



Heft 3/2013

MDK *forum*

Das Magazin der Medizinischen

Dienste der Krankenversicherung



Ausgebrannt:
Wenn die Seele nicht
mehr mitmacht

Liebe Leserin, lieber Leser!

Kopfschmerzen, das Handy klingelt, 48 neue Mails (35 davon »in CC«) und der Chef schaut auch kurz rein: »Ihr Bericht war doch schon gestern fällig?« Richtig geschlafen habe ich schon seit Wochen nicht. Im Arbeitsleben 2013 kein ungewöhnlicher Zustand.

Feste Termine einerseits, kreative Selbstorganisation andererseits – macht uns unsere Arbeit krank? Psychische Erkrankungen nehmen zu, sind langwierig und verursachen große volkswirtschaftliche Schäden. Ursachen, Auswirkungen und Präventionsmöglichkeiten betrachtet diese Ausgabe.

Kopfschmerzen hat mir auch der Wahlkampf bereitet: gesundheitspolitische Themen? Fehlanzeige! Minister Bahr füttert die Journale mit der Botschaft hunderttausendfacher Ablehnung von Krankengeld-Leistungen durch MDK und Krankenkassen. Dabei zeigt die Statistik: Eine Fortführung der AU wurde nur in rund 0,65% aller Fälle nicht empfohlen. Und dafür gab es medizinische Gründe!

Die Medizinischen Dienste sind modern aufgestellt, arbeiten dienstleistungsorientiert und stehen für Versorgungsgerechtigkeit. Zuverlässig und kompetent – auch noch in der nächsten Legislaturperiode! Viel Freude bei der Lektüre wünsche ich Ihnen,

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Brauchen wir eine bessere Statistikkompetenz bei Ärzten?** 2

Bundestagswahl **Keine Radikalreform in Sicht** 32

TITELTHEMA

Gelber Schein für die Psyche 5

Interview mit Prof. Holsboer **Burnout: Der Hype um die kranke Seele** – oder die Karriere eines neuen Begriffs? 7

Psychische Erkrankungen
Die Risiken einer flexiblen Arbeitswelt 9

Begutachtung von Langzeitarbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen **Wenn die Seele zum Ausstieg zwingt** 11

Interview mit Dr. Bernhard van Treeck
»Die Akzeptanz hat sich geändert« 13

»Gesundheit ist Chefsache« 13

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Pflege-Begutachtungs-Richtlinien überarbeitet 15

Der lange Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff 16

Neue Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege
Der Schiedsspruch liegt vor 17

Neue Qualitätsrichtlinie in der Neonatologie
Ein Meilenstein für Frühchen? 19

WEITBLICK

App-Doktor und Internetarzt **Wann hilft wer wirklich?** 21

Wenn der Körper zur Religion wird 22

Ich höre dann die Dinge
Klicksonar schafft Orientierung durch Echoortung 24

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Interview mit Andrea Fürchtenicht und Eckhard Volbracht:
Gibt es eine geografische Indikation? 26

Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen:
Brauchen wir eine UN-Konvention für die Rechte älterer Menschen? 28

»Leben mit Familienanschluss« für ältere Menschen
Wohn bei uns! 30

Richtlinie zum Einsatz anderer Gutachter

Seit Einführung der Pflegeversicherung begutachtet der MDK Personen, die bei ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PnNG) verpflichtet die Pflegekassen, mit dieser Aufgabe in bestimmten Fällen auch andere Gutachter zu beauftragen. Für die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern hat der gkv-Spitzenverband im Mai Richtlinien beschlossen. Die Richtlinien sollen sicherstellen, dass andere Gutachter die gleichen Maßstäbe in der Begutachtung anwenden wie der MDK. Außerdem beinhalten sie die Anforderungen an die Qualifikation und die Unabhängigkeit anderer Gutachter und regeln die Einbeziehung der Gutachten anderer Gutachter in die Qualitätssicherungsverfahren der MDK. Die Richtlinien gelten seit dem 11. Juni 2013.

Behandlungsfehler: Auch Apotheker müssen haften

Auch Apotheker können bei einem Behandlungsfehler zum Schadensersatz verpflichtet sein. So muss ein Apotheker, der ein vom Arzt offensichtlich falsch verordnetes Medikament herausgibt, für den Schaden des Patienten haften, wenn die Fehlmedikation für diesen ursächlich war. Das hat das Oberlandesgericht (OLG) Köln entschieden. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Urteils wurde eine Revision beim Bundesgerichtshof zugelassen. Im konkreten Fall hatte ein Arzt einem Säugling mit Downsyndrom und angeborenem Herzfehler ein herzstärkendes Medikament in achtfacher Überdosierung verordnet. Der Apotheker erkannte den Fehler nicht und hat das Medikament herausgegeben. Die Richter begründeten ihre Entscheidung damit, dass der Apotheker angesichts des hochgefährlichen Medikaments hätte in besonderer Weise Sorgfalt walten lassen müssen. Da sich »das Zusammenwirken von Arzt, Apotheker und Medikament« in solchen Fällen nicht sinnvoll trennen lasse, müssten Arzt und Apotheker auch gemeinsam für den Fehler einstehen, urteilten die Richter.

Pflege: Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Jedes Jahr prüft der MDK die Qualität von etwa 12 000 ambulanten Pflegediensten und 12 000 stationären Pflegeeinrichtungen. Für eine bundesweit einheitliche Qualitätsprüfung und Berichterstattung hat der gkv-Spitzenverband im Juli Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung beschlossen. Neben länderübergreifenden Audits in Form der gegenseitigen Begleitung von Qualitätsprüfungen ist die Analyse der Qualität der Prüfberichte vorgesehen. Darüber hinaus soll die Perspektive der Kunden – Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen – in die Ergebnisse einfließen, die jährlich in einem Bericht zusammengefasst werden. Die Prüfinstrumente und das zugrundeliegende Konzept sollen bis zum 31. Dezember 2013 weiter konkretisiert und erstmals ab dem Jahr 2014 regelhaft zum Einsatz kommen. Zusätzlich wird ein Gremium aus Vertretern der Wissenschaft, des gkv-Spitzenverbandes, des MDK, des Verbraucherschutzes, der Betroffenenorganisationen, der Leistungserbringerverbände sowie der Landesverbände der Pflegekassen die Qualitätssicherungsmaßnahmen begleiten.

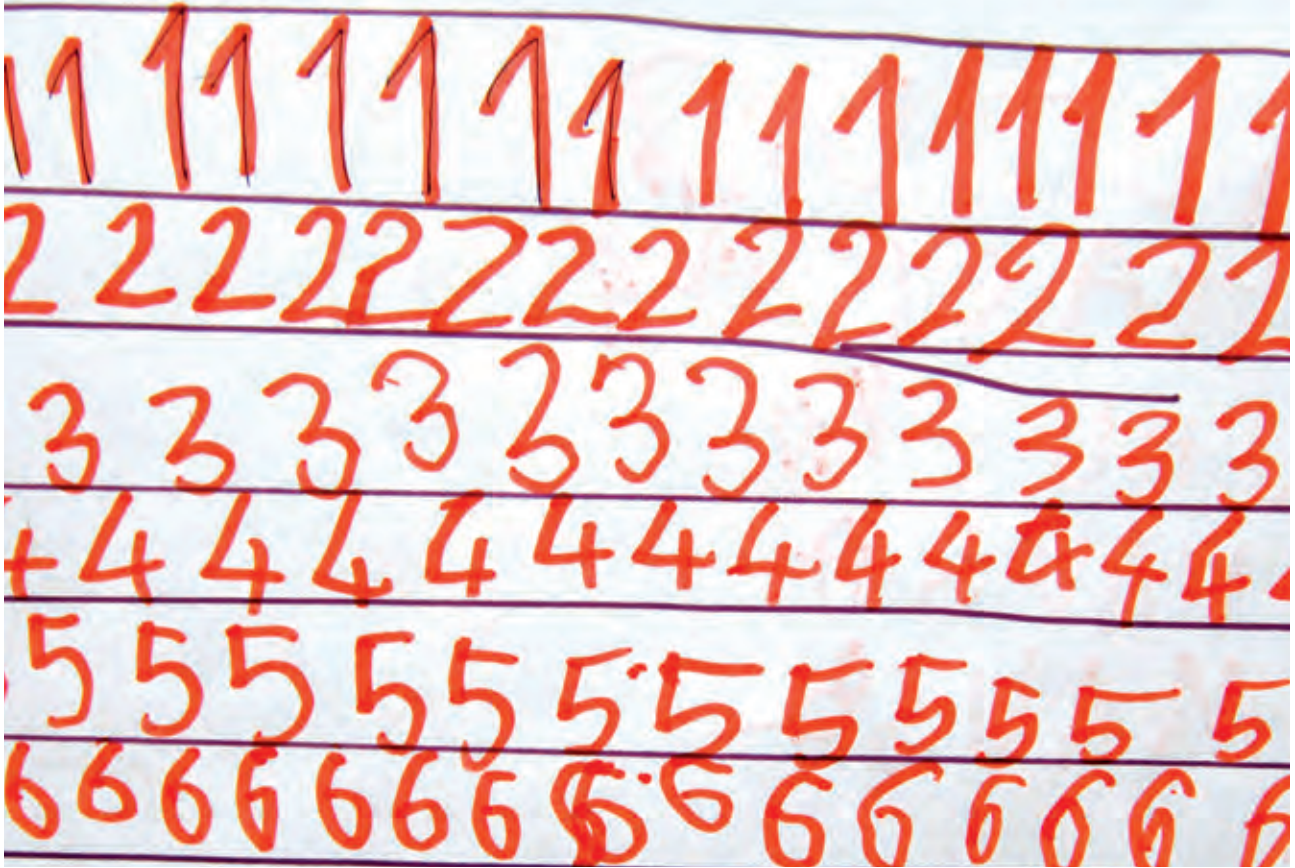
Hilfe für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer seltenen Erkrankung. Die Seltenheit der einzelnen Erkrankungen erschwert aus medizinischen und ökonomischen Gründen die Forschung und medizinische Versorgung. Um den Betroffenen schnell zu einer Diagnose zu verhelfen und die Versorgung zu verbessern, hat das Bundeskabinett am 28. August einen Nationalen Aktionsplan beschlossen. Der Plan wurde vom »Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen« (NAMSE) auf Initiative des BMG erstellt. Kernpunkt ist der Aufbau von Zentren und Netzwerken, in denen Kompetenzen gebündelt werden. In der EU gilt eine Krankheit als selten, wenn nicht mehr als fünf von zehntausend Menschen in der EU von ihr betroffen sind. www.namse.de

Mangelhafte Brustimplantate: AOK Bayern verklagt TÜV Rheinland

Im Zusammenhang mit dem Skandal um mangelhafte Brustimplantate des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse (PIP) hat die AOK Bayern Klage gegen den TÜV Rheinland beim Landgericht Nürnberg-Fürth eingereicht. Die AOK Bayern habe Folgeoperationen bei 27 versicherten Frauen bezahlen müssen, um mangelhafte Implantate des Herstellers PIP entfernen zu lassen, bestätigte ein Sprecher der Kasse einen Bericht des *Handelsblatts*. Das Geld für die Operationen – insgesamt etwa € 50 000 – fordert die AOK Bayern jetzt vom TÜV Rheinland als Schadenersatz. Der TÜV Rheinland hatte das Qualitätsmanagement des Herstellers PIP zertifiziert. Dabei ist der TÜV Rheinland nach Auffassung der AOK Bayern seiner Pflicht nicht angemessen nachgekommen. Mehr als 5000 Frauen in Deutschland tragen die als besonders reißanfällig geltenden PIP-Brustimplantate. Krankenkassen und Medizinischer Dienst fordern bereits seit längerem strengere Regeln für die Zulassung von Medizinprodukten.

Gute Frage: **Brauchen wir eine bessere Statistikkompetenz bei Ärzten?**



CHANCEN FÜR EINE DEUTLICH BESSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG sieht der Bildungsforscher Prof. Dr. Gerd Gigerenzer. Der Direktor des Harding Zentrums für Risikokompetenz am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung fordert dafür unter anderem eine »statistische Alphabetisierung« von Ärzten, damit diese Nutzen und Risiken einer medizinischen Intervention interessenneutral beurteilen und Patienten informierter beraten können.

Herr Prof. Gigerenzer, Statistik und Medizin, da denkt man schnell an die medizinische Forschung. Welche Relevanz hat Statistik für die medizinische Praxis?

Hinter jeder Verordnung, Untersuchung oder Behandlung – sei es in der Arztpraxis oder im Krankenhaus – stehen Fragen zu Nutzen und Risiken. Ist dieses Medikament oder Verfahren für mich richtig? Brauche ich tatsächlich eine Computertomografie? Ist es nötig, dass meinem Kind die Mandeln entfernt oder mir eine Hüftprothese eingesetzt wird? Was bringt mir die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung? Was bedeutet ein bestimmtes Testergebnis für mich? Wer Patienten bei den Antworten kompetent unterstützen

soll – und das sind die Ärzte in der medizinischen Praxis –, muss sich mit den Ergebnissen der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung befassen. Und dabei handelt es sich vor allem um statistische Informationen.

Wie kommen Ärzte an solche Informationen?

Hier gibt es zwei Kernprobleme: Viele wissenschaftliche Erkenntnisse sind gar nicht zugänglich. Wenn sie zugänglich sind, werden sie in der Regel zunächst in den medizinischen Fachzeitschriften publiziert. Doch häufig werden die statistischen Informationen in diesen Artikeln so angeboten – ich sage »verdreht« –, dass sie wenig transparent sind und leicht missverstanden werden können.

Was meinen Sie mit »verdreht«?

Haben Sie ein Beispiel?

Nehmen wir Angaben zu Nutzen und Schaden. Diese können Sie unterschiedlich abbilden: als absolutes Risiko oder als relatives Risiko. Das spielt auch beim Thema Früherkennung eine große Rolle – etwa bei der Beurteilung der Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs. 1996 ergaben Untersuchungen, dass von je tausend Frauen, die über zehn Jahre an der Früherkennung teilnahmen, drei Frauen an Brustkrebs starben, von je tausend Frauen, die über diesen Zeitraum nicht an der Früherkennung teilnahmen, starben vier Frauen. Das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, verringerte sich also nach dieser Studie

um eine von tausend Frauen durch die Teilnahme an der Mammografie.

Doch statt dieses absolute Risiko darzustellen, wurde der Sachverhalt häufig verkürzt auf die Information: Ohne Mammografie sterben vier Frauen an Brustkrebs, mit Mammografie sind es drei Frauen. Dieser Rückgang von vier auf drei wurde dann als Senkung um 25% ausgewiesen. So kann leicht der Eindruck entstehen: Wenn eine Frau an der Mammografie teilnimmt, senkt sie ihr Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25%.

Diese relative Darstellung unterschlägt, auf welche Größe sich die Zahl der verstorbenen Frauen bezieht, in diesem Fall jeweils tausend Frauen. Sehen Sie den Unterschied? Wir haben es in absoluten Zahlen mit einer Verringerung des Risikos um eins von tausend zu tun, bei der Verwendung von relativen Größen wird aus der Angabe »eins von tausend« schnell eine Risikosenkung um 25%, eine wunderbare Vervielfachung um das 250-Fache. Welche Art der Darstellung gewählt wird, kann also erheblichen Einfluss darauf haben, welche Botschaft beim Empfänger ankommt.

Wie häufig werden medizinisch-wissenschaftliche Informationen in statistisch missverständlicher Weise publiziert? Handelt es sich nicht eher um ein Randphänomen?

Nein, ganz und gar nicht. Eine Untersuchung vor einigen Jahren ergab, dass so etwas in jedem dritten Artikel in den top-medizinischen Zeitschriften passiert. Also auch in so renommierten Fachzeitschriften wie dem *Journal of*

the American Medical Association (JAMA) oder dem *British Medical Journal (BMJ)*. In den Artikeln wurden z. B. statistische Informationen über Nutzen und Risiken so aufbereitet, dass der Nutzen möglichst groß (meist über die Angabe von relativen Risiken) und der Schaden möglichst gering ausgewiesen wurde (meist über die Verwendung von absoluten Risiken). Aber das ist nur ein Trick von mehreren. Und diese »verdrehte« Darstellung zieht dann weitere Kreise bis hin in die Tagespresse oder Informationsbroschüren für Ärzte und für Patienten.

Halten wir fest: Es gibt verschiedene Möglichkeiten, statistische Informationen über die Ergebnisse medizinischer Forschung zu verdrehen, und diese werden auch häufig genutzt, sogar in renommierten medizinischen Fachzeitschriften. Was können Ärzte dagegen setzen?

Zunächst einmal sollten Ärzte natürlich wissen, dass es diese Möglichkeiten der »Informationsverdrehung« gibt und dass sie genutzt werden. Doch das allein hilft nicht weiter, wenn ihnen das Rüstzeug fehlt, um die Qualität von statistischen Informationen kritisch zu beurteilen. Studien haben gezeigt, und das deckt sich auch mit meinen persönlichen Erfahrungen aus Kursen mit etwa tausend Ärzten: Es ist nicht gelegentlich ein Arzt, sondern die Mehrzahl, die mit solchen Tricks hereingelegt werden kann, weil ihnen das statistische Know-how fehlt. Und nicht selten höre ich von Medizinern Sätze wie: »Wissen Sie, ich stehe mit der Mathematik auf Kriegsfuß und vermeide es deshalb, meinen Patienten Zahlen zu nennen.«

Wer ist denn gefordert bzw. was muss sich ändern, wenn es darum geht, die statistische Kompetenz von Ärzten zu verbessern?

Ich sehe bei den medizinischen Fakultäten eine ganz wichtige Funktion in der Ausbildung. Denn anders als bei anbieterfinanzierten Fortbildungen – die in der Medizin ja keine Seltenheit sind – dürfen wir uns von den Fakultäten neutrale Informationen erwarten. Statistik ist zwar bereits jetzt ein Muss im Medizinstudium, Umfragen unseres Instituts zeigten jedoch, dass ihr Stellenwert von den Fakultäten immer noch vergleichsweise niedrig einge-

schätzt wird. Die Lehre von heute ist vor allem an statistischen Techniken orientiert, die Verknüpfung zu realen Problemen in der medizinischen Versorgung aber fehlt meistens.

Hier liegt auch der erste Ansatz für Veränderungen: Praktische Beispiele aus der Medizin eignen sich sehr gut, um das Interesse der Studierenden an statistischen Fragestellungen zu erhöhen. Darüber hinaus sollten sie lernen, welche statistischen Prinzipien sie auf welche Fragestellungen im medizinischen Alltag anwenden und wo sie die relevanten Informationen beschaffen können. Zweitens muss es darum gehen, auch Techniken der Risikokommunikation zu vermitteln. Also Wissen darüber, dass statistische Informationen auf zweierlei Weise aufbereitet werden können – leicht und verständlich oder nichttransparent und damit schnell irreführend – und wie das funktioniert.

*Das Gespräch führte
Elke Grünhagen*

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Literaturtipp

Weitergehende Informationen, Wahrscheinlichkeitsberechnungen und Beispiele für »transparente« und »intransparente« Risikokommunikation finden Sie im Buch *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin – Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*, herausgegeben von GERD GIGERENZER / J. A. MUIR GRAY, Berlin 2013.





