge-
 wiesenen Spiegelneuronen, die uns schon durch den Anblick
 weinender Menschen dazu bringen,
 selbst zu weinen. »Als Ärztin hatte ich
 auch manchmal Tränen in den Augen,
 wenn Patienten weinend vor mir saßen,
 einfach weil die Empathie mich dazu
 brachte«, bekennt Hildebrandt. Und ihr ist klar, dass gute Re-
 gisseure alle Register ziehen, um beim Publikum emotionale
 Reaktionen zu erzeugen. Wenn nicht gelacht wird, sollten es
 Tränen der Rührung sein, die einen Film emotional attraktiv
 machen. »Manchmal glaube ich, dass der Abspann nur des-
 halb so lang ist, damit man sich unbeobachtet die Tränen ab-
 wischen kann.«

Und was die rührselige Weihnachtszeit angeht, sieht die
 Psychiaterin gleich mehrere Faktoren zusammenwirken, die
 den verworrenen Signalweg von der Großhirnrinde zu den
 Tränendrüsen durchschalten: Das seien die Erinnerungen
 an vielleicht schöne aber vergangene Kindertage, die Familie
 um einen herum, dazu die dunkle und melancholische Jah-
 reszeit, plus vielleicht etwas Alkohol, der die Fähigkeit zur
 Beherrschung noch weiter aufweicht.

Das Thema lässt Michelle Hildebrandt auch im Urlaub
 nicht los: In der Vorbereitung auf eine Reise nach Nordkorea
 stieß sie auf das Phänomen der staatlich verordneten Trauer
 nach dem Tod der Diktatoren Kim Il-sung 1994 und Kim
 Jong-il 2011. Aus Berichten über das befohlene Gruppenwei-
 nen und lautstarke Schluchzen in die Fernsehkameras er-
 fuhr sie, dass vielen Beteiligten das Spiegel-Weinen in der
 Gruppe geholfen habe, um nicht tränenlos dazustehen – und
 dafür bestraft zu werden. »Und wer selbst das nicht konnte,
 der hat sich an etwas Trauriges aus seinem Leben erinnert,
 damit die Tränen rollen.«

**Wenn Frauen weinen,
 sinkt bei Männern der
 Testosteronspiegel**



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

Motorradfahren im Pflegeheim

Videospiele begeistern inzwischen auch Senioren in Alten- und Pflegeheimen. Speziell für die Bedürfnisse der älteren Generation entwickelte, computerbasierte therapeutische Trainingsprogramme eröffnen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen neue Chancen. Spielerisch fördern sie das gesundheitliche Wohlbefinden und steigern geistige wie körperliche Fitness.

HERMANN FÄHRT MOTORRAD. Das erste Mal seit fast drei Jahrzehnten. Etwas mühsam, aber gut gelaunt beugt er seinen Oberkörper nach rechts und legt sich in eine Kurve. Der 87-Jährige sitzt im Rollstuhl. Motorrad fährt er im Pflegeheim. Virtuell. Möglich macht dies das Projekt *MemoreBox* der BARMER und RetroBrain R&D GmbH.

»Senioren in die Lage zu versetzen, gemeinsam Spaß zu haben, und sich dabei ganz nebenbei gesund zu halten, war der Gründungsimpuls für unser Unternehmen«, erklärt Manouchehr Shamsrizi, Gründer und Mitglied des Beirats der RetroBrain R&D GmbH. Das Hamburger Digital Health Start-up entwickelte mit der Spielekonsole *MemoreBox* therapeutisch-präventiv wirksame Videospiele. Damit können vor allem ältere Menschen auf einfache Art und Weise ihr Gedächtnis und ihre Beweglichkeit trainieren.

Schließlich hat die soziale Pflegeversicherung mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) einen besonderen Auftrag erhalten: Vor allem Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen sollen von gesundheitsfördernden Angeboten profitieren können. Dafür sollen die Pflegekassen pro Versicherten einen Betrag von 0,32 Euro in die Prävention zugunsten pflegebedürftiger Menschen investieren. Entsprechende Angebote sollen zusammen mit Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen wissenschaftlich erprobt und bedarfsgerecht eingesetzt werden. Wie das realisiert werden kann, zeigt stellvertretend das Projekt *MemoreBox*, dessen Einsatz in Kooperation mit der BARMER in einer ersten Testphase ausprobiert und wissenschaftlich ausgewertet wurde.

