

MDKforum



Innovationen  in der Medizin:

Wie bekommt man sie in die Köpfe hinein –
und wieder heraus?

Liebe Leserin, lieber Leser!

Ob personalisiertes Krebsmedikament, neues bildgebendes Diagnoseverfahren oder minimalinvasive Operationsverfahren – Innovationen in der Medizin entwickeln sich mit atemberaubender Geschwindigkeit. Fast täglich erregt ein neues Verfahren Aufsehen und Heilsversprechen werden verkündet. Doch bringt tatsächlich jede medizinische Innovation auch einen Nutzen für den Patienten? In unserem Schwerpunkt erklären Wissenschaftler, wie sie den Nutzen neuer Medikamente und Therapien bewerten. Darüber hinaus erklärt Prof. Hecken, welche Rolle der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Nutzenbewertung spielt, der ja letzten Endes darüber entscheidet, was von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird und was nicht.

Wer sich mit medizinischen Innovationen beschäftigt, der stößt auch schnell an Fragen der Ethik. Soll und muss alles gemacht werden, nur weil es möglich ist? Technik allein hilft dem Patienten selten – diese Auffassung vertritt der Medizinethiker Prof. Giovanni Maio. Im Weitblick erläutert Maio, warum das Gespräch zwischen Arzt und Patient Kern der Medizin ist.

Und noch einen Artikel mit Weitsicht bietet Ihnen diese Ausgabe: MDK *forum* war zu Besuch im Trainingslager für Ebola-Helfer in Appen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende und interessante Lektüre.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

Die gute Frage **Können wir aus Fehlern lernen?** 1
Die politische Kolumne **Vom Glück der klugen Entscheidung** 32

Titelthema

Rein in die Köpfe - raus aus den Köpfen? 5
Wie funktioniert eine Nutzenbewertung? 7
Interview mit Prof. Josef Hecken **Die Spreu vom Weizen trennen** 9
Ein-Blick in die Praxis **Von lebenslangem Lernen, alten Zöpfen und einem Töpfchen für die Guten** 11
Wie verbreiten sich Innovationen **Schneller als die Krankenkasse erlaubt?** 12
Interview mit Prof. Dr. Axel Heyll **Innovative Therapien in der Onkologie** 14
Jahrestagung des DNEBM **Der Laden brummt** 15

Wissen & Standpunkte

Jahresstatistik Behandlungsfehler-Begutachtung 2014
Sag niemals nie? 17
Entbürokratisierung in der Pflege **Den Kinderschuhen entwachsen - auf dem Weg in die Praxis** 19
Projekt simparteam erhält den Preis für Patientensicherheit **Den Notfall im Kreißsaal trainieren** 21

Gesundheit & Pflege

Studentische Arbeitsgruppe Palliativmedizin der Universität Witten Herdecke **Junge Menschen begegnen dem Tod** 22
Diabetes in der Pflege 24
Logopädie bei erworbenen Kommunikationsstörungen Wenn plötzlich die Worte fehlen 26

Weitblick

Arbeit wie in einer Plastiktüte **Ein freiwilliger Helfer der Bundeswehr berichtet über seinen Einsatz im Ebola-Gebiet** 28
Interview Prof. Dr. Giovanni Maio **Das Gespräch ist der Kern der Medizin** 30

Interview mit Hardy Müller,
Geschäftsführer des Aktionsbündnisses
Patientensicherheit

KÖNNEN WIR AUS FEHLERN LERNEN

Trotz aller Anstrengungen passieren immer noch zu viele Fehler in der Medizin: In schlimmen Fällen werden Patienten schwer geschädigt. Darüber sprachen wir mit Hardy Müller, dem ehrenamtlichen Geschäftsführer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG).

Die Medizinischen Dienste haben Ende Mai 2015 ihre Behandlungsfehlerstatistik präsentiert. Welche Schlüsse ziehen Sie daraus?

Mit der jährlichen Präsentation der Behandlungsfehlerstatistik wird das Thema Patientensicherheit eindrucksvoll in das öffentliche Blickfeld gerückt. Diese Publizität ist für das Thema wichtig. Wir sollten uns zukünftig vermehrt fragen, wie wir die dadurch erzeugte Aufmerksamkeit noch besser für den Ausbau der Patientensicherheit nutzen können. Neben der Präsentation der Statistiken könnte dies zum Beispiel die Bewerbung von Handlungsempfehlungen sein.

Zu begrüßen ist die Weiterentwicklung der Statistik um die »Never Events«. Das sind Schadensereignisse, die einerseits besonders folgenschwer und andererseits in der Regel sicher vermeidbar sind, wie zum Beispiel die Seitenverwechslung. Aus der Analyse der Statistiken wie die der »Never Events« müssen nun vermehrt Vorschläge für Präventionsstrategien vorgelegt werden. Auch innovative Krankenkassen sind hierbei gefordert.

Die Behandlungsfehlerstatistik der Medizinischen Dienste ist ja nur eine von vielen Reporten. Was wir brauchen, ist eine – wie auch vom MDS gefordert – Vereinheitlichung der Register oder zumindest im ersten Schritt eine Harmonisierung und Konzertierung der Berichterstattung über medizinische Behandlungsfehler.

Die Zahlen der MDK-Statistik sind für mich nicht überraschend. Sie müssen mit anderen Datenquellen in Verbindung gebracht werden, um Schlüsse für die Versicherten ableiten zu können. Als Krankenversicherter interessiert mich doch die Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass ich im Krankenhaus, in dem ich mich behandeln lasse, zu Schaden komme? Darauf gibt die Statistik der Behandlungsfehler allein keine Antworten.

Die Rückmeldungen von Versicherten wie auch Äußerungen in der öffentlichen Diskussion legen den Schluss nahe, dass die benutzte Fachterminologie wie zum Beispiel die des juristischen Begriffs des Behandlungsfehlers nicht immer korrekt verstanden wird. Wir haben es bei Prüfungen von Behandlungsfehler-Vorwürfen auch mit unerwarteten Behandlungsergebnissen zu tun, es geht nicht immer um Behandlungsfehler. Ich schlage eine Diskussion zur Differenzierung und auch Popularisierung unserer Fachterminologie vor mit dem Ziel, zu einer breiteren, besseren Rezeption von Behandlungsfehler-Statistiken beizutragen.

Trotz jahrelanger Bemühungen des APS passieren immer noch viel zu viele vermeidbare Fehler. Woran liegt das und was ist der größte Hebel, dem entgegenzuwirken?

Nach zehn Jahren Arbeit des Aktionsbündnisses stehen wir nicht erfolglos da. Patientensicherheit ist inzwischen ein Thema, über das offen gesprochen werden kann. Das war vor zehn Jahren noch anders. Wir sehen heute bei den meisten Akteuren der Gesundheitsversorgung eine große Aufgeschlossenheit. Dazu haben sicherlich Aktionen und Kampagnen des Aktionsbündnisses beigetragen. Zu erwähnen sind auch zahlreiche Handlungsempfehlungen sowie Konzepte und Analysen des Aktionsbündnisses. In dieser Plattform arbeiten alle ehrenamtlich. Das wertvollste Kapital des APS ist sicher das grandiose Engagement und der Enthusiasmus der APS-Mitglieder.

Eine gute Entwicklung, die ich wahrnehme, ist, dass immer mehr Akteure auch in einer Sicherheitskultur denken und nicht mehr nach dem Schuldigen suchen, sondern nach Lösungen. Was uns aber heute fehlt, ist eine nationale Strategie zum Ausbau der Patientensicherheit. Darin sehe ich den

größten Hebel. Im System mangelt es nicht an Detailregelungen. Es fehlt ein Rahmenkonzept zum Ausbau der Patientensicherheit.

Wir können die Aufgaben des APS nur in einer stabilen und solide finanzierten Struktur systematisch bewältigen. International werden längst nationale Programme zum Ausbau der Patientensicherheit gefordert. In Deutschland wurde 2013 die Förderung der Patientensicherheit als neues nationales Gesundheitsziel verabschiedet. Gesetzlich fest verankerte öffentliche Gelder fehlen jedoch bislang dafür. Die Arbeiten des APS erfolgen im Wesentlichen ehrenamtlich und ideell. In anderen Sicherheitsbereichen wie der Lebensmittel-, Verkehrs- und Luftsicherheit gibt es diese Strukturen. Zur Verbesserung der Situation im Bereich der Patientensicherheit haben die Bundesländer im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes einen Vorschlag zur systematischen Förderung von Einrichtungen zum Ausbau der Patientensicherheit eingebracht. Der Vorschlag sah vor, dass die GKV pro Jahr bis zu einem Cent pro Versicherten für die Belange der Patientensicherheit zur Verfügung stellt. Als APS haben wir diesen Vorschlag sehr begrüßt und bedauern, dass dieser Vorschlag von der Bundesregierung nicht aufgegriffen wurde.

Gibt es aus Ihrer Sicht Maßnahmen, die unbedingt gesetzlich verankert werden müssen, um die Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu erhöhen?

Prinzipiell brauchen wir einen Mix zwischen Regulation der Rahmenbedingungen und kreativen Freiräumen innerhalb einer nationalen Strategie. Die Patientensicherheit ist ein hochrangiges Versorgungsziel, zu dessen Erreichung es nicht an Detailvorschriften mangelt. Leider sind die bestehenden Einzelvorschriften bisher kaum in einen Sinnzusammenhang eingeordnet. Zum Beispiel ist die Verpflichtung zur Implementierung eines Fehlermeldesystems eine wichtige Reglung. Sie allein bewirkt relativ wenig, wenn sie nicht in einem Gesamtkontext mit anderen Regelungen steht. Der Gesetzgeber allein kann die Sicherheitserfordernisse nicht herbeiregeln, sondern sollte ein Rahmenkonzept einfordern und unterstützen, innerhalb dessen die Details von den Akteuren erarbeitet und erledigt werden.

Die meisten Beteiligten fordern mehr Transparenz. Wo genau soll diese entstehen und wie kann der Patient davon profitieren?

Bis heute haben Patienten so gut wie keine Transparenz, wie sicher zum Beispiel ein Krankenhaus arbeitet. Die meisten Qualitätsberichte sind für Qualitätsmanager geschrieben und für Laien in der Regel nicht verständlich und unübersichtlich.

Die Patientensicherheit muss vermehrt auch medizinische Aspekte hervorheben. Die ethische Dimension ist eine wesentliche Motivation für den Ausbau der Patientensicherheit und darf in der Legitimation der PS-Aktivitäten nicht zu kurz kommen. Leider dominieren in der Diskussion oft ökonomische Facetten der Patientensicherheit, so als ob wir an der Patientensicherheit sparen sollten und nicht mit ihr.

Sicher erfordert die Patientensicherheit Investitionen. Ich vertrete die Auffassung, dass die Belange der Patientensicherheit den Auswahl- und Evaluationskriterien des neuen Innovationsfonds genügen und daher neue Versorgungsmodelle zum Ausbau der Patientensicherheit und auch Aktivitäten der Patientensicherheitsforschung-Innovationsfonds prüffähig und ggf. gefördert werden können. Gesetzlich vorgesehen ist, dass für innovative Versorgungsformen in den nächsten vier Jahren jährlich 300 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Ich hoffe, dass aus diesem Topf auch Aktivitäten zum Ausbau der Patientensicherheit gefördert werden können. Wir alle haben ein sicheres Gesundheitssystem verdient.

Die Fragen stellte Martin Dutschek

Hardy Müller



Kurznachrichten

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Referentenentwurf liegt vor

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat am 22. Juni einen Referentenentwurf zum Pflegestärkungsgesetz II vorgelegt. Schwerpunkte des Gesetzes sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutachtungsassessments (NBA). Das Gesetz soll zudem den Übergang von bisher drei Pflegestufen auf künftig fünf Pflegegrade und den Bestandsschutz für jetzige Leistungsbezieher regeln. Darüber hinaus sollen auch Änderungen zur Qualitätssicherung, Qualitätsprüfung sowie zur Transparenz in der Pflege angegangen werden. Prüfungen und Veröffentlichungen sollen schrittweise weiterentwickelt werden. Bis Ende 2017 soll eine neue Grundlage für die Transparenz in der stationären Pflege und bis Ende 2018 für die ambulante Pflege geschaffen werden. Das Pflegestärkungsgesetz II soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Dem Referentenentwurf war bereits eine Vorziehregelung zur Umsetzung des NBA vorausgegangen, die der Bundestag bereits beschlossen hat. Damit erhielt die Selbstverwaltung den Auftrag, die praktische Umsetzung vorzubereiten. Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des MDS mit den Vorarbeiten an den neuen Begutachtungs-Richtlinien begonnen. Die beiden Erprobungsstudien, die dem Gesetzentwurf vorausgegangen waren, wurden mit Beteiligung der Medizinischen Dienste erstellt. So wurde in einer Studie die Praktikabilität des NBA erprobt. In einer weiteren Studie wurden die Versorgungsaufwände in stationären Einrichtungen erfasst.

Bundeskabinett beschließt Krankenhausstrukturgesetz

Das Bundeskabinett hat am 10. Juni den Entwurf für ein »Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung« (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSÜ) beschlossen. Im Zentrum steht eine bessere Qualität der Krankenhausversorgung durch u. a. folgende Maßnahmen:

- »Qualität« wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt.
- Die Mindestmengenregelung soll rechtsicher ausgestaltet werden.
- Kliniken erhalten Vergütungszu- oder -abschläge je nach Behandlungsqualität.
- Der G-BA erarbeitet Qualitätsindikatoren.
- Der MDK soll zukünftig prüfen, ob Krankenhäuser die Qualitätsanforderungen des G-BA einhalten und ob ihre Dokumentation für die übergreifende Qualitätssicherung richtig ist.

Der MDS hat die Qualitätsprüfung von Krankenhäusern durch die MDK als sinnvolles Instrument der Qualitätssicherung begrüßt. Die Qualitätsprüfung im Krankenhaus findet sich als Aufgabe des MDK in einem neuen §275a SGB V und hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung in §137 Abs. 3 SGB V. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. Bei den Kliniken stößt diese Krankenhausreform auf heftige Kritik.

DKG kündigt Prüfverfahrenvereinbarung

Am 18. Juni hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Vereinbarung über das Verfahren von Krankenhausprüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfvV) gekündigt. Die Vereinbarung ist nach langwierigen Verhandlungen bis hin zur Bundesschiedsstelle am 1. September 2014 in Kraft getreten. Sie regelt das Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen bei Patienten, die ab dem 1. Januar 2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Die Vereinbarung ist bis zu einer Neuvereinbarung bzw. einer Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle weiter anzuwenden. Die MDK haben erhebliche organisatorische Aufwände investiert, um den sie betreffenden Teil der PrüfvV umzusetzen, und sind somit durch mögliche gravierende Veränderungen des Verfahrens maßgeblich betroffen.

GKV-Spitzenverband: Studie zur Arzneimittelversorgung veröffentlicht

Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes hat Prof. Dr. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland sowie in 15 anderen europäischen Gesundheitssystemen verglichen. In der Mitte Juni veröffentlichten Studie kommt Prof. Busse zu folgendem Fazit: »Nirgendwo sonst stehen neue Arzneimittel so schnell und umfassend für die Behandlung von Krankheiten öffentlich erstattet zur Verfügung wie in Deutschland. Bezahlt wird dies mit im europäischen Vergleich hohen Arzneimittelausgaben, wozu aber auch das weiterhin überdurchschnittliche Preisniveau in Deutschland beiträgt.«

Blutschwämmchen beim Säugling: IGeL-Monitor bewertet Laserbehandlung

Bei vielen Säuglingen entstehen kurz nach der Geburt Blutschwämmchen (Hämangiome). Meist verschwinden sie von selbst. Sie aus kosmetischen Gründen mit dem Farbstofflaser entfernen zu lassen, bringt keine besseren Resultate. Zu diesem Ergebnis kommen die Experten des IGeL-Monitors nach einer aktuellen Studienanalyse und bewerten die selbst zu zahlende »Laserbehandlung von Blutschwämmchen beim Säugling« mit »tendenziell negativ«. Ob es sich tatsächlich um ein unkompliziertes Hämangiom handelt, sollte unbedingt ein Hautarzt klären, raten die Experten. Denn ein Blutschwämmchen kann aufgrund seiner Lage oder seines schnellen Wachstums ernsthafte Probleme verursachen und es kann leicht mit anderen, weniger harmlosen Hautbildungen verwechselt werden. Sind Probleme zu befürchten, kann die Behandlung Kassenleistung sein. Unter www.igel-monitor.de erhalten Versicherte evidenzbasierte Bewertungen zu sogenannten Selbstzahlerleistungen (IGeL). Entwickelt wurde die nicht kommerzielle Internetplattform vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS).

**Innovationen
in der Medizin:
Wie bekommt
man sie in die
Köpfe hinein –
und wieder heraus?**





MDK forum Heft 2/2015

Rein in die Köpfe – raus aus den Köpfen?

Innovationen in der Medizin hatten es schon immer schwer, die Ärzteschaft von ihrem Nutzen zu überzeugen – könnte man meinen. Tatsächlich verbreiten sich viele neue Verfahren und Medikamente jedoch in Windeseile. Oft stellt sich dann die Frage: Wie schafft man Neuerungen, die sich nicht bewährt haben, wieder ab?

AUCH DAS, was heute zu den Routinemaßnahmen zählt, war irgendwann einmal eine Innovation. Dabei hatten es damals selbst Innovationen, die heute zu den Binsenweisheiten zählen, mitunter schwer, sich durchzusetzen. Dass beispielsweise Ärzte gut daran tun, sich zwischen dem Sezieren einer Leiche und dem Entbinden einer Gebärenden gründlich die Hände zu waschen, war eine Innovation, die es bei ihrer Einführung vor 170 Jahren sogar extrem schwer hatte. Es dauerte mehrere Jahrzehnte, bis Ärzte ihre laxen Vorstellungen von Hygiene als Ursache des Kindbettfiebers akzeptierten.