Gelber Schein für die Psyche

DIE ARBEITSWELT VERÄNDERT IHR GESICHT: Globalisierung, Automatisierung, Rationalisierung und Flexibilisierung gehen an den Arbeitnehmern nicht spurlos vorbei. Immer häufiger werden psychische Erkrankungen diagnostiziert. Großes menschliches Leid, aber auch erhebliche Behandlungskosten und volkswirtschaftliche Einbußen sind die Folgen. Es ist darum nicht nur menschlich geboten, sondern auch wirtschaftlich vernünftig, den tieferen Ursachen dieser Entwicklung auf den Grund zu gehen, um jedem einzelnen Betroffenen bestmöglich helfen zu können.

Der Krankenstand, also die Quote der krankheitsbedingt fehlenden Arbeitnehmer in Deutschland, liegt seit zehn Jahren auf einem relativ niedrigen Niveau von unter 4%. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten steigen nach einem historischen Tiefstand im Jahr 2005 (mit 12,7 Tagen pro Beschäftigtem) allmählich wieder an, bei BKK-Versicherten etwa auf 16,4 Tage im Jahr 2012.

Psychische Probleme auf dem Vormarsch

Deutlich verändert haben sich jedoch die Gründe für die Fehlzeiten: Lange Zeit waren körperliche Erkrankungen wie Atemwegsinfektionen oder Muskel- und Skeletterkrankungen die wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Doch seit etwa 15 Jahren holen die psychischen Erkrankungen rasant auf. Ihr Anteil an den AU-Tagen hat sich seit dem Jahr 2000 etwa verdoppelt. Meist sind Depressionen der Grund, oft auch Anpassungsstörungen und andere neurotische sowie somatoforme Störungen. Unter DAK-Versicherten beispielsweise nahmen binnen zwölf Jahren die Fehlitage aufgrund von Depressionen um mehr als 280% zu – eine Entwicklung, die sich auch in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung des Medizinischen Dienstes widerspiegelt. Experten schätzen, dass in jedem dritten Fall, den die Krankenkassen dem MDK zur Begutachtung vorlegen, der Arbeitsunfähigkeit eine psychische Diagnose zugrunde liegt.

Dass immer häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert werden, ist zum Teil auf einen Bewusstseinswandel bei Patienten und Ärzten zurückzuführen. Arbeit-

Psychische Erkrankungen werden heute eher beim Namen genannt

nehmer sprechen heute viel offener als früher über seelische Nöte. Auch bei den Ärzten hat ein Umdenken eingesetzt. Früher wurden psychisch bedingte Gesundheits-

probleme oft mit somatischen Gründen »wegerklärt«, mittlerweile werden sie zunehmend als eigenständige Erkrankung (an)erkannt. Immerhin rund jeder dritte Hausarzt fragt mittlerweile gezielt nach psychischen Belastungen auf der Arbeit, ergab eine Umfrage. Auch der *Fehlzeitenreport 2012* der AOK, erschienen im Springer Verlag, widmet sich dem Thema »Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren« und analysiert Zahlen und Daten aus allen Branchen der Wirtschaft.

Burnout: Ein Begriff macht Karriere

Eine geradezu beispiellose »Karriere« machte der Burnout. Die Bundespsychotherapeutenkammer konstatierte

in einer 2012 veröffentlichten Studie, die Zahl der Fehlitage aufgrund von Burnout sei seit 2004 explosionsartig um fast 1400% gestiegen – auf jetzt neun Fehlitage je hundert Versicherte. Dabei gilt der Burnout nicht einmal als eigenständige Erkrankung, sondern wird in der ICD-10, der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, nur als Einflussfaktor erfasst. Die rasant gestiegenen Zahlen beziehen sich auf die »Zusatzdiagnose« z 73: »Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung«. Bei immerhin 15% der Burnout-Diagnosen, die 2011 eine Krankschreibung begründeten, war keine weitere »echte« Erkrankung dokumentiert.

DGB: Stress am Arbeitsplatz wird von der Ausnahme zur Regel

Schöne neue Arbeitswelt

Hat also nicht die Zahl der Erkrankungen zugenommen, sondern nur die Zahl der Diagnosen? Nein. Der tiefgreifende Wandel der Arbeitswelt verlangt den Menschen



sehr viel ab. Mit den heutigen Rentnern treten auch die bisher üblichen Vollzeit-Arbeitsverhältnisse in Festanstellung allmählich in den Ruhestand. Auf drei solche »Normalarbeitnehmer« kam nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2012 ein »atypisch Beschäftigter«, der sich auf einem befristeten Vertrag, in Teilzeit, als Zeitarbeiter oder 400-Euro-Jobber seine Brötchen verdiente.

Hinzu kommt der Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft. Stießen die »Malocher« früherer Zeiten eher an die Grenze ihrer physischen Belastbarkeit,

so arbeiten heute offenbar immer mehr Beschäftigte am Limit ihrer psychischen Kräfte. Der branchenübergreifende »DGB-Index Gute Arbeit« kam 2012 zu dem ernüchternden Fazit: »Stress am Arbeitsplatz wird von der Ausnahme zur Regel.« Mehr als die Hälfte der Arbeitnehmer müsse ihre Arbeit häufig gehetzt und unter Zeitdruck erledigen, jeder fünfte Arbeitnehmer mache mindestens zehn Überstunden pro Woche.

Stärker noch als ihre europäischen Nachbarn fühlen sich Erwerbstätige in Deutschland durch starken Termin- und Leistungsdruck und ein hohes Arbeitstempo belastet. Das geht aus dem Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz hervor. Gefährlich ist die ständige Erreichbar-

Arbeitsschutz ebenso ernst zu nehmen wie physische Belastung.«

Stressfaktoren haben allerdings nicht zwangsläufig negative Folgen für die Gesundheit. Art und Umfang der Belastung spielen eine wichtige Rolle, und es gibt Ressourcen, die ausgleichend wirken können. Um Arbeit menschengerecht zu gestalten, tut ein ganzheitlicher Blick not. Ein ergonomisch gestalteter Arbeitsplatz garantiert noch keinen gesunden Mitarbeiter, auch auf die Personalführung kommt es an. Je öfter Mitarbeiter Unterstützung von Vorgesetzten bekommen, desto weniger gesundheitliche Beschwerden haben sie, zeigen Studien. Auch ein gutes soziales Klima und eine gewisse Entscheidungsfreiheit bei der Arbeitsplanung machen es leichter, mit Arbeitsbelastungen umzugehen.

**Schutzfaktor Chef:
mehr Unterstützung –
weniger Probleme**

Mit vereinten Kräften

Die gesetzlichen Krankenkassen bauen ihre Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung seit Jahren kontinuierlich aus und investieren hier freiwillig deutlich mehr als den vom Gesetzgeber vorgegebenen Mindestbetrag. Sie nutzen lebensweltbezogene Präventionsansätze, kümmern sich daneben aber auch um jeden Einzelfall. Das ist gerade bei psychischen Erkrankungen wichtig. Hier hängt viel von der frühzeitigen und richtigen Behandlung ab, denn eine Langzeitarbeitsunfähigkeit birgt die Gefahr des sozialen Abstiegs.

So flexibel sich die Arbeitswelt entwickelt hat, so vielfältig sind nicht nur ihre Chancen, sondern auch die verborgenen Fallstricke. Hier sind alle Beteiligten, nicht nur Arbeitnehmer, Familie und Arbeitgeber, sondern auch die behandelnden Ärzte und Krankenkassen, gefordert, Präventionsmöglichkeiten zu schaffen, Warnzeichen zu erkennen und den Betroffenen wieder auf den Weg zurück in den Alltag zu begleiten.



keit. Schon wer nur ab und zu auch nach Feierabend parat stehen muss, trägt ein höheres Risiko, wegen einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben zu werden.

Der Preis, den die Gesellschaft und der einzelne Mensch zahlen, ist erschreckend hoch: Allein die Behandlungsausgaben der AOK für psychische Erkrankungen stiegen von 2004 bis 2011 um über eine Milliarde Euro auf 9,5 Milliarden. Die Bundesregierung errechnete, dass psychische Erkrankungen in den bundesdeutschen Betrieben jährlich Produktionsausfälle von knapp 29 Milliarden Euro verursachen. Hinter diesen Zahlen aber verbirgt sich vielfaches menschliches Leid. Wer aufgrund einer psychischen Erkrankung ausfällt, ist in der Regel deutlich länger krank als bei anderen Gesundheitsproblemen; 2011 lag der Bundesdurchschnitt bei dreißig Tagen. Und so mancher erholt sich gar nicht mehr – seelische Leiden sind die häufigste Ursache für Frühverrentungen.

Was hilft?

Anfang 2013 scheiterte der Deutsche Gewerkschaftsbund mit seiner Forderung nach einer gesetzlichen »Anti-Stress-Verordnung«. Nach langem Tauziehen einigten sich Bundesregierung, Arbeitgeber und Gewerkschaft nun im September auf eine »Gemeinsame Erklärung« zum Schutz der Arbeitnehmer vor wachsenden psychischen Belastungen im Job. Eine Kernaussage darin lautet: »Psychische Belastung und ihre möglichen negativen Folgen sind beim



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

Interview mit Prof. Holsboer

Burnout: Der Hype um die kranke Seele –

oder die Karriere eines neuen Begriffs?

FAST 100 000 MENSCHEN wurden 2012 wegen Burnout krankgeschrieben. Diese Diagnose wird – im Gegensatz zur Depression – häufig akzeptiert. Mehr noch: Wer heute »ausgebrannt« ist, hat vorher alles gegeben, hat »für etwas gebrannt«. Ist der Burnout eine Trophäe für moderne Helden der Arbeit, ein Modewort oder eine eigenständige Erkrankung? MDK Forum sprach mit Prof. Dr. Florian Holsboer, dem Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München.

MDK Forum Ein Schwerpunkt Ihrer Arbeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie ist die Erforschung und die klinische Behandlung von Depressionen. Wie lässt sich eine Depression oder auch ein Burnout diagnostizieren?

Prof. Dr. Florian Holsboer Wir können uns nicht wie der Radiologe auf ein Röntgenbild, wie der Neurologe auf Hirnstromtätigkeiten oder wie der Internist auf Laborwerte stützen. Alles, was wir nach heutigem Vorgehen bei der Diagnosestellung zur Verfügung haben, sind Informationen, die wir auf der Ebene der mündlichen Kommunikation erhalten. Dabei gibt es ein

Prof. Dr. Florian Holsboer



bestimmtes Schema mit neun Fragen. Sind fünf davon positiv beantwortet, ist es eine Depression. Wenn es nur vier sind, dann ist es keine. Das zeigt ja schon die Beliebigkeit. Wir haben keine objektiven Kriterien, weshalb eine Depressionsdiagnose immer mit einer gewissen Unsicherheit versehen ist.

Wobei man heute sicherlich eher bereit ist, eine Depression zu diagnostizieren. Sie ist nicht mehr so stark stigmatisiert wie früher. Deshalb nehmen die Zahlen auch zu. Hochgerechnet lässt sich sagen, dass drei bis vier Millionen Menschen am heutigen Tag beziehungsweise im heutigen Monat an einer Depression erkrankt sind. Das ist sehr viel. Wobei ich überzeugt bin, dass es keine echte Zunahme ist. Früher hatte man oft vielfältige körperliche Beschwerden angegeben, für die es keine medizinische Erklärung gab. Dahinter hatten sich in Wirklichkeit Depressionen verborgen. Aber diese Depressionen hatten ein Stigma. Deswegen ist daraus auch der Burnout geworden – denn ein Burnout ist etwas, was man haben darf.

MDK Forum Bedeutet das, Burnout ist nur eine Umschreibung der Depression?

Holsboer Es fällt sicherlich vieles unter den Begriff Burnout, was in Wirklichkeit eine Depression ist. Aber so einfach will ich es mir gar nicht machen.

Der Begriff Burnout ist zunächst aus einem arbeitspsychologischen Kontext bei bestimmten Berufsgruppen entstanden. Hierzu zählen beispielsweise Altenpfleger, die bei ihrer Arbeit mit alten und pflegebedürftigen Patienten kaum positives Feedback bekommen, obwohl sie sich dafür aufopfern.

Als Konstrukt der Arbeitspsychologie beschreibt der Burnout demnach den chronisch Überlasteten und chronisch in der Arbeit Gestressten, der keine positive Verstärkung, keine Anerkennung bekommt. Er ist emotional erschöpft und wird allmählich zynisch, erfährt eine ständig verminderte subjektive Leistungsbewertung.

Wenn man das auf den allgemeinen Arbeitsprozess überträgt, dann sind das diejenigen, die dazu neigen, besonders sorgfältig, besonders arbeitsam, besonders beflissen zu sein, hohe Selbstbewertungsmaßstäbe an sich anlegen, aber dafür keine Anerkennung bekommen. Weil sie diese nicht bekommen, tun sie immer mehr und gehen über ihre eigenen Leistungsgrenzen hinaus, um schließlich tatsächlich völlig erschöpft zu sein. Aus dieser Erschöpfung heraus verfallen dann diejenigen, die eine Disposition dafür haben, in eine Depression. Ich muss also gar nicht zwischen Burnout und Depression unterscheiden. Wir behandeln ja keine Diagnosen, sondern Beschwerden.

MDK Forum Sie haben es gerade angesprochen: Gefährdet sind diejenigen, die eine Disposition haben. Warum erkranken manche Menschen in dieser Situation und andere nicht?

Holsboer Wenn wir gesund sind, sind

wir alle stolz auf unsere Persönlichkeit, unsere Einmaligkeit, unsere Individualität. Das Eigenartige ist: Die Durchdringung der Heilkunst durch Naturwissenschaften schafft allgemeine Kategorien. Plötzlich finden sich all diejenigen, die ein ähnliches Leiden haben, unter einem gemeinsamen Schirm wieder, als ob die Krankheit eine Normabweichung sei – und als ob wir dementsprechend vorher eine Norm gewesen wären, eine gesunde Norm. Aber dem ist ja nicht so. In der Krankheit behält jeder seine Individualität. Sie entsteht durch unser Leben, unsere Biografie. Schon bevor wir auf die Welt kommen, prasselt im Mutterleib alles Mögliche auf uns ein. Je länger wir leben, desto mehr wird das, was wir auf unserer genetischen Blaupause haben, geformt. Eineiige Zwillinge, die in unterschiedlichen Umgebungen und unter verschiedenen Belastungen oder Förderungen aufwachsen, entwickeln sich unterschiedlich. Wir können also aufgrund unserer Erbsubstanz, aber auch aufgrund unserer Biografie eine Disposition oder eben eine Resilienz, eine Widerstandskraft gegen psychische Erkrankungen entwickeln. Je nachdem, wie die Umwelt unsere Erbsubstanz im Laufe des Lebens geformt hat, können wir einer solchen Überlastungssituation etwas entgegensetzen oder eben nicht – und dann erkranken.

MDK Forum Oft heißt es, diese Überlastungssituationen wie Termindruck, flexible Arbeitszeiten und ständige Erreichbarkeit nehmen zu. Fördern die modernen Arbeitsbedingungen ein Burnout oder eine Depression?

Holsboer Natürlich gibt es Menschen wie kürzlich den Swisscom-Chef Carsten Schloter, der unter Stress stehend depressiv wurde und Suizid begangen hat. Er war einer dieser Manager, die von einem Termin zum nächsten hasten und überhaupt keine Lebenszeit mehr für sich haben. Sie sind schon gefährdet, aber das ist ja nur eine ganz kleine Zahl. Der Arbeitnehmer im Volkswagen-Werk wird wahrscheinlich nicht nachts um 11 Uhr angerufen und gefragt, wo seine Zange liegt. Die Mehrheit der Werk-tätigen ist überhaupt nicht in diesem 24/7-Rhythmus. Manchmal wird das sehr übertrieben. Sonst müssten ja auch alle, die im Management ohne streng vorgegebene Arbeitszeiten

arbeiten, besonders leicht erkranken. Aber das ist überhaupt nicht der Fall. Die meisten psychischen Erkrankungen finden Sie bei Lehrern, Erziehern und Krankenschwestern. Zwar gibt es dort auch Nachtdienste, aber danach gibt es entsprechend freie Tage. Das Jahr hat 8700 Stunden, wenn ich die 1600 Arbeitsstunden, die wir so im Schnitt haben, abziehe, dann bleiben immer noch 7100 zum Ausruhen übrig. Das ist ja eine ganz Menge.

MDK Forum Gibt es Warnzeichen, bei denen Betriebsärzte oder Freunde hellhörig werden sollten?

Holsboer Für mich ist Schlaf ein besonderer Indikator. Wenn der schlecht wird, dann muss man schon damit rechnen, dass da etwas im Busch ist. Wer in der Früh um 4 Uhr aufwacht und dann nicht mehr richtig einschlafen und sich auch nicht mehr richtig entspannen kann, wer letztendlich die Freude an den Dingen, die ihn einmal erfreut haben, verliert, der sollte hellhörig werden. Natürlich muss man die Veränderung immer im Zusammenhang mit der Persönlichkeit, wie sie vorher war, sehen.

Stellen Sie sich vor, ein neapolitanischer Psychiater geht nach Oslo. Er wird denken, die haben hier alle eine Depression! Und wenn der Austausch-kollege nach Neapel fährt, dann denkt der norwegische Psychiater, die haben dort alle eine Manie. Das ist etwas überspitzt formuliert, aber auch hier ist immer alles relativ, und am besten vergleicht man einen Patienten mit sich selbst. Wie war er vorher, wie ist er nachher? Deshalb ist auch das Befragen von Angehörigen enorm wichtig. Wenn die sagen, der freut sich irgendwie gar nicht mehr oder isst auch nicht mehr richtig, trinkt ein bisschen viel und schwingt ansonsten nicht mehr mit, dann sind das sehr wichtige frühe Alarmzeichen, die man oft gar nicht von den Betroffenen selbst hört. Die eigene Symptombeschreibung ist manchmal gar nicht sehr aussagekräftig.

MDK Forum Was halten Sie von Tests, die man im Internet selbst durchführen kann?

Holsboer Mit einem Schnelltest kann ich so etwas Komplexes wie eine Depression nicht verantwortungsvoll diagnostizieren. Vor kurzem habe ich im Internet wieder einen solchen Test

gefunden, schon die erste Frage ist dumm. Da heißt es: »Haben Sie öfter geweint?« Schwer Depressive weinen nicht. Das ist völlig naiv und ärgert mich, weil viele Menschen nicht zum Fachkundigen, einem klinischen Psychologen oder Psychiater, gehen, sondern sich in irgendwelchen Grauzonen tummeln und letztendlich dann einer derjenigen sein können, die sich jedes Jahr suizidieren. Wir haben offiziell 10 000 Suizide, inoffiziell 15 000. Alle 45 Minuten bringt sich also jemand in Deutschland um. Und auf jeden Suizid kommen zehn bis fünfzehn Suizidversuche – diese Menschen sind hinterher oft schwer verletzt. Es ist eine potenziell tödliche Krankheit, mit der wir es da zu tun haben. Da kann man nicht so lässig damit umgehen, als ob ein Schnelltest so etwas beantworten kann.

MDK Forum Was raten Sie jemandem, der das Gefühl hat, ausgebrannt zu sein oder vielleicht schon in die Depression zu rutschen?