Moderne Technologie macht's möglich

Mit der *MemoreBox* können die Seniorinnen und Senioren unter anderem gemeinsam singen, tanzen, kegeln – oder eben wie der 87-jährige Hermann Motorrad fahren. »Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Spiele eine präventive und

gesundheitsförderliche Wirksamkeit erzielen konnten. Die Stand- und Gangsicherheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde gestärkt. Und Motorik, Ausdauer und Koordinationsfähigkeiten haben sich verbessert«, sagt Axel Wiedemann, Geschäftsführer der BARMER Landesvertretung Sachsen-Anhalt. Aufgrund der guten Ergebnisse bezieht eine zweite Projektphase bundesweit insgesamt hundert Pflegeeinrichtungen in das digitale Gesundheitstraining ein, darunter fünf in Sachsen-Anhalt.

Gemeinsames Spielen verbindet

»Die Menschen in unserem Land werden immer älter. Das ist eine gute Nachricht. Wir stellen uns dabei die Frage: Wie kann es eigentlich gelingen, beim Älterwerden jung zu bleiben? Die *MemoreBox* fördert die körperlichen und geistigen Fähigkeiten, sie bringt Menschen zusammen, nimmt sie auf Entdeckungsreisen mit und ist auf spielerische Art und Weise herausfordernd«, so Wiedemann.

Norbert Kreis, Geschäftsführer der *Stiftung Marthahaushalle*, freut sich darüber, dass seine Pflegeeinrichtung nun an der zweiten Projektphase teilnehmen kann: »Das Konzept hat uns gleich eingeleuchtet, weil es die Kommunikation und Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen erfordert und fördert: Die jungen Pflegenden sind in der Welt der Spielekonsole aufgewachsen und gehen selbstverständlich und spielerisch damit um. Die Alten wiederum haben hier einen einfachen und begleiteten Zugang zu den Möglichkeiten der digitalen Welt.« Auch im DRK-Senioren- und Betreuungszentrum *Am Schwanenteich* in Stendal singen die Senioren seit Anfang des Jahres regelmäßig Volkslieder, fahren Motorrad, kegeln, tanzen oder tragen digital Briefe aus. »Wir haben die *MemoreBox* aktiv in den Tagesablauf integriert«, meint Heimleiterin Kerstin Jurczyk.

Neue Technik für die jungen Alten



Leichtes Anwenden und wissenschaftlicher Nutzen

»Zu Beginn hatten wir natürlich viele Fragen, weil alles neu war. Aber RetroBrain hat uns intensiv geschult und uns erklärt, wie wir Rückmeldungen geben können«, sagt Jurczyk. Das Feedback und die Erfahrungen aus der Praxis sind wichtig, um das Produkt weiterzuentwickeln.

Die zweite Modellphase wird in Zusammenarbeit mit Forschungsinstituten und Wissenschaftlern von der Humboldt-Universität Berlin, der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Charité umgesetzt. Weitere Fachleute aus dem Bereich *Pflegewissenschaft* sowie *Alter und Digitalisierung* sollen künftig beteiligt werden. Für die wissenschaftliche Auswertung werden während des Spielens Reaktionszeiten, Fehlerzahlen sowie Bewegungsdaten und -profile erfasst und einem Pseudonym zugeordnet, das dem Spielenden entspricht. So lassen sich die Fortschritte und Schwierigkeiten anonym auswerten. Das Benutzen der *MemoreBox* erklärt sich fast von selbst: Per Knopfdruck startet das Spiel, ganz ohne Bedienungsaufwand oder große Voreinstellungen. Über einen Kamerasensor ist die *MemoreBox* mit Kopf, Arm und Handbewegungen zu steuern und zu spielen – sowohl im Stehen als auch im Sitzen, etwa im Rollstuhl.

Den Alltag mit Freude bereichern

Aktivitäten, denen ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität nicht mehr oder nur noch beschwerlich nachgehen können, werden so ganz leicht und wieder erlebbar. Tanzend fördern sie ihre Beweglichkeit, üben beim Kegeln ihre Hand-Auge-Koordination oder trainieren musikalisch ihr Gedächtnis. Während die Männer digital am liebsten Motorrad fahren und dabei die mentale Leistungsfähigkeit trainieren, singen die Damen lieber oder verteilen Post. Insgesamt sorgen die Spiele nicht nur für mehr Leistungsfähigkeit, sondern steigern gleichzeitig die Lebensqualität. »Wer Kinder

hat, weiß, Zocken macht immer Spaß«, sagt Jurczyk. Und so kann sich die BARMER gut vorstellen, das Projekt weiter auszuweiten, wenn die Testergebnisse positiv bleiben.