Es ist eine bittere Ironie der Geschichte, dass ausgerechnet der im 18. und 19. Jahrhundert auflebende Forschergeist die Ärzte an die Seziertische trieb, wo sie Bakterien an die

Hände bekamen, mit denen sie anschließend die Gebärenden infizierten. Trotz der wissenschaftlichen Aufbruchsstimmung zeigten jedoch nur die wenigsten genug Forschergeist, um ihr eigenes Tun

**Manche brauchen
Jahrzehnte, andere
schaffen es über Nacht**

zu hinterfragen, und den Vorschlag ihres Kollegen Ignaz Semmelweis, sich die Hände zu waschen, zu befolgen. Die meisten schalteten auf Abwehr und verlachten ihn. So starb Semmelweis, einer der größten Pioniere der Medizin, mit 47 Jahren verbittert, verwirrt und verarmt.

30 Jahre nach dem Tod von Semmelweis machte ein anderer über Nacht Furore: Konrad Röntgen. Die Nachricht von seiner Entdeckung verbreitete sich wie ein Lauffeuer. Innerhalb kürzester Zeit experimentierten weltweit Forscher und Mediziner mit den neuen, fantastischen Wunderstrahlen, denen im Handumdrehen auch Heilkräfte zugeschrieben wurden. Nur sechs Jahre nach seiner Entdeckung bekam Röntgen dafür den erstmals verliehenen Nobelpreis für Physik. Doch während die Innovation, sich die Hände zu waschen, viel zu schleppend eingeführt wurde, ging es bei der Einführung der Röntgenstrahlen viel zu schnell. Das böse Erwachen folgte schon nach wenigen Jahren, als besonders eifrige Forscher an den Folgen der Strahlung starben.

Kräfte des Für und Wider

Warum wurden Händewaschen und Röntgenstrahlen so unterschiedlich angenommen? Schließlich wird jede Innovation von ablehnenden und unterstützenden Kräften begleitet: Die einen Kräfte halten am »Bewährten« fest und sträuben sich grundsätzlich gegen Veränderung. Die anderen Kräfte dringen auf Fortschritt und sind deshalb offen für Veränderung. Die Verteilung von Für und Wider fällt jedoch von Fall zu Fall verschieden aus.

Das kann mehrere Gründe haben, wie die Beispiele zeigen. Der erste Grund ist persönlicher Natur: Semmelweis war ein schwieriger Charakter, der seine Erkenntnisse weder mit Experimenten bewies noch verständlich publizierte, und der seine Kollegen sowie den konservativen Klinikchef gegen sich aufbrachte. Der zweite Grund hat etwas mit Evidenz zu tun: Den positiven Effekt des Händewaschens musste man erst mit Studien belegen, der Effekt des Röntgens war unmittelbar ersichtlich.



Ein dritter Grund liegt im Wesen der beiden Innovationen. Das Händewaschen offenbarte einen medizinischen GAU. Es führte Ärzten vor Augen, dass sie sich falsch verhalten und abertausende junge Frauen fahrlässig getötet hatten. Die Röntgenstrahlen dagegen schufen einen Mehrwert, indem sie das Repertoire des Arztes erheblich erweiterten und sein Ansehen stärkten, ohne ihm Bewährtes wegzunehmen. Das hatte auch Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Ärzte: Das Händewaschen empfanden sie als Erniedrigung, das Röntgengerät ließ ihr Licht noch heller strahlen.

Innovativ und lukrativ

Und es gibt noch einen vierten, ökonomischen Grund: Vor Semmelweis machte man für die Müttersterblichkeit schlechte Ausdünstungen verantwortlich, die man mit komplexen Belüftungsvorrichtungen bekämpfte. Das Händewaschen machte diese Vorrichtungen überflüssig und alle, die in sie investiert und die an ihnen verdient hatten, standen nun mit leeren Händen da. Die Röntgenstrahlen dagegen katapultierten die Medizintechnik in eine neue Ära.

All diese Faktoren – konservative und progressive Kräfte, persönliches Geschick, Auswirkungen auf das ärztliche Selbstverständnis und ökonomische Interessen – sind auch



heute noch am Werk. Unter dem Strich scheinen die innovationsfreundlichen Kräfte stärker zu sein. So hat der Fortschritt in den vergangenen Jahrzehnten unzählige Innovationen in die Versorgung gespült: neue Medikamente, neue Tests und neue Hilfsmittel. Ergänzen sie als Maßnahme vom Typ »Röntgenstrahlen« die gängige Praxis, sind sie willkommen und verbreiten sich rasch. Beispiel HPV-Impfung: Sie schützt weitgehend vor Infektionen, die Gebärmutterhalskrebs auslösen können. Als Add-on zur üblichen Vorsorgeuntersuchung mittels Pap-Test ist die Impfung bei den Frauenärzten wohlgelesen, als bessere und billigere Alternative zum Pap-Test wurde sie bei ihrer Einführung noch nicht einmal diskutiert.

Regulierte Zulassung, freie Anwendung

Spätestens mit dem Contergan-Skandal wurde deutlich, dass man Innovationen nicht ungeprüft zulassen sollte. Inzwischen wird die Einführung von Innovationen mehr oder weniger verbindlich reguliert: Der Gemeinsame Bundesausschuss billigt nur nachgewiesenen hilfreiche Innovationen als

Kassenleistung, Medikamente müssen strenge Zulassungsprozeduren durchlaufen, Werbung ist nur eingeschränkt erlaubt und neuerdings dürfen neue Medikamente nur dann mehr als etablierte Mittel kosten, wenn ein Zusatznutzen nachgewiesen ist. Medizinprodukte müssen dagegen nur ihre technische Unbedenklichkeit zeigen, weshalb etwa das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin einen Nutzenbeleg für sie fordert.

**IGeL verkaufen
sich auch
ohne Nutzen**

Doch sind Innovationen einmal im Markt, steht ihrer Verbreitung nichts mehr im Wege: Die Therapiefreiheit erlaubt es Ärzten zu behandeln, wie sie es für richtig halten. Da unser Gesundheitssystem das Erbringen von Leistungen belohnt und Ärzte also umso mehr verdienen, je mehr sie tun, werden manche Maßnahmen auch anderweitig oder häufiger als nötig eingesetzt. Auch eine Verweigerung der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen ist kein wirklicher Hemmschuh, schließlich können Ärzte Maßnahmen als Individuelle Gesundheitsleistung, kurz IGeL, privat abrechnen. Im wachsenden IGeL-Markt dürfen Ärzte sogar solche Maßnahmen anbieten, deren Nutzen nicht untersucht, geschweige denn belegt ist.

Nutzloses muss wieder raus aus den Köpfen

Auch *sollten* sich Ärzte zwar an den evidenzbasierten Leitlinien ihrer Fachgesellschaften orientieren, sie *müssen* es aber nicht. Der von manchen gehegte Widerwillen gegen diese »Kochbuchmedizin« dürfte in Zukunft sogar noch zunehmen: Die aktuelle Leitlinie zum Kreuzschmerz etwa enthält eine ganze Reihe sogenannter Negativempfehlungen, das heißt, sie rät von bestimmten Maßnahmen explizit ab. Auch diese Maßnahmen kamen einst als Innovationen in die Köpfe der Ärzte – und sollen nun wieder hinaus.

Wie das gelingen kann, ist offen. Ohne Druck von außen wird es wohl nicht gehen. Die Patientenautonomie durch Projekte wie den IGeL-Monitor zu stärken, ist dabei sicher eine gute Option. Doch ohne ein Einsehen der Ärzte wird es nicht gehen. Erste Ansätze wie die Choosing-Wisely-Initiative (mehr dazu in der politischen Kolumne auf S. 32), bei der Ärzte unnötige Maßnahmen aussortieren, lassen hoffen.



Dr. Christian Weymayr
ist Projektleiter des IGeL-Monitor und
freier Medizinjournalist

Wie funktioniert eine Nutzenbewertung?

Die moderne Medizin entwickelt sich rasant. Fast täglich wird über neue, innovative Verfahren oder Erkenntnisse berichtet. Patienten, Ärzte, Angehörige der Gesundheitsfachberufe und auch Verantwortliche im Gesundheitssystem leiten daraus in vielen Fällen Zuversicht ab, Erkrankungen zu heilen, ihnen vorzubeugen oder zumindest ihren Verlauf positiv beeinflussen zu können.

TROTZDEM oder gerade deswegen ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass viele medizinische Maßnahmen nicht durch Belege aus klinischer Forschung abgesichert sind. Dies betrifft sowohl neue (innovative) als auch bekannte (etablierte) Verfahren. Es kann nach wie vor sein, dass nutzlose oder gar schädliche Interventionen große Akzeptanz erfahren und weite Verbreitung finden, während nützliche Interventionen nicht beachtet werden oder nur einen verzögerten

Was nutzt, das kann auch schaden

Eingang in die Versorgung finden. Der Nutzen einer medizinischen Maßnahme geht immer auch mit einem Risiko auf einen durch diese Intervention ausge-

lösten Schaden einher. Für viele Maßnahmen bestehen erhebliche Unsicherheiten bezüglich Nutzen und Schaden ebenso wie darüber, von welcher Intervention welche Patientengruppe am meisten profitiert. Sich mit Unsicherheiten auseinanderzusetzen und diese zu kommunizieren ist unverzichtbar für eine moderne, patientenorientierte Medizin.

Bewertung des Nutzens und Schadens medizinischer Maßnahmen

Die Ergebnisse einer Studie müssen immer im Kontext der bisher vorhandenen Evidenz betrachtet werden. D. h. um eine evidenzbasierte Entscheidung treffen zu können, müssen nicht nur die neuesten Daten betrachtet werden, sondern es ist eine systematische Suche und Analyse der gesamten relevanten Evidenz notwendig, die zu einer Fragestellung zur Verfügung steht.

Evidenzbasierte Nutzenbewertungen werden nach festgelegten methodischen Standards in einem transparenten Prozess erstellt. Grob zusammengefasst läuft dieser wie folgt ab:

- Formulierung der Fragestellung nach dem PICO-Schema: Patient bzw. Population, Intervention, Vergleichsintervention (Comparison), Zielgröße (Outcome)
- Systematische Recherche nach Studien zu der interes-



sierenden Fragestellung in Datenbanken und ggf. anderen Quellen (Studienregister, Kongressbände) sowie Selektion der Studien anhand der auf dem PICO-Schema basierenden Einschlusskriterien

- Bewertung der relevanten Studien in Bezug auf mögliche Einschränkungen der Zuverlässigkeit der Ergebnisse durch systematische Verzerrungen sowie der Anwendbarkeit der Ergebnisse für den fragestellungsspezifischen Kontext (z. B. Versorgungsstufe, Schweregrad der Erkrankung)
- Zusammenfassende Darstellung der Studienergebnisse zum einen beschreibend, falls bestimmte methodische Voraussetzungen erfüllt sind, auch rechnerisch in Form einer Metaanalyse
- Abschließende Abwägung von Nutzen und Schaden der betrachteten Intervention

Die so erstellte Nutzenbewertung bildet die Basis für eine gesundheitsbezogene Entscheidung. Diese wird nach dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin in der individuellen Entscheidungssituation durch die klinische Expertise des Arztes sowie die Erfahrungen und Präferenzen des Patienten ergänzt. Auf Systemebene können zusätzlich ethische, juristische, ökonomische und soziokulturelle Aspekte relevant für die Entscheidung sein. Health Technology Assessments

(HTA-Berichte) sind umfassende Nutzenbewertungen zur Unterstützung von Systemscheidungen und beinhalten zusätzlich zu der Bewertung von Nutzen und Schaden häufig auch Informationen zu diesen Aspekten.



Nutzenbewertung im deutschen Gesundheitssystem

Der Grundgedanke einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung ist es, Entscheidungen durch bestmögliche wissenschaftliche Evidenz aus klinischen Studien zu stützen. Nutzenbewertungen medizinischer Interventionen als Grundlage für Systemscheidungen sind im deutschen Gesundheitssystem im SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) gesetzlich verankert und entsprechend in der Verfahrensordnung des G-BA abgebildet. Auf dieser Grundlage bewertet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den aktuellen medizinischen Wissensstand zu Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden, Verfahren der Diagnose und Früherkennung (Screening), erstellt Gutachten zu Behandlungsleitlinien und Disease-Management-Programmen (DMP) sowie allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen.

Aktuelle Entwicklungen: frühe Nutzenbewertung und Erprobung

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 trat das »Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)« in Kraft. Seitdem wird für alle neu zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sofort nach Markteintritt eine Nutzenbewertung durchgeführt (§ 35a SGB V), um eine Entscheidungsgrundlage für die Preisgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Hierbei bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) innerhalb von drei Monaten in der Regel auf Basis einer Nutzenbewertung des IQWiG, ob ein Zusatznutzen gegenüber einer sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt wird.

Ein vergleichbares Verfahren für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gibt es derzeit nicht. Allerdings wurde im Jahr 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Möglichkeit geschaffen, dass Hersteller und Anbieter beim G-BA die Erprobung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode bean-

tragen. Hierbei erfolgt zunächst die Bewertung des Potenzials einer neuen Methode. Falls das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative festgestellt wird, kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach §137e SGB V eine klinische Studie im Rahmen einer sogenannten Erprobung initiieren, um eine Verbesserung der Evidenzlage zu erreichen.

Problemfelder und Herausforderungen

Auch wenn die Methoden der evidenzbasierten Medizin an vielen Stellen standardisiert und etabliert sind und sich stetig weiterentwickeln, gibt es eine Reihe von Problemen, die eine vollständige Nutzenbewertung erschweren.

Ein zentrales Problem ist, dass weder alle Studien veröffentlicht werden, die durchgeführt werden, noch alle relevanten Ergebnisse einer Studie publiziert werden. Es ist nach wie vor so, dass Daten nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, weil sie nicht das gewünschte Ergebnis zeigen oder als uninteressant eingestuft werden.

Ein weiterer kritischer Punkt sind Interessenkonflikte, die dazu führen können, dass Studien nicht oder nur teilweise veröffentlicht oder Studiendaten verzerrt dargestellt werden. Viele Wissenschaftler erhalten Forschungsgelder sowie Gelder für Beratertätigkeiten oder Vorträge.

Schwieriger zu erfassen und bewerten als diese finanziellen Interessenkonflikte sind persönliche Interessenkonflikte, wenn man z. B. an einer Forschungstheorie festhält, weil man seine bisherige Forschung nicht infrage stellen möchte, oder weil man z. B. eine Innovation unterstützt und verbreitet hat, die sich bei objektiver Betrachtung doch nicht als so wirksam dargestellt hat wie erhofft.

Auch wenn die evidenzbasierte Medizin im deutschen Gesundheitssystem fest verankert ist und das IQWiG im letzten Jahr seinen zehnten Geburtstag feierte, wird die Notwendigkeit einer unabhängigen Nutzenbewertung medizinischer Interventionen noch nicht überall wahrgenommen und stößt auf Kritik. Um die Akzeptanz weiter zu erhöhen und mit Begriffen wie »evidenzbasierter Medizin« und »Nutzenbewertung« eine durchgehend positive Assoziation auszulösen, wird auch weiterhin noch Überzeugungsarbeit zu leisten sein.

Fazit

Weder Hoffnung und Glaube noch unsystematische Beobachtungen oder individuelle Meinungen sind geeignet, eine medizinische Intervention umfassend zu bewerten. Hierzu müssen wir uns der Methoden der Nutzenbewertung bedienen, deren Ziel es ist, Gesundheitsentscheidungen auf individueller wie auch auf Systemebene zu unterstützen und damit eine sinnvolle und gerechte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Im deutschen Gesundheitssystem ist dies gesetzlich verankert und wird entsprechend umgesetzt.

Viele Studien werden nicht veröffentlicht



Dr. Michaela Eikermann,
Leiterin des Bereichs Evidenzbasierte Medizin
des MDS, m.eikermann@mds-ev.de

Die Spreu vom Weizen trennen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bewertet den Nutzen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, neuer Arzneimittel und – künftig – neuer Hochrisiko-Medizinprodukte. Auf dieser Grundlage fällt die Entscheidung für oder gegen eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. MDK *forum* sprach mit dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA.

forum Welche Kräfte wirken im Gesundheitsmarkt und welche Aufgabe hat der G-BA dabei?

Prof. Josef Hecken Der Gesundheitsmarkt ist sehr dynamisch und für den Einzelnen schwer zu überblicken. Der auf medizinische Hilfe angewiesene Patient ist kein autonomer Verbraucher, der auswählen kann, was nützlich für ihn ist, was eher schädlich oder was sich am Ende als leeres Heilungsversprechen erweist. Auf der einen Seite wünschen sich alle Versicherten und Patienten die bestmögliche Versorgung in allen medizinischen Bereichen. Auf der anderen Seite drängen Produkte und Leistungen mit zunächst unklarem Nutzen, aber in der Regel deutlich höheren Kosten auf den Gesundheitsmarkt. Weiterhin hinterfragen die Krankenkassen sehr berechtigt, ob beispielsweise neue und teurere Medikamente oder Methoden wirklich einen Zusatznutzen haben. Und genauso berechtigt möchten Ärzte neue und vielleicht besser wirksame Arzneimittel verschreiben und innovative Behandlungsmöglichkeiten einsetzen können. In dieser Vielzahl von Interessenlagen muss auf der Basis wissenschaftlicher Belege entschieden werden. Der G-BA ist hierbei die zentrale Institution, die – getragen vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und mit Unterstützung der Patientenvertretung – neben weiteren wichtigen Aufgaben auch Innovationen bewertet. Der G-BA ist dabei verpflichtet, seine Entscheidungs-

gen auf wissenschaftlicher Grundlage zu treffen und die Entscheidungsprozesse transparent darzustellen. Ich benutze hier gerne das Bild »die Spreu vom Weizen trennen«. Echte Innovationen von Pseudoinnovationen auf der Grundlage der bestverfügbaren Evidenz zu unterscheiden – das ist unsere Aufgabe.

forum Wer setzt den Maßstab fest, nach dem bewertet und entschieden wird?