Holsboer Ich empfehle, erst einmal selber zu versuchen, eine Struktur in das Arbeitsleben zu bringen, die solche Überforderungen mindestens einschränkt. Natürlich kann ich einem Manager nicht sagen, er solle jetzt nur noch dreißig Stunden in der Woche arbeiten. Aber er muss auch verstehen, dass man einige Dinge sicherlich auch weniger aufwendig lösen kann. Bei dem ständigen Herumreisen wird ja sehr viel übertrieben. Auch dieses »sich gegenüber allen verpflichtet fühlen« ist nicht geeignet. Und das Allererste, was ich Managern empfehle: Führen Sie doch mal ein Schlaftagebuch! Schreiben Sie in Form eines Balkens im Kalender auf, wann bin ich heute ins Bett gegangen, wie oft bin ich aufgewacht, wann bin ich aufgestanden. Und wenn diese Balken immer kürzer und zerhackter werden, dann ist das ein Grund, einfach mal genauer hinzuschauen und sich professionell beraten zu lassen.

*Das Gespräch führte
Dr. Martina Koesterke*

Psychische Erkrankungen

Die Risiken einer flexiblen Arbeitswelt

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN am Arbeitsplatz nehmen zu und führen vermehrt zu Arbeitsausfällen. Laut aktuellem Gesundheitsbericht der DAK sind sie die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit: 1997 gingen 2,5 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre auf psychische Erkrankungen zurück. 2012 sind es bereits 6,1 Fälle. Dr. Nick Kratzer befasst sich seit langem intensiv mit Veränderungen in der betrieblichen Leistungssteuerung und den Folgen für die Beschäftigten.

Zwei Entwicklungen sind es, die zum Anstieg der Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen beitragen: Zum einen die steigende Anzahl der Diagnosen, zum anderen, dass die Erkrankungen langwieriger und die Ausfallzeiten entsprechend länger sind. Dabei dominieren zwei Gruppen von Krankheitsarten bzw. Krankheiten: Auf die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen entfallen 46% der Fehltag, auf affektive Störungen 44%. Die verbleibenden 10% setzen sich aus Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und »harten« psychiatrischen Störungen wie Schizophrenie und Wahnvorstellungen zusammen.

Der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf das psychische Wohlbefinden

Die Burnout-Diagnose ist zum Symbol für eine Arbeitswelt geworden, in der psychische Überlastung das große Thema ist. Während aber die einen von einer »Burnout-Epidemie« sprechen, sehen andere vor allem eine »Burnout-Hysterie«: Die Diagnose Burnout, so Christian Weber in der *Süddeutschen Zeitung* (2011), sage weniger etwas über das tatsächliche Erkrankungsgeschehen aus, dafür umso mehr über eine Medienwelt, die immer mal wieder eine neue Titelgeschichte sucht. Der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Arbeitswelt sei nämlich alles andere als eindeutig.

Die zentrale Frage lautet daher: Welchen Einfluss haben die Arbeitsbedingungen auf das psychische Wohlbefinden von Beschäftigten? Und damit verbunden: Verändern sich die Arbeitsbedingungen eigentlich zum Schlechteren oder zum Besseren? In einer von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geförderten

psychologischen Studie der Philipps-Universität Marburg aus dem Jahr 2010 sollte mit objektiven Analyseverfahren bestimmt werden, ob und welche Arbeitsbedingungen Ursache depressiver Störungen sind. Ergebnis: Steigt die objektiv gemessene Arbeitsintensität, dann steigt auch das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken.

terhin ein Thema, aber ganz vorne und mit noch wachsender Bedeutung kommen die psychischen Belastungen. Nach Ergebnissen der GEDA-Befragung (GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell) des Robert-Koch-Instituts arbeiten 2010 rund 40% aller Erwerbstätigen häufig »unter Zeit-/Leistungsdruck«. Im Fehlzeitenreport des Wissenschaftlichen Instituts (Wido) der AOK (2012) berichten die Befragten nicht nur über Erschöpfung (20,8%) oder das Problem, in der Freizeit nicht abschalten zu können (20,1%), sondern auch über Kopfschmerzen (13,5%) oder Niedergeschlagenheit (11,3%). Dass dabei auch Merkmale der Arbeitssituation eine Rolle spielen, wird deutlich, wenn man die Ergebnisse nach Arbeitsbedingungen differenziert: Im Durchschnitt hat jeder Beschäftigte in den letzten vier Wochen 1,5 dieser Beschwerden. Beschäftigte,



die häufig Beruf und Freizeit nicht vereinbar bekommen, klagen dagegen über 3,2 und damit mehr als doppelt so viele Beschwerden. Ähnlich wirkt sich aus, wenn man häufig private zugunsten beruflicher Belange zurückstellt, auch an Sonn- und Feiertagen arbeitet oder Überstunden leistet.

Immer mehr Menschen leiden in und an der Arbeit

Angesichts solcher Befunde wird deutlich, dass die Arbeitsbedingungen für die Frage von Wohlbefinden und

Mit der Arbeitsintensität steigt das Risiko einer depressiven Störung

psychologischen Studie der Philipps-Universität Marburg aus dem Jahr 2010 sollte mit objektiven Analyseverfahren bestimmt werden, ob und welche Arbeitsbedingungen Ursache depressiver Störungen sind. Ergebnis: Steigt die objektiv gemessene Arbeitsintensität, dann steigt auch das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken.

Und auch wenn man Beschäftigte fragt, erhält man ein klares Ergebnis: Körperliche Belastungen sind zwar wei-

Gesundheit eine erhebliche Rolle spielen. Dass mehr und mehr Menschen in und an der Arbeit leiden, ist kaum wozu diskutieren.

Mehr Freiraum – mehr Lust oder mehr Last?

Bleibt die zweite These, dass sich die Arbeitsbedingungen über die letzten Jahrzehnte erheblich verbessert hätten und insbesondere die Freiheitsgrade in der Arbeit angesichts flacherer Hierarchien und höherer Eigenverantwortung gestiegen seien.

Unzweifelhaft gibt es mehr Standardisierung und mehr Controlling. IT-Fachkräfte arbeiten nach Projektplan, Ingenieure haben harte Terminvorgaben, Kundenberater bekommen nicht nur Verkaufsquoten vorgegeben, sondern auch, was sie wann und wie dem Kunden sagen sollen. Und dennoch: Die Freiheiten sind groß, größer als früher. Statistiken zeigen eine Arbeitswelt, in der eine Mehrheit der Beschäftigten über Gestaltung- und Entscheidungsspielräume verfügt. In den aktuellen Daten zum »Stressreport« der BAuA etwa geben rund zwei Drittel (67%) der Beschäftigten an, dass sie ihre Arbeit »selbst planen und einteilen können«. Passend dazu auch die Ergebnisse einer Untersuchung von Zok (2011) zur Auswirkung des Führungsverhaltens auf die Gesundheit: Nur knapp 17% der rund 28 000 Befragten geben an, dass sie »sich von ihrem Vorgesetzten stark kontrolliert« fühlen, entsprechend sagen 83%, dies sei selten oder nie der Fall.

Es gibt also Freiheiten, aber ganz offensichtlich verhindern sie nicht (mehr), dass hohe Arbeitsanforderungen als belastend erlebt werden und am Ende auch krank machen können. Es sind – neben den quantitativ steigenden Anforderungen – unseren Befunden nach vor allem die Widersprüche der gegenwärtigen Arbeitswelt, die vielen Beschäftigten und Führungskräften das Leben schwer machen. Der erste Widerspruch: Den steigenden Anforderungen stehen geringe, oft sogar schrumpfende Ressourcen gegenüber. Die Ziele sind oft eigentlich »unerreichbar«. Neu ist nicht, dass steigende Anforderungen als Belastung wirksam werden (können), neu ist aber, dass nun die Beschäftigten dafür sorgen müssen, dass Anforderungen und Ressourcen zusammenpassen. Die Beschäftigten brauchen und bekommen bestimmte Freiheiten und Beteiligungsmöglichkeiten, können diese aber eben nicht wirklich »eigensinnig« nutzen, sondern müssen diese dafür einsetzen, mit einer »systematischen Überlastung« halbwegs zurechtzukommen.

Der zweite Widerspruch ist deshalb der zwischen Fremd- und Selbststeuerung: Echte Freiheiten in der Arbeit, aber kaum Mitsprache bei Ergebnisvorgaben (Termine, Umsätze, Erträge, Qualitätskennzahlen etc.) und den basalen Ressourcen (Personalbemessung, Investitionen etc.). Man darf bei allem mitreden, aber nicht bei den »harten« Einflussfaktoren.

Und drittens geraten Beschäftigte in Widerspruch zu sich selbst: Eigene arbeitsinhaltliche Orientierungen – etwa im Hinblick auf die Qualität des Produkts, der Behandlung oder der Beratung – geraten in Widerspruch zu fremdgesetzten Anforderungen. Man kann unter Zeitdruck oder angesichts fehlender Ressourcen seine Arbeit

nicht so machen, wie man es selbst eigentlich für richtig halten würde. Das führt nicht selten zu inneren Interessensgegensätzen: Beschäftigte wollen und müssen ihre Arbeit gut machen und dabei auch erfolgreich sein. Sie wollen aber auch ihre Gesundheit erhalten und genug Zeit für sich oder die Familie haben. Dass Arbeit und Gesundheit in Konflikt geraten (können), ist natürlich auch nicht neu, aber jetzt sind es die Beschäftigten selbst, die sich scheinbar freiwillig überlasten und gefährden.

Gesundheitsmanagement als Prophylaxe

Ob die Arbeitsbedingungen besser oder schlechter werden, ist also gar nicht so einfach zu sagen. Vieles ist sicher besser. Aber Beschäftigte stehen eben auch immer stärker unter Druck. Selbstbestimmung in der Arbeit verkommt dann zur Möglichkeit – und Pflicht –, sich und seine Ressourcen noch effizienter einzusetzen. Mehr Selbstbestim-



mung ist deshalb auch nicht mehr per se die Lösung. Benötigt wird unter anderem ein (Gesundheits-)Management, das mehr ist als das Angebot, sich selbst gesund zu erhalten: Es ist die wesentliche Aufgabe eines modernen Gesundheitsmanagements, die institutionelle Plattform für die Auseinandersetzung über das Verhältnis von Leistungsanforderungen und Leistbarkeit zu stellen. Die Beschäftigten sind dabei unbedingt einzubeziehen: Sie sind die Experten ihrer Arbeit und ihrer Gesundheit, sie sind der »Ort«, an dem Anforderungen und Ressourcen in letzter Instanz aufeinandertreffen – und eben oft und zunehmend als schmerzliche Erfahrung.



Dr. Nick Kratzer, Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V. ISF München.
nick.kratzer@isf-muenchen

Begutachtung von Langzeitarbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen

Wenn die Seele zum Ausstieg zwingt

EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG geht häufig mit lang dauernder Arbeitsunfähigkeit einher – für Betroffene eine oft monatelange Leidenszeit. Nicht selten schaltet die Krankenkasse auch den MDK ein. Ziel der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit ist es, den Behandlungserfolg zu sichern und Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Dabei unterstützen die Sozialmediziner des MDK auch die therapeutischen Bemühungen der behandelnden Ärzte und versuchen, notwendige Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig zu erkennen. Eine Fallgeschichte aus Bayern.

Seit drei Monaten ist die 53-jährige Frau K. aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode arbeitsunfähig. Ihre Kindheit und Jugend in einem osteuropäischen Land war sehr belastend. Im Alter von 35 Jahren kam sie zusammen mit ihrem Mann und zwei Kindern aus wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland. Hier ist ihr als Altenpflegerin eine gute soziale und berufliche Integration gelungen. Sie arbeitet seit vielen Jahren Vollzeit in einem Pflegeheim. Aufgrund von Kündigungen und Personalmangel stieg die Arbeitsbelastung in den vergangenen zwei Jahren zunehmend, das Arbeitsklima verschlechterte sich.

wobei Frau K. seit fünf Wochen auf einen Termin wartet. Die Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie ist Frau K. nicht bekannt. Die depressive Symptomatik bessert sich nicht. Eine Auseinandersetzung mit dem Arbeitsplatzkonflikt wird vermieden. Ein Ende der Arbeitsunfähigkeit ist nicht in Sicht.

Ein multifaktorielles Bedingungsgefüge

Die Geschichte von Frau K. ist kein Einzelfall. Sie zeigt: Eine psychische Erkrankung mit lang andauernder Arbeitsunfähigkeit erleben die Betroffenen als eine einschneidende Erfahrung, die potenziell ihre Existenz bedroht. Die Krankheitssymptome und die daraus resultierenden Behinderungen der sozialen und beruflichen Integration sind nur die sichtbare Spitze des Eisberges bzw. der Krankheitsproblematik.

Auf den ersten Blick oft nicht erkennbar ist ein darunter liegendes komplexes Gefüge von Faktoren, die die Krankheit auslösen und aufrechterhalten. Dazu gehören einerseits individuelle äußere Belastungen wie finanzielle Probleme, eine schwierige Wohnsituation oder Konflikte im beruflichen und sozialen Umfeld. Andererseits kommen auch gesellschaftliche Veränderungen hinzu wie hohe Anforderungen an Mobilität und Flexibilität, zunehmende Arbeitsverdichtung und Steigerung des Arbeitstempos. Eine Rolle spielen auch somatische und psychische Komorbiditäten sowie selbst schädigende Kompensationsstrategien wie pathologische Essgewohnheiten und Suchtverhalten. Nicht zuletzt tragen genetische Anlagen und in der frühen Kindheit durch ungünstige Bindungserfahrungen und Sozialisationsbedingungen erworbene dysfunktionale Persönlichkeits- und Beziehungsmuster zur Genese einer psychischen Erkrankung bei.

Krankheitssymptome sind nur die sichtbare Spitze des Eisberges



In dieser Zeit führten vermehrte Infekte und Rückenbeschwerden dazu, dass Frau K. mehrfach kurzfristig arbeitsunfähig war. Auch Erschöpfung, Schlafstörungen und Freudlosigkeit stellten sich schleichend ein. Nach mehreren hilflos erlebten Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz nahmen die depressiven Symptome akut zu, was zur aktuellen Arbeitsunfähigkeit führte.

Frau K. befindet sich bei ihrem Hausarzt in Behandlung, erhält ein niedrig dosiertes Antidepressivum und als Bedarfsmedikation ein Benzodiazepin, das sie mittlerweile täglich benötigt. Die Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist in die Wege geleitet,

Jeder Fall ist komplex – und dessen Steuerung auch Diese komplexen Entstehungsbedingungen erfordern eine differenzierte Fallsteuerung. Medizinische Faktoren, die psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelbar sind (z. B. Transmitterdysbalancen infolge genetischer Veran-

lagung oder unreife Stressbewältigungsmuster infolge ungünstiger Kindheitserfahrungen) sind zu trennen von psychosozialen Belastungsfaktoren, die akut oder anhaltend krankheitsauslösend wirken (z. B. Partnerschaftsprobleme, Pflege von Angehörigen, Arbeitslosigkeit, Tätigkeit im Niedriglohnbereich, Arbeitsplatzkonflikte).

Demzufolge hat die Fallsteuerung bei psychischen Erkrankungen zwei Zielrichtungen: Zum einen die Analyse der medizinischen Wirkfaktoren mit einer Anregung der entsprechenden Therapiemaßnahmen. Zum anderen ist eine Identifikation der individuellen psychosozialen Be-



lastungsfaktoren sinnvoll. Wenn der Versicherte es wünscht, können ihm hier zielgerichtet Beratungsmöglichkeiten angeboten werden.

Viele Betroffene warten vergeblich auf einen Therapieplatz

Hauptansprechpartner beim Auftreten von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind zunächst die Hausärzte. Daneben sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Institutsambulanzen, Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Dienste an der ambulanten Versorgung beteiligt. Im stationären Bereich werden voll- und teilstationäre psychiatrische, psychosomatische und suchtspezifische Krankenhaus- und Rehabilitationsabteilungen vorgehalten, daneben Spezialabteilungen für einzelne Indikationsbereiche. Trotzdem werden bis zu zwei Drittel der Betroffenen von einer fachspezifischen Behandlung nicht erreicht.

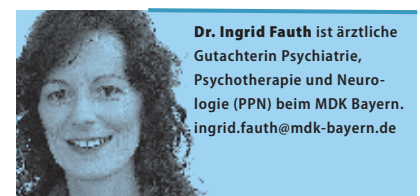
Die Gründe hierfür sind vielfältig. Angesichts der Fülle der Behandlungsmöglichkeiten fällt vielen Betroffenen, aber auch den behandelnden (Haus-)Ärzten die Orientierung schwer. Die einzelnen therapeutischen Angebote sind mit ihren Zugangswegen und Indikationskriterien wenig bekannt. Oft erscheint die Zuweisung zu einzelnen Behandlungsformen zufällig, eine Koordination der Behandlung fehlt weitgehend. Hinzu kommen lange Wartezeiten auf eine ambulante fachpsychiatrische Behandlung oder einen Platz in einem Verfahren der Richtlinienpsychotherapie. Dass der Zugang zur ambulanten Richtlinienpsychotherapie überwiegend über Selbstzuweisung erfolgt, stellt vor allem für Versicherte mit schweren Störungen,

mit höherem Lebensalter und mit Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht eine hohe Hürde dar. Die Vielfalt der Versorgungsangebote sorgt für erhebliche Schnittstellenprobleme, z. B. beim Übergang vom stationären zum ambulanten Behandlungssegment, und Kooperationen oder Netzwerke der Leistungserbringer sind selten.

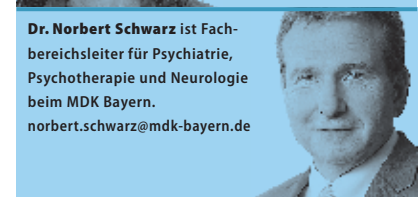
Was bedeutet das für Frau K.?

Der MDK hat Frau K. zunächst die Behandlung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie empfohlen mit dem Ziel, die Diagnose zu sichern und die medikamentöse Therapie zu optimieren. Gleichzeitig wurde eine ambulante Psychotherapie angeregt mit entsprechenden Hinweisen für die Therapieplatzsuche. Der krankheitsfördernde Arbeitsplatzkonflikt erforderte zusätzlich eine psychosoziale Beratung, da sich Frau K. auch nach Besserung der depressiven Symptomatik hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der Arbeitsplatzproblematik deutlich überfordert zeigte. Diese Überforderung stand einer längerfristigen psychopathologischen Stabilisation und damit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit entgegen. Zur Unterstützung wurde Frau K. eine Mobbingberatung vorgeschlagen. Im weiteren Verlauf erfolgte durch die Versicherte eine Kontaktaufnahme mit dem Betriebsarzt und mit Vertretern des Personalrates mit dem Ziel einer innerbetrieblichen Umsetzung. Auf diesem Weg gelang schließlich eine Reintegration ins Arbeitsleben.

Hausärzte kennen die therapeutischen Angebote häufig nicht



Dr. Ingrid Fauth ist ärztliche Gutachterin Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (PPN) beim MDK Bayern. ingrid.fauth@mdk-bayern.de



Dr. Norbert Schwarz ist Fachbereichsleiter für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie beim MDK Bayern. norbert.schwarz@mdk-bayern.de

Interview mit Dr. Bernhard van Treeck

»Die Akzeptanz hat sich geändert«

EINE LANG ANDAUERENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT bei psychischen Erkrankungen zu begutachten ist anspruchsvoll, insbesondere wenn die Arbeitsplatzsituation als Ursache mit ins Spiel kommt. Über die Aufgaben des MDK in diesem Feld sprach MDK Forum mit dem Psychiater und Leitenden Arzt des MDK Nord, Dr. Bernhard van Treeck.