Nach Lust und Laune Annie-miert

Während sich die *MemoreBox* noch in der Probephase befindet, gibt es bereits Möglichkeiten, mithilfe von Smartphone, Tablet, Virtual-Reality-Brillen und Co. das Älterwerden sinnvoll zu begleiten und altersbedingten sowie gesundheitlichen Einschränkungen entgegenzuwirken. Seit Herbst im Einsatz ist die Betreuungs-App *Annie* (www.hallo-annie.de). Sie richtet sich an alle Betreuungskräfte in der Altenpflege und unterstützt die soziale Betreuung und Beschäftigung von Seniorinnen und Senioren.

Digitale Tipps für Betreuer

Annie vereint viele Aktivierungsübungen für unterschiedliche Einsatzfelder, zum Beispiel aus den Bereichen Bewegung, Entspannung, Gedächtnistraining, Biografiearbeit, Spiele und Musik. So erhalten Betreuer konkrete Vorschläge für kurze Gedichte, Bilder, Lieder oder Spiele. Auch jahreszeitlich bedingte Themen werden unterschieden: Quizfragen zum Kürbis, Weihnachtsliedtitel mit verdrehten Wörtern und Bilderrätsel zu Frühlingspflanzen.

Anders als analoge Materialien für Beschäftigte bietet die digitale Lösung eine größere Flexibilität, weil alle Informationen sofort griffbereit auf Smartphone oder Tablet sind.

Weiterer Vorteil: Anhand von unterschiedlichen Filtern zu Schwierigkeitsgrad, Dauer (zwischen fünf und 60 Minuten), kognitiver Beeinträchtigung und Aktivitätslevel (liegend, sitzend oder in Bewegung) findet die Betreuungskraft schnell entsprechende Ideen, Anregungen und Übungen.



Christine Probst ist Mitarbeiterin im Fachbereich Personal / Recht / Kommunikation beim MDK Sachsen-Anhalt christine.probst@mdk-san.de

Viel Streit um nichts

Vor 200 Jahren erfand der Arzt Samuel Hahnemann die Homöopathie. Sie setzt nicht auf Wirkstoffe, sondern auf geistartige Kräfte. Dennoch hat sie bis heute viele Anhänger und ist im Gesundheitssystem fest verankert.

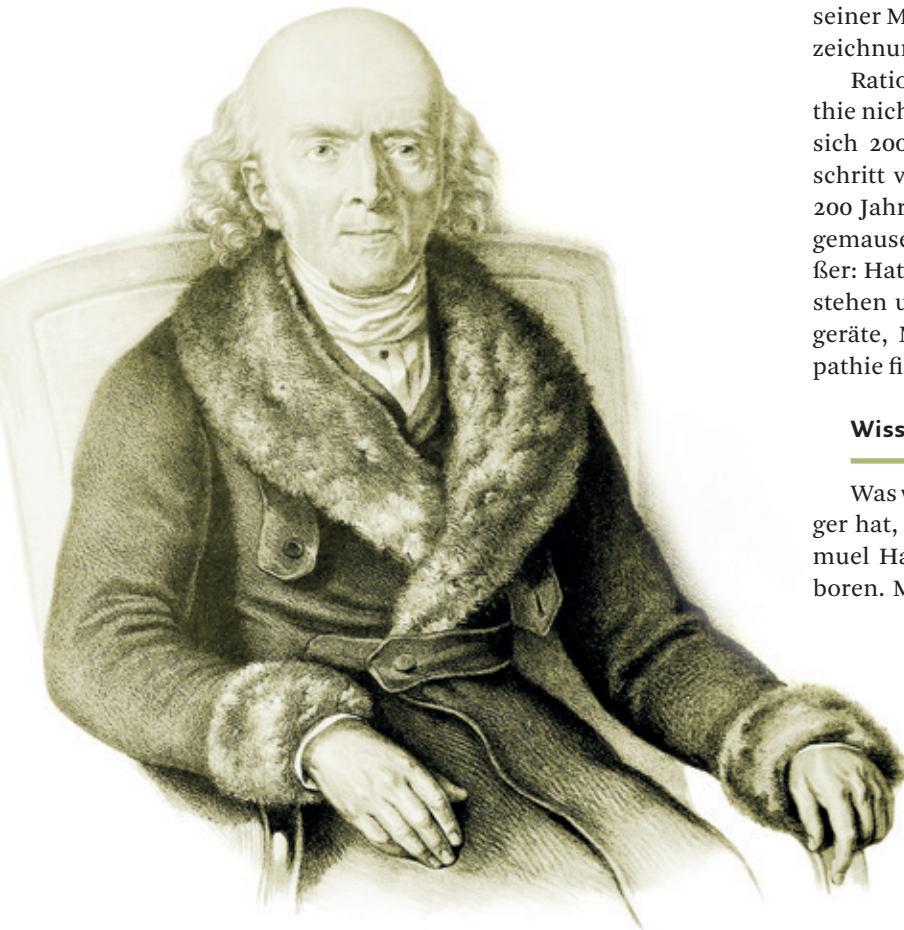
GESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN hielt kürzlich seine schützende Hand über eine der populärsten Alternativmethoden, die Homöopathie. Es sei »so okay«, sagte der Minister, dass die Krankenkassen jedes Jahr 20 Mio. Euro für die Homöopathie aufbrächten, schließlich gäben sie viel mehr für konventionelle Arzneien aus. Verböte man den Kassen die Erstattung, würde man viele Menschen vor den Kopf stoßen, so Spahn. Und so erstatten die meisten Kassen weiterhin freiwillig die Kosten für homöopathische Behandlungen.