Hecken Rechtsgrundlage für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimitteln ist das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in der Umsetzung vor allem die durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigte Verfahrensordnung des G-BA. Das SGB V schreibt vor, dass Leistungen der GKV »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein« müssen, sie »dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten«. Zudem wird im SGB V konkretisiert, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen nachgewiesen sein müssen. Die Verfahrensordnung legt ein einheitliches Vorgehen fest.

Das Entscheidungsorgan des G-BA ist das Plenum mit 13 stimmberechtigten Mitgliedern, die ein- bis zweimal monatlich in öffentlicher Sitzung Beschlüsse fassen. Auch die Zusammensetzung des Plenums ist im SGB V geregelt: Neben dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern ist eine paritätische Besetzung mit fünf Vertretern des GKV-Spitzenverbands und insgesamt fünf Vertretern der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer (DKG, KBV, KZBV) vorgesehen. Jedes der 13 Mitglieder des Plenums hat in der Regel eine Stimme. Bei

Prof. Josef Hecken



Beschlüssen, die allein einen oder zwei der Leistungssektoren – vertragsärztlich, vertragszahnärztlich, stationär – wesentlich betreffen, bestehen aufseiten der Leistungserbringerseite abweichende Stimmverhältnisse. Die entsprechenden Richtlinien und die anteilige Stimmengewichtung sind in der Geschäftsordnung festgehalten. An den Sitzungen des Plenums nehmen entsprechend den Vorgaben des SGB V nicht stimmberechtigte Patientenvertreter teil, die über ein umfassendes Mitberatungs- und Antragsrecht zu allen Tagesordnungspunkten verfügen und sehr wertvolle Expertise einbringen.

forum Warum dauert es manchmal recht lange, bis eine Bewertung abgeschlossen werden kann?

Hecken Dafür kann es unterschiedliche Gründe geben, und manchmal ist der G-BA auch sehr schnell. Bei der Bewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen etwa läuft das Verfahren fristgebunden und zügig: Der G-BA bewertet innerhalb von sechs Monaten nach Marktzulassung eines neuen Arzneimittels, ob ein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt wird. Zu diesem Zweck legen die Hersteller dem G-BA ein Dossier auf Grundlage der Zulassungsunterlagen sowie aller Studien zu den Arzneimitteln vor, die einen Zusatznutzen des Medikaments im Vergleich zu einer zuvor bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie belegen müssen. Innerhalb der ersten drei Monate prüft dann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Unterlagen und veröffentlicht das Ergebnis im Internet. Im Anschluss haben pharmazeutische Unternehmer, Verbände und Sachverständige die Gelegenheit, schriftlich und mündlich zu dem Ergebnis Stellung zu nehmen. Nach weiteren drei Monaten fasst der G-BA einen Beschluss auf Basis der Bewertung des IQWiG und der eingegangenen

Stellungnahmen, der vor allem Aussagen über das Ausmaß des Zusatznutzens, über die zur Behandlung infrage kommenden Patientengruppen, über Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und über die Therapiekosten des Arzneimittels enthält.

Bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden variiert die Beratungsdauer je nach Komplexität und Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Daten. Im Unterschied zu Arzneimitteln müssen Methoden keine zentrale Zulassung durchlaufen, sondern können in die Versorgung eingeführt werden, ohne dass aussagekräftige klinische Studien durchgeführt wurden. Der G-BA muss die Datenlage dann oft erst mühsam ermitteln. Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen lassen, kann der G-BA Richtlinien zur Erprobung beschließen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber mit dem SGB V-Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2012 neu geschaffen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte der G-BA bei unzureichendem Nutzenbeleg keine wirkungsvolle Möglichkeit, auf eine Verbesserung der Evidenzlage hinzuwirken.

forum Warum übernehmen Krankenkassen möglicherweise die Kosten für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Krankenhaus, im ambulanten Bereich jedoch nicht?

Hecken Hier hat der Gesetzgeber unterschiedliche Regelungen vorgesehen. Niedergelassene Ärzte dürfen neue Methoden erst dann als Kassenleistung anbieten, wenn der G-BA sie für den ambulanten Bereich geprüft hat und zu dem Ergebnis kam, dass ihr Einsatz dort für Patienten nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich ist. Dies wird als Erlaubnisvorbehalt bezeichnet. Krankenhäuser hingegen dürfen neue Untersuchungen

und Behandlungen nach dem Gesetz ohne ein solches Vorprüfungsverfahren direkt anbieten. Auf Antrag untersucht der G-BA jedoch, ob die stationär erbrachte Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich ist. Zeigt sich dann, dass der Nutzen einer im Krankenhaus angewandten Methode nicht hinreichend nachgewiesen ist und sie auch nicht das Potenzial für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet (weil sie zum Beispiel schädlich oder unwirksam ist), kann der G-BA sie aus der Versorgung zulasten der Krankenkassen und damit der Versicherungsgemeinschaft herausnehmen. Dies ist der Verbotsvorbehalt, dessen positiver Effekt zunächst ist, dass innovative Behandlungsmethoden den in der Regel schwer erkrankten Krankenhauspatienten schnell zur Verfügung stehen. Das bedeutet aber auch, dass es für diese Innovationen in der stationären Versorgung keine durchgängige Bewertung des Nutzen- bzw. Schadenspotenzials gibt.

forum Gibt es manchmal Momente oder unklare Situationen, in denen Sie zweifeln?

Hecken Ja, solche Situationen gibt es. Beispielsweise wenn es um den Zusatznutzen von neuen onkologischen Arzneimitteln geht. Manchmal stehen einer vergleichsweise sehr kurzen Lebensverlängerung ausgeprägte schwerwiegende Nebenwirkungen und eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität gegenüber. Wie hoch ist dann der Zusatznutzen für den Patienten und wie kann man eine informierte Entscheidung der Patienten sicherstellen? Zulassungsstudien im Bereich von neuen onkologischen Präparaten sind häufig auf den Nachweis ausgerichtet, dass Patientinnen und Patienten durch die Einnahme eines bestimmten Arzneimittels im statistischen Durchschnitt eine längere Lebenserwartung in der Größenordnung weniger Monate haben. Deshalb kann der G-BA onkologische Wirkstoffe derzeit nur auf Basis der vorliegenden Daten bewerten. Bei künftigen Zulassungsstudien sollten pharmazeutische Unternehmen die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigen. Ein Zusatznutzen zeigt sich aber meines Erachtens nicht ausschließlich in einer längeren Überlebensdauer. Die verbleibende Lebenszeit menschenwürdig verbringen zu können, kann durchaus auch als ein bedeutender Zusatznutzen gewertet werden. Die Datenbasis ist hier für eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung des Patienten und seiner behandelnden Ärzte oft nicht ausreichend.

Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke



Ein-Blick in die Praxis

Von lebenslangem Lernen, alten Zöpfen und einem Töpfchen für die Guten

Manche medizinische Wahrheiten schienen in Stein gemeißelt. Doch die Zeit und die Forschung zeigten schließlich einen besseren Weg. Woher aber wissen Ärzte im Praxisalltag, welche alten Zöpfe sie abschneiden sollen – und welche nicht?

WER SICH ALS ARZT nicht ständig fortbildet, hinkt bald hinterher. »Ich habe schon im Studium gelernt, dass sich Wahrheiten in der Medizin sehr schnell ändern und die Halbwertszeit medizinischen Wissens letztlich nur wenige Jahre beträgt. Da muss man sich selbst ständig auf dem Laufenden halten«, sagt die Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen, Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier. Ihr Ziel ist es Ansatzpunkte zu finden, um die hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten bestmöglich zu gestalten. Dazu gehört auch, strukturelle Probleme und Lösungen im Medizinstudium und in der fachärztlichen Weiterbildung zu evaluieren, um die Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.

Die Guten ins Töpfchen – die Schlechten ...

Doch mit der Übernahme einer Praxis hört das Lernen nicht auf: »Für den Arzt besteht eine Fortbildungspflicht, in deren Zusammenhang er die scheinbaren Wahrheiten immer wieder hinterfragen muss. Dazu gibt es beispielsweise Leitlinien, die auf die jeweilige Versorgungsebene bezogen sind. Sie werden von den Fachgesellschaften erstellt und geprüft. Eine weitere Möglichkeit sind Fortbildungsveranstaltungen, die unabhängig von Industrieinteressen bzw. Partikularinteressen sein sollten«, erklärt Hummers-Pradier.

Industrieinteressen spielen im Zusammenhang mit Innovationen eine wesentliche Rolle. Neben den pharmafinanzierten Fortbildungsveranstaltungen besuchen häufig Vertreter der Herstellerfirmen die Arztpraxen und preisen angebliche Verbesserungen an. Im hektischen Praxisalltag fällt es schwer, gute Innovationen ins Töpfchen und schädliche ins Kröpfchen zu geben. »Wir müssen uns im Klaren sein: Pharmavertreter machen Marketing, dafür werden sie bezahlt. Aber man sollte von ihnen keine unabhängigen Informationen erwarten«, sagt Hummers-Pradier.

Aus diesem Grund haben im Jahr 2007 einige Ärztinnen und Ärzte die Initiative MEZIS e.V. »Mein Essen zahl ich selbst« gegründet. MEZIS zufolge »besuchen jedes Jahr 15 000 Pharmavertreter 20 Millionen Mal Arztpraxen und Krankenhäuser,

werben für ihre Produkte, verteilen Geschenke, bieten Honorare für Anwendungsbeobachtungen, laden zum Essen ein und bezahlen Fortbildungs- und Reisekosten.« MEZIS möchte Mediziner und Studenten für diese Problematik sensibilisieren.

Auch Prof. Hummers-Pradier schiebt Pharmavertretern einen Riegel vor die Tür: »Ich gehöre zu etlichen Kollegen, die grundsätzlich keine Pharmavertreter mehr empfangen. Die Zeit, die man da investiert, können wir besser für unsere Patienten verwenden oder aber, um uns selber zu informieren.«

Denn Zeit ist knapp in der Praxis. Ein Fortschritt, der immer mehr an Geschwindigkeit zulegt. Eine ständig steigende Zahl an Innovationen, die auf den Markt drängen. Eine immer größer werdende Informationsflut. Beinahe könnte man den Eindruck bekommen, der medizinische Fortschritt habe den Menschen überholt. »Häufig sind es neue diagnostische Möglichkeiten, so dass die Therapie, um aus diesen Suchverfahren auch einen Nutzen ziehen zu können, nicht hinterherkommt. Von daher ist es sicherlich sinnvoll, im Vorfeld gemeinsam mit dem Patienten zu überlegen, welche Diagnostik man macht und ob man das, was man herausfinden kann, überhaupt wissen möchte oder welche Konsequenzen entstehen«, sagt Hummers-Pradier.

In Bezug auf den Umgang mit dem Fortschritt und dessen Ergebnissen hat sie eine Lieblingsidee, wie sie es selbst bezeichnet: »Alles, was da so an Innovationen hereinspaziert, sollte erst einmal in systematischen klinischen Studien mit einem geeigneten Design erprobt werden. Das ist bisher überhaupt nicht der Fall, weder in Kliniken noch in Praxen. Dazu brauchen wir Studienzentren, die innovative Verfahren, ob diagnostisch oder therapeutisch, randomisiert und verblindet sofort in Vergleichsstudien untersuchen können. Dann würde man relativ schnell Daten erhalten, auf deren Basis man bewerten kann, ob es nun Nutzen bringt oder nicht.«

Dr. Martina Koesterke

Wie verbreiten sich Innovationen?

Schneller als die Krankenkasse erlaubt?

Der Begriff Innovation leitet sich vom lateinischen *innovatio* ab, was übersetzt Erneuerung / Veränderung bedeutet. Innovationen können sich auf Produkte wie Medikamente oder auf Prozesse bei der Behandlung von Patienten beziehen.

BEI DER PROZESSINNOVATION wird ein Prozess verändert, um damit eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Hierbei können patientenbezogene Aspekte im Vordergrund stehen, wie z.B. die Verminderung von Infektionen, aber auch ökonomische Faktoren wie z.B. die Einsparung von Personal. Beispiele für Prozessinnovationen sind die Einführung der ärztlichen Händedesinfektion bei der Untersuchung schwangerer Frauen oder die Einführung von Triage-Systemen in Notfallambulanzen.

Ist Neues wirklich immer neu?

Nicht alle Innovationen sind völlig neu. Häufig handelt es sich um Weiterentwicklungen bereits vorhandener Produkte oder Prozesse. Als Schrittinovation wird die schrittweise Verbesserung / Erneuerung eines Produktes auf Basis bestehender technologischer Pfade bezeichnet. Ein Beispiel ist die Kombination aus zwei vorhandenen bildgebenden Untersuchungsverfahren (Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Computertomographie (CT)) zum PET/CT. Ein ohne Orientierung an bereits bekannten Wirkstoffen oder Verfahren neu entwickeltes Verfahren

oder erste Vertreter einer neuen Stoffklasse bezeichnet man als Sprunginnovation. Beispiele sind z.B. die Einführung der Lachgasnarkose oder die Entwicklung von Protonenpumpen-Hemmern oder transdermale therapeutische Systeme. Solche Sprunginnovationen, die plötzlich ganz neue diagnostische oder therapeutische Möglichkeiten eröffnen, sind sehr selten, wesentlich häufiger erfolgt eine Entwicklung schrittweise. Im Arzneimittelbereich tauchen aber auch immer wieder Präparate auf, die als innovativ angepriesen werden, aber bei genauerem Hinsehen gar keine echte Neuerung darstellen. Bei solchen sogenannten Scheininnovationen unterscheiden sich die Wirkstoffe zwar in der Molekularstruktur von der ursprünglichen Substanz. Es ist aber im Vergleich zu dem bisher vorhandenen Präparat

Von Sprunginnovation und Scheininnovation

kein Vorteil in der Anwendung am Patienten erkennbar (sogenannte Nachahmerprodukte / Analogpräparate).

Wie verbreiten sich Innovationen?

Die Verbreitung neuer medizinischer Technologien im Gesundheitssystem (Diffusion) wird neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen von einer Reihe von Faktoren beeinflusst: der Technologie selber, der Kommunikation über die Technologie und dem Zeitverlauf. Die Entscheidung, eine Innovation anzunehmen oder abzulehnen, ist dem Diffusionsforscher Everett M. Rogers zufolge ein gesellschaftlicher Prozess, der sich über einen bestimmten Zeitraum erstreckt. Hierbei werden in der Diffusionsforschung folgende Stufen unterschieden:





- Wissen von einer Innovation
- Überzeugung von einer Innovation (im positiven oder negativen Sinn)
- Entscheidung für oder gegen eine Innovation
- Implementierung der Innovation, regelmäßiges Nutzen
- Bestätigung der Innovationsentscheidung und weitere Nutzung oder Rückgängig-Machen der Entscheidung und Ablehnung der Innovation

Aus der Diffusionsforschung sind weiterhin Faktoren bekannt, die einen Einfluss auf die Verbreitung von Innovationen haben. Demnach spielt es u. a. eine Rolle, inwieweit eine Innovation gegenüber einem bisherigen Prozess oder Produkt als überlegen angesehen wird und

Schäden durch Innovationen?

wie vereinbar ein neues Verfahren mit bestehenden Werten, Erfahrungen und Bedürfnissen ist. Werden Innovationen

als komplex und schwierig zu verstehen empfunden, scheint der Verbreitungsprozess langsamer zu sein. Dies ist insbesondere der Fall, wenn neue Fähigkeiten erlernt werden müssen. Je besser eine Innovation ausprobiert werden kann, d. h. je besser Erfahrungen und Daten zu einer Innovation gesammelt werden können, desto wahrscheinlicher ist auch deren Einführung, da sich die Nutzer bereits im Vorfeld einer Implementation eine eigene Meinung bilden können. Die *Beobachtbarkeit*, d. h. das Ausmaß, in dem eine Innovation und deren Auswirkungen *sichtbar* werden, hat ebenfalls Einfluss auf deren Verbreitung. Je sichtbarer eine Innovation, desto schneller erfolgt ihre Annahme.

Rogers hat neben diesen Untersuchungen zur Verbreitung von Innovationen und deren Einflussfaktoren auch die Zielgruppen von Innovationen beschrieben. Er unterscheidet fünf Gruppen von Anwendern, die Innovationen zu unterschiedlich frühen Zeitpunkten nutzen: die Innovatoren, die frühen Anwender, die frühe Mehrheit der Anwender, die späte Mehrheit der Anwender und die Nachzügler. Den verschiedenen Gruppen werden verschiedene Mentalitäten zugeschrieben: Je nachdem, wie risikobereit man ist, ob man

seine Entscheidung eher auf Basis wissenschaftlicher Daten fällt, ob man eher beobachten und abwerten möchte, wird man entscheiden, zu welchem Zeitpunkt man sich mit einer Innovation beschäftigen möchte.

Wann ist der richtige Zeitpunkt zur Bewertung einer Technologie?

Nicht alle Innovationen sind sinnvoll oder nützlich und natürlich kennen wir zahlreiche Beispiele von schädlichen Innovationen wie z. B. die Einführung von Thalidomid als Beruhigungs- und Schlafmittel für Schwangere oder den ROBO-DOC zur Implantation von Hüftgelenksprothesen.