MDK Forum Die Krankenkassen berichten über eine signifikante Zunahme der AU aufgrund von psychischen Erkrankungen. Spiegelt sich dies auch in den Begutachtungsaufträgen der Medizinischen Dienste?

Dr. Bernhard van Treeck Ja, der Anteil der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Arbeitsunfähigkeits-Begutachtung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Sie machen mittlerweile je nach Region 30–50% der AU-begründenden Diagnosen bei den MDK-Gutachten aus. Man weiß allerdings inzwischen, dass psychische Erkrankungen nicht, wie man vermuten würde, häufiger geworden sind. Die Morbidität ist gleich geblieben. Was sich geändert hat, ist wohl die öffentliche Akzeptanz von psychischen Erkrankungen.

MDK Forum Gibt es Besonderheiten bei der Begutachtung von AU bei psychischen Erkrankungen?

van Treeck Es geht bei der AU-Begutachtung immer darum, welche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen konkret vorliegen und ob diese den Versicherten daran hindern, seine Berufstätigkeit auszuüben. Die

Vorgaben finden sich in den AU-Richtlinien des G-BA. Die Rahmenbedingungen für die Begutachtung von psychischen Erkrankungen unterscheiden sich somit nicht von denen somatischer Erkrankungen. Wichtig ist, dass der Gutachter wertfrei und möglichst konkret die Sachverhalte ermittelt und dann zu einer Einschätzung kommt, ob aus seiner fachlich unabhängigen Sicht Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung vorliegt oder nicht.

MDK Forum Bei vielen psychischen Erkrankungen steht der Begriff Burnout mit im Raum. Gestiegene Anforderungen oder Arbeitsplatzkonflikte können krank machen. Wie geht der MDK damit um?

van Treeck Burnout ist nach dem gültigen Diagnoseschlüssel keine Krankheit und kann daher Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Auch das alleinige Vorliegen eines Arbeitsplatzkonfliktes inkl. Mobbing ergibt nicht zwingend Arbeitsunfähigkeit. Entscheidend ist, ob krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen vorliegen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen. Wenn die Situation

am Arbeitsplatz den Versicherten psychisch krank gemacht hat, ist eine vorübergehende Entlastung durch Verordnung von Arbeitsunfähigkeit ggf. sinnvoll, dies löst die prekäre Situation für die Versicherten aber nicht. In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt der MDK-Arzt übrigens zu einem vergleichbaren Ergebnis wie der Vertragsarzt, d. h. er bestätigt die Arbeitsunfähigkeit. Selbstverständlich schulen wir die MDK-Gutachter in diesem sensiblen Begutachtungsfeld.

Die Fragen stellte Christiane Grote



Dr. Bernhard van Treeck

»Gesundheit ist Chefsache«

AUF DIESEN NENNER LÄSST SICH die Grundbedingung für ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement bringen. Oft bleibt es jedoch ein Lippenbekenntnis. Es muss von den Führungskräften getragen und gelebt werden, davon ist Dr. Stephan Schlosser, Leiter des Gesundheitszentrums bei der Firma Trumpf in Ditzingen, überzeugt.

Die Zahl von krankheitsbedingten Fehltagen stagniert, die Zahl an attestierten psychischen Erkrankungen nimmt weiterhin zu – auch bei der Firma Trumpf, bestätigt Dr. Schlosser. Daher ist speziell auf Arbeitgeberseite die Bereitschaft, auch diese Themen anzusprechen, bei der Fa. Trumpf sehr groß und hat zur Entwicklung eines unternehmensweit gültigen Konzepts geführt, wie man mit psychischen Problemen und deren Auswirkungen am

Arbeitsplatz umgeht. Der Begriff »Problem« wird dabei als »Arbeit gelingt nicht« definiert. Wenn ein Mitarbeiter unter optimalen Rahmenbedingungen arbeiten kann – und dazu gehören auch psychische und physische Gesundheit –, haben Mitarbeiter und Firma davon einen Benefit: »Es entsteht ein Produkt für die Firma und der Mitarbeiter erlebt dies als einen Teil seines Lebensplans«, so Schlosser. »Arbeit gelingt« ist also die ungestörte Situation. Wenn

Arbeit nicht mehr gelingt oder nicht zu gelingen droht, ergibt sich hieraus eine Notwendigkeit zum Handeln. »Krankheit und damit verbundene Fehltag stellen für den Betroffenen und das Unternehmen gleichermaßen einen Verlust dar.«

Bei Trumpf wurden Plattformen geschaffen, auf denen Mitarbeiter auftretende Probleme zunächst mit ihrem Vorgesetzten, und wenn dies nicht zum Ziel führt, auch mit anderen Personen im Betrieb besprechen können. Hierzu bestehen klare Vorgaben: Wer muss erkennen, dass Arbeit nicht gelingt, und an welchen Parametern wird dies festgemacht? Dazu gibt es zwei Betrachtungsebenen:

Der Blick für Probleme der Mitarbeiter ist nicht angeboren

die Ebene der Vertragspflicht und die Ebene der Gesundheit. Führungskräfte müssen reagieren, wenn Mitarbeiter sich gehäuft krankmelden oder wenn

sich ihr Arbeitsergebnis verändert. Eine der wesentlichen Aufgaben im Aufbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements bestand daher darin, Führungskräfte zu schulen: »Ihr alle könnt etwas gewinnen, wenn ihr nicht wegschaut, sondern wenn ihr hinschaut und reagiert!«

1. Schritt: Geeignete Führungskräfte entwickeln

Empathie und ein Blick für Probleme von Mitarbeitern sind nicht angeboren, wie kann man Vorgesetzte dazu bringen, diese Fähigkeiten zu entwickeln? Generell, so Schlosser, beginnt ein funktionierendes Gesundheitsmanagement damit, dass nur geeignete Mitarbeiter in Führungspositionen kommen. »Eine Orientierung am Gemeinwohl wird von jedem Mitarbeiter erwartet. Jemand, der extrem gut in seinem Fachwissen ist, aber seinen Status als Einzelkämpfer signalisiert, wird nur in Ausnahmefällen eingestellt.«

Alle neu eingestellten Führungskräfte werden in die Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingearbeitet. Es werden Informationen zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit sowie zu den Interventionsmöglichkeiten bei Störungen vermittelt, weitere Seminarinhalte wie Kommunikationstraining oder Krisenintervention kommen dazu.

2. Schritt: Den Blick für Probleme schärfen

Ein wesentlicher Faktor ist, den Blick für Probleme zu schulen, Auffälligkeiten zu erkennen. Schlosser nennt hierzu sieben Kategorien: Ein Mitarbeiter ist längere Zeit nicht anwesend, er verändert seine Leistung auffällig oder ist für seine bisherige Tätigkeit nicht mehr geeignet, er verhält sich anders, er sieht anders aus, er sendet klare verbale Signale, dass es ihm schlecht geht oder es gibt einen tatsächlichen medizinischen Notfall.

3. Schritt: Eine Kultur des Vertrauens schaffen

In den Führungskräfte-Seminaren werden Beispiele präsentiert und intensiv geschult: Ein Mitarbeiter, bislang sehr seriös gekleidet, zieht sich plötzlich schrill und bunt an, oder ein Mitarbeiter, über Jahre im Team integriert, zieht sich zurück und sitzt alleine am Mittagstisch. Hier muss der Vorgesetzte tätig werden. Dass der betroffene Mitarbeiter sich dann nicht abkapselt, sondern sich seinem

Vorgesetzten gegenüber öffnet und das Gesprächsangebot annimmt, zeugt von einer funktionierenden, guten Unternehmenskultur: Es gehört bei Trumpf zu den grundlegenden Führungsaufgaben, dass Führungskräfte auch die Rolle des Fürsorgers übernehmen. »Der Vorgesetzte als ›First Responder‹ muss auf seinen Mitarbeiter zugehen und ein Gespräch anbieten, nicht umgekehrt.«

4. Schritt: Geeignete Instrumente entwickeln

»Mit dieser Grundstruktur kann man konkrete Probleme ansprechen und Führungskraft und Mitarbeiter können gemeinsam entscheiden, ob sie das Problem alleine lösen oder mich als Betriebsarzt, als ›Second Responder‹, einschalten. Meistens geschieht dies bei schon länger bestehenden Problemen oder solchen, die nicht von ›Laien‹ gelöst werden können.«

Als »Second Responder« geht Schlosser die vier Dimensionen nochmals durch: Was wäre aus Mitarbeitersicht der nächste Schritt, was müsste sich ändern? Wie kann er als Betriebsarzt dabei helfen? Möchte der Mitarbeiter schnelle Unterstützung von extern bekommen? Hat er bereits Hilfe erhalten und was kann die Firma für den Mitarbeiter noch tun?

5. Schritt: Ergebnisse messen

Hat das betriebliche Gesundheitsmanagement tatsächlich zu positiven Ergebnissen geführt? »Mitarbeiterbefragungen können Hinweise geben, sind aber in manchen Dingen zu multifaktoriell, um gezielte Aussagen treffen zu können«, meint Schlosser.

Nach bundesweiten Befragungen haben über 40% der Angestellten Angst vor Arbeitsplatzverlust, dies bedeutet Stress. Bei Trumpf ist diese Angst deutlich geringer, ein klarer Indikator für eine erfolgreiche und gesundheitsförderliche Unternehmenskultur. Selbstverständlich gibt es weitere Messzahlen: Mit den drei größten Krankenkassen im Unternehmen wurde eine anonyme Auswertung zum Krankenstand durchgeführt. »Wir sind sowohl im Branchenschnitt als auch im regionalen Benchmark durchwegs besser als vergleichbare Unternehmen«, kann Schlosser stolz berichten.

Dass die Einführung und Anpassung von Instrumenten im betrieblichen Gesundheitsmanagement ein dynamischer Prozess ist, hält er für selbstverständlich: »Mal kommt ein Instrument dazu, mal wird eines herausgenommen. Man muss langfristig denken, wie ein Orchester: Ohne Instrumente keine Musik. Aber wenn die wesentlichen Instrumente da sind, bekommen wir das Thema auch bearbeitet.«

Dr. Uwe Sackmann

Neue Führungskräfte werden im Gesundheitsmanagement geschult

Pflege-Begutachtungs-Richtlinien überarbeitet

DER GKV-SPITZENVERBAND hat überarbeitete Richtlinien für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit beschlossen. Darin sind die begutachtungsrelevanten Aspekte konkretisiert, die das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom Oktober 2012 vorsieht. Im Juni hat das Bundesgesundheitsministerium die Richtlinien genehmigt. Sie bilden seitdem die Grundlage für die Pflegebegutachtungen des MDK und – dies ist ein Novum des PNG – auch für andere Gutachter.

Schnellere Entscheidungen für Versicherte, eine stärkere Dienstleistungsorientierung und mehr Gewicht für das Prinzip »Reha vor Pflege«. Das sind die Ziele, mit denen Bundesgesundheitsminister Bahr das Pflege-Neuausrichtungsgesetz auf den Weg gebracht hatte und die den Prozess bei Pflegekassen und MDK beeinflussen, wenn es darum geht, Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung zu bearbeiten.

Die Begutachtungs-Richtlinien hat der GKV-Spitzenverband in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und der MDK-Gemeinschaft überarbeitet. Neben Änderungen, die sich auf das Pflege-Neuausrichtungsgesetz beziehen, wurden die Richtlinien an einigen Stellen präzisiert, um eine einheitliche Begutachtung zu sichern.

Mehr Informationen für die Antragsteller

Kommt der MDK zur Pflegebegutachtung, kündigt er dem Versicherten den Tag seines Besuches schriftlich an. Er teilt auch die Uhrzeit (Zeitfenster von zwei Stunden), den Namen des Gutachters bzw. der Gutachterin, die voraussichtliche Dauer der Begutachtung sowie den Grund der Begutachtung und die Art der Begutachtung mit. Außerdem informiert der MDK die Antragsteller darüber, dass sie sich bei Verständigungsschwierigkeiten in der Amtssprache Unterstützung durch Angehörige / Bekannte mit ausreichenden Sprachkenntnissen oder durch einen Übersetzer für den Zeitraum der Begutachtung heranziehen sollten.

Auf Wunsch können Versicherte mit dem Bescheid der Pflegekasse auch das Pflegegutachten erhalten. Hierüber informiert der Gutachter den Versicherten, dessen Angehörige und Lebenspartner bei dem Begutachtungstermin und vermerkt den Wunsch des Versicherten im Gutachten.

Fristen und Verzögerungen in der Begutachtung

Eine besondere Herausforderung für Pflegekassen und MDK liegt in der Einhaltung der Fünf-Wochen-Frist. Sie besagt, dass der Bescheid der Pflegekasse spätestens fünf Wochen nach Antragstellung versandt werden muss. Anderenfalls muss die Pflegekasse je angefangene Woche Verzögerung einen Betrag von € 70 an den Antragsteller zahlen. Ausnahme: Das gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Antragsteller stationär gepflegt wird und bereits erheblich pflegebedürftig ist (mindestens Pflegestufe 1).

Die Gründe für die Verzögerung haben vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung. In die Begutachtungs-Richtlinien und das Formulargutachten wurde der Katalog möglicher Verzögerungsgründe aufgenommen. Sollte einer der Verzögerungsgründe vorliegen, ist dies im Formulargutachten ausführlich zu erläutern.

Empfehlungen zum Rehabilitationsbedarf

Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden die Anforderungen an die Empfehlung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhöht. Die Begutachtungs-Richtlinien wurden deshalb um einen Katalog möglicher Empfehlungen ergänzt. Die MDK senden eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung mit dem Pflegegutachten an die Pflegekasse. Der Abschnitt im Formulargutachten wurde entsprechend umfangreich überarbeitet.

Erweiterte Aufgaben in der Begutachtung

Die rentenrechtliche Anrechnung von Pflegezeiten bei Laien-Pflegepersonen wurde durch das PNG erleichtert. Der geforderte Pflegeaufwand von mindestens 14 Stunden pro Woche darf sich jetzt auch aus der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger ergeben.

Deshalb muss der Gutachter bei der Begutachtung klären, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige versorgt. Im Formulargutachten wird die stundengenaue Angabe des Pflegeaufwandes erfasst, wenn für den einzelnen Pflegebedürftigen weniger als 14 Stunden erbracht werden. Die Stundenangaben werden dabei jeweils auf die nächste volle Stunde aufgerundet.

Durch das PNG erhalten Pflegebedürftige pauschal einen Zuschlag von der Pflegekasse, wenn sie in einer betreuten Wohngruppe mit mindestens zwei weiteren Pflegebedürftigen leben. Ob dies erfüllt ist, muss der MDK bei der Begutachtung erfragen und im Gutachten dokumentieren.

Braucht ein Pflegebedürftiger rund um die Uhr häusliche Krankenpflege (häusliche Intensivpflege), muss im Gutachten dokumentiert werden, welcher Zeitaufwand auf die jeweilige verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme entfällt.



Bernhard Fleer ist Mitarbeiter im Fachgebiet »Pflegerische Versorgung« des MDS.
b.fleer@mds-ev.de

Der lange Weg zu einem **neuen** Pflegebedürftigkeitsbegriff

AM 27. JUNI überreichte der Vorsitzende des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, K.-Dieter Voß, die Vorschläge der Experten an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. »Der Bericht bildet die Grundlage für die gesetzliche Umsetzung, die in der nächsten Legislaturperiode stattfinden wird«, so Bahr.

Mit der Übergabe des Berichts nimmt ein Prozess ein vorläufiges Ende, den bereits im November 2006 die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) angestoßen hatte. Seither wurde viel diskutiert und geschrieben – und zumindest ein Beiratsvorsitzender ist aus Frust über mangelnden politischen Willen zurückgetreten. Die Opposition ebenso wie Expertenkreise sahen darin eine »Hinhaltetaktik« und sprachen von einem »verlorenen Jahr für die Pflege«.

Die aktuellen Vorschläge widmen sich insbesondere fachlichen und administrativen Fragen. Inhaltlich bestätigte der Beirat unter dem gemeinsamen Vorsitz von K.-Dieter Voß, dem ehemaligen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, und dem Patientenbeauftragten der Bundes-

regierung, Wolfgang Zöllner (CSU), die bereits 2009 entwickelte Grundlinie: Pflegebedürftigkeit soll zukünftig am Grad der Selbstständigkeit in wesentlichen Pflege-

Zukünftig fünf Pflegegrade an Stelle von drei Pflegestufen

bereichen gemessen werden und sich nicht – wie bisher – vorwiegend auf bestimmte körperliche Verrichtungen beschränken. Auch die Frage, wie viel Zeit jemand für eine erforderliche Hilfeleistung benötigt, soll keine Rolle mehr spielen. Statt der heute drei Pflegestufen hatten die Experten fünf Bedarfsgrade (Pflegegrade) empfohlen und ein neues Begutachtungsassessment (NBA) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vorgeschlagen.

Drehen an den Stellschrauben

Für die Begutachtung des MDK wesentlich ist die Frage, wie Einschränkungen der Selbstständigkeit/der Fähigkeiten einer Person bewertet und einem Pflegegrad zugeordnet werden. Dies sollte nach den Plänen des ersten Beirats anhand eines Punktesystems erfolgen. Hier hat der zweite Beirat Änderungen in der Gewichtung von einigen Pflegebereichen vorgeschlagen. Änderungen gibt es auch bei der Erfassung des Pflegebedarfs von Kindern. Für Kinder bis 18 Monate schlägt der Beirat eine pauschale Einstufung und eine regelhafte Wiederholungsbegutachtung im Alter von 18 Monaten vor.

Konsens besteht im Beirat darüber, vor der Umsetzung des NBA in einer Studie zu klären, wie praktikabel die Regelungen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern, Personen mit eingeschränkter Alltagskompe-

tenz und Personen mit besonders ausgeprägtem Hilfebedarf und zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes sind. Zudem hat der Beirat allgemeine Empfehlungen zur Höhe der Leistungen und ihrer Zuordnung zu den Pflegegraden gegeben. Zusätzlich hat er in einer sogenannten »Road Map« einen Fahrplan aufgestellt, wie der Systemwechsel zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nach einer entsprechenden Gesetzesänderung zeitlich und inhaltlich gestaltet werden sollte (siehe Kasten).

Die »Road-Map«

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat in seinem Bericht vom 27. Juni einen Umsetzungsfahrplan vorgestellt. Danach wäre ein Vorlauf von mindestens 18 Monaten für die Einführung des neuen Begutachtungssystems erforderlich.

Der Fahrplan im Überblick:

- Verabschiedung eines Gesetzes zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens (NBA).
- Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt (Inkrafttreten des Gesetzes).
- Bis 6 Monate nach Inkrafttreten: Informationsmedien zum NBA für die Kostenträger, Leistungserbringer und Versicherten-Betroffenenverbände sind entwickelt.
- Bis 9 Monate nach Inkrafttreten: 1. Zielgruppenbezogene Informationsmedien zu den Änderungen für Versicherte, Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen sind entwickelt. 2. Begutachtungs-Richtlinien sind erstellt (anschließend Einleitung des Beteiligungsverfahrens).
- 12 Monate nach Inkrafttreten: Begutachtungs-Richtlinien sind durch das BMG genehmigt.
- 13 bis 15 Monate nach Inkrafttreten: Curricula (Schulungsunterlagen) für Gutachterinnen und Gutachter, Qualitätssicherungsverfahren für die Begutachtung und Schulungskonzepte sind entwickelt und evaluiert.
- 13 bis 19 Monate nach Inkrafttreten: Eine Software für die Begutachtung ist entwickelt und erprobt.
- 2 Monate vor Inkrafttreten des NBA: Schulung der Gutachterinnen und Gutachter auf das neue NBA
- Kurz vor Geltung (Inkrafttreten) des NBA: Zielgruppenspezifische Informationen über die Änderungen des NBA werden verteilt.