Nicht alle teilen die nonchalante Haltung des Ministers zur Homöopathie. Die Ärztekammern Bremen, Sachsen-Anhalt, Nordrhein, Hessen und Schleswig-Holstein beispielsweise haben kürzlich die Zusatzbezeichnung Homöopathie aus ihren Weiterbildungsordnungen gestrichen. Bislang konnten Ärztinnen und Ärzte, sofern sie entsprechende Fortbildungen nachwiesen, die Zusatzbezeichnung auf ihr Praxisschild schreiben. Damit ist in den fünf Bundesländern jetzt Schluss. Die Landesärztekammern widersetzten sich mit ihrem Beschluss dem Ärztetag, der im vergangenen Jahr in seiner Musterweiterbildungsordnung noch an der Zusatzbezeichnung Homöopathie festhielt.

Rational zu erklären ist das Festhalten an der Homöopathie nicht. Es dürfte nur sehr wenige Erfindungen geben, die sich 200 Jahre lang so konsequent jedem Erkenntnisfortschritt verweigert haben. Selbst das Fahrrad, ebenfalls vor 200 Jahren erfunden, hat sich von der Draisine zum E-Bike gemausert. In der Medizin sind die Fortschritte ungleich größer: Hatten damals Hörrohr und Pockenimpfung Premiere, stehen uns heute Ultraschall-, Röntgen- und Tomographiegeräte, Mikrobiologie und Genetik zur Seite. Die Homöopathie ficht das alles nicht an.

Wissbegierig und sturköpfig

Was war das für ein Mann, der bis heute glühende Anhänger hat, selbst unter akademisch ausgebildeten Ärzten? Samuel Hahnemann wurde am 11. April 1755 in Meißen geboren. Mit 20 Jahren verließ er Schule und Elternhaus und





Das hat Zeit ...

Unangenehme Dinge schieben wir gerne vor uns her. Das kann man belächeln, sollte man im Extremfall aber behandeln lassen.

BEINAHE WÄRE DER Hang zur Prokrastination auch diesem Beitrag zum Verhängnis geworden. Prokrastination – kennen Sie nicht? Kennen Sie doch! Ganz sicher! Es sei denn, Sie gehören zu den Menschen, die damit noch nicht einmal ansatzweise etwas am Hut haben. Laut einer Studie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (wwu) trifft das aber nur auf 2% der Bevölkerung zu. Alle anderen hingegen neigen dazu, gewisse Tätigkeiten vor sich herzuschieben. Im Volksmund spricht man dabei allgemein von Aufschieberitis, in der Wissenschaft in bestimmten Fällen von Prokrastination.

Die Steuererklärung kann warten

Wobei nicht jeder, der seine Steuererklärung, den Besuch der Schwiegereltern oder aber das Besorgen der Weihnachtsgeschenke bis zum Zeitpunkt der Unvermeidbarkeit mit angenehmeren Dingen zu überbrücken versucht, pathologisch prokrastiniert. Problematisch wird es jedoch, wenn es dadurch zu beruflichen, privaten oder gesundheitlichen Problemen kommt. Wenn also beispielsweise die Ausbildung oder das Studium abgebrochen wird, die Beziehung deswegen in die Brüche geht oder aber die Neigung zum Aufschieben unangenehmer Dinge von Angst- oder Schlafstörungen begleitet wird.

Anders an die Arbeit rangehen

An der wwu Münster wurde für Menschen, die darunter leiden, eine Spezialambulanz eingerichtet. Zu den psychotherapeutischen Behandlungsansätzen gehören dabei die Strukturierung des Arbeitsverhaltens, das Setzen realistischer Ziele oder aber der Umgang mit Ablenkungsquellen. Auf Grundlage einer umfassenden Diagnose werden dabei aber zunächst die individuellen Faktoren untersucht, die das Aufschieben auslösen und auch aufrechterhalten. So kann eine Prokrastination auch Bestandteil einer psychischen Störung wie einer Depression oder einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sein.