Das heißt, dass es zwingend notwendig ist, Innovationen einer Nutzenbewertung zu unterziehen. Der geeignete Zeitpunkt ist jedoch häufig schwer zu bestimmen. Zu Beginn der Einführung einer Innovation liegen häufig zu wenig Daten vor, um eine sichere Bewertung durchzuführen. Wartet man zu lange, kann es passieren, dass ein Verfahren bereits so stark verbreitet ist und in der Routine genutzt wird, dass man trotz einer negativen Bewertung nur noch schwer steuernd eingreifen kann oder dass schlimmstenfalls schon viele Patienten Schaden genommen haben. Der britische Gesundheitsökonom Buxton fasste dies einmal wie folgt zusammen: »It's always too early to evaluate a technology, until, suddenly, it's too late.«

Fazit

Innovationen verbreiten sich unterschiedlich schnell im Gesundheitssystem. Die Einflussfaktoren sind vielfältig. Um die medizinische Versorgung der Patienten auf dem bestmöglichen Niveau zu garantieren und unnötige Kosten zu vermeiden, ist eine Bewertung innovativer Produkte und Prozesse erforderlich.

Dr. Michaela Eikermann

Interview mit Prof. Dr. Axel Heyll,
Leiter des Kompetenz-Centrum Onkologie (KCO)
in Düsseldorf

Innovative Therapien in der Onkologie

Kaum ein anderes Fachgebiet kennt derzeit mehr neue und vielversprechende Versorgungskonzepte. Die MDK-Ärzte tragen eine Mitverantwortung dafür, dass Tumorpatienten von wissenschaftlich gesicherten Verbesserungen profitieren, vor unnötigen Belastungen geschützt werden und der Solidargemeinschaft Ausgaben für überflüssige Behandlungen erspart bleiben.

forum Herr Professor Heyll, wann dachten sie letzte Mal, dass es sich bei einer neuen Therapie in der Onkologie um einen tatsächliche Innovation handle?

Prof. Dr. Axel Heyll Das kam zuletzt erfreulicherweise häufiger vor. Aktuell halte ich die sogenannten PD1-Inhibitoren für eine vielversprechende Innovation auf dem Gebiet der Krebstherapie. Vereinfacht gesagt sind es Wirkstoffe, die es Abwehrzellen des menschlichen Immunsystems ermöglichen, Tumorzellen zu erkennen und zu attackieren. Dadurch kann der Tumor zerstört werden.

forum Warum halten Sie diese Therapie für innovativ?

Heyll Es ist ein neuer Ansatz, das Immunsystem erfolgreich gegen Tumore einzusetzen. Außerdem scheinen die PD1-Inhibitoren nicht nur bei einem bestimmten Krebs zu wirken, sondern bei einem ganzen Spektrum von Tumoren. Das bedeutet, es sind viele Patienten, die wahrscheinlich zukünftig davon profitieren können. Das halte ich für wirklich innovativ.

forum Woran machen Sie fest, ob eine Methode in der Onkologie einen Fortschritt bringt?

Heyll Die wichtigste Frage für die Krebspatienten ist doch: Kann die neue Therapie meine Überlebenschancen verbessern oder im besten Fall sogar zur Heilung führen? Daran muss sich eine bahnbrechende Methode letztlich messen lassen.

forum Und wenn die Therapie noch zu neu ist, um einen Überlebensvorteil zu zeigen, wie gehen Sie bei Ihrer Beurteilung vor?

Heyll Dann schauen wir zum Beispiel nach der Ansprechrage. Wenn bei einem hohen Anteil der Patienten eine Krebserkrankung unter einem Medikament zurückgeht oder der Tumor länger als unter bisherigen Therapien im Wachstum stagniert, kann das ein Hinweis sein auf eine erfolgreiche neue Behandlungsmethode. Manchmal ist aber das Patientenkollektiv so klein, dass es für vergleichende klinische Studien mit einer großen Anzahl von Patienten nicht reicht. Denken Sie etwa an die Kinderonkologie.

forum Und dann?

Heyll Bei sehr seltenen Krebsarten bzw. Fallkonstellationen schauen wir auch nach bisherigen einzelnen Erfahrungen mit der Therapie. Die Kinderonkologen sind zum Beispiel sehr gut organisiert. Für jede Krebserkrankung gibt es dort eine Studiengruppe, die jede Behandlung von Kindern mit dieser Diagnose systematisch dokumentiert und zentral auswertet. Die Kinderonkologie ist hier Vorbild. Auch die Behandlung von erwachsenen Krebspatienten mit neuen Methoden und Medikamenten sollte möglichst immer in spezialisierten Zentren stattfinden und wissenschaftlich ausgewertet werden. Der Erkenntnisgewinn kommt den Patienten direkt zugute.

forum Welchen Beitrag kann das KCO leisten, damit neue Konzepte in der Krebstherapie mit tatsächlichem Nutzwert beim Patienten ankommen?

Heyll Die ärztlichen MDK-Gutachter tragen eine enorme Verantwortung. Es geht in jedem Einzelfall konkret darum, dem onkologischen Patienten individuell gerecht zu wer-

den, gerade bei Therapien mit noch ungewissem Ausgang. Profitiert der Patient von der Behandlung oder stellt sie eine unnötige Belastung, teilweise sogar mit tödlichen Risiken dar, da der Eingriff nutzlos ist beziehungsweise es keinen ausreichenden Hinweis für einen Nutzen gibt? Für uns im KCO sind der wissenschaftliche Austausch und der enge Draht zu den Forschergruppen unentbehrlich. Durch positive Einzelfallentscheidungen können wir zum Beispiel bei neuen Medikamenten ohne bisherige Zulassung, die aber entscheidende Therapieverbesserungen darstellen, ein Signal für ihre Anwendung setzen.

*Die Fragen stellte Dr. Barbara Marnach,
MDK Nordrhein*

Prof. Dr. Axel Heyll



Der Laden brummt

Die 16. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. trug den Titel »EBM zwischen Best Practice und inflationärem Gebrauch«. 374 Besucher diskutierten in den Räumen der Charité in Berlin also nicht nur über die EBM-Methodik, die Innovationen auf ihren Nutzen für Patienten hin überprüft, sondern auch über Fehlentwicklungen.

DER BEGRIFF *Evidenzbasierte Medizin*, kurz EBM, hat rasant Karriere gemacht: Noch in den 1990er Jahren war es nur ein kleiner Kreis von Medizinern, die im Namen der EBM faire und aussagekräftige Therapievergleiche forderten. Heute hat die Methodik der EBM allgemein anerkannte Standards in der Gesundheitsversorgung gesetzt.

**Je öfter publiziert,
desto mehr
Geld fließt**

Droht nun der Karriereknick? Eine laxer Verwendung des Labels EBM und Fluten von Studien verwässern den Begriff. Hauptsache, so scheint es, der Laden

brummt. So fragte Gabriele Meyer, Tagungspräsidentin und scheidende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), im Vorfeld der Tagung: Braucht es neue Standards?

Eine klare Antwort bekam Meyer nicht. Die Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen beschränkten sich eher auf eine Darstellung des Status quo. Im ersten Plenumsvortrag beleuchtete Wim Weber, Editor des *British Medical Journals*, die Verwässerung der EBM aus der Perspektive einer Fachzeitschrift. Weber deckte schonungslos Fehlentwicklungen auf – eine wahre Galerie des Schreckens: Die meisten der gut 50 wegweisenden onkologischen Studien lassen sich nicht wiederholen, jede dritte Studie mit Magnetresonanzenaufnahmen des lebenden Gehirns zeigt Artefakte, von 2500 Veröffentlichungen versprechen nur hundert klinisches Potenzial, und von diesen hundert findet am Ende nur eine Eingang in die Routineversorgung, ein Großteil der gut fünfhundert Metaanalysen von Tierstudien ist unbrauchbar, Patientenpräferenzen werden in klinischen Studien weniger abgebildet als die Interessen der Pharmakonzerne, zwei von drei Studien werden nie zitiert, und selbst wenn Reviews erscheinen, die eine Frage zufriedenstellend beantworten, reißt die Flut der Publikationen zur selben Fragestellung nicht ab.

Das zugrunde liegende Problem: Je häufiger Publikationen zitiert werden, desto besser sind Forscher angesehen

und desto üppiger fließen die Geldmittel. So würden laut Weber vor allem Studien mit positiven Ergebnissen veröffentlicht, aber kaum Studien, die Ergebnisse anderer Studien überprüfen. Das sei ein falsches Anreizsystem für die Forschung. Doch auch das *British Medical Journal* müsse das »Impact-Factor-Spiel« mitspielen, wie Weber auf Nachfrage einräumte.

Spaß mit EBM

Im zweiten Plenumsvortrag plädierte der Medizinkabarettist Eckart von Hirschhausen leidenschaftlich dafür, mehr Mühe auf die Vermittlung der EBM zu verwenden. Das sei kein Selbstläufer, sondern erfordere Aufwand und Strategie,



schließlich sei Rationalität in der Gesellschaft schlecht angesehen. Auch wollten weder Ärzte noch Patienten umerzogen, sondern eher mit positiven Ideen überzeugt werden. Von Hirschhausen beklagte zudem eine »riesige Lücke zwischen Theorie und Praxis«. So gebe es zwar großartige Innovationen im Bereich der Pflege, aber zu wenige Pflegekräfte für die Umsetzung. Und wenn die Hälfte aller Medikamente ohnehin nicht eingenommen wird, wäre es vielleicht ratsam, mehr Energie in die Lösung dieses Problems zu stecken als in die Entwicklung immer neuer Arzneien. Ganz besonders wichtig sind Hirschhausen die menschliche Zuwendung in Praxis und Klinik. Absurd sei beispielsweise, dass man als Arzt einen Patienten zur Gabe einer Spritze zwar festschnallen, aber zur Aufmunterung und Tröstung nicht umarmen dürfe.

Im dritten Plenumsvortrag stellte Beate Wieseler vom IQWiG die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel vor, mit der das IQWiG echte Innovationen identifizieren soll. Bei den knapp 100 bislang geprüften Dossiers der Pharmafirmen fand sich bei mehr als der Hälfte kein Zusatznutzen. Wie wichtig und mühsam ihre Arbeit ist, verdeutlichte Wieseler anhand von Stellenausschreibungen und internen Strategiepapieren für die Dossierarbeit. Dort fielen ungeniert

Begriffe wie »Value-Story« und »Market Access Argumentationsstrategien«, »P-Value Cockpit« und »Re-fishing« auch nicht signifikanter Studienergebnisse.

Festschnallen erlaubt — trösten verboten?

Mit diesem Rüstzeug ausgestattet erstellen Dossier-Experten dann für die Industrie gewaltige Konvolute, die neben relevanten Daten offenbar auch etliche Nebelkerzen enthalten. Und das IQWiG muss alles prüfen.

Dennoch sei das AMNOG, das die frühe Nutzenbewertung festschreibt, ein »großer Erfolg«, allein schon deshalb, weil die transparente Darstellung von Informationen an sich einen »Informationsgewinn« darstelle. Wieseler ging nicht weiter darauf ein, wo sich dieser »Informationsgewinn« konkret niederschlägt. In der Versorgung jedenfalls werden echte und scheinbare Innovationen nur unscharf getrennt. So scheinen Ärzte sich wenig um die Informationen des IQWiG

zu scheren, geschweige denn, sie als »Gewinn« zu betrachten: Sie verschreiben Medikamente mit Zusatznutzen nicht häufiger als solche ohne Zusatznutzen, wie Wieseler zu Beginn ihres Vortrags einräumte.

Negative Emotionen bei Negativempfehlungen

Im Workshop »Negativempfehlungen aus Leitlinien zur Vermeidung von Überdiagnostik und Übertherapie« ließen die Organisatoren des Workshops bewusst Wissenschaft und Praxis aufeinanderprallen. Monika Nothacker von der Universität Marburg stellte am Beispiel der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz dar, dass ein erheblicher Anteil der Empfehlungen davon abrät, etwas zu tun. Wie Ärzte sich dadurch mitunter gegängelt fühlen, illustrierte der Praktiker Rainer Wiedemann aus Stuttgart. Er erwähnte den Begriff »Guideline Establishment Bias« und verteidigte Selbstzahlerleistungen, kurz IGeL, die für niedergelassene Ärzte – Leitlinienevidenz hin oder her – zum schieren Überleben notwendig seien.

Danach berichtete der Arzt Wolfgang Blank aus Kirchberg von dem »Gejammere« von Kollegen, »dass uns wieder jemand was zerschossen hat«. Sie sähen Negativempfehlungen in Leitlinien von vorneherein kritisch oder lehnten sie gleich ganz ab. Doch auch viele Patienten würden so ticken, weiß Blank: »Wenn der Nachbar ein Röntgenbild hat, wollen sie auch eines.« David Klemperer aus Regensburg bestätigte die Abneigung gegen »Do not's«, schließlich herrsche immer noch die pauschale Annahme vor, Medizin sei gut. Doch der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Martin Scherer wusste von einem Rebellen gegen die Tyrannei des Überflüssigen in der Medizin zu berichten: Die DEGAM sei »der Robin Hood der Überversorgung«.

Im kommenden Jahr steht die 17. Jahrestagung vom 3. bis 5. März in Köln unter dem Titel: »Gemeinsam informiert entscheiden«. Auch dann wird es also wieder um Innovationen gehen – schließlich ist die Einsicht, dass Ärzte Patienten gut aufklären und dann mit ihnen entscheiden sollen, wohl eine der größten medizinischen Innovationen der vergangenen Jahre.

Dr. Christian Weymayr



Jahresstatistik Behandlungsfehler-Begutachtung 2014:

Sag niemals nie?

Vermutet ein Patient einen Behandlungsfehler, sollte er sich an seine gesetzliche Krankenkasse wenden. Sie beauftragt in der Regel den MDK mit einer Begutachtung. Alles dreht sich zunächst um die entscheidende Frage: »Liegt ein Fehler vor, der einen Schaden verursacht hat?«

ABER DIE BEDEUTUNG des Gutachtens geht noch weit darüber hinaus: Fehlertransparenz – auch zu sogenannten »Never Events« – ist dringend erforderlich, um die Patientensicherheit zu verbessern.

Fehler, Schaden und Kausalzusammenhang – das sind die entscheidenden Aspekte für eine medizinisch-fachliche Beurteilung. 14 663 Einzelfälle von Behandlungsfehlerwürfen haben erfahrene Fachärzte der Medizinischen Dienste im Jahr 2014 begutachtet, neutral und fachlich unabhängig. Auch externe Spezialisten werden bei Bedarf hinzugezogen. Für den Patienten entstehen keine

Rund 14 600 Gutachten im Jahr 2014

Kosten. In 4282 Fällen stellten die Gutachter einen Fehler fest (29,2%). Der Vorwurf ist damit allerdings noch nicht bestätigt, denn nur in 3796 dieser Fälle lag auch ein objektiver Schaden beim Patienten vor (25,9%) und in 2970 Fällen war dieser ursächlich auf den Fehler zurückzuführen (20,3%).

Diese und zahlreiche weitere Daten wurden im Mai dieses Jahres in Berlin vorgestellt. Die vollständige Jahresstatistik und weitere Unterlagen sind unter www.mds-ev.de abrufbar.

Zahl der Begutachtungen anhaltend hoch

Knapp achtzig Fälle mehr als im Jahr 2013 wurden begutachtet. Die Nachfrage ist also gleichbleibend – gleichbleibend hoch, denn zuvor zeigte sich von 2012 auf 2013 ein sprunghafter Anstieg von 17%. Er ist vermutlich auf das Patientenrechtegesetz und die zunehmende Präsenz des Themas Patientensicherheit zurückzuführen. Während der vergangenen Jahre zeigen die Vorwurfszahlen insgesamt eine steigende Tendenz, so wurden noch im Jahr 2009 nur knapp über 10 000 Vorwürfe begutachtet. Ein direktes Maß für die Patientensicherheit in Deutschland sind die Fallzahlen hingegen nicht. Sie bilden eher die sprichwörtliche »Spitze eines Eisbergs« ab. Aus internationalen Untersuchungen ist bekannt, dass nur ein kleiner Teil der Behandlungsfehler bemerkt und vorgeworfen wird. Selbst zu den anerkannten und

entschädigten Fehlern besteht in Deutschland jedoch keine repräsentative Übersicht, ein Register fehlt. Diese Transparenz herzustellen war und ist deshalb eine der Forderungen, die vom MDS und dem MDK Bayern für die MDK-Gemeinschaft formuliert wurden.

Wo und wobei geschehen Fehler, welche Schäden werden verursacht?

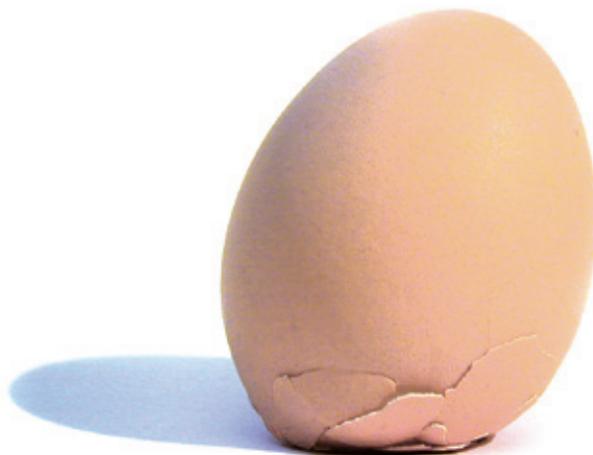
Ein Drittel der Vorwürfe und der festgestellten Fehler betrifft den ambulanten Sektor, der Großteil der Begutachtungen findet aber im stationären Bereich statt. Chirurgische Fachgebiete stehen zahlenmäßig weit vorne, es folgen die Innere und Allgemeinmedizin sowie die Zahnmedizin mit jeweils 10% der Vorwürfe. Auf die Gynäkologie entfallen 8% und auf die Pflege 4% der Vorwürfe. Die Quote der festgestellten Fehler ist mit 57,8% in der Pflege am höchsten, gefolgt von der Zahnmedizin mit 39,2%. Die Ursache liegt wahrscheinlich darin, dass hier ein Fehler für den Patienten leichter zu erkennen ist. Eine per se höhere Gefährdung in diesen Fachgebieten ist hingegen nicht ableitbar. Abgesehen von Schwankungen stellen diese Daten keine wesentliche Veränderung zu den Vorjahren dar. Allerdings wurde mit dem Erfassungsjahr 2014 der Datensatz verändert und verfeinert, so dass nun weitere Informationen vorgelegt werden konnten, z. B. zur Schadenshöhe oder zur Fehlerart und zu den sogenannten »Never Events«.