Elke Grünhagen ist Mitarbeiterin im Fachgebiet »Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« des MDS.
e.gruenhagen@mds-ev.de

Neue Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege

Der Schiedsspruch liegt vor

SEIT IHRER EINFÜHRUNG sind die Pflegenoten für Pflegeeinrichtungen Gegenstand von Kontroversen. Im Kern geht es um die Frage, ob die Transparenz-Kriterien die Qualität in der Pflege angemessen abbilden. Pflegekassen und Heimbetreiber konnten sich nicht auf eine Überarbeitung der Transparenzvereinbarung einigen. So hat die Schiedsstelle am 10. Juni 2013 die Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege neu festgesetzt. Sie tritt zum 1. Januar 2014 in Kraft.

Der jetzt ergangene Schiedsspruch hält am System des Pflege-TÜVs fest, eine stärkere Gewichtung von Kriterien, die für die Pflegequalität besonders relevant sind (Kernkriterien), wird es allerdings nicht geben. Die Änderungen, die nach dem Schiedsspruch an der Transparenz-

vereinbarung in der stationären Pflege (PTVS) vorgenommen werden, beziehen sich u. a. auf die Anzahl der Pflegeheimbewohner, die in die Qualitätsprüfungen

Schiedsspruch ist kein Meilenstein

des MDK einbezogen werden (Stichprobe), auf die bei der Bewertung der Kriterien jeweils zu berücksichtigenden Nachweisebenen und auf die Notenskala: Wegen der nach wie vor fehlenden Gewichtung von Kernkriterien ist der Kompromiss der Schiedsstelle nicht der Meilenstein, den sich die Medizinischen Dienste und der GKV-Spitzenverband erhofft hatten.

Kritik an den Pflegenoten

Ein Blick zurück: Mit Hilfe von Pflegenoten sollte die Qualität von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen transparent werden. Note 1 für Heime und Pflegedienste mit sehr guter Qualität bis hin zu Note 5 für mangelhafte Qualität. So weit, so einfach. Doch die Pflegenoten für die ambulante und die stationäre Pflege stehen seit ihrer Einführung im Jahr 2009 in der Kritik. Zu viele Transparenzkriterien! Zu wenig aussagekräftig! Fehlende Gewichtung zentraler Qualitätskriterien! Geprüft wird vor allem die Dokumentation von Pflege und nicht das Ergebnis! Diese Argumente bestimmen die Diskussion um die Pflegenoten.

Zur Jahreswende 2008/2009 hatten Pflegekassen und Pflegeanbieter das Verfahren zur Ermittlung der Pflegenoten in sogenannten Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) festgelegt. Im Dezember 2008 für die stationäre Pflege (PTVS), im Januar 2009 für die ambulante Pflege (PTVA). Die Vereinbarungen mussten aufgrund gesetzlich festgelegter Fristen unter erheblichem Zeitdruck geschlossen werden.

Nicht nur von der Politik, von Experten und der Öffentlichkeit – auch von Kassen und MDK werden diese Vereinbarungen kritisch begleitet. Nach fachlicher Einschätzung der MDK-Prüfer beispielsweise kann damit die tatsächliche Qualität der erbrachten Leistungen in Pflegeeinrichtungen in vielen Fällen nicht der Realität entspre-

GKV-Spitzenverband forderte stärkere Gewichtung von Kernkriterien

Bereits frühzeitig haben daher die Vereinbarungspartner – insbesondere der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer – die Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen angestrebt und bereits im Jahr 2010 Neuverhandlungen über die Transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege aufgenommen. Eine wesentliche Forderung des GKV-Spitzenverbandes betraf die unterschiedliche Gewichtung von besonders relevanten Kriterien für Pflegequalität (Kernkriterien). Der GKV-Spitzenverband folgte damit dem Ergebnis einer Evaluation der PTVS, die die MDK-Gemeinschaft im Jahr 2009 durchgeführt hatte. Durch die Einführung solcher Kernkriterien sollte sichergestellt werden, dass in Zukunft Defizite, die Einrichtungen bei der Erfüllung dieser besonders relevanten Kriterien haben, nicht mit guten Ergebnissen bei weniger relevanten Kriterien verrechnet werden können. So sollte etwa die Durchführung jahreszeitlicher Feste nicht mit einer mangelnden Versorgung eines Dekubitus ausgeglichen werden können.

Da eine Einigung zwischen den Vereinbarungspartnern zu dieser und anderen Fragen auf dem Verhandlungswege nicht erreicht werden konnte, haben einige Verbände der Leistungserbringer im März 2012 und der GKV-SV im Juli 2012 bei der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI jeweils einen Antrag auf Neufestsetzung der PTVS gestellt. Die Schiedsstelle hat in vier Sitzungen – zuletzt am 10. Juni 2013 – die Anträge verhandelt und die PTVS neu festgesetzt.

Die Ergebnisse des Schiedsverfahrens

Eine Aufwertung besonders pflegerelevanter Kriterien ist am Widerstand der Leistungserbringerverbände gescheitert. Stattdessen wird die besondere Bedeutung dieser Kriterien durch die Art der Darstellung in den Transparenzberichten hervorgehoben: Sie werden in Zukunft an den Anfang des Qualitätsbereichs 1 »Pflege und medizinische Versorgung« gestellt und durch Fettschrift markiert.

MDK: Mängel in der Versorgungsqualität werden nicht abgebildet

Die Notenskalen werden geändert. Sie sind zukünftig durchgängig metrisch skaliert, und zwar mit einem Abstand von 0,14 Punkten. Damit wird erreicht, dass die Note sehr gut nur noch dann vergeben wird, wenn mindestens 93% der Kriterien erfüllt sind, und eine Einrichtung erhält bereits dann eine mangelhafte Note, wenn weniger als 51% der Kriterien erfüllt sind. Bisher lagen diese Grenzen für die Note »sehr gut« bei 87 % und für die Note »mangelhaft« bei 45%.

Auf eine Darstellung von Noten für Einzelkriterien wird verzichtet. Die Ergebnisse von personenbezogenen Kriterien werden dargestellt als: »Kriterium ist vollständig erfüllt bei x von y Bewohnern«. Bei einrichtungsbezogenen Kriterien werden die Prüfergebnisse mit »ja« oder »nein« ausgewiesen.

Bisher wurden 10% der Bewohner einer Einrichtung in die Prüfung einbezogen (mindestens fünf Personen bei kleinen Pflegeheimen). In Zukunft werden es unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung neun Personen sein, jeweils drei Personen je Pflegestufe. Dies wird zu einer höheren Aussagefähigkeit der Pflegenoten führen, weil häufiger (vor allem in kleineren Einrichtungen) relevante gesundheitliche Probleme in den Blick gerückt werden können (zum Beispiel Ernährungs- oder Dekubitusprobleme).

Personenbezogene Kriterien werden unter Berücksichtigung von drei Nachweisebenen geprüft: Erstens über die Inaugenscheinnahme des Bewohners, zweitens über die Pflegedokumentation, drittens über die Befragung der Mitarbeiter und die Befragung der Bewohner. Der Schwerpunkt liegt bei der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Bei Zweifeln können Mitarbeiter und Bewohner befragt werden. Auf dieser Basis entscheidet der Prüfer über die Bewertung des entsprechenden Kriteriums. Die Pflegedokumentation wird im Beisein eines Mitarbeiters der Einrichtung ausgewertet. Die relevanten Nachweisebenen werden

**Sehr gut bedeutet:
93% der Kriterien sind
erfüllt**

in den jeweiligen Ausfüllanleitungen der Kriterien benannt. Bei einrichtungsbezogenen Kriterien sind die Nachweisebenen

die Dokumentation, Beobachtungen während der Prüfung, Auskünfte der Mitarbeiter sowie eine Befragung der Bewohner.

Bei einigen Kriterien sind Detailänderungen vereinbart worden, so wird z. B. bei den Kriterien T 31 (Körperpflege) und T 32 (Zahnpflege) zukünftig auf die erforderlichen Leistungen und nicht mehr auf die Gewohnheiten abgestellt werden.

Die Zahl der Transparenzkriterien wurde verringert. Nicht mehr veröffentlicht werden die Kriterien: »Werden Sturzereignisse dokumentiert?« (T 25); »Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?« (T 27); »Werden die erforderlichen Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe durchgeführt?« (T 28); »Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?« (T 35); »Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden?« (T 40) sowie das Kriterium »Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?«.

Als neues Kriterium wird aufgenommen: »Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?«

So geht es weiter

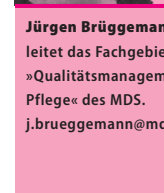
Die aktuelle Anpassung der PTVs bringt damit zwar einige Verbesserungen (z. B. Stichprobe, Notenskalierung, Triangulation), das Hauptproblem der gleichen Gewichtungen aller Transparenzkriterien für die Berechnung des Gesamtergebnisses wurde jedoch aufgrund des Widerstandes der Leistungserbringerverbände nicht behoben. Die wesentlichen Schwächen der PTVs bleiben daher weiterhin bestehen.

Nach Ablauf der Widerspruchsfrist am 12. August hat die Schiedsstelle angekündigt, die Schriftfassung des Schiedspruches anzufertigen und zu veröffentlichen, sie lag bis Redaktionsschluss nicht vor. Unabhängig davon wird die überarbeitete Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege am 1. Januar 2014 in Kraft treten. Derzeit werden die vereinbarten Änderungen in die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) eingearbeitet.

**Einrichtungen können
nicht mehr mit Weihnachts-
feiern punkten**



Dr. Andrea Kimmel ist
Mitarbeiterin im Fachgebiet
»Qualitätsmanagement Pflege«
des MDS.
a.kimmel@mds-ev.de



Jürgen Brüggemann
leitet das Fachgebiet
»Qualitätsmanagement
Pflege« des MDS.
j.brueggemann@mds-ev.de



Neue Qualitätsrichtlinie in der Neonatologie

Ein Meilenstein für Frühchen?

SIE WIEGEN DEUTLICH ZU WENIG, können noch nicht richtig saugen und trinken, und ihre Lungen können nicht richtig atmen – kurz: sie sind noch nicht für ein Leben außerhalb des Mutterleibes vorbereitet. Viele Frühgeborene haben jedoch dank der modernen Geburtshilfe und Neugeborenen-Intensivmedizin gute Chancen, gesund zu überleben. Der GKV-SV hat nun mit dem G-BA die Qualitätssicherungsrichtlinie für die Neonatologie neu gefasst. Beteiligt waren außerdem das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung der MDK-Gemeinschaft, der MDS und das AQUA-Institut.

Normalerweise kommt ein Neugeborenes nach einer Schwangerschaftsdauer von 40 Wochen auf die Welt. Es wiegt ungefähr 3500 g. Dauert die Schwangerschaft weniger als 37 Wochen, sprechen die Ärzte von einem Frühgeborenen. Es ist meistens leichter als 2500 g. Etwa 1% aller Kinder wird sogar schon nach nur 24 bis 32 Schwangerschaftswochen geboren – mit einem Gewicht von 500 bis 1500 g. Doch viele von ihnen können gesund groß werden. Die Voraussetzung dafür ist, dass Sauerstoffmangel und eine Durchblutungsstörung des Gehirns vermieden werden können und dass die Kinder die Möglichkeit haben, eine »Reifung wie im Mutterleib« nachzuholen.

Neue Richtlinie für bessere Chancen

Im September 2013 tritt die überarbeitete Fassung der »Richtlinie des G-BA zur Qualitätssicherung der Versorgung Früh- und Reifgeborener (QFR-RL)« in Kraft. Sie stellt

MDK soll Umsetzung der Richtlinie prüfen können

höhere Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Kliniken, die Frühgeborene und kranke Neugeborene versorgen.

So sieht die Richtlinie beispielsweise vor, dass gesetzliche Krankenkassen im Rahmen von Budgetverhandlungen mit Kliniken die Erfüllung der Anforderungen aus Anlage 2 der QFR-RL durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor Ort überprüfen lassen können. Die dabei zu prüfenden Indikatoren sind getrennt für die drei Versorgungsstufen Perinatalzentrum (PNZ) Level 1, PNZ Level 2 und Perinataler Schwerpunkt (PS) in einer Checkliste zusammengefasst.

- **Perinatalzentrum (PNZ) Level 1:**
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko.
- **Perinatalzentrum (PNZ) Level 2:**
Flächendeckende intermediäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit hohem Risiko.
- **Perinataler Schwerpunkt (PS):**
flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine nachgeburtliche Therapie absehbar ist.

Präzisere Definitionen und neue Problemfelder

Ziel ist es, durch präzisere Begriffsdefinitionen die Kontroversen früherer Regelungen zu überwinden, etwa bei

der Definition der »Wand-an-Wand«-Lage von Kreißsaal und Neugeborenen-Intensivstation oder hinsichtlich ärztlicher Leistungen der Kinderchirurgie und -kardiologie.

Die Absicht ist richtig. Dennoch bleiben auch die jetzt beschlossenen Regelungen hinter den Erwartungen zurück. Denn bereits heute lassen sich potenzielle Problemfelder bei der Umsetzung der neuen

Anforderungen an Arztqualifikation sind weiterhin gering

Richtlinie in die Praxis identifizieren. So findet keine flächendeckende Beauftragung des MDK statt: Nicht in jedem Bundesland wurde der MDK in der Vergangenheit mit solchen Prüfungen beauftragt. Die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte in den Kliniken sind weiterhin gering. Mit Hinweis auf die begrenzte Zahl von verfügbaren Fachärzten mit der Schwerpunktbezeichnung »Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin« wird eine jederzeit verfügbare Versorgung durch derart qualifizierte Fachärzte selbst im Perinatalzentrum Level 1 nicht gefordert – allenfalls deren telefonische Erreichbarkeit. Laut Richtlinie darf der Bereitschaftsdienst der neonatologischen Intensivstation im PNZ Level 2 keine Routineaufgaben in anderen Bereichen ausführen. Wenn eine Klinik dessen Anwesenheit aber dennoch dazu benutzt, den für die Kinderklinik erforderlichen regulären Bereitschaftsdienst in eine Rufbereitschaft umzuwandeln, muss er Notfälle in der ganzen Klinik »routinemäßig« mitversorgen.

Krankenhausgesellschaft

fordert mehr Geld für Umsetzung

Die Richtlinie ergänzt die Anforderungen an die Personalqualifikation der neonatologisch-intensivpflegerischen Versorgung durch die Vorgabe eines Personalschlüssels. Für die Umsetzung dieser Vorgabe fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft jetzt zusätzliches Geld für die Kliniken, obwohl die in der Richtlinie formulierten generellen Anforderungen bereits heute erfüllt sein müssen.

Die Anforderungen an die kinderchirurgische Versorgung in PNZ Level 2 wurden deutlich reduziert und es ist zulässig, in dieser Versorgungsstufe anstelle der Dienstleistung vor Ort den Patienten in ein PNZ mit Kinderchirurgie zu verlegen. Die generelle und jederzeit verfügbare Versorgung in einem PNZ Level 1 durch Kinderchirurgen mit schnellstmöglicher Einsatzzeit war nicht



durchzusetzen. Es bleibt abzuwarten, ob die jetzt getroffene Regelung – Vorhaltung kinderchirurgischer Versorgung im PNZ Level 1 selbst und Möglichkeit, die ärztlichen Leistungen auch von Kooperationspartnern erbringen zu lassen – zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen wird. Auch die Vorgaben für interne Qualitätssicherungsmaßnahmen könnten durchaus präziser formuliert werden, etwa durch eine Festlegung, ob regelmäßig (z. B. monatlich) Fallkonferenzen oder (z. B. wöchentlich) interdisziplinäre Visiten durchgeführt werden sollen. Der Text in Anlage 2 der QFR-RL und in der Checkliste ist hierzu gegenwärtig nicht eindeutig.

Ein wichtiger Schritt – aber nicht der letzte

Aus neonatologischer Sicht muss die QFR-RL auch in Zukunft weiterentwickelt werden. Ein wichtiges Zukunftsthema ist die Regionalisierung

Ob eine Prüfung erfolgt, hängt davon ab, in welchem Bundesland die Klinik liegt

der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener. Aktuell wird dies nur in einem Aufnahme- bzw. Verlegungskonzept thematisiert,

das die Verlegung von Frühgeborenen von einem Perinatalen Schwerpunkt in ein PNZ Level 2 zum Inhalt hat. Dies könnte zu einem echten Netzwerkkonzept aller Versorgungsstufen weiterentwickelt werden. Perinatal-

zentren Level 1 haben mit der neuen Richtlinie die ausdrückliche Möglichkeit zur Weiter- bzw. Rückverlegung der Patienten erhalten. Damit scheint auch für diese Versorgungsstufe die Formulierung eines Verlegungskonzepts dringend geboten. Außerdem sind gemeinsame Ziele und Prioritäten in ärztlicher und pflegerischer Versorgung in PNZ und PS bislang kein Gegenstand der Qualitätssicherung, obwohl dort vermutlich große Qualitätsverbesserungen erzielbar wären.

Ob die QFR-RL künftig in Deutschland in allen Bundesländern einheitlich umgesetzt wird und wie sich eine solche Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Ergebnisqualität auswirkt, muss im Rahmen einer Evaluation näher beleuchtet werden. Vorher soll dieses Jahr die Anlage 4 der QFR-RL aber neu gefasst werden. Sie regelt die Verpflichtung der Krankenhäuser der beiden höchsten Versorgungsstufen zur Veröffentlichung spezieller Indikatoren der Ergebnisqualität im Internet. Perinatale Schwerpunkte und Geburtskliniken, die beiden niedrigsten Versorgungsstufen, müssen allerdings weiterhin keine Behandlungsergebnisse veröffentlichen, die über die Angaben in den strukturierten Qualitätsberichten hinausgehen.



PD Dr. Thomas Böhrer,
Arzt für Kinder- und
Jugendmedizin, Ärztliches
Qualitätsmanagement
MDK Baden-Württemberg.
thomas.boehler@mdkbw.de

App-Doktor und Internetarzt

Wann hilft wer wirklich?

SPRECHSTUNDE BEIM DOKTOR war gestern. Immer mehr Patienten suchen virtuellen Rat im Netz. Gut 30.000 Applikationen, kurz Apps, bietet der iTunes Store in der Rubrik »Gesundheit und Fitness«. Doch welchen Nutzen bieten diese Apps und die zahlreichen Internetportale wirklich? Corinna Schaefer beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) beschäftigt sich schon seit langem mit der Frage, wie man gute Informationen im Netz finden kann.