Auch die Gene sind schuld ... und ein weibliches Sexualhormon?

In den meisten Fällen jedoch handelt es sich beim Aufschieben unangenehmer Tätigkeiten nicht um ein krankhaftes Störungsbild, sondern vielmehr um ein angelerntes Verhalten, bei dem neben der Gehirnanatomie auch die genetische Veranlagung für einen erhöhten Dopamin-Spiegel im Gehirn einen Einfluss haben könnte. Und wie eine gemeinsame Studie der Ruhr-Universität Bochum und der Technischen Universität Dresden zeigt, spielt dabei womöglich auch das Geschlecht eine Rolle. Frauen neigen demnach eher zum Aufschieben als Männer. Die Forscher vermuten, dass das mit dem weiblichen Sexualhormon Östrogen zusammenhängt, da dieses indirekt die Dopamin-Produktion im Gehirn beeinflusst.

Kognitiv flexibel und dadurch anfällig

Eine erhöhte Dopamin-Konzentration ist jedoch nicht grundsätzlich schlecht, weil damit oftmals auch eine erhöhte kognitive Flexibilität, also ein bewusstes Wechseln zwischen verschiedenen Aufgaben und Situationen, verbunden ist. Verbunden damit ist aber nun mal auch eine erhöhte Tendenz, sich ablenken zu lassen. Und das wiederum macht es schwieriger, eine einmal gefasste Handlungsabsicht zu verfolgen. Eine Neigung zum Aufschieben hat also nicht grundsätzlich etwas mit Faulheit zu tun. Im Gegenteil: Wer sich lieber mit dem Aufräumen des Kellers oder aber dem Sortieren der Socken als mit der Steuererklärung befasst, erledigt dabei mitunter Dinge, die ihm sonst gar nicht in den Sinn kämen. Eine aufgeräumte Sockenschublade ist nicht unbedingt zwingend. Bei der Steuererklärung sieht das schon anders aus.



Uwe Hentschel lebt und arbeitet als freier Journalist in der Eifel und schreibt dort für deutsche und luxemburgische Medien.
hentschel@gееiefelt.de

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Lise-Meitner-Str.1, 10589 Berlin
Geschäftsführer, Ltd. Arzt *Dr. Axel Meeßen*
Telefon 030.202023-1000
E-Mail info@mdk-bb.de

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Geschäftsführerin *Dr. Ina Bossow*
Telefon 0385.48936-00
E-Mail info@mdk-mv.de

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf
Geschäftsführer *Andreas Hustadt*
Telefon 0211.1382-0
E-Mail post@mdk-nordrhein.de

MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
Stellv. Geschäftsführerin
Dr. Ursula Weibler-Villalobos
Telefon 06731.486-0
E-Mail post@mdk-rlp.de

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1
01067 Dresden
Geschäftsführer *Dr. Ulf Sengebusch*
Telefon 0351.80005-0
E-Mail info@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer *Jens Hennicke*
Telefon 0391.5661-0
E-Mail info.gf@mdk-san.de

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster
Geschäftsführer *Dr. Martin Rieger*
Telefon 0251.5354-0
E-Mail info@mdk-wl.de

MDS e.V.

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

MDK *forum*. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Ulf Sengebusch ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de

Redaktion

Dorothee Buschhaus d.buschhaus@mds-ev.de
Martin Dutschek martin.dutschek@mdkn.de
Michaela Gehms m.gehms@mds-ev.de
Jan Gömer jan.goemer@mdk-nord.de
Markus Hartmann markus.hartmann@mdkbw.de
Dr. Barbara Marnach
b.marnach@mdk-nordrhein.de
Christine Probst christine.probst@mdk-san.de
Diana Arnold diana.arnold@mdk-sachsen.de
Larissa Nubert larissa.nubert@mdk-bayern.de

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

Redaktionsbüro

MDS e. V., Martina Knop
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon 0201.8327-111
Telefax 0201.8327-3111
m.knop@mds-ev.de

Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titel Collage unter Verwendung von Motiven von [ig3l](http://ig3l.com) und [marqs / photocase.de](http://marqs.com)

S. 19 [madochab / photocase.de](http://madochab.com)
S. 21 [Saimen. / photocase.de](http://saimen.com)
S. 25 [RoPix / photocase.de](http://ropix.com)
S. 27 [przemeklos / photocase.de](http://przemeklos.com)
S. 29 [MacRein / photocase.de](http://macrein.com)

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

ISSN 1610-5346