Vorwürfe zu mehr als 1000 Behandlungsanlässen

Solche und solche Fehler

Es gibt vielerlei Fehler und Ursachen. Das zeigt sich auch daran, dass Vorwürfe zu insgesamt 1032 verschiedenen Behandlungsanlässen und 891 verschiedenen Maßnahmen erhoben wurden, ein ausgesprochen heterogenes Geschehen.

Die meisten Fehler führen zu einem leichten oder vorübergehenden Gesundheitsschaden. Viele entstehen in kom-



plexen individuellen Fallkonstellationen durch eine lange und unglückliche Verkettung von Ereignissen, die niemand in dieser Form erwartet hat. Solche Fehlerverkettungen werden niemals völlig vermeidbar sein, aber wir können für die Zukunft aus ihnen lernen und Sicherheitsbarrieren einbauen.

Andere Fehler passieren auf bekannte Weise, lösen schwere Dauerschäden bis hin zum Tod des Patienten aus und man weiß genau, mit welchen einzelnen Präventionsmaßnahmen sie hätten vermieden werden können. Das sind die sogenannten »Never Events«, wie sie in den USA und England definiert und verpflichtend erfasst werden. Diese Ereignisse weisen auf ein vermeidbares systematisches Risiko in einem Versorgungsprozess vor Ort hin, nicht auf ein individuell unvorhersehbares Versagen eines Einzelnen.

Folgeschwer und vermeidbar: Dekubitus, Verwechslungen, Stürze ...

Beispiele für »Never Events« finden sich immer wieder: Ein Patient entwickelt während eines stationären Aufenthalts einen hochgradigen Dekubitus, eine Kompresse wird bei einer OP im Bauchraum des Patienten vergessen, das zu operierende Bein verwechselt oder ein hilfloser Patient stürzt tödlich beim Toilettengang. Auch wenn es sich dabei um seltene Ereignisse handelt, sind sie folgeschwer und wären in aller Regel auf null zu reduzieren. Trotzdem passieren sie leider wiederholt. 209 Behandlungsfehler sind von

den MDK-Gutachtern als solche und weitere Never Events erfasst worden. Hier gilt besonders: Jeder Fehler zählt! Die letztlich schadenauslösende Handlung oder Unterlassung eines Arztes,

einer Pflegekraft oder eines anderen Behandelnden ist fast ausschließlich »menschlich« bedingt. Wir alle machen Fehler, die gewissermaßen als Unfälle geschehen. Ein Fingerzeig auf den »Schuldigen« führt hier deshalb nicht weiter. Wir müssen akzeptieren, dass es nicht um die Schuld eines Einzelnen geht, sondern zunächst um den Geschädigten und dann darum, wie man den Fehler in Zukunft vermeiden kann. Hierzu müssen Fehler transparent gemacht, Ursachen analysiert und Handlungsabläufe besser abgesichert werden. Sicherheitskultur bedeutet deshalb auch, mit dem »unfallträchtigen Faktor Mensch« zu rechnen. OP-Checklisten sind das populärste Beispiel für eine solche Verbesserung.

**»Never Events«
in den USA und im UK
verpflichtend erfasst**

OP als ein Fehlerfokus erkannt

Fehler im Operationssaal und im direkten Zusammenhang mit Operationen bilden einen Schwerpunkt bei der Begutachtung. Die Mehrzahl der Vorwürfe (53,5%) betreffen OP-Maßnahmen und ein erheblicher Teil aller festgestellten Fehler (44,5%) hat sich genauso im OP ereignet. Fehlerfolgen werden auch hier einfacher für Patienten erkennbar im Vergleich beispielsweise zur Arzneimitteltherapie.

Bestmöglich aus Fehlern lernen, ohne sie zu kennen?

Begutachtete Behandlungsfehler sollten eine der Grundlagen für das Lernen aus Fehlern sein. Damit auch alle aus diesen Fehlern – und nicht »nur« aus den eigenen – lernen können, brauchen wir Transparenz. Andere Länder machen es vor. Denn aus nicht bekannten oder sichtbar gemachten Fehlern kann man eben auch nicht lernen. Dennoch werden Fehler immer geschehen. »Sag niemals nie« könnte man der Illusion völliger Fehlerfreiheit folglich entgegenhalten. In der Tat sollten und dürften sich viele konkrete Fehler nicht mehr ereignen, weil man sicher weiß, dass und wie sie zu vermeiden sind. Patientensicherheit braucht beides im Umgang mit Fehlern. Einerseits den Realismus des »Sag niemals nie«, denn Patientensicherheit muss immer weiterentwickelt und neu produziert werden. Andererseits ist das konkrete Ziel erforderlich, zu sicher vermeidbaren, folgeschweren Ereignissen tatsächlich »nie« zu sagen und diese »nie« intransparent als bedauerliche Einzelfälle beiseitezulegen.

**Begutachtete Fehler
als Basis für weitere
Verbesserungen**



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

Den Kinderschuhen entwachsen – auf dem Weg in die Praxis

Effizient und schlank soll die Dokumentation in Pflegeheimen und ambulanten Diensten werden. Diesem Ziel dient das Projekt »Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation«. Es soll das »Strukturmodell zur Effizienzsteigerung in der Pflege« in die Fläche tragen. Langsam nimmt das Projekt Formen an – beispielsweise in Sachsen-Anhalt.

VORSICHT IST BEKANNTLICHER als Nachsicht. Eine Pflegeplanung umfasst deshalb leicht mehr als 30 Seiten. Schließlich handeln Pflegekräfte im Sinne des internationalen Ethikkodex für Pflegende, der ihnen abverlangt, verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe umzugehen. Dabei sind die Anforderungen an die Pflegedokumentation in den vergangenen Jahren immer höher geworden. Viele Pflegeeinrichtungen reagierten darauf mit zusätzlichen Dokumentationsblättern zur eigenen Absicherung anstatt mit einer fachlich fundierten Anpassung.

Im Kodex heißt es aber auch: Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Nicht zuletzt deshalb wurden die Pflegekräfte zunehmend unzufriedener mit dem Umfang der bürokratischen Aufgaben und wünschten sich mehr Zeit für die direkte Pflege. Hier kommt das neue Strukturmodell ins Spiel.

Jedes vierte Heim soll mitmachen

Zu dessen Umsetzung hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann gemeinsam mit der ehemaligen Ombudsfrau für die Entbürokratisierung in der Pflege Elisabeth Beikirch als zuständige Expertin zu Jahresanfang ein Projektbüro (www.ein-step.de) eingerichtet. Es soll den Implementierungsprozess begleiten, in dem das Modell in 25% aller ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime angewendet werden soll.

Dazu unterstützt das Projektbüro die ambulanten und stationären Einrichtungen bundesweit mit Regionalkoordinatoren und regionalen Arbeitsgruppen.

Schulungen der Prüfinstanzen

Mit Unterstützung der MDK und des Projektbüros führte der MDS Schulungsveranstaltungen für die Prüfinstanzen durch. Hierzu wurden in drei Seminaren 120 Multiplikatoren der MDK, des PKV-Prüfdienstes und der Heimaufsichtsbehörden

der Bundesländer geschult. Die Multiplikatoren werden mit einheitlichen Schulungsmaterialien alle Prüfer schulen, so dass MDK und PKV-Prüfdienst gut gerüstet sind, wenn sie bei ihren Qualitätsprüfungen auf Einrichtungen treffen, die das neue Strukturmodell umsetzen. Zum Teil nehmen an den Schulungsveranstaltungen der MDK in den einzelnen Bundesländern auch Vertreter der Heimaufsichten teil.

Die Umsetzung in der Praxis am Beispiel von Sachsen-Anhalt

»Eine Verschlinkung der Pflegedokumentation soll Erleichterung für unsere Kollegen bringen und helfen, sich wieder mehr ihrer Fachlichkeit zu widmen«, so Carola Lau, Geschäftsführerin mehrerer stationärer und ambulanter Einrichtungen der Lewida GmbH in Sachsen-Anhalt. In enger Kooperation mit dem MDK Sachsen-Anhalt realisierte die Lewida GmbH von 2010 bis 2014 ein Projekt zur Entbürokratisierung.

Die Lewida GmbH hat ihre bestehende Pflegeplanung exemplarisch von 31 auf 11 Seiten reduziert. Sie ist nun transparenter und einfacher zu lesen. So wurde etwa der Name eines Bewohners in der Urfassung 106 Mal ausgeschrieben oder Grundsätze einer professionellen Pflege wie »Die Wünsche des Bewohners werden berücksichtigt« floskelartig genannt. Prägnante, stichwortartige Beschreibungen rücken in den Fokus, Doppeldokumentationen werden vermieden. Dies deckt sich mit den Zielen des Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit zur »Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation«. Beispielsweise verwendeten die Lewida-Einrichtungen bisher Skalen zur Bewertung eines Dekubitus-Risikos. Das bestehende Risiko wurde anhand von Punktwerten festgelegt. Davon nimmt man nun Abstand. Auch laut Modellprojekt wird auf die Erhebung solcher Risi-

31 Seiten werden auf 11 reduziert



koverte verzichtet. Wichtiger als stereotype Haken auf Skalen zu setzen ist die tatsächliche Umsetzung des pflegerischen Handelns. Wer sich eingehend mit der Bewertung eines Risikos befasst und sich auf seine Fachlichkeit besinnt, kann die für die Bürokratie gesparte Zeit den Pflegebedürftigen viel wertvoller zukommen lassen.

Dokumentation ist Grundlage der Versorgung

»Die Pflegenden, die seit Jahren gefestigte Angst vor einer mangelhaften Dokumentation zu nehmen ist jedoch eine Herausforderung.« Das weiß auch die Landesbeauftragte des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (BPA), Annette Schmidt. »Aller Anfang ist schwer. Es gilt sicherlich zunächst zusätzliche Zeit zu investieren, um am Ende effizienter zu werden. Die Pflegekräfte bekommen mit der verschlankten Dokumentation die Kompetenz zugestanden, die sie zum Beispiel bei der Einschätzung von Risiken ihrer Bewohner haben. Sie können wieder ein Selbstverständnis dafür entwickeln, dass sich bei der Dokumentation auf die für die Versorgung wichtigen Aspekte konzentriert werden sollte«, erklärt Schmidt.

Besinnt man sich auf den Wortursprung von Dokumentation (lat. docere = lehren, unterrichten, nachweisen), so soll etwas gelehrt bzw. nachgewiesen werden. Sie dient der Nutzbarmachung von Informationen. »Die Pflegedokumentation im Besonderen ist daher nicht notwendiges Übel. Sie stellt die Grundlage der individuellen Versorgung dar«, erklärt Volker Rehboldt, Geschäftsführer des MDK Sachsen-Anhalt. »Nur durch eine aussagefähige Dokumentation erfahren alle am Pflegeprozess Beteiligten, was für den Pflegebedürftigen getan werden muss. Gemeinsames Ziel muss sein, die Pflegedokumentation effektiver und effizienter zu gestalten.«

Im November wurde in Sachsen-Anhalt ein Kooperationsgremium mit Vertretern der Leistungserbringerverbände, Krankenkassen und Heimaufsichten des Landes sowie des Ministeriums für Arbeit und Soziales gebildet. Unter Vorsitz des MDK Sachsen-Anhalt soll das Entbürokratisierungsprojekt gemeinsam vorangebracht werden. Der Erfahrungsaustausch soll helfen, etwaige Probleme auf kurzem Wege zu

lösen. Im Mai vereinbarten die Mitglieder, eine Unterarbeitsgruppe aus Leistungserbringerverbänden und MDK einzurichten, um anhand aktueller Fallbeispiele aus den Qualitätsprüfungen den Einrichtungen Lösungswege unter Beachtung des pflegfachlichen Hintergrundes aufzuzeigen. Der MDK Sachsen-Anhalt nimmt darüber hinaus sein jährliches Pflegeforum auch in 2015 wiederholt zum Anlass, zahlreiche Akteure zum Thema Pflegedokumentation einzuladen.

Das Beispiel der Lewida GmbH zeigt, dass Sachsen-Anhalt auf gutem Weg ist, die Anregungen der Bundesregierung zielbringend umzusetzen. Ina Schulze, Leiterin des Fachbereichs Qualitätsprüfung im MDK Sachsen-Anhalt, fasst den Veränderungsprozess treffend zusammen: »Die Verschlankeung der Pflegedokumentation ist in jedem Falle richtig und wichtig. Gespannt sehen wir dem Umsetzungsprozess durch die Einrichtungen entgegen. Die Pflegenden haben die Chance, sich ihrer Fachlichkeit zu besinnen, sie rückt wieder in den Vordergrund. Wünschenswert wäre, die gewonnene Zeit käme den Pflegebedürftigen zugute.«



Bernhard Fleer, MDS
b.fleer@mds-ev.de
Mandy Paraskewopulos,
MDK Sachsen-Anhalt
mandy.paraskewopulos@
mdk-san.de



Projekt *simplarteam* erhält den Preis für Patientensicherheit

Den Notfall im Kreißsaal trainieren

Bei der Verleihung des Deutschen Preises für Patientensicherheit vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) wurde das vom MDK Bayern geleitete Projekt »*simplarteam* – mehr als ein Notfalltraining für geburtshilfliche Teams« mit dem dritten Platz ausgezeichnet.

MIT DIESEM PREIS würdigt das APS zukunftsweisende Best-Practice-Beispiele und herausragende praxisrelevante Forschungsarbeiten zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement. Dr. Ingeborg Singer, Leiterin des Fachbereiches Medizinrecht und Projektleiterin von *simplarteam*, freute sich über die Auszeichnung: »Das Projekt *simplarteam* zeigt, wie fruchtbar und gewinnbringend es sein kann, wenn sich unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen zusammenschließen, um die Patientensicherheit zu erhöhen.«

Die Idee zu dem Projekt entstand auf Basis der Ergebnisse der Arbeitsgruppe »Behandlungsfehlerregister« des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V., die im Jahr 2011 mehr als achthundert Geburtsschäden analysiert hatte. Auffällig dabei war: Immer wieder spielten unklare Verfahrensabläufe und Störungen in der Kommunikation im geburtshilflichen Team, fehlerhafte Abläufe in Kreißsälen überwiegend mit verzögert oder nicht durchgeführten Kaiserschnittverbindungen sowie CTG-Fehlinterpretationen eine Rolle. Diese beherrschbaren Schadensursachen gilt es unbedingt zu reduzieren, um Mutter und Kind bei Notfallsituationen unter der Geburt mehr Sicherheit zu verschaffen.

Weitere Projektpartner:

AOK Bundesverband und AOK Bayern, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin, Deutscher Hebammenverband, Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement am Klinikum der Universität München (INM), Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum (tüpass) und Versicherungskammer Bayern. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) übernahm die Schirmherrschaft über das Projekt.

Training für Sicherheit im Kreißsaal

Die Initiatoren von *simplarteam* haben daraufhin ein Teamtrainingskonzept (Crisis Resource Management – CRM), das in anderen Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt seit Jahrzehnten bewährt ist, erstmals in Deutschland auf die Geburtshilfe übertragen. Es entstand ein interdisziplinäres Trainingsprogramm, das auf komplexe Notfallsituationen im Kreißsaal vorbereitet. Geburtshilfeteams, wie im realen Klinikalltag zusammengesetzt aus Gynäkologen, Hebammen, Neonatologen bzw. Pädiatern, Anästhesisten und Pflegekräften können unter realen Bedingungen mit hochtechnischen Simulationspuppen üben, wie sich unübersichtliche und plötzlich eintretende Notfälle in Ad-hoc-Teams bewältigen lassen.

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

Die Arbeit trägt Früchte

Der Erfolg des Projektes hat dazu geführt, dass beim APS inzwischen eine ständige Kommission »*simplarteam*« etabliert wurde, die an der Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Programms arbeitet. *Simplarteam* wird inzwischen allen geburtshilflichen Einrichtungen angeboten. »Wir hoffen, dass das Trainingsprogramm deutschlandweit verbreitet wird«, so Singer.

Junge Menschen begegnen dem Tod

Anfang kommenden Jahres soll das Palliativ- und Hospizgesetz in Kraft treten und Sterbenden mehr Hilfe bieten. In Witten / Herdecke setzt eine studentische Arbeitsgruppe noch einen Schritt früher an. *MDK forum* traf Christiane Dunger und sprach mit ihr über die Zeit, die am Lebensende noch bleibt.

DER URSPRÜNGLICHE INITIATOR der Arbeitsgruppe leitet heute als Oberarzt stellvertretend das interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf. Vor zehn Jahren begann Christian Schulz, damals noch Student an der Universität Witten / Herdecke, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Im Laufe der Zeit kamen immer mehr Menschen dazu, beschäftigten sich beispielsweise im Rahmen von Doktor- oder Abschlussarbeiten mit der Palliativmedizin. Alle sahen einen Bedarf für mehr Ausbildung von Pflegern und Ärzten im Umgang mit dem Tod von Patienten.

Im Krankenhausalltag bleibt selten Zeit für Aufmerksamkeit

So wie die Pflegewissenschaftlerin Christine Dunger. Bald entstanden immer neue Projekte in der Gruppe unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Martin W. Schnell, dem Lehrstuhlinhaber für Sozialphilosophie und Ethik und Direktor des Instituts für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen. Im April dieses Jahres erhielt die Gruppe den mit € 10 000 dotierten Elisabeth-Tengelmann-Preis. Die Stiftung Universität Witten / Herdecke zeichnet damit alle zwei Jahre Studierende aus, deren Leistungen besonders den Zielen und dem Selbstverständnis der Universität entsprechen.