Neben Apps bietet das Internet für Fragen rund um das Thema Gesundheit etwa eine halbe Million medizinische Seiten. »Nicht alle davon sind ausgewogen und enthalten richtige Informationen«, sagt Corinna Schaefer. Der Markt ist unüberschaubar. Apps mit Gesundheitsinformationen, Apps zum Abnehmen, Apps für Arzt- und Apothekenbesuche, Hörtest-Apps und unzählige Internetforen machen den Überblick nicht leicht. »Keine unabhängige Einrichtung prüft die Inhalte auf Richtigkeit«, erklärt Schaefer. Applikationen in den offiziellen Shops der Smartphonehersteller sind zwar geprüft, aber nicht nach medizinischen Kriterien. Das Ziel der ÄZQ ist es daher, die Nutzer kompetenter zu machen. Schaefer rät deshalb, sehr genau zu prüfen, von wem die Angebote stammen und ob die Inhalte fachlich fundiert sind. Generell sollten die Angebote als ergänzende Informationsquellen genutzt werden. »Den Arztbesuch ersetzen sie nicht.«

Wer hat welche Interessen?

Die Diagnosefindung im Netz hat Grenzen. In Deutschland ist es Ärzten aus gutem Grund verboten, Diagnosen zu stellen und Verordnungen auszustellen, ohne dass sie den Patient jemals gesehen oder untersucht haben. Z. B. in Großbritannien ist das anders: Die Internet-Praxis »DrEd« kann aber auch von deutschen Bürgern genutzt werden. Gemäß einer EU-Richtlinie können sie Ärzte europaweit in Anspruch nehmen. »Man sollte dazu wissen, dass »DrEd« auch mit Versandapotheken kooperiert«, sagt Schaefer. Weitere Angebote, wie »Medgate« in der Schweiz, verstehen sich als »vorgeschaltetes Wartezimmer«. »Bei solchen oder anderen Angeboten sollte man sich immer fragen: Welches Interesse haben die Anbieter?«, rät Schaefer. »Viele Anbieter möchten nicht nur informieren, sondern verfolgen weitere Interessen, die nicht auf Anhieb zu erkennen sind. Grundsätzlich sollte Werbung klar gekennzeichnet sein und sich vom Inhalt gut unterscheiden lassen. Enthält eine Seite zum Beispiel den Hinweis, bei ersten Beschwerden den Arzt zu konsultieren, zeugt dies schon von einer gewissen Seriosität«, erklärt Schaefer und rät zur Vorsicht, wenn Markennamen genannt, hundertprozentige Heilungschancen oder absolute Nebenwirkungsfreiheit versprochen werden.

Qualitätssiegel bieten gewisse Orientierung

Mittlerweile gibt es gewisse Qualitätssiegel, die für die Orientierung der Nutzer hilfreich sein können: Das Siegel

der Stiftung »Health on Net Foundation«, einem gemeinnützigen Verein, der die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet verbessern will. Hierfür hat er einen Verhaltenskodex, den HONcode entwickelt. Seiten mit dem HON-Logo befolgen ihn.

Hinter dem Siegel des »aktionsforum gesundheitsinformationssystem« (afgis) steht ein Verbund von Organisationen und Personen, die qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen anbieten. Jeder Partner hat das Logo auf seiner Website. Allerdings ist es kostenpflichtig, so dass viele kleine Anbieter es nicht nutzen. Schaefer betont: »Qualitätssiegel garantieren aber nicht, dass die Inhalte der Seite richtig sind.«

Reputationsmanager auf dem Vormarsch

»Im Netz findet man immer wieder Seiten, die nach außen einen »neutralen« Anschein haben. Doch manchmal stecken Medikamenten- oder Medizinproduktehersteller dahinter, die bestimmte Informationen zum Kaufanreiz direkt steuern«, so Schaefer. Sogenannte »Reputationsmanager« schleusen Werbung in Internetforen ein und verschweigen dabei kritische Nebenwirkungen. Um nicht in solche und ähnliche Fallen zu tappen, hat das ÄZQ einen Patientenratgeber herausgebracht, der in jeder Arztpraxis ausliegen sollte.

Dass Apps und Internetportale zum »zweiten Gesundheitssystem« avancieren, sieht Schaefer nicht. Die Angebote erleichtern manch einem, sich für bestimmte Themen Rat zu holen. Eine umfassende Diagnostik können sie nicht ersetzen.

Manche Apps bieten medizinische Kontrollfunktionen. Ein Beispiel: Patienten mit Diabetes können via Smartphone App-gestützte Medizingeräte für die Blutzuckermessung nutzen. Voraussetzung ist aber immer eine Kontrolle der richtigen Anwendung und der Werte durch den Arzt. »Gerade in ländlichen Gegenden mit Arztmangel oder bei Mobilitätseinschränkungen kann das für die Patienten sehr sinnvoll sein«, meint Schaefer.

*Martin Dutschek und
Dr. Uwe Sackmann*

**In ländlichen Regionen
eine Hilfe**



Wenn der Körper zur Religion wird

NICHT NUR SPITZENSORTLER DOPEN: Zunehmend dopen auch Freizeitsportler – und das viel zu häufig mit kooperationsbereiten Ärzten. So stehen speziell Kunden von Fitnessstudios während ihrer »Anabolikakuren« häufig unter ärztlicher Kontrolle. Der Sportsoziologe Dr. Mischa Kläber merkt dazu kritisch an: »Scheinbar existiert in der Ärzteschaft vereinzelt eine heimliche Spezialisierung zugunsten einer Betreuung von Dopingkonsumenten.«

Sport und Bewegung sind gesund. Doch es gibt auch Schattenseiten: Im Breiten- und Freizeitsport, insbesondere in Fitnessstudios, hat sich ein Sportmilieu gebildet, in dem ohne medizinische Indikation Medikamente zur Leistungssteigerung konsumiert werden. Als Doping bezeichnet man im Hochleistungssport den Konsum von Substanzen, die durch den organisierten Sport verboten sind. Wenn Freizeitsportler ohne Wettkampfbambitionen diese Substanzen einnehmen, muss man von Medikamentenmissbrauch sprechen. Kurz: Was Doping im Hochleistungssport ist, ist Medikamentenmissbrauch im Freizeitsport.

Fasst man die Ergebnisse mehrerer Studien der letzten Jahre zusammen, so liegt der Anteil der sogenannten Dopingmittel-User in Fitnessstudios zwischen 13 und 16%. Bei knapp sieben Millionen registrierten Fitnessstudio-besuchern kommt man auf mehrere hunderttausend User, die Dunkelziffer nicht eingerechnet. Besonders der Anteil der weiblichen User legte in letzter Zeit zu. Dr. Mischa Kläber ist Ressortleiter Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement beim Deutschen Olympischen Sportbund. Im Rahmen seiner Dissertation führte Kläber 2010 eine Studie zum »Doping« im Freizeitsport durch. Darin bestätigten sich die Ergebnisse anderer Studien, wonach die Anzahl derjenigen, die ihre leistungssteigernden Medikamente über einen Arzt beziehen, bei knapp 30% liegt.

Das Fitnessstudio wird zum Lebensmittelpunkt

Oft fängt eine »User-Karriere« harmlos an. Wenn man durch fleißiges Training auffällt, erhält man von Gleich-

gesinnten oft Anerkennung, die man woanders nicht bekommt. Wenn man schon die Welt um sich herum nicht verändern kann, gelingt einem das wenigstens beim Körper. Mit aktivem Zuspruch anderer Trainingspartner bestimmt das angestrebte Körperideal nach und nach das ganze Leben. Der Tagesablauf wird auf das Training ausgerichtet und zeitlich durchstrukturiert. Die Sozialkontakte reduzieren sich auf Studiobesucher mit ähnlichen Interessen. Das Fitnessstudio wird zum Lebensmittelpunkt oder Anker der individuellen Identitätsfindung. Körpermodellierung wird zur Ersatzreligion. »Jeder figurtechnische Rückschritt kommt einer Katastrophe gleich und führt auf den Weg zu riskanten Ernährungs- und Supplementierungspraktiken«, sagt Kläber. Die einzelnen Etappen der Missbrauchsdynamik beschreibt Kläber wie folgt:

1. Driften:
Einnahme von Nahrungsergänzungspräparaten
2. Konsolidieren:
Einnahme von Humanarzneien
3. Experimentieren:
Einnahme von Tierarzneien
4. Eskalieren:
Einnahme von Betäubungsmitteln

Mit der Zeit bekomme der User eine »technologische« Einstellung zum Körper. Er glaube, mit der Einnahme bzw. Injektion der Substanzen alles kontrollieren zu können. Die Hochleistungsgesellschaft fördere diese Haltung geradezu. Alles sei zu jeder Zeit kontrollierbar, auch der eigene Körper.

User-Netzwerke sind entscheidend

In den User-Netzwerken schult einer den anderen, zum Beispiel bei der Injektion von Testosteronspritzen. Mit der Zeit wird die Hemmschwelle immer geringer. Kläber führte vor der Veröffentlichung seiner Studie mit 83 Usern und Non-Usern biografische Interviews. »Ohne Netzwerk läuft gar nichts«, so lautet eine wesentliche Erkenntnis seiner Studie. Deswegen versuchen viele unerfahrene User, einen erfahrenen Doper als Trainingspart-

Der Missbrauch entwickelt sich in Etappen

ner zu gewinnen. Kläber hält fest: »Doping bzw. Medikamentenmissbrauch ist keinesfalls eine isolierte, rein individuelle Entscheidung von bösen oder dummen Menschen; vielmehr werden Dopinghandlungen durch ein vorbereitendes Netzwerk initiiert und unterstützt.«

Die Bezugsquellen der Substanzen sind vielfältig. Viele User agieren als »Dealer« und vermitteln entsprechende Apotheker oder Internetadressen. Auslandsreisen nach Asien, Mexiko, Balkan, Türkei u. a. werden für Einkäufe genutzt. Für Kläber ist die Entwicklung eine tickende Zeitbombe, die kaum noch zu kontrollieren ist.

Mediziner unterstützen passiv oder aktiv

Ergänzt werden die Netzwerke nicht selten von Medizinern, die hauptsächlich eine begleitende Rolle beim Medikamentenmissbrauch einnehmen. Die erfahrenen User vermitteln dieses Rollenbild der Ärzte aktiv, indem sie suggerieren, wie »unbedenklich« ein Medikamentenmissbrauch doch sei, wenn man es nur unter ärztlicher Anleitung mache. Es stimmt zwar, dass viele Ärzte bemüht sind, Schadensbegrenzung zu betreiben, doch auch sie geraten schnell in eine Unterstützerspirale innerhalb der User-Netzwerke.

Die Mediziner bieten entweder eine passive oder eine aktive Dopinghilfe an: Passive Dopinghilfe, indem sie sich auf eine Beratung und dopingspezifische Gesundheitsüberwachung (zum Beispiel der Blutwerte) begrenzen. Aktive Dopinghilfe, indem sie Infusionen legen oder Injektionen verabreichen. In diesem Zusammenhang werden auch verschreibungspflichtige Dopingpräparate ohne jegliche medizinische Indikation an die Konsumenten weitergegeben. Von Kläber befragte User schildern: Der erste Weg führt immer zum Hausarzt, den man schon seit Jahren kennt und zu dem man ein Vertrauensverhältnis hat. Mit Vorsicht fragt man, ob dieser bereit ist, eine Anabolikakur zu überwachen. Bei entsprechender Bereitschaft kann man mit der Zeit fragen, ob der Arzt auch Dopingpräparate verschreibe. Die Mehrheit der User werde von ihren Hausärzten mehr oder weniger abgewiesen. Danach versuche man es halt beim nächsten. »Am besten, man fragt einfach einen älteren Bodybuilder, der schon seit zig Jahren dopt, der kennt mit absoluter Sicherheit einen Arzt, der Bodybuilder betreut«, so das Zitat eines Befragungsteilnehmers.

Die Abrechnung der Verordnungen erfolgt entweder mittels einer Scheinindikation über die Krankenkassen oder per Privatrezepit. Allerdings gibt es keinen Grund,

ohne eine eindeutige medizinische Indikation Dopingmittel bei Sportlern einzusetzen. Doping oder jegliche Form der Unterstützung bei sportbedingtem Medikamentenmissbrauch passt folglich nicht zum ärztlichen Handeln. Die Vergabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten an Gesunde verstößt gegen die ärztliche Ethik und gegen das Arzneimittelgesetz.

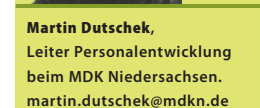
Präventionsstrategien stehen am Anfang

Doping unterstützende Ärzte können sich nicht über einen Mangel an Patienten oder besser gesagt Kunden beklagen. »Auch wenn grundsätzlich von einer wechselseitigen Beeinflussung von Usern und Medizinern auszugehen ist, stellen Dopingärzte zur Legitimation ihres eigenen Handelns sowie der Dopingpraktiken ihrer Schützlinge eine medizinisch-argumentativ aufgerüstete Beistandsrhetorik zur Verfügung«, berichtet Kläber. Und immer wieder wird das Argument der Schadensbegrenzung angeführt. Dabei werden Rauchen oder ständiger Alkoholgenuss vonseiten der Dopingärzte als erheblich gefährlicher erachtet als ein »kontrollierter Umgang« mit Dopingmitteln, kombiniert mit einem ansonsten vorbildlichen Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Kläber plädiert daher, sich intensiv mit den Legitimationsstrategien Doping unterstützender Ärzte auseinanderzusetzen. Schließlich ginge es nicht darum, einen ganzen Berufsstand in Verruf zu bringen.

Nach Ansicht Kläbers stehen die Präventionsstrategien noch ganz am Anfang. Prävention gegen Medikamentenmissbrauch im Breiten- und Freizeitsport fängt schon beim Schulsport an. Entsprechende Konzepte werden derzeit entwickelt. Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden ebenfalls Projekte in Auftrag gegeben – beispielsweise zur Erarbeitung eines Präventionskonzeptes speziell im Hinblick auf den ausufernden Anabolikamissbrauch in Fitnessstudios. Studiobetreiber können auch einen großen Beitrag leisten, indem sie ein User-unfreundliches Umfeld schaffen. Dazu hat der Deutsche Olympische Sportbund eine Expertise unter dem Titel »Medikamentenmissbrauch im Breiten- und Freizeitsport. Entstehung – Entwicklung – Prävention. Schwerpunkt: Fitness-Studios« im Broschürenformat konzipiert, die noch Ende dieses Jahres veröffentlicht wird. Musik, Kinderbetreuung in der Nähe des Krafraums oder Gewichtslimits schrecken User ab. »Wir wollen keine Prävention mit erhobenem Zeigefinger. Es geht um die Einstellung zum Sport. Sport hat etwas mit Gesundheit zu tun und ist schließlich keine Ersatzreligion.«



Dr. Uwe Sackmann,
Qualitätsmanagement-
beauftragter des MDK
Baden-Württemberg.
uwe.sackmann@mdkbw.de



Martin Dutschek,
Leiter Personalentwicklung
beim MDK Niedersachsen.
martin.dutschek@mdkn.de





Ich höre dann die Dinge
Klicksonar
 schafft Orientierung durch
Echoortung

JULI IST VIEREINHALB JAHRE ALT. Sie fährt mit ihrem Laufrädchen durch eine Berliner Hofeinfahrt. Dabei schnalzt sie hin und wieder mit der Zunge. Ansonsten unterscheidet sie sich auf den ersten Blick nicht von ihren Altersgenossen. Dennoch gibt es einen wesentlichen Unterschied: Juli ist blind. MDK Forum sprach mit ihrem Vater Steffen Zimmermann über den Familienalltag und eine einfache, aber wirksame Methode, mit der Juli ihre Welt akustisch sehen kann.

»Wenige Monate, nachdem unsere Tochter auf der Welt war, wurde uns klar, dass da etwas nicht stimmt. Als uns die Ärzte bestätigten, dass sie vollblind ist, war das für uns ein Schock. Gleichzeitig dachten wir: Wir leben ja zum Glück in Deutschland, hier ist ja alles auf dem neuesten Stand – doch das war ein Irrtum«, erinnert sich Julis Vater Steffen Zimmermann.

Ein Film als erster Impuls

Zimmermann sah eine Reportage, in der ein blinder Amerikaner Fahrrad fuhr und mit der Zunge klickte. Es handelt sich um den damals 13-jährigen Ben Underwood, der sich dank Klicklauten, die er mit der Zunge

Basketball und Skateboard – für den blinden Ben kein Problem

produziert, fast wie ein Sehender durch die Welt bewegt. Er fuhr Skateboard, warf beim Basketball treffsicher Körbe und bewegte sich in seinem Haus wie andere Kinder auch. In diesem Film tauchte Daniel Kish auf, ein heute 46-jähriger blinder Amerikaner, der sich ebenfalls mit der Klicksonar-Technik bewegt und diese Methode in den USA seit etwa 20 Jahren unterrichtet. »Als ich sah, was Daniel Kish dem Jungen noch beibringen konnte, wusste ich: Das ist unser Mann!«

Zimmermann recherchierte und hinterfragte die Technik, las alle wissenschaftlichen Studien und suchte nach Filmen und anderen Dokumentationen. Als er sich sicher war, dass es sich um eine seriöse Methode handelt, suchte

er nach einer Adresse in Deutschland, um sie zu erlernen. »Doch hier wusste niemand was davon, weder bei Blindenverbänden noch bei Frühförderern oder Orientierungs- und Mobilitätslehrern. Meiner Frau und mir war jedoch klar, dass unsere Tochter Klicksonar irgendwie lernen musste«, erinnert sich Julis Vater und buchte den amerikanischen Trainer.

Daniel Kish kam zunächst für fünf Tage nach Berlin. Für ein umfassendes Training war die zweieinhalbjährige Juli damals zwar noch zu jung. Doch von dem Workshop profitierten ihre Eltern und Frühförderer, die ihre Erfahrungen dann weitergeben konnten.

Wie funktioniert die Echoortung?

Die Klicksonar-Methode beruht auf demselben Prinzip, nach dem sich Fledermäuse bei Nacht zielgenau orientieren können. Das ausgesendete Signal (der Zungenschnalzlaut oder Klick) trifft auf einen Gegenstand, der die akustischen Wellen als Echo reflektiert. Dabei verändern sich Amplitude und Frequenz des Schallsignals.

Wissenschaftler fanden heraus, dass unser Gehirn das Echo normalerweise als »Abfall« betrachtet und herausfiltert. Bei einem geübten blinden Echoortler wird das Echo zwar auch herausgefiltert, aber an den visuellen Kortex weitergeleitet und dort wie eine visuelle Information zu einem Bild mit Tiefe, Dimensionen und Materialbeschaffenheit verarbeitet. Wichtig für ein klares und damit verlässliches Bild der Umgebung ist, dass der Sender

(die Zunge) und der Empfänger (das Ohr) immer im selben Verhältnis zueinander stehen. Bei einem »beweglichen« Sender wie Stock, Fingerschnalzen oder Gehgeräuschen verändern sich die Entfernungen zum Empfänger »Ohr« ständig. Das Echobild verschiebt sich dadurch immer wieder, so dass das Gehirn es als nicht als zuverlässig einstuft und verwirft.