Der Tod ist nicht im Blickfeld

»Unser Hauptthema war und ist es, die Versorgung von Menschen am Lebensende zu verbessern. Ähnlich wie es gesamtgesellschaftlich ein relevantes Thema geworden ist, so ist es auch in der Gruppe ein Thema geworden. Doch wir gehen noch einen Schritt weiter und fragen: Wie kann eine Versorgungssituation gestaltet werden, wenn man nicht im Schonraum einer Palliativstation oder im Hospiz ist? Denn der normale Krankenhausalltag lässt – egal bei welcher Berufsgruppe – selten Platz dafür, sterbende Menschen mit viel Zeit und Aufmerksamkeit zu versorgen und ihrem An-

spruch gerecht zu werden«, erklärt Dunger. Aus dieser Motivation heraus entwickelte die Arbeitsgruppe ein Curriculum zur palliativen Versorgung von geriatrischen Patienten mit 35 Unterrichtseinheiten, das 2006 erstmals angewendet wurde. Dazu wurden Krankenpflegeschüler im oberen zweiten und dritten Lehrjahr aus der Region eingeladen, an einem

Hospiz- und Palliativgesetz im Bundestag

Am 17. Juni hat im Bundestag die erste Lesung zum Entwurf eines »Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland« (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) stattgefunden. Mit dem HPG soll die Versorgung von schwerkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase verbessert werden. Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit zusätzlich vergüteten Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Der G-BA wird beauftragt, die einzelnen Leistungen der palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Versorgung zu konkretisieren. Zudem soll der Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beschleunigt werden durch die Einführung eines Schiedsverfahrens für Versorgungsverträge der Krankenkassen mit SAPV-Teams. Vorgesehen ist ebenfalls eine stärkere finanzielle Förderung von stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten. Das Gesetz soll im November verabschiedet werden. Dies sind nur einige der angestrebten Veränderungen.

Wochenendworkshop zusammen mit Studierenden teilzunehmen. Diese Interventionsgruppe arbeitete das Curriculum durch und überprüfte, ob sich dies auf die Kommunikation zwischen den Gruppen auswirkte. »Es zeigte sich, dass sich die Art und Weise der Kommunikation tatsächlich veränderte. Auch wurde klar, dass die Kommunikation von vielen verschiedenen Faktoren abhängt. Daher ist es wichtig zu schauen, welche Faktoren die Krankenpflegeschüler und die Medizinstudenten, aber auch examinierte Krankenpfleger und Ärzte mitbringen, welche Einflussfaktoren eine Rolle auf die kollegiale Begegnung spielen« erinnert sich Dunger.

Schulungsprogramm für den Umgang mit dem Sterben

Das machte Mut für weitere Schritte: 2007 entwickelte die Gruppe ein Schulungsprogramm für Medizinstudenten und Auszubildende in Pflegeberufen. Gemeinsam lernten die Teilnehmer, Versorgungspläne für ältere, multimorbide Palliativpatienten teamorientiert zu entwickeln und anzuwenden. Der Schwerpunkt lag dabei – neben der klassischen Symptomkontrolle – auf den kommunikativen Fähigkeiten, dem Begleitungsaspekt sowie der Reflexion der Situation. Auch dieses Programm wurde wissenschaftlich ausgewertet. Viele Anteile des Curriculums flossen in das Fachbuch *Basiswissen der Palliativmedizin* ein, so dass die Erkenntnisse auch anderen Studierenden, Pflegekräften und Ärzten zur Verfügung stehen.

Mut zum Gespräch – Fehler erlaubt

Eine Zauberformel für die richtige Kommunikation gibt es allerdings nicht. Dazu ist das Gespräch mit einem Menschen am Lebensende zu individuell. Wie individuell es sein kann, erlebte ein Teil der Gruppe, als er im Jahr 2010 an dem Kinofilm »Berührungängste. Junge Menschen begegnen sterbenden Menschen« mitarbeitete. Der Film, entstanden im BMBF-Projekt (Bundesministerium für Forschung und Bildung) »30 junge Menschen«, hatte im Februar 2013 Premiere

und zeigt junge Menschen, die mit Sterbenden und ihren Angehörigen über den Tod, die eigene Haltung, Ängste oder Erwartungen diskutieren. »Wenn man sich auf der Internetplattform die

Kurzvideos der Gespräche ansieht, sind alle vollkommen unterschiedlich. Man sieht in jedem Video einen anderen sterbenden Menschen, der in einer anderen Lebenssituation ist, und einen anderen jungen Menschen mit ganz anderen Erfahrungen und einer ganz eigenen Art. Das muss man sich einfach bewusst machen: Man geht natürlich mit dem Auftrag als Arzt in die Kommunikation – aber gleichzeitig geht in eine solche Kommunikation vor allem ein Mensch«, so Dunger.

Dabei zeigt die Erfahrung: Patienten in Schulungskonzepten, die wissen, dass es um die Ausbildung von Mediznern oder Krankenpflegern geht, verzeihen kleine Kommunikationsfehler. Denn sie erkennen das Grundinteresse an ihrer Person und ihrer Situation – und damit auch eine Anerkennung. »Viele Patienten haben außerdem das Bedürfnis, etwas zu geben. Schließlich nehmen sie an der Ausbildung

von jungen Mediznern teil. Sie geben etwas und bekommen nicht immer nur«, erklärt Dunger.

Die Rolle von Sterben und Tod in der Medizin

Durch den Querschnittsbereich Palliativmedizin kommen heute alle Medizinstudenten mit diesem Thema in Kontakt. »Das ist ein Wahnsinnschritt im Vergleich zu früher«, sagt Dunger: »Nur in der Pflege ist das Curriculum noch nicht so stark eingearbeitet, da hinken wir ein Stückchen hinterher.« Außerdem erschweren es die alltäglichen Rahmenbedingungen oft, dass sich die Ansätze im Alltag, in der Klinik und in den Pflegeeinrichtungen umsetzen lassen. Meistens fehlt der Raum dafür: »Wenn ich als junger Arzt oder auch als Pflegekraft für 15 bis 25 Patienten zuständig bin, dann weiß ich zwar, da liegt jemand im Sterben, und ich weiß auch, dass ich ihm mehr Zeit widmen müsste. Aber drei andere Patienten haben einen Dekubitus, der versorgt werden muss, und jemand anders braucht gerade eine Chemotherapie, die aufwendig in der Betreuung ist«, sagt Dunger.

Doch sie weiß auch, es ist ein großer Schritt, dass die Themen Palliativ- und Hospiz-Versorgung inzwischen in der Ausbildung von Mediznern und Krankenpflegern angekommen sind. Damit gehören sie zu einem Teil des Gesundheitswesens und zum Lebensverlauf des Menschen. »Ich hoffe, dass sich in den nächsten Generationen von Mediznern die Frage, ob die Begleitung eines Sterbenden denn nun dazu gehört oder nicht, gar nicht mehr stellt. Natürlich gehört es dazu! Ich bin verantwortlich für die Menschen auf der Station oder in der Einrichtung und deren – bedingt durch ihre Erkrankungen – Bedürfnisse. Da gehören das Sterben und der Tod genauso dazu, nicht nur die kurative Versorgung«, sagt Dunger. Und noch etwas gehört neben all der Traurigkeit, dass jemand stirbt, dazu: Der Umgang mit dem Tod kann eine sehr intensive Erfahrung sein, die viel Erkenntnis über uns selbst bringt. »Ich würde gar nicht immer nur das Negative in den Vordergrund stellen. Palliativversorgung ist, wenn sie so läuft, wie sie laufen soll, einfach auch eine gute Versorgung. Das ist gut so, denn es gibt einem etwas. Wichtig ist, dass man lernt, mit diesen traurigen Situationen umzugehen. Und das kann man nur, indem man selbst Situationen reflektiert und wenn man die eigene Einstellung dazu kennt«, sagt Dunger.

Patienten geben auch etwas und bekommen nicht immer nur

Wer sich mit dem Tod befasst, lernt etwas über sich selbst



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

Diabetes in der Pflege

Jeder vierte Bewohner im Pflegeheim leidet an Diabetes mellitus. In Deutschland sind es mehr als eine halbe Million Menschen. Die Behandlung pflegebedürftiger Diabetiker stellt die Einrichtungen vor besondere Herausforderungen. Denn zu der Stoffwechselstörung kommt oft noch eine Demenzerkrankung.

DIE BEHANDLUNG eines gestörten Zuckerstoffwechsels ist anspruchsvoll, denn sie erfordert Kooperation und Sachkenntnis beim Patienten. Schon bei Jüngeren bereitet dies

Den Alltag an die Krankheit anpassen

in der Praxis häufig Probleme. »Älteren Menschen fällt es naturgemäß umso schwerer, den Blutzucker richtig einzustellen«, sagt Erhard Siegel, Präsident der

Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Die medizinische Fachgesellschaft weist darauf hin, dass bei Pflegebedürftigen Diabetes und Demenz häufig zusammen auftreten, was die Situation weiter kompliziert. Patienten mit geistigen Beeinträchtigungen vergessen die Insulinspritze bisweilen oder spritzen die Dosis doppelt. Auch erinnern sie sich oft nicht mehr daran, was sie im Tagesverlauf zu sich genommen haben. Das wird in der häuslichen Betreuung häufig zum Problem. Im Pflegeheim dagegen übernimmt das Pflegepersonal in der Regel die Blutzuckerkontrolle und das Insulinregime auf ärztliche Anordnung. Insgesamt wird die Medikamentengabe bei ca. 93% der Bewohner durch das Heim übernommen.

Nicht einmal ein Drittel benötigt Insulin

Unabhängig vom Alter werden 27% aller Diabetiker, also weniger als ein Drittel, mit Insulin behandelt. Tabletten bekommen 32%. Allen übrigen wird lediglich eine Diät verordnet. Diese Zahlen leuchten ein, wenn man berücksichtigt, dass neun von zehn Patienten an Typ-2-Diabetes leiden. Während der eher seltene Typ 1 eine Autoimmunerkrankung ist, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss, ist der verbreitete Typ 2 eine langsam voranschreitende Stoffwechselstörung. Lebensstilfaktoren können den Verlauf entscheidend beeinflussen. Dazu gehört eine angepasste Ernährung, aber auch Bewegung. Denn durch körperliche Aktivität gelangt Glukose vom Blut in die Körperzellen und der Zuckerspiegel sinkt.

Eigenverantwortung überfordert die Pflegebedürftigen oft

Nicht anders als bei jüngeren Patienten hängt daher die Lebensqualität betagter, pflegebedürftiger Diabetiker davon ab, dass ihr Alltag der Erkrankung angepasst ist. Doch im Unterschied zu noch selbstständigen Menschen sind Heimbewohner fast immer damit überfordert, ihre Gesundheit eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen. Pfleger, Betreuer und auch Angehörige müssen Unterstützung leisten. In der Praxis funktioniert die Abstimmung zwischen den verschiedenen Helfern nicht immer.

So berichtet zum Beispiel Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Vizepräsident der DDG: »Besucher bringen ins Pflegeheim gerne Köstlichkeiten wie Schokolade mit, die bei ihren Angehörigen für Freude und Appetit sorgen sollen.« Dagegen sei auch nichts einzuwenden. »Dies aber bitte unbedingt dem Pflegepersonal mitteilen, damit die Blutzuckereinstellung angepasst werden kann.« Denn Ältere vergessen leicht, dass sie zwischendurch genascht haben. Zudem haben Demenzerkrankte oft eine ausgeprägte Vorliebe für die Geschmacksrichtung süß. Sie nehmen daher womöglich deutlich größere Mengen der mitgebrachten Präsente zu sich als ihrer gewöhnlichen Esslust entspricht.

Unterstützung durch Angehörige und Pflegepersonal

Angehörige können die Behandlung mit einfachen Mitteln unterstützen. »Gut ist, so oft wie möglich gemeinsam spazieren zu gehen«, rät DDG-Präsident Siegel. »Jede körperliche Aktivität ist besser als keine.« Ein besonderes Problem älterer Diabetiker sind Nervenschäden an den Füßen, das sogenannte diabetische Fußsyndrom. Zu hoher Blutzucker schädigt die Nerven und mindert folglich das Schmerz-



empfinden. Das diabetische Fußsyndrom entsteht, weil Patienten Druckstellen und Verletzungen nicht mehr wahrnehmen. So entwickeln sich daraus Geschwüre, die Gewebe und Knochen angreifen. Schlimmstenfalls muss der Fuß oder ein Teil davon schließlich amputiert werden. Taubheitsgefühl oder Kribbeln sind erste Anzeichen. Laut DDG sind 80% der Heimbewohner nicht in der Lage, ihre Füße selbst zu kontrollieren. Daher sollte dies das Pflegepersonal übernehmen. Auch das Risiko für andere Folgeerkrankungen steigt mit dem Alter stetig an. »Pflegebedürftige

Naschen bitte vorher anmelden

Diabetiker sollten jedes Jahr auf Polyneuropathie, Nierenschäden und Retinopathie untersucht werden«, empfiehlt die Fachgesellschaft.

Während diese Untersuchungen nur sporadisch nötig sind, ist die Kontrolle der Diabetestherapie bei Pflegebedürftigen eine tägliche Herausforderung. Den Patienten fehlt oft der Überblick sowohl über die Medikation als auch über ihr Essverhalten. Zugleich wird Hilfe von Pflegern oder Angehörigen nicht immer angenommen. Denn viele Demenzkranke versuchen aus Scham, mentale Defizite zu kaschieren und Situationen der Überforderung zu überspielen. »Umso wichtiger ist es, Warnzeichen für Über- oder Unterzuckerung rechtzeitig zu erkennen«, erklärt Siegel. Dazu zählen Zittern, Schwitzen und Unruhe. Im weiteren Verlauf kann es zu Bewusstseinsstörungen oder auffälligem, ungewöhnlichem Verhalten wie Aggressivität kommen. Eine professionelle Krankenbeobachtung durch Pflegefachkräfte ist deshalb besonders wichtig.

Hypoglykämie vermeiden

Das größte Gesundheitsrisiko für betagte Diabetiker ist eine plötzliche Unterzuckerung. »Sie zu vermeiden ist das oberste Therapieziel«, so die DDG. Hypoglykämie führt nicht selten zu Stürzen, deren Komplikationen anschließend nur

noch schwer oder gar nicht mehr überwunden werden. Außerdem kann sie Herzrhythmusstörungen zur Folge haben. Die DDG plädiert daher für ein einfaches und übersichtliches Therapieschema. »Das kann auch bedeuten, möglichst lange an bekannten und eingeübten Therapien festzuhalten, da Änderungen – selbst gut gemeinte Vereinfachungen – bei Demenzkranken schnell zu Therapiefehlern führen können«, wissen die Experten.

Folgeerkrankungen im Blick behalten

Nach Meinung vieler Fachleute stellt ein höherer Blutzucker bei Älteren dagegen ein weitaus geringeres Problem dar als in der Vergangenheit angenommen. Legt man nämlich die Normwerte jüngerer Menschen zugrunde, so wäre ein Viertel der über 80-Jährigen zuckerkrank. Es ist daher fraglich, ob es sich um eine krankhafte Veränderung oder um einen gängigen Alterungsprozess handelt. »Grundsätzlich ist bei älteren, pflegebedürftigen Patienten Augenmaß geboten, was die angepeilten Blutzuckerwerte betrifft«, so die DDG. »Bei dieser Gruppe muss die Blutzuckereinstellung nicht übertrieben scharf gehandhabt werden.« Für gebrechliche, ältere Menschen mit Diabetes empfiehlt die Fachgesellschaft einen HbA_{1c}-Zielwert um 8%. Zum Vergleich: Jüngere sollten einen Wert unter 7% ansteuern.



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main.
andrea.exler@googlemail.com

Wenn plötzlich die Worte fehlen

Wie der wortwörtliche Blitz aus heiterem Himmel traf ein Schlaganfall den Gärtner Uwe Keller. Er stürzte zu Boden. Als sich Menschen um ihn herum versammelten, um zu helfen, wollte er antworten. Doch das funktionierte nicht mehr.

»WORTLOS GEFANGEN war ich in einem Zustand, in dem ich ahnte, was passiert war. Ich hatte meine Fähigkeit zu sprechen verloren – die Sprache – das Sprechen, für mich mein wertvollstes Gut«, beschreibt Keller die Situation in seinem Buch »Plötzlich sprachlos – Diagnose: Schlaganfall«. Es ist eine schonungslos ehrliche Dokumentation seines steinigen Weges »Schritt für Schritt und Wort für Wort zurück ins aktive Leben«, wie er es selbst nennt.

An jenem Morgen war er wie sonst auch aus dem Haus gegangen. Am Nachmittag lag er auf einer Intensivstation und hatte das Zeitgefühl verloren. Von der kompletten Halbseitenlähmung ahnte Keller noch nichts. »Nur die rechte Hand

Wort für Wort zurück ins Leben

und der Arm fühlten sich anders an. Ich dachte, das kommt vielleicht vom Sturz. Dann sagte man mir, dass ich auf der gesamten rechten Seite gelähmt war, so als wenn man mich in der Mitte auseinandergetrennt hätte«, erinnert er sich. Uwe Keller konnte die Ärzte und Pfleger zwar verstehen, ihnen aber gedanklich nicht so schnell folgen. Ihre normale Sprechgeschwindigkeit war zu schnell für ihn. In ihren Gesichtern las er Unsicherheit: Sie wussten nicht, ob er sie verstehen konnte. Die Diagnose lautete Mediateilinfarkt links temporo-parietal, mit schwerer armbetonter spastischer Hemiparese rechts, globale Aphasie, Sprechapraxie mit nicht flüssigen aphasischen Störungen. »Für mich hieß das: Ich hatte einen ziemlich schweren Schlaganfall erlitten, meine komplette rechte Seite war (ist teilweise heute noch) gelähmt, ich hatte meine Sprache komplett verloren und konnte keine gezielten Bewegungen ausführen. Das hatte ich der Apraxie zu verdanken«, erklärt Keller.

Allein in Deutschland leiden rund 100 000 Menschen an Sprachstörungen als Folge eines Schlaganfalls, was 80% aller Aphasien in Deutschland ausmacht. Die Ursache liegt in dem Bereich des Gehirns, der durch den Schlaganfall geschädigt wurde. Manchmal sind das Verständnis für die Worte und die Fähigkeit zur Verständigung so stark beeinträchtigt, dass die Betroffenen gar nicht mehr sagen können, was sie wollen, oder andere Menschen nicht mehr verstehen können.

Gedanken im Kopf finden keinen Weg nach außen

Wie bei Uwe Keller. Während er auf der Intensivstation lag, ging ihm viel durch den Kopf. Doch er konnte sich niemandem mitteilen: »Es war sehr mühsam. Mein Auto stand noch auf einem kostenpflichtigen Parkplatz, es war Herbst und somit gärtnerische Hochsaison. Ich lag hier und konnte zum ersten Mal in meinem Leben etwas nicht selbst in die Hand nehmen, ich war wie eingesperrt. Ich hatte schreckliche Angst.«

Noch auf der Intensivstation begann die Logopädie. Bei einer Aphasie wird in der Therapie versucht, die sprachliche Ausdrucks- und Verstehensleistung zu reaktivieren. Dazu nutzt der Sprachtherapeut spezielles Übungsmaterial wie Bilder, Gegenstände oder Computerprogramme. Später wird die kommunikative Kompetenz in Alltagssituationen durch Rollenspiele und strukturierte Dialoge trainiert und gefestigt. Eine Bekannte brachte Uwe Keller ein Spiel mit, bei dem Bilder zu den passenden Wörtern zugeordnet werden mussten. Sie suchte geläufige Gegenstände heraus,

wie zum Beispiel Eimer, Haus, Baum, Ast, Auto oder Ball. »Es war schrecklich, ich konnte keines der Bilder dem passenden Wort zuordnen. Ich konnte das Wort zwar lesen, aber nicht in ein Bild umsetzen. Wieder und immer wieder versuchten wir es, man konnte langsam, aber sicher ganz kleine Fortschritte erkennen. Es war unwahrscheinlich anstrengend und ermüdend.« Keller übte täglich das Zuordnen von Bildern zu Wörtern und umgekehrt. Die Logopädin versuchte, mit ihm kontrollierte Laute zu trainieren. Das war jedoch zu dem Zeitpunkt nicht möglich und für Keller frustrierend: »Ich wollte (und mein Wille ist stark) und doch musste ich immer wieder bei allem Wollen sehen: Die Laute, die ich von mir gab, waren unkontrolliert, undefinierbar und hörten sich furchtbar an.«

Ich konnte das Wort lesen, aber ich konnte es nicht in ein Bild umsetzen

3 Fragen an ...

... Dipl. med. Katrin Breuninger, die den Bereich Rehabilitation / Heilmittel beim MDS leitet

forum »Logopädie«, was umfasst das und wer kann davon profitieren?

Katrin Breuninger Der Begriff »Logopädie« bedeutet wörtlich übersetzt »Spracherziehung« und beschreibt heute die Fachdisziplin, die sich mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckbeeinträchtigungen beschäftigt. Die Maßnahmen sollen die Kommunikationsfähigkeit wiederherstellen oder zumindest verbessern bzw. einer Verschlimmerung vorbeugen. Hierzu werden die Stimmgebung trainiert, das Sprechen, die Sprache und bei krankheitsbedingten Störungen auch der Schluckakt. Von daher kommt Logopädie für Kinder als auch für Erwachsene infrage. In beiden Fällen kann es sich um angeborene oder um erworbene Schädigungen handeln. Bei Kindern sind dies z. B. Sprachentwicklungsstörungen, Folgen frühkindlicher Hirnschädigungen, Taubheit bzw. hochgradiger Schwerhörigkeit oder Stottern.

Bei Erwachsenen treten oft bei neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Hirnblutung, Gehirntumor, Demenz oder Parkinson auch logopädisch relevante Störungen des Schluckens, Sprechens, der Sprache oder der Stimme auf. Diese Erkrankungen nehmen aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland weiter zu.

forum Wie sind die Chancen und wo sind die Grenzen der Logopädie?

Breuninger Insbesondere nach einem Akutereignis, wie nach einem Schlaganfall mit Aphasie (Sprachverlust), ist der frühzeitige Behandlungsbeginn von entscheidender Bedeutung für die Rückbildungsfähigkeit. Daher muss die Therapie in der neurologischen Rehabilitation möglichst intensiv begonnen werden, um nach der Entlassung aus dem Krankenhaus dann ambulant weitergeführt zu werden.

Eine Prognose ist jedoch schwierig. Sicherlich ist bei jungen Menschen die Regenerationsfähigkeit des Gehirns nach einer erworbenen Schädigung wie zum Beispiel nach einem Trauma in der Regel besser als bei älteren. Wenn keine vollständige Wiederherstellung gelingt, ist das Therapiekonzept der unterstützten Kommunikation ein fester Bestandteil der Aphasie-Therapie.

forum Wie kann jemand Logopädie erhalten?

Breuninger Hausärzte, Internisten, Neurologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte mit Zusatz Stimm- und Sprachtherapie sowie die Phoniater (Stimm- und Sprachärzte) können auf der Grundlage der Heilmittelrichtlinie eine Verordnung zur Sprach-, Sprech- oder Stimmtherapie ausstellen.

Die Verordnungsmenge innerhalb des Regelfalles, z.B. bei Aphasien, beträgt 60 Behandlungseinheiten. Sollte mit diesem Behandlungsumfang das Therapieziel nicht erreicht sein, sind bei positiver Therapieprognose weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalles möglich.

Logopäden trainieren auch Kommunikation ohne Worte

Anfangs leidet etwa ein Drittel aller Schlaganfall-Patienten an einer Aphasie. Bei rund einem Drittel von ihnen erholt sich die Sprache wieder, was unter anderem von der Schwere der Schädigung im Gehirn abhängt. Wenn keine vollständige Wiederherstellung gelingt, wird das Konzept der unterstützten Kommunikation ein fester Bestandteil der Aphasie-Therapie. Der Patient lernt, nonverbale Kommunikationstechniken wie Mimik, Gestik, Bildtafeln oder elektronische Geräte mit Sprachausgabe zu nutzen, um sich so auch gegenüber fremden Personen verständlich machen zu können. Im Einzelfall ist auch die Verordnung von elektronischen Kommunikationsmitteln oder anderer Hilfsmittel erforderlich.

Nach etwa zwei Wochen kam Keller in die Frührehabilitation mit täglicher Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik und Neuropsychologie. In der Ergotherapie erlernte er wieder die Handgriffe des alltäglichen Lebens, sich selbst zu waschen, die Zähne zu putzen, sich zu rasieren und anzuziehen. Das Problem dabei war: Er hatte nur noch eine funktionsfähige Hand und das war auch noch die verkehrte. »Ich konnte immer noch kein einziges Wort

sprechen und das war doch mein allergrößter Wunsch. Ich hätte so gerne gesprochen, Preise ausgehandelt und auch telefoniert. Also kämpfte ich, ich kämpfte jeden Tag aufs Neue«, sagt Keller. Statt zu resignieren versuchte er immer wieder und fast ohne Worte, Kontakt zu seiner Umgebung aufzunehmen. Wenn diese Versuche fehlschlügen, ließ er sich nicht entmutigen, sondern tat es noch einmal aufs Neue – so lange, bis Uwe Keller schließlich zur Sprache zurückfand. Schritt für Schritt fand er in ein Leben zurück, das zwar anders als sein vorheriges ist. Aber nicht unbedingt schlechter. Und er weiß, wovon er spricht, wenn er sagt: »Auch Menschen mit einer schweren Aphasie, die nicht sprechen können, können Spaß am Leben haben. Natürlich braucht es seine Zeit, bis man das erkannt hat. Oft meint man, es geht gar nichts mehr und es gibt keine Lösung. Hat man die aber dann erkannt, wundert man sich, wieso man nicht eher darauf gekommen ist.« Für Keller gibt es inzwischen zwei Möglichkeiten, mit einer Krankheit umzugehen beziehungsweise sie zu bewältigen. Man nimmt die Krankheit an und versucht, das Beste daraus zu machen. Oder man hadert mit seinem Schicksal, wird griesgrämig, zieht sich zurück, leidet und ist für die gesunden Menschen und sich selbst keine Freude. Welche für ihn die richtige Möglichkeit ist, daran lässt Uwe Keller keinen Zweifel: »Meiner Meinung nach muss man lernen: Ganz weit unten ist der Anfang ins Leben zurück!«

Körpersprache soll Sprachprobleme kompensieren

Dr. Martina Koesterke

Arbeit wie in einer Plastiktüte

Ein freiwilliger Helfer der Bundeswehr berichtet über seinen Einsatz im Ebola-Gebiet

Die Dimension des Dramas erschließt sich bei einem Blick auf die Zahlen: Knapp 25 000 bestätigte Fälle von Ebola, davon endeten mehr als 10 000 mit dem Tod. *MDK forum* sprach mit einem der beteiligten Helfer der Bundeswehr über seinen Einsatz Ende 2014 in Liberia und über das Vorbereitungstraining.

Michael Peilstöcker ist Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg und einer von dreißig Helfern der Bundeswehr, die Ende letzten Jahres sieben Wochen lang die lokalen Hilfeteams in Liberia unterstützt haben. Der Oberstabsfeldwebel verrichtet seinen Dienst bei der Bundeswehr seit annähernd zwanzig Jahren und war schon in vielen Auslandseinsätzen. Sein Reiserucksack für den nächsten Einsatz in Mali wartet bereits gepackt in der Ecke seines Dienstzimmers. Dann heißt es wieder Abschied nehmen von der Familie. Michael Peilstöcker ist gerne in Westafrika. Die Menschen dort hat er in sein Herz geschlossen. Wohl auch deshalb war für ihn nach dem Aufruf von Verteidigungsministerin Ursula von der Leyen (CDU) am 22. September 2014 ziemlich schnell klar, dass dies ein Einsatz für ihn wird. Der Krankenpfleger hatte in den vergangenen Jahren bereits in Deutschland Erfahrungen in der Versorgung von bisher sehr wenigen Ebola-Patienten gemacht. Dieser Erfahrungsschatz kam ihm als Trainingsleiter für die Nutzung der Schutzanzüge zugute.

Viele Freiwillige melden sich

Rund 2000 Soldaten hatten sich freiwillig als Helfer gemeldet. 120 wurden ausgewählt, unter anderem Techniker und Logistiker. Die primäre Aufgabe bestand zunächst darin, die »Ebola-Treatment-Unit« aufzubauen und zu betreiben. »Dafür brauchen wir auch Techniker, die zum Beispiel für Strom und Wasser sorgen«, erklärt Peilstöcker. Eine Behandlungseinheit besteht aus einhundert Betten. Rund dreihundert Helfer aus Afrika und aus dem Ausland werden dafür benötigt.

Ebola löst bei vielen Menschen Ängste aus. »Wir haben großen Respekt vor dieser Krankheit, und man muss alle Schutzmaßnahmen hundertprozentig genau befolgen. Aber wenn man das tut, kann einem so gut wie nichts passieren«, sagt Michael Peilstöcker. In zwei Ausbildungsgängen wur-

den die Helfer in medizinischen Grundlagen über Ebola, Landeskunde, rechtlichen Grundlagen und kulturellen Eigenheiten unterwiesen. Das Wichtigste war das Training im Umgang mit den Schutzanzügen. Dafür gibt es sogenannte »Standard Operational Procedures«, die jeder im Kopf haben muss. Jeder Prozessschritt muss sitzen.

Die größte Gefahr der Selbstinfektion besteht beim An- und Ausziehen der Schutzanzüge, macht Peilstöcker klar.

**Ein Einsatz
dauert maximal
60 Minuten**

Für das Training in Deutschland wurde eine Halle erhitzt, um die Teilnehmer auf die Umgebungsbedingungen bei der Arbeit im Schutzanzug vorzubereiten. »In der Wirklichkeit ist die Hitze in Westafrika allerdings noch viel schlimmer. Bei unserer Arbeit im Schutzanzug fühlt man sich meistens wie in einer Plastiktüte ohne Luftzufuhr bei über 30 °C im Schatten.«

Die menschlichen Limits beachten

Jeder der maximal drei Einsätze am Tag im High-Risk-Bereich dauert höchstens eine Stunde. »Alles, was darüber hinausgeht, erhöht die Gefahr, dass man die Sicherheitsprozesse nicht mehr voll abrufen kann«, so der Fachkrankenpfleger. Bevor es in den High-Risk-Bereich geht, wird im »Bodycheck« das richtige Ankleiden im Spiegel überprüft. Auch das Auskleiden hinterher erfordert höchste Konzentration. Hier darf kein Fehler unterlaufen. Jeder Prozessschritt muss exakt ausgeführt werden. »Nach einer Stunde Arbeit wie in einer Plastiktüte sind die körperlichen Ressourcen nahezu aufgebraucht. Unter diesen Voraussetzungen ist die Gefahr, beim Auskleiden einen Schritt auszulassen oder nicht vollständig auszuführen, besonders hoch.«



Auskleiden ist Teamarbeit

Beim Auskleiden arbeiten Helfer und ein Sprüher zusammen. Der Helfer wird zunächst von Kopf bis Fuß mit einer Chlorkalklösung abgesprüht. Als Erstes wird das obere Handschuhpaar abgelegt. Danach löst der Helfer das Rückenband der Schürze und streift sie rückwärts über den Kopf ab. Zwischen jedem Auskleideschritt wird das, was noch an Schutz am Körper ist, abgesprüht. Der Sprüher passt gleichzeitig mit auf, dass der Helfer keinen Fehler macht. Es folgt die Schutzbrille, die sofort in eine Chlorkalklösung getaucht und anschließend in einem Wasserbad von der Desinfektionslösung befreit wird. Nun gilt es, den mit Klebebändern und Reißverschluss geschlossenen Anzug zu öffnen. Wie eine Raupe sich von ihrer Hülle löst, streift der Helfer den Anzug nach unten bis über die Gummistiefel. Es folgen der Mundschutz und das zweite Paar Handschuhe. Zum Schluss werden die Gummistiefel abgesprüht. Erst dann darf der Helfer die rote Linie überschreiten und den High-Risk-Bereich verlassen.

An- und Ausziehen will geübt sein

Doch die Arbeit im Schutzanzug ist nicht nur körperlich anstrengend. Sie macht auch andere Dinge schwierig. Viele Westafrikaner sind sehr gläubig und haben den Wunsch, vor dem Einsatz kurz miteinander zu beten. »In der Treatment-Unit selbst haben wir Basispflege erbracht, Sterbende begleitet und Trost gespendet. Das ist besonders schwierig, weil der Patient hinter dem Schutzanzug die Gesichtsmimik nicht erkennen kann.«

Dabei brauchen manchmal auch die Helfer Hilfe, besonders, wenn sie Gefühle von Erschöpfung und Trauer haben. »Das spielt sich in der Regel in der Gruppe oder unter den Kameraden ab. Es ist keine Schande, Emotionen zu zeigen, auch wenn man schon viel Schlimmes erlebt hat. Wir können außerdem jederzeit eine psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen.«

Lehrgangsteilnehmer im praktischen Unterricht an der Unteroffizierschule der Luftwaffe in Appen

Keine Angst vor dem Einsatz

Für Peilstöcker überwog das Interesse an diesem Einsatz die Angst. Doch zu einem späteren Zeitpunkt geriet diese Einstellung kurzzeitig ins Wanken: »Richtig mulmig war mir, als ich an einem Tag selbst Fieber bei mir verspürte. Da schießen viele Gedanken durch den Kopf.« Der Krankenpfleger bei der Bundeswehr in Hamburg hat eine Frau und zwei Kinder. »Die Begeisterung meiner Frau für diesen Einsatz hielt sich anfangs in Grenzen. Mitschüler meiner Kinder hatten Angst, dass sie sich auch an Ebola anstecken könnten. Das war schon eine ungewöhnliche Situation in der Familie und ein Grund, warum ich nach meiner Zeit in Liberia freiwillig für drei Wochen in Quarantäne gegangen bin.« Trotz der Begleitumstände würde Michael Peilstöcker wieder nach Westafrika ins Ebolagebiet gehen und er weiß, warum: »Ich habe die Patienten als sehr duldsam empfunden und immer das Gefühl der Freundlichkeit und Dankbarkeit erlebt.«



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

Interview mit Prof. Dr. Giovanni Maio

Das Gespräch ist der Kern der Medizin

An der Universität Freiburg beschäftigt er sich mit Ökonomisierung und Technisierung der Medizin. In seinem Buch *Medizin ohne Maß* plädiert er für eine Ethik der Besonnenheit fernab vom Perfektionsglauben. MDK forum sprach mit dem Mediziner und Philosophen über Eigenverantwortung, über Sorge und Fürsorge sowie über die Rolle der Krankenkassen.

forum Wie lässt sich Qualität in der Medizin messen, oder anders gefragt: Was zeichnet Ihrer Meinung nach einen guten Arzt aus?

Prof. Dr. Giovanni Maio Diese Frage lässt sich letzten Endes nur aus der Perspektive des kranken Menschen beantworten. Der kranke Mensch ist derjenige, der am Ende mit einem Gefühl nach Hause gehen muss, dass ihm geholfen wurde. Dieses Gefühl kann entstehen, wenn der Arzt eine Atmosphäre geschaffen hat, innerhalb derer sich der Patient verstanden und als Individuum ernst genommen fühlt. Ohne eine solche Atmosphäre kann keine wirkliche Qualität realisiert werden.