»Zu früh« gibt es nicht

Nach der Begegnung mit Kish fing Steffen Zimmermann an, seiner Tochter das Klicken beizubringen. Und traf im wahrsten Sinne des Wortes auf offene Ohren: Genau wie ein sehendes Kind in den ersten Monaten lernt, seine Umgebung wahrzunehmen, so tut es ein blindes Kind auch – aber eben akustisch. »Dazu braucht es keinen Unterricht. Wenn man das von Anfang an macht und mit seinem Säugling auf dem Arm die ganz normalen Dinge tut und ab und zu halt mit der Zunge klickt, dann ist dem Kind schon mal klar: Das ist ein völlig normaler Ton, den andere Leute auch machen – und der bringt ein bestimmtes Feedback mit wechselnden Informationen.« Dabei stellt er sich vor einen Gegenstand und schnalzt mit der Zunge. Das Kind erfasst, wie der Rückschall klingt – und sollte den Gegenstand dann auch berühren. Auf diese Weise bringt es – wie ein sehendes Kind – das visuelle Echo-Bild mit dem erfüllten Gegenstand in Verbindung.

Ein Bild aus Tönen

Ein blindes Kind, das herkömmlich in Orientierung und Mobilität unterrichtet wurde, würde sich in einem Raum in der Regel an der Wand entlang orientieren, sich nach einer auswendig gelernten Anzahl von Schritten mit dem Rücken zur Wand stellen und dann im entsprechend geübten Winkel auf die andere Seite des Raumes laufen, die Hände voraus, um dort z. B. die Musikanlage zu finden. Ein Kind, das wie Juli gelernt hat, sich akustisch zu orientieren, läuft wie ein sehendes Kind in den Raum hinein, direkt zu seinem Ziel.

»Ein Kind, das die Klickmethode beherrscht, kann durch das Klicken die Raumgröße erfassen und hören, wo große Möbelstücke stehen oder ob die Tür offen ist. Bei

Klicksonar: Ein blindes Kind findet sich sofort im Raum zurecht

einem Workshop haben wir ein 10-jähriges Mädchen kennengelernt, das noch nie vorher mit Hilfe der Akustik eine Tür gefunden hatte. Es musste sich immer

mit dem Stock vortasten, bis es eine Wand fand. Dann ist es so lange an der Wand entlanggelaufen, bis es an eine Tür kam. Heute kann sich das Mädchen akustisch orientieren und neue Räume blitzartig erfassen«, so Zimmermann.

Doch er weiß, dass Klicksonar auch Grenzen hat: »Man muss sich nichts vormachen, ein blinder Mensch kann nicht das gleiche Leben führen wie ein Sehender. Er kann nicht in den Supermarkt gehen und unter 200 Dosen die Dose mit den Erbsen finden. Er müsste jede einzelne Dose abtasten und dann könnte er doch nur raten.«

Defizite am Standort Deutschland

Der amerikanische Trainer brachte allerdings nicht nur

die Klicksonar-Methode mit nach Berlin. »Kish war entsetzt, dass unser Kind mit zweieinhalb Jahren noch keinen Langstock hatte. In Amerika wird jedem blinden Kind von den Blindenverbänden gratis ein Langstock zur Verfügung gestellt. Wir haben von ihm gelernt, wo in Deutschland die Defizite liegen«, erklärt Zimmermann.

Blindenstöcke gibt es in Deutschland in der Regel erst für Schulkinder ab sechs Jahren.

Der Schulanfang bedeutet schon für ein sehendes Kind eine große Umstellung. Nun kommen für ein blindes Kind noch weitere

neue Herausforderungen dazu – erstmals Kontakt mit Punkschrift und erstmals eigenständige Orientierung und Mobilität mit dem Langstock. Während Klicksonar das Distanz-Sehen, also die Orientierung in Räumen oder auf der Straße ermöglicht, ermöglicht der Langstock das Orientieren vor den Füßen. Er ertastet Bodenunebenheiten oder Stufen. Ein frühzeitiger und spielerischer Umgang mit dem Langstock hilft blinden Kindern, die für sie typische Bewegungshemmung nicht entstehen zu lassen.

Demzufolge ist Steffen Zimmermann mit der Versorgung in Deutschland unzufrieden: »Unser Kind ist nicht behindert, sondern es wird behindert. Warum muss ich einen Langstock erst beantragen? Ein blindes Kind braucht ihn, da besteht doch gar keine Frage!«

Der Verein »Anderes Sehen«

Da es für blinde Kinder im Vorschulalter bei uns derzeit außerdem kein modernes pädagogisches Lehrmaterial zum Lernen von Lesen und Schreiben oder zum Verstehen der Welt gebe, hätten blinde Kinder wenig Chancen, mit sehenden Kindern Schritt zu halten und in die Gesellschaft nahtlos hineinzuwachsen, kritisiert Julis Vater: »Wie soll Integration oder gar Inklusion blinder Menschen stattfinden, wenn wir ihnen die Grundbildung und Entwicklung vorenthalten, die für Sehende selbstverständlich ist?« Deshalb hat er mit seiner Frau Ellen Schweizer den gemeinnützigen Verein »Anderes Sehen e. V.« gegründet. Seitdem lernten in Deutschland mehr als dreihundert Menschen – Frühförderer, Eltern, Mobilitätstrainer und Blinde von 1 bis 44 Jahren – die Klicksonar-Methode und ihre No-limits-Haltung. »Unser Ziel ist es, dass blinde Menschen ein Leben ohne fremdbestimmte Grenzen führen können, also sich ohne Hilfs- und Begleitperson oder Blindenhund selbstbewusst und gleichwertig in der sehenden Gesellschaft bewegen können.« Denn er weiß: Ein blinder Mensch lebt nicht in absoluter Dunkelheit. »Dieses Bild, das Sehende von Blindheit haben, ist sehr subjektiv und von Angst um das eigene Augenlicht geprägt. Für Sehende ist das Sehen der wichtigste Sinn. Wir drücken es für Sehende lieber so aus: Ein Mensch, der nicht mit den Augen sieht, hat nicht das Gefühl, im Dunklen zu leben, sondern in der hellen Aura der Dinge um ihn, die von vielen Eindrücken bunt wird.«

Zimmermann: Unser Kind ist nicht behindert, sondern es wird behindert



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

Interview mit Andrea Fürchtenicht und Eckhard Volbracht:

Gibt es eine geografische Indikation?

IM MAI HAT DIE BERTELSMANN STIFTUNG in einem neuen »Faktencheck Gesundheit« Ergebnisse zur Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vorgestellt. Insgesamt 69 000 Mandeloperationen wurden 2012 durchgeführt. Überraschendes Ergebnis: Die OP-Häufigkeit variiert zwischen den Landkreisen um den Faktor acht. Wir sprachen mit Andrea Fürchtenicht und Eckhard Volbracht, Projektmanager bei der Bertelsmann Stiftung.

MDK Forum Frau Fürchtenicht, Herr Volbracht, woher kam die »Initialzündung« für Ihren aktuellen »Faktencheck Mandeloperationen«?

Eckhard Volbracht Schwerpunkt des Projekts »Faktencheck Gesundheit« der Bertelsmann Stiftung ist die Analyse regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Daraus resultieren Handlungsempfehlungen, um eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme und Verteilung von Versorgungsleistungen zu fördern. Unser Adressat ist primär die breite Öffentlichkeit: Wir wollen Patienten mit guten Informationen unterstützen, ihnen Entscheidungen ermöglichen, passende Leistungsanbieter zu suchen und sich auf Arztbesuche gut vorbereiten. Bei einem schon seit Jahrzehnten durchgeführten Eingriff wie der Gaumenmandeloperation sollte man geringe regionale Unterschiede erwarten. Unser Übersichtsreport aus dem Jahr 2011 deutete aber große, unerklärliche Unterschiede an. Daher haben wir uns entschlossen, das Thema noch einmal zu vertiefen. Es ist die häufigste Operation im Kindes- und Jugendalter und erfüllt damit wichtige Auswahlkriterien für unsere Themen, wie hohe Relevanz für die Bevölkerung und Anzeichen für Über-, Unter- und Fehlversorgung.

MDK Forum Auf welche Daten konnten Sie bei diesem Faktencheck zurückgreifen?

Andrea Fürchtenicht Unsere Analysen nutzen die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik und die Einwohnerstatistik des Statistischen Bundesamtes. Diese Daten beinhalten auch wichtige Aspekte wie Wohnort und Alter des Patienten. Die Vertragsärztezahl und

-verteilung beruht auf Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung, für die Krankenhäuser und deren Fachabteilungen wurden Daten des G-BA aus den strukturierten Qualitätsberichten herangezogen. Argumente wie unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen oder kreisübergreifende Behandlung haben wir in den dargestellten Daten über den Wohnortbezug der Operation und die Standardisierung nach Altersgruppen und Geschlecht berücksichtigt.

MDK Forum Sind die untersuchten Regionen in irgendeiner Art und Weise heterogen?

Volbracht Es mag regionale Morbiditätsunterschiede geben, die aber das Ausmaß der Unterschiede nicht erklären können. Vermutlich ist die unzureichend gesicherte Entscheidungsgrundlage für die Hauptindikation für die regionalen Unterschiede hochrelevant. Auch in früheren Untersuchungen finden sich dafür keine medizinisch nachvollziehbaren Gründe. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die regionalen Unterschiede bei einer Überprüfung der Indikationsstellung nach den vorhandenen wissenschaftlichen Kriterien als erklärbar herausstellen würden. Damit sind die Variationen vermutlich Ausdruck von höchst unterschiedlichen Vorgehensweisen und von uneinheitlichem Entscheidungsverhalten bei der Indikationsstellung zur Operation. Unsere Ergebnisse legen ebenfalls nahe, dass in den Regionen Ärzte und Patienten / Eltern Krankheitsbilder unterschiedlich bewerten und dadurch unterschiedliche Entscheidungen bezüglich der angemessenen Behandlung treffen.

MDK Forum In Deutschland werden in einigen Landkreisen vierzehn von zehntausend Kindern und Jugendlichen die Gaumenmandeln entfernt, in anderen 109. Kann man annehmen, dass es bei der enormen Spannweite, Faktor acht, einen statistischen »wahren Wert« gibt?

Fürchtenicht Die Evidenzlage bezüglich Indikation und Nutzen der Tonsillektomie ist insgesamt nicht zufriedenstellend. Für die Hauptindikation gibt es bis heute weder national noch international eine gesicherte Entscheidungsgrundlage, ab welcher Häufigkeit, Schweregrad, Einschränkung der Lebensqualität, Grunderkrankung die Durchführung

Andrea Fürchtenicht



einer Tonsillektomie indiziert ist. Dies macht die Definition einer angemessenen Rate schwierig. Als grobe Orientierung sollten sehr deutliche Abweichungen vom Durchschnitt auf ihre Angemessenheit hin hinterfragt werden. Der King's Fund hat eine sehr gute Publikation zu regionalen Unterschieden herausgegeben. Dort spricht man hinsichtlich der regionalen Unterschiede von »The good – the bad – the unexplicable« – so wird es auch bei uns sein.

MDK Forum Der Mediziner John Wennberg untersucht seit Jahren regionale Versorgungsunterschiede in den USA. In seinem Buch *Tracking Medicine* hat er für mehrere Gesundheitsleistungen einen umfangreichen Atlas aufgestellt und verschiedene Faktoren auf deren Häufigkeit untersucht. Treffen diese Faktoren auch auf Deutschland zu?

Volbracht In der Tendenz sind die Ergebnisse vergleichbar. Am Beispiel der USA und England sieht man, dass das Problem der regionalen Variationen vermutlich in allen Gesundheitssystemen besteht. Dies ist angesichts der Komplexität der Einflussfaktoren auf Bedarf und Nachfrage und der Komplexität der Ressourcenplanung und -steuerung auch durchaus zu erwarten.

Eckhard Volbracht



Dennoch muss es aus Sicht der Versorgungsgerechtigkeit ein wichtiges Ziel sein, unerwünschte Unterschiede zu erkennen und zu verringern.

MDK Forum Wennberg beschreibt, dass die allgemeine medizinische Meinung den größten Einfluss auf die Entscheidungsfindung zu einem Eingriff hat, die medizinische Evidenz sowie die Ressourcenlage einen wechselnden und Patientenmeinungen und -wünsche allenfalls einen geringen. Teilen Sie diese Ansicht?

Volbracht Hier ist die Forschungslage noch recht dünn. Jedoch scheint mir bei dieser Einschätzung die Rolle der Patienten unterschätzt, denn mit ihren Bewertungen und Erwartungen beeinflussen sie die weitere Versorgung nicht unerheblich. Wir sehen daher gute Informationen über Nutzen und Risiken der relevanten Behandlungsalternativen als einen wichtigen Hebel zur Förderung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung. Nach differenzierten Informationen über Nutzen und Risiken entscheiden sich z. B. weniger Patienten zu einem operativen Eingriff. Wir gehen davon aus, dass lokale Behandlungsmuster anscheinend in einem komplexen Geflecht von Wechselwirkungen entstehen. Diese sind u. a. beeinflusst von lokalen Anbieterstrukturen und Behandlungsmustern, medialen Informationen, aber auch von sogenannter »viraler Verbreitung« innerhalb der Patienten. Es spielen auch angebotssensitive Faktoren eine Rolle: Patienten, die in Kreisen ohne eigene нно-Krankenhaus-Kapazitäten wohnen, werden überwiegend seltener operiert als im Bundesdurchschnitt, die in Kreisen mit einer oder mehreren großen нно-Fachabteilungen überdurchschnittlich häufiger. Und: Patienten aus Kreisen, in denen die Belegabteilungen einen größeren Anteil an der Versorgung leisten, werden häufiger operiert.

MDK Forum Speziell für die Tonsillektomie gibt es keine Leitlinie der medizinischen Fachgesellschaft. Denken Sie, dass sich die Unterschiede in der Versorgung mit einer Leitlinie angleichen lassen?

Fürchtenicht Grundsätzlich bieten evidenzbasierte, interdisziplinär erstellte Leitlinien einige Orientierung und können die Angemessenheit und Vergleichbarkeit der Indikation verbessern. Auch wenn eine Leitlinie

nur ein Mosaikstein sein kann, wird sie einen Beitrag leisten können, unerwünschte Unterschiede zu erkennen und zu verringern. Es ist schon erstaunlich, dass eine solche Orientierung bei vielen Eingriffen unzureichend vorhanden ist. Unsere bisherigen Ergebnisse des Faktenchecks zeigen, dass es in allen Bereichen, in denen die Entscheidungsgrundlagen unklar sind, auch große regionale Variationen gibt. Mit dem Faktencheck wollen wir die Öffentlichkeit erreichen und letztlich auch Veränderungen anstoßen, auch bei Leistungserbringern.

*Das Gespräch führten
Dr. Uwe Sackmann und
Martin Dutschek*

Für Interessierte:
<https://faktencheck-gesundheit.de>



Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen:

Brauchen wir eine UN-Konvention für die Rechte älterer Menschen?

»WEHE, DU WIRST ALT UND SCHWACH: Schock-Video zeigt Gewalt im Pflegeheim.« Was lange ein Tabuthema war, findet immer häufiger Eingang in die Medien: Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen. Das Thema hat auch die Politik – vor allem auf europäischer und internationaler Ebene – erreicht. Ein neuer Vorstoß der UNO-Generalversammlung will nun ein rechtlich verbindliches Instrument zur Stärkung der Menschenrechte von Älteren etablieren.

Körperliche Übergriffe bis hin zu schweren Misshandlungen älterer Menschen, über die wir aus den Medien erfahren, sind nur die Spitze des Eisbergs. Aktuelle Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehen davon aus, dass im Jahr 2010 in Europa fast 30 Millionen Menschen über 60 Jahre Opfer von Misshandlungen jedweder Art geworden sind.

Ältere Menschen besser schützen – aber wie?

Die EU-Kommission hat anlässlich des World-Awareness Abuse Day im Juni 2013 gemeinsam mit dem Büro des UN-Menschenrechtskommissars ein Symposium zum Thema »Prävention von Gewalt an und Vernachlässigung von älteren Menschen« ausgerichtet. Eingeladen waren Menschenrechtsexperten der Vereinten Nationen und der EU, Regierungsvertreter der 27 EU-Mitgliedsstaaten, namhafte Experten und Wissenschaftler auf dem Gebiet der Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen sowie Vertreter von Verbänden, die sich für den Schutz und gegen die Dis-

kriminierung älterer und pflegebedürftiger Menschen einsetzen. Deutschland wurde durch das Bundesministerium für Senioren (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) repräsentiert.

Alte Menschen sind eine der verwundbarsten Gruppen

Der MDS hatte gemeinsam mit Projektpartnern aus mehreren Ländern Europas in dem Projekt »MILCEA – Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse« Empfehlungen zur Prävention von Gewalt speziell in der Langzeitpflege erarbeitet (www.milcea.eu). Das Projekt hatte die EU-Kommission initiiert und finanziert.

Einig waren sich Veranstalter und Teilnehmer des Symposiums, dass in den Mitgliedsstaaten der EU mehr für den Schutz älterer und pflegebedürftiger Menschen getan werden muss. Aus Sicht der Menschenrechtsexper-

ten zeige sich dies an der besorgniserregenden Häufigkeit von Gewalt gegen ältere und speziell pflegebedürftige Menschen.

Vorbild Behindertenrechtskonvention

Im Fokus des Symposiums stand die Frage, ob es mit einem eigens für ältere Menschen zugeschnittenen Menschenrechts-Instrument besser als bisher gelingen kann, Gewalt gegen Ältere zu verhindern. Dafür fordern vor allem



Die Ergebnisse des MILCEA-Projektes sind in dieser Publikation dokumentiert

Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) und Verbände, die sich dem Schutz älterer Menschen verschrieben haben, eine entsprechende UN-Konvention. So betonte etwa Anne-Sophie Parent, Generalsekretärin der »AGE Platform Europe«, dass mit einer »Altenrechtskonvention« endlich die notwendige rechtlich verbindliche Grundlage geschaffen werden könne, um Diskriminierung aufgrund von Alter und Pflegebedürftigkeit zu verhindern und positive Handlungen zum Schutz verbindlich zu etablieren. Die Befürworter einer UN-Konvention verweisen auf Vorbilder: Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention) habe gezeigt, dass es möglich ist, einen grundlegenden Paradigmenwechsel im Umgang mit gesellschaftlich benachteiligten Gruppen herbeizuführen. So seien auf der Basis der UN-Konvention Gesetzesinitiativen entstanden, die die Durchsetzung der Rechte von behinderten Menschen gewährleisten und ihre Teilhabe in vielen Lebensbereichen erst ermöglicht haben. Eine entsprechende Übereinkunft auf Ebene der UN zur Stärkung der Rechte Älterer wäre bindend: Ratifizierende Staaten wären damit verpflichtet, die Rechte Älterer zu achten, zu schützen und über ihre Einhaltung zu wachen. Gegner eines solchen Instruments befürchten jedoch, dass ältere Menschen möglicherweise mit Sonderrechten ausgestattet werden würden, zumal eine Konvention nur schwer der Vielfalt und Komplexität der Lebenssituationen im Alter gerecht würde. Die Gefahr bestünde, dass eine gesellschaftliche Gruppe besonders in den Fokus gerät und so dem Risiko weiterer Stigmatisierung ausgesetzt wäre. Statt eine Konvention zu schaffen, sollten die bestehenden Instrumente genutzt und konkrete Maßnahmen zum Schutz älterer Menschen umgesetzt werden.

UN-Arbeitsgruppe soll Vorschläge erarbeiten

Ähnlich kontrovers wird diese Diskussion auch auf Ebene der Vereinten Nationen geführt. 2012 hat die UN-Working Group on Ageing den Auftrag erhalten, Vorschläge für ein rechtlich verbindliches Instrument über die Rechte älterer Menschen zu erarbeiten. Auch Vertreter Deutschlands sind an diesem Prozess beteiligt. Laut Claudia Mahler, Mitarbeiterin des Deutschen Instituts für Menschenrechte, sind es vor allem die europäischen Staaten, die sich in dieser Frage eher abwartend verhalten. Wie etwa die deutsche Bundesregierung, die darauf verweist, dass bereits einiges zum Schutz älterer Menschen getan worden und eine UN-Konvention für die Rechte älterer Menschen nicht notwendig sei. Doch durch die bereits bestehenden Einzelregelungen seien ältere Menschen in Menschenrechtsfragen nicht ausreichend geschützt. Hier müsse der Fokus mit einer UN-Konvention gezielt auf ältere Menschen gerichtet werden, betonte Menschenrechtsexpertin Mahler vor einigen Monaten in einem Interview auf der Website des Deutschen Instituts für Menschenrechte. Auch die SPD-Bundestagsfraktion unterstützt diese Ansicht. Im Februar 2013 hatte sie den Bundestag in einem Antrag aufgefordert, die Menschenrechte älterer Menschen zu stärken und die Erarbeitung einer UN-Konvention zu fördern. Insbesondere

solle sich der Bundestag dafür einsetzen, dass die Bundesregierung die Arbeit der UN-Working Group on Ageing aktiv begleite und regelmäßig über die Arbeit berichte. Der Antrag sah zudem vor, die Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten der Medizinischen Dienste und der Heimaufsichten in der Pflege zu stärken. Der Antrag wurde abgelehnt.

Mit ihrer Tatenlosigkeit überlasse die Bundesregierung den Schutz älterer Menschen allein der Zivilgesellschaft, kritisierte die stellvertretende menschenrechtspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Angelika Graf. Angesichts der Diskussionslage scheint es ungewiss, ob die UN-Working Group on Ageing zu einer Konvention über die Rechte älterer Menschen führen wird.

Dr. Andrea Kimmel

Stärkung der »Altenrechte«: SPD scheidet im Bundestag

»Leben mit Familienanschluss« für ältere Menschen

Wohn bei uns!

DIE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG lässt sich nicht umkehren: Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Lebensalter und sind dann auf Unterstützung angewiesen. Vor allem in ländlichen Regionen stehen schon heute oft nicht genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung und Pflegedienste arbeiten am Limit ihrer Kapazitäten. In Frankreich gibt es seit Jahren ein erfolgreich implementiertes Versorgungskonzept, das nun auch bei uns erprobt werden soll.

»Leben mit Familienanschluss – kurz LeFa – heißt das neue Alterswohnprojekt der Sozialakademie der AWO SANO, das im April dieses Jahres gefördert vom GKV-Spitzenverband gestartet ist. Bis Dezember 2015 soll es alternative Wohnformen für Senioren in ländlichen Gegenden erproben, genauer gesagt an sechs Standorten, verteilt auf die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen.

Französisches Vorbild

LeFa beruht auf einem Konzept, das sich in Frankreich seit mehr als zehn Jahren erfolgreich bewährt. Wissenschaftlich evaluiert bietet es dort für den ländlichen Bereich inzwischen einen wertvollen alternativen Versorgungsansatz: Gastfamilien nehmen Senioren aus ihrer Nachbarschaft, die nicht mehr allein leben können oder wollen, dauerhaft bei sich zu Hause auf. Für diese neuen Aufgaben werden die Familien im Vorfeld geschult und während der Projektlaufzeit durch die örtliche Fachstelle, die sogenannte Koordinatorin, begleitet. »Ein alter Baum soll nicht verpflanzt werden. Deshalb liegt es doch nahe, eine Familie in der Nachbarschaft zu finden, die den alten Menschen aufnimmt. Auf diese Weise wollen wir auf dem Land eine Alternative zum vorschnellen Heimeinzug schaffen und die verschiedenen Generationen verbinden, wenn die eigenen Kinder in die größeren Städte gezogen sind«, erklärt der Leiter der Sozialakademie Potsdam Horst Weipert.

Für ihn liegen die Vorteile auf der Hand: Der ältere Mensch bleibt in seinem gewohnten Umfeld, doch er entkommt der Isolation und kann seine Lebenserfahrungen in die neue Familie einbringen. Diese sorgt für Unterkunft, Verpflegung, Alltagsbegleitung und Tagesgestaltung. Dafür erhält die Familie eine Aufwandsentschädigung. Pflegerische Leistungen übernimmt sie jedoch nicht. Das ist Aufgabe des ambulanten Pflegedienstes. Ein anerkannter Pflegebedarf, möglichst in Form von Pflegestufe 1 oder 2, ist Voraussetzung für die Teilnahme am LeFa-Projekt.

Eine Frage der Entschädigung?

In Frankreich erhält eine Gastfamilie € 1056 im Monat. Dieses gesicherte Einkommen ist ein wichtiger Punkt für die Wirksamkeit des Gesamtkonzeptes. Die wesentliche Leistungskraft des Ansatzes liegt laut Weipert darin, dass die Senioren an den Alltagsabläufen im bekannten Um-

feld teilnehmen können, was laut den französischen Evaluationsergebnissen sogar pflegepräventiv wirke: »Es gibt dort im Gegensatz zu uns sieben Pflegestufen. Wenn jemand mit der Pflegestufe drei bei einer Gastfamilie einzieht, hat er in der Regel nach rund drei Jahren immer noch dieselbe Pflegestufe – und nicht vier oder fünf.« Für den Leiter der Sozialakademie bietet LeFa vor allem für Familien, die darüber nachdenken wegzuziehen, weil sie keine Arbeit mehr finden, eine Chance, doch auf dem Lande wohnen zu bleiben.

Allerdings gibt es regionale Unterschiede bei der Berechnung der Aufwandsentschädigung. Die Mietkosten werden bei einem Raum inklusive Nebenkosten kalkulatorisch zwischen € 150 und € 250 im Monat angesetzt, je nach Region. Dazu kommen € 9 pro Tag für Verpflegung, wobei die Mitbewohnerin oder der Mitbewohner an den familiären Ritualen des Essens teilnehmen soll. In Summe sind es demnach monatlich für Unterkunft und Verpflegung rund € 500 bis € 550, die von den Mitbewohnern aufgebracht werden müssen. Für die soziale Begleitung und die Teilnahme am Alltag gibt es derzeit Überlegungen, ob ein Mitglied der Gastfamilie als geringfügig beschäftigt auf 450-Euro-Basis angestellt werden kann. »Unser Ziel ist es, dass die Gastfamilien bei uns auch mit einem gesicherten monatlichen Einkommen von etwa € 1000 rechnen können«, so Weipert.

Gastfamilien werden mit monatlich etwa € 1000 entschädigt

Wer kann Gastfamilie sein?

An jedem der sechs Standorte soll das LeFa-Projekt je dreimal umgesetzt werden, das heißt in insgesamt 18 Gastfamilien. Dazu wurden sechs lokale Fachstellen mit je einer Projektkoordinatorin eingerichtet. Sie soll sich später beispielsweise auch um die Urlaubs- und Krankheitsvertretungen kümmern.

Der nächste Schritt ist jedoch die Suche nach geeigneten Gastfamilien, die einen älteren Menschen bei sich aufnehmen möchten. Dabei gibt es immer wieder unerwartete Hindernisse, weiß Weipert: »Jeder Standort entwickelt sich spezifisch. Womit wir in zwei Bundesländern gar nicht gerechnet haben, ist die Flutkatastrophe. In Sachsen-Anhalt hat sie uns um etwa einen Monat zurückgeworfen, genauso wie in Annaberg/Buchholz im Erzgebirge. Doch wir hoffen, von der Planung her, dass im November oder Dezember die ersten Mitbewohner einziehen.«



Im Vorfeld muss die Gastfamilie eine mindestens zehntägige, umfassende Qualifizierung für ihre neue Aufgabe absolvieren. Eine weitere Voraussetzung ist, dass sie mindestens zwei Personen umfasst, die zudem nicht mit der Mitbewohnerin oder dem Mitbewohner verwandt sein dürfen. »Die Franzosen kommen zu den besten Erfolgen, wenn die Familie aus Mutter, Vater und Mäxchen besteht«, erklärt Weipert mit einem Augenzwinkern.

Der Mitbewohner benötigt mindestens einen eigenen Raum, wobei eine Gastfamilie maximal zwei Mitbewohner aufnehmen kann. Doch bevor eine Mitbewohnerin oder ein Mitbewohner einzieht, prüft die Koordinatorin, ob »die Chemie zwischen beiden stimmt«. Außerdem gibt

Maximal zwei Mitbewohner je Familie

es im Vorfeld ein Kennenlernen sowie die Möglichkeit des Probewohnens. Doch der Weg, der vor ihnen liegt, ist nicht einfach – das wissen auch die Projektbegleiter. Doch Weipert ist zuversichtlich: »Jetzt müssen wir zunächst drei Familien finden, die sich darauf einlassen wollen. Und dann Senioren, die zu den Familien passen. Denn das Leben in einer Gastfamilie ist sicherlich kein Angebot, das für jeden infrage kommt. Sondern hauptsächlich für diejenigen, die in ihrem gewohnten Umfeld bleiben wollen. Und wir

wissen, dass es nicht immer nur das Alter ist, was krank und pflegebedürftig macht, sondern Einsamkeit und Isoliertheit.«

Modellversuch bedeutet wissenschaftliche Begleitung

Professor Thomas Klie und Birgit Schuhmacher vom FIVE/AGPE.V. Freiburg begleiten und beobachten LeFa wissenschaftlich. Unterstützt werden sie durch eine wissenschaftliche Beratung von Prof. Elisabeth Bubolz-Lutz aus Düsseldorf. Hierzu zählen standardisierte Befragungen im Pflege-Mix, ein systematisches Berichtswesen für die Koordinationsstellen, die Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen oder Experteninterviews auf Länderebene. Am Ende sollen die Erkenntnisse aus den 18 Arrangements von Gastfamilien und Mitbewohnerinnen oder Mitbewohnern sowie den Koordinations- und Steuerungsaufgaben zeigen, ob und inwieweit sich dieses Konzept als wirksam erweist.

Dr. Martina Koesterke

Bundestagswahl

Keine Radikalreform in Sicht

EINST WAREN DIE FRONTEN IN DER GESUNDHEITSPOLITIK KLAR: Die Union kämpfte für die Kopfpauschale, Rot-Grün für die Einführung der Bürgerversicherung. Doch CDU/CSU haben sich längst von einer Radikalreform verabschiedet. Die Gesundheitspolitik spielte im Bundestagswahlkampf nur eine untergeordnete Rolle. Es fehlte der Handlungsdruck.

SPD und Grüne für Bürgerversicherung.

Mit der Bürgerversicherung wollten SPD und Grüne bei den Wählern punkten. Beide Parteien werben für die Abschaffung der Grenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Der Beitragssatz soll wieder zur Hälfte von den Arbeitgebern bezahlt werden. Die Grünen gehen allerdings noch einen Schritt weiter. Sie wollen auch Mieteinnahmen und Kapitaleinkünfte für die Kas-

SPD: mit der Bürgerversicherung gegen die Zwei-Klassen-Medizin

senbeiträge heranziehen. Die Beitragsbemessungsgrenze soll auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung von derzeit € 5800 im Monat angehoben werden.

Dies würde allerdings auch mittlere Einkommen massiv treffen.

»Wir wollen mit der Bürgerversicherung die Solidarität stärken«, erklärte SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach. Ziel sei es, die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland zu beenden. So würden Privatpatienten bei Terminvergabe und Wartezeit in der Praxis bevorzugt. Dies zeigen auch Studien. Eine Untersuchung im Auftrag der Grünen in Bayern kam erst kürzlich zu dem Ergebnis, dass gesetzlich Versicherte im Schnitt 28 Tage auf einen Facharzttermin warten müssen – und damit 17 Tage länger als ein Privatversicherter. Ärzte-Vertreter begründen die ungleiche Behandlung mit den deutlich höheren Honoraren der Privatpatienten. Rot-Grün fordert daher die Angleichung der Vergütung.

Nichts Neues von CDU / CSU

Während SPD und Grüne lautstark ihre gesundheitspolitischen Forderungen verkündeten, blieb die Union äußerst vage. Im Wahlprogramm steht lediglich, was CDU / CSU nicht wollen: »Eine staatliche Einheitsversicherung für alle lehnen wir ab.« Zugleich gibt es ein klares Bekenntnis zur privaten Krankenversicherung: »Die private Krankenversicherung mit ihren individuellen Kapitalrücklagen, um steigende Kosten im Alter abzdämpfen, leistet einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit und Umsetzung von Neuerungen im Gesundheitswesen.« Von der einst beschworenen Kopfpauschale findet sich dagegen keine Zeile im Wahlprogramm. Und konkrete Aussagen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung? Fehlanzeige. Stattdessen reichlich Selbstlob: »Durch erfolgreiche Reformen haben CDU und CSU die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil gehalten. Krankenkassen und Gesundheitsfonds haben erhebliche Rücklagen gebildet.« Tatsächlich hat Schwarz-Gelb die Milliar-

den-Überschüsse im Gesundheitswesen vor allem zwei Gründen zu verdanken: Der kräftigen Beitragsanhebung von 14,9 auf 15,5% sowie der unerwartet guten Konjunktur-entwicklung.

FDP will Kostenerstattungsprinzip einführen

Und die Liberalen? Die FDP sieht sich stets als Verfechterin einer starken privaten Krankenversicherung. Die Bürgerversicherung lehnen die Liberalen ebenfalls strikt ab. Im Gegensatz zur Union gibt es allerdings konkrete Vorschläge für Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. So soll das Kostenerstattungsprinzip wie in der Privatversicherung eingeführt werden. Das heißt: Die Patienten erhalten eine Rechnung vom Arzt, die sie zunächst selbst bezahlen und anschließend bei der Kasse einreichen.

Auch die Umverteilung durch den Gesundheitsfonds soll verringert werden. Was sich die Liberalen darunter vorstellen, bleibt allerdings im Wahlprogramm offen. Ursprünglich hatte die FDP stets für die Abschaffung der zentralen Geldsammelstelle gekämpft. Inzwischen äußert sich auch Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) geradezu versöhnlich zum Fonds. Schwarz-Gelb habe den Kassen die Beitragsautonomie zurückgegeben und den Zentralismus bei der Ärzte-Vergütung gestoppt, erklärte Bahr selbstbewusst. »Wenn man den seit Jahren bestehenden Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen auf Wunsch der CDU weiterhin Gesundheitsfonds nennt, habe ich damit kein Problem.«

PKV bleibt in der Gefahrenzone

Gerade die Aussagen von Daniel Bahr zeigen, wie wandlungsfähig Politik ist. Wahlprogramme spielen oft schon am Wahlabend nur noch eine untergeordnete Rolle. Auch den Gesundheitsfonds hatte seinerzeit keine Partei im Programm stehen. Er wurde vielmehr aus der Not geboren, in der Großen Koalition einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale zu finden. Und dafür, dass niemand die zentrale Geldsammelstelle wollte, hält sie sich bisher erstaunlich lange.

Gleich welche Partei den neuen Gesundheitsminister stellt – die private Krankenversicherung könnte weiter unter Druck geraten. Schon heute leidet die Branche unter Niedrigzinsen und massiv steigenden Ausgaben. Die Liberalen wollen die PKV daher »zukunftsfest« machen. Das Erstaunliche: Dazu soll gerade der Wettbewerb zwischen den Anbietern verstärkt werden. Geplant ist, dass

PKV leidet unter Niedrigzinsen und steigenden Ausgaben

künftig die individuellen Altersrückstellungen bei einem Wechsel mitgenommen werden können. Bisher mussten vor allem ältere Versicherte ihre Rückstellungen ganz oder teilweise zurücklassen. Für die Versicherungen hätten die Änderungen gewaltige Auswirkungen. Der neue Wettbewerb würde den Preisdruck für die Anbieter deutlich erhöhen und teure Anbieter gnadenlos bestrafen.

Die Debatte über die Zukunft der privaten Krankenversicherung beschäftigt auch die gesetzlichen Kassen. »Ich fürchte, dass die private Krankenversicherung in den nächsten Jahren in massive Existenznöte kommt – und die gesetzliche Krankenversicherung die Versicherten dann auffangen muss«, warnte jüngst der Chef der Techniker Krankenkasse, Jens Baas. Er plädiert daher dafür, zügig »einen vernünftigen Übergang in einen einheit-

Zusatzbeiträge voraussichtlich erst in 2014

lichen Versicherungsmarkt zu schaffen«. Dabei sollten gesetzliche und private Kassen um die Gunst der Versicherten konkurrieren. Für jeden Versicherten,

der von der privaten in die gesetzliche Versicherung wechselt, soll der private Anbieter aus den Altersrückstellungen eine Art Rentenbeitrag zahlen.

Großer Handlungsbedarf – wenig Handlungsdruck

Bürgerversicherung, Einheitskasse oder Status quo – eine radikale Gesundheitsreform ist nach der Bundestagswahl kaum zu erwarten. Aufgrund der Milliarden-Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt der nötige Handlungsdruck. Selbst bei einem überraschenden Einbruch der Konjunktur dürfte es nennenswerte Zusatzbeiträge erst 2014 geben. Die Stabilität im Gesundheitswesen verschafft der neuen Regierung wertvolle Zeit. Diese sollte sie dringend nutzen. Reformbedarf gibt es weiterhin genügend – auch jenseits der Systemdebatte um private und gesetzliche Krankenversicherung. Neben der seit Jahren ausstehenden umfassenden Pflegereform braucht es etwa Korrekturen bei der Krankenhausvergütung. Kliniken, die die Zahl der Operationen unnötig nach oben treiben, dürfen nicht länger Gewinner sein. Aber auch beim Thema Prävention, dem Ausbau der elektronischen Gesundheitskarte und der Verbesserung der Patientensicherheit warten auf den neuen Gesundheitsminister viele Hausaufgaben. Nach der letzten Bundestagswahl dauerte es fast ein Jahr, bis sich die Schwarz-Gelbe Koalition auf erste Reformen in der Gesundheit einigte. Es bleibt zu hoffen, dass die neue Regierung diesmal deutlich schneller an den Start geht.



Steffen Habit
ist Wirtschaftsredakteur
beim Münchner Merkur.

IMPRESSUM

MDK Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

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

REDAKTION

Martin Dutschek Leiter Personalentwicklung beim MDK Niedersachsen [martin.dutschek@mdkn.de]

Christiane Grote Fachgebietsleiterin »Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« beim MDS [c.grote@mds-ev.de]

Elke Grünhagen Mitarbeiterin im Fachgebiet »Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« beim MDS [e.gruenhagen@mds-ev.de]

Dr. Uwe Sackmann Qualitätsmanagementbeauftragter beim MDK Baden-Württemberg [uwe.sackmann@mdkbw.de]

Dr. Ulf Sengebusch Geschäftsführer des MDK im Freistaat Sachsen [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de]

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

REDAKTIONSBÜRO

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

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

BILDNACHWEIS

Weary – Florence Fuller (um 1880–1900) /
Private Collection / The Bridgeman Art Library

S. 2 kallejipp / photocase.com

S. 3 Dietmar Gust

S. 13 Rike Schulz

S. 20 Josie / photocase.com

S. 22 Markus Gann / photocase.com

S. 24 Helgi / photocase.com

S. 28 sto.E / photocase.com

S. 31 cydonna / photocase.com

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

ISSN 1610-5346



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