Das liegt einfach daran, dass erst über die Investition in das Gespräch mit dem Patienten der Arzt überhaupt herausfinden kann, was für den Patienten zweckmäßig ist. Für das Zweckmäßig reicht es eben nicht, allein die in Leitlinien festgelegten Regeln zu kennen, es ist unabdingbar, dass der Arzt die externe Evidenz mit der internen Evidenz zusammenbringt. Er muss die Datenlage kennen und zugleich auf seinen Patienten eingegangen sein, um zu wissen, ob dieser Patient zu dieser allgemeinen Datenlage überhaupt passt. Der Arzt kann dem Patienten nur helfen, wenn er auf die konkrete Situationslage des Patienten eingeht und eine singuläre Lösung findet, die nur für diesen Menschen gilt und nicht eine Standardlösung sein kann. Um das zu leisten, muss der Arzt Ruhe, Geduld und Zuhörbereitschaft mitbringen sowie die innere Haltung, hier begleiten zu wollen. Die Verbindung von wissenschaftlicher Qualität

und Beziehungsqualität ist die eigentliche Qualität in der Medizin. Die Regeln muss man im Hinterkopf haben. Aber der Mensch ist einzigartig, unverwechselbar in der Lebensgeschichte, und deswegen vollzieht der Arzt jeden Tag eine enorme integrative Leistung, wenn er versucht, die Probleme des Patienten, die nirgendwo im Lehrbuch stehen, patientengerecht zu lösen.

forum Dieses Fach gibt es nicht im Medizinstudium. Wie kann ein Arzt das lernen?

Maio Der Arzt muss angehalten werden, sich auf diese Grundqualitäten neu zu besinnen. Gespräche sind kein Luxus oder Sahnehäubchen, das Gespräch ist der Kern der Medizin. Fachwissen allein, was die Medizinstudenten lernen, lässt sie im Angesicht eines konkreten Menschen ratlos zurück, wenn sie nicht hinhören, was der Patient ihnen sagt.

Erfahrene Ärzte wissen ganz genau, dass die ersten Sätze des Patienten sehr viel erklären. Je mehr die Ärzte aber unter reinen Effizienzkriterien kontrolliert werden, desto mehr kommen sie von dieser Grundüberzeugung ab. Denn sie lernen, darauf zu schießen, was sie messen können, und vergessen, dass dies nur ein Teilaspekt ist. Ich finde, Kontrolle muss sein. Es geht nicht, dass man als Arzt einfach macht, was man will. Aber ich finde, dass die Krankenkassen anerkennen müssen, dass die Ärzte in der konkreten Auseinandersetzung mit dem Patienten eine Synthese-

leistung vollbringen, die sehr anspruchsvoll und verausgabend ist, eine Leistung, die in diesen Messinstrumenten nicht abgebildet werden kann.

forum Wie könnten Krankenkassen diesen Aspekt besser wertschätzen?

Maio Die Funktion der Krankenkasse ist eine sehr wichtige, die auf die Grenzen

Prof. Dr. Giovanni Maio



verweist: Dem Patienten zu verdeutlichen, keinen Anspruch auf eine Luxusversion zu haben, sondern auf eine vernünftige Version. Aber heute verweisen die Krankenkassen einerseits auf das Solidarsystem, andererseits konkurrieren sie untereinander, empfinden sich selbst als Unternehmen und bezeichnen die Patienten als Kunden. Das ist ein Widerspruch in sich: nach außen das Credo des Solidarsystems und nach innen ein ökonomisiertes Verständnis.

Die Krankenkassen sollten dem Arzt grundsätzlich vertrauen, dass er durch seine Expertise im Gespräch mit dem Patienten einen guten Weg finden wird. Und sie sollten kontrollieren, wenn es zu einer Fehlentwicklung kommt. Je mehr wir auf dieses Vertrauen setzen, desto mehr werden die Ärzte sich engagieren. Die überbordende Kontrolle der Ärzte und die Etablierung einer exzessiven Misstrauenskultur bedeutet eine sukzessive Demotivierung der Ärzte und den Abbau ihrer grundsätzlich vorhandenen intrinsischen Motivation. Ich halte das für kein gutes System, weil wir auf diese Weise das Potenzial verspielen, das in der altruistischen Grundeinstellung vieler Ärzte von Anfang an schlummert.

forum Ein Argument für die Kontrollen ist der enorme Fortschritt in der Medizin, der immer mehr Kosten verursacht. Ist der Fortschritt schneller, als uns guttut?

Maio Das Grundproblem ist nicht die Potenzierung der Möglichkeiten. Wenn die Krankenkassen den Patienten zum Kunden erheben, glaubt dieser Kunde auch, medizinische Leistungen als Konsumgüter behandeln zu dürfen: je mehr Konsum, desto besser. Das gilt für die Medizin aber eben nicht. Medizin lässt sich nur dann vernünftig ausgestalten, wenn wir weg von diesem Kundenstatus kommen und realisieren, dass es leidende Menschen sind, Menschen in einer Situation der Angewiesenheit und der Hilfsbedürftigkeit. Dann müssen wir fragen: Was braucht der hilfsbedürftige Mensch?

forum Viele Patienten stellen sich unter der modernen Medizin eine Art »Vollkasko-Reparatur« vor. Ist das auch eine Folge des Fortschritts?

Maio Die Ärzte werden einseitig dazu erzogen, Naturwissenschaften zu lernen, und werden dadurch technikgläubig. Der Mensch wird zu einem Mechanismus, bei dem man etwas zu reparieren hat. Wir leben in einer machbarkeitsorientierten Zeit, in der wir glauben, dass wir das Problem der Krankheit mechanistisch lösen können. Das haben auch die Patienten verinnerlicht. Sie glauben, dass es auf jedes Krankheitsproblem eine Lösung geben muss. Und dass die Lösung von außen

an sie herangetragen wird, der Experte ihnen ihre Krankheit nimmt. Das ist eine Entmündigung des Patienten, denn auf diese Weise gibt der Patient seinen Körper an einen Experten ab und empfindet ihn gar nicht als seinen eigenen. Therapien können jedoch nur dann wirklich fruchten, wenn die Patienten realisieren, dass sie Teil des eigentlichen Prozesses sind.

Dabei bedeutet Therapie nicht, zurückzuführen zum Zustand, wie es früher war. Die Behandlung einer Krankheit bedeutet immer einen Verwandlungsprozess zu durchlaufen. Therapie bedeutet zu helfen, mit dieser neuen Situation umgehen zu lernen. Die Ärzte müssen lernen, dem Patienten dabei zu helfen, einen inneren Umgang mit der Krankheit zu erlernen, der ihnen ermöglicht, auch im Krankgewordensein sie selbst zu sein, die eigene Individualität zu bewahren. Und den Blick darauf zu wenden, dass das Krankwerden nicht der Verlust des guten Lebens ist. Je mehr ich in die Beziehung zum Patienten investiere, desto mehr realisiert er, dass er vieles in der eigenen Hand hat. Es kommt darauf an, ihn für seine eigenen Ressourcen aufzuschließen. Der Arzt kann nur helfen, diese inneren Ressourcen zu mobilisieren.

forum Die Begegnung mit dem mündigen Patienten auf Augenhöhe?

Maio Der Patient kann dem Arzt nur auf Augenhöhe begegnen, wenn der Arzt Achtung vor der individuellen Lebenssituation des Patienten hat. Augenhöhe heißt: Ich muss mich mit dir auseinandersetzen, damit ich weiß, was dein Lebenskonzept ist.

Diese Augenhöhe bedeutet nicht, dass der Patient der Hilfe des Arztes nicht mehr bedarf, so als würden zwei Vertragspartner zusammenkommen. Medizin hat es mit angewiesenen Menschen zu tun, die erst einmal gar nicht wissen, wie es weitergeht. Der kranke Mensch braucht zunächst einmal einen Helfer. Was der Arzt liefert, ist deshalb keine reine Sachleistung. Der Arzt ist eine Person, die die Hilfe einer anderen Person zu seiner persönlichen Aufgabe macht. Er liefert letzten Endes eine Sorgeleistung und Sorge bedeutet, er muss sich persönlich engagieren und persönliche Verantwortung übernehmen. Ein Arzt gibt das Versprechen, dass ihm die Patienten nicht gleichgültig sind. Sein Ziel ist es, in der Auseinandersetzung mit dem Patienten einen Weg zu finden, der ihm als Individuum gerecht wird. Und dazu braucht er Zeit. Welcher Weg zu wählen ist, kann nur in diesem Gespräch entwickelt werden.

forum Hier kommt auch die Eigenverantwortung ins Spiel?

Maio Natürlich hat der Patient Verant-

wortung für sich und auch für seine Gesundheit. Jeder Mensch trägt Verantwortung für das Leben, das er führt. Aber wir müssen anerkennen, dass es Situationen, Milieus und sozial prekäre Grundbedingungen gibt, die diesen souveränen Entscheidungen im Weg stehen können. Je sozial marginalisierter die Menschen sind, desto schwerer fällt es ihnen, ihre Handlungen so auszurichten, dass sie auch gesundheitsbewusst leben. Weil sie ganz andere Probleme haben. Deswegen sind Krankheit und viele Gesundheitsprobleme oft sozial bedingt und nicht nur Resultate der inneren Einstellung oder von Fehlverhalten. Von einer alleinerziehenden Kassiererin mit zwei Kindern können wir keine gesundheitsbewussten Strategien einfordern. Sie ist so sehr damit beschäftigt, ihren Lebensunterhalt zu verdienen, dass sie für gar nichts anderes Freiräume hat.

Solidarsystem bedeutet, dass wir dafür sorgen müssen, dass die Menschen in diesen sozial marginalisierten Bereichen eine soziale Unterstützung bekommen, die sie befähigt, tatsächlich eine autonome Lebensweise zu führen und an der Gesellschaft zu partizipieren. Je mehr man dieses soziale Auseinanderdriften der Gesellschaft verhindert, desto gesünder werden die Menschen.

Je mehr wir hier aber einseitig auf Eigenverantwortung setzen und eine sanktionsbewehrte »Pflicht zur Gesundheit« etablieren, desto mehr werden die Starken der oberen Mittelschicht gefördert. Das belegen alle Studien: Am meisten profitieren diejenigen von Präventionsprogrammen, die ohnehin schon gesundheitsbewusst leben. Diejenigen, die benachteiligt sind, die arbeitslos geworden sind, die aus der sozialen Situation schon herausgefallen sind, sind die Verlierer dieser Programme, weil sie letzten Endes nicht die Freiheit haben, auch noch auf die Gesundheit zu achten. Sie haben ganz andere Sorgen. Deswegen ist es wichtig, dass wir Gesundheit insofern fördern, als dass wir ein Bewusstsein schaffen und positiv motivieren, Gesundheit auch ein Stück weit als eine Kostbarkeit zu sehen. Gesundheit ist zunächst einmal ein Geschenk. Dieses Geschenk muss ich hüten. Man muss dem Menschen frühzeitig den Blick dafür öffnen, wie kostbar es ist, nicht krank zu sein. Und das nicht als selbstverständlich hinzunehmen.

Die Fragen stellte

Dr. Martina Koesterke

Vom Glück der klugen Entscheidung



Musik hilft immer, und oft hilft auch Humor. Der kanadische Pharmakologe James McCormack versteht etwas von beidem und veröffentlichte vor einem Jahr eine Youtube-Parodie auf den Song »Happy« von Pharrell Williams: dem euphorisierenden Sommerhit 2014.

IN MCCORMACKS ADAPTION geht es allerdings um ein anderes Glück, und zwar das der weisen Entscheidung. Dank Choosing Wisely, jener 2011 gestarteten Initiative der amerikanischen Medizinfachgesellschaften, die in kurzen Hitlisten Empfehlungen darüber abgibt, auf welche Behandlungen und Tests in den verschiedenen Disziplinen getrost verzichtet werden kann.

Die Welle schwappet über den Teich

Ein Jahr nach der amüsanten Ode an das gelobte Projekt soll die Weisheit nach Deutschland kommen. Es gibt ein Ad-hoc-Komitee der hiesigen medizinischen Fachgesellschaften, auf dem Internistenkongress wurden jüngst die ersten Details vorgestellt. Die Ärzte hier haben Choosing Wisely mit *Gemeinsam Klug Entscheiden* übersetzt, das Zusammenspiel von Arzt und Patient wird also besonders betont. Ausführliche Diskussionen im Vorfeld der Initiative haben auch die Schwachstellen des US-Vorbilds beleuchtet: Die Studienlage, also Evidenz, wird in der deutschen Adaption demnach mehr

Beachtung finden. Die Empfehlungen sollen zudem im Einklang mit den gültigen Leitlinien stehen und auch nicht den Eindruck erwecken, es gehe hier allein ums Sparen auf Kosten des ärztlichen

Selbstanzeige eines Arztes sorgt für Überraschung

Tuns. Dafür sollen sowohl für Ärzte als auch für Patienten sogenannte Top-Five-Listen erstellt werden, die einerseits überflüssige Behandlungen einzelner Fachgebiete unmissverständlich benennen, und andererseits soll es in der deutschen Version auch ein Best-of der vernachlässigten Interventionen geben. Ein Blick auf die Listen also soll ausreichen, um den Stand des medizinischen Wissens zu erkennen.

Nur eine weitere von vielen Möglichkeiten?

Das alles klingt mehr als vernünftig, und viele angesehene Experten der evidenzbasierten Medizin haben sich auch schon lobend über die Initiative geäußert. Man muss aber

auch die ketzerische Frage stellen dürfen, was so eine Top-5-Initiative letztlich erreichen kann in einem Gesundheitssystem, in dem es zuverlässige Informationen bereits in großen Mengen gibt: Die *gesundheitsinformation.de* des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), den Igel-Monitor des MDS, oder eben den Arzt und die Patientenleitlinien, so sie denn existieren und außerdem schon auf den Stand der Evidenz gebracht sind, was ja beileibe nicht für alle medizinischen Interventionen der Fall ist. Gerade für Verfahren, deren Nutzen unklar ist, existieren aber schon jetzt gute Möglichkeiten, sich als Patient ein Bild zu machen und als Arzt sein Wissen zu erweitern. Und in einigen Fällen, zum Beispiel in Bezug auf die Krebsfrüherkennung, lässt sich die Ratio der Entscheidung ja auch nicht einfach mit einem Satz erklären. Ein gutes Beispiel aus den USA ist die knappe Choosing-Wisely-Empfehlung des amerikanischen Urologenverbandes an die Ärzte, PSA-Screening nur anzubieten im Rahmen eines Shared Decision Making, also in ausführlichem Gespräch mit dem Patienten. Dieser Rat entspricht zwar ganz prinzipiell den amerikanischen Leitlinien von 2013, doch das entscheidende Detail fehlt. Denn der US-Verband empfiehlt das Screening seither überhaupt nur noch Männern von 55 bis 69 Jahren, jüngeren und älteren Männern dagegen nicht mehr. Wer das weiß, ist erst einmal verwirrt und guckt noch mal nach, um sich zu vergewissern, was damit gemeint ist. Wer es nicht weiß, begnügt sich vielleicht mit der Information als solcher. In beiden Fällen kollidiert im Choosing Wisely dann trotzdem noch die Arztinformation mit der Patienteninformation, in welcher das Screening noch für 50- bis 74-Jährige empfohlen wird. Und schon haben es Arzt und Patient mit mehr Fragezeichen zu tun als mit Entscheidungshilfen.

Das deutsche Modell will – und muss – klug genug sein, solche Widersprüche zu vermeiden. Zugleich sollte sich jeder begeisterte Anhänger der evidenzbasierten Patienten-Kurzinformation darüber im Klaren sein, dass sich ein Problem auch mit *Gemeinsam Klug Entscheiden* nicht aus der Welt schaffen lässt: Nämlich jenes, eine Beziehung zwischen

medizinischer Statistik und persönlichem Patientenschicksal herzustellen. Auch hier ist die Früherkennung von Krebs ein Paradebeispiel, aber auch für zahlreiche Operationen gibt es dieses Dilemma. Und selbst wenn Studien an 100 000 Schicksalsgenossen gezeigt haben, dass nur einige wenige von einer neuartigen Operationsmethode profitieren, ist zwar kein Nutzen belegt. Der Patient aber könnte einer der sehr wenigen sein, die eben doch das große Glück haben, durch die so selten heilsame Behandlung tatsächlich geheilt zu werden. Die Hoffnung stirbt ja immer zuletzt.

Der wesentliche Faktor ist und bleibt der Arzt

In dieser Gemengelage kann es deshalb zwar helfen, wenn die fragliche Operation in der Hitliste der überflüssigen Behandlungen auftaucht. Der wesentliche Faktor aber bleibt hier der erfahrene und gut ausgebildete Arzt, der seinem Patienten erklären kann, warum in seinem speziellen Fall eben doch kein Test nötig, oder eine aktive Überwachung des Tumors der Operation vorzuziehen ist. Und der häufigste Grund, warum so ein Verhältnis keinesfalls selbstverständlich ist, bleibt das Geld. Prof. Dr. Michael Hallek von der Uniklinik in Köln hat dieses durchaus entscheidende Dilemma in seiner Eröffnungsrede zum diesjährigen Internistenkongress auf den Punkt gebracht: »Ärzte müssen den Patienten nach umfangreichen körperlichen Untersuchungen und unter Wahrnehmung seiner Persönlichkeit in seiner Komplexität erkennen, ihn entsprechend beraten«, sagte der Onkologe und fügte hinzu: »Und diese fundamental ärztliche Tätigkeit auch angemessen vergütet bekommen.« Das ist in einer von Innovation und Technik geprägten Medizin des Handelns so eben nicht der Fall. Erst recht nicht in den Praxen der Hausärzte und niedergelassenen Fachmediziner. Und wenn ein Arzt heute immer neues Wissen anhäuft, um sich also intensiv mit dem Menschen zu befassen, in den entscheidenden Momenten nicht zu viel zu tun, und wenn, dann nur das Richtige – dann verdient dieser Arzt damit im deutschen Gesundheitssystem nun einmal weniger als ein Kollege, der vermeintlich innovative Therapien oder Diagnostiken rigoros anbietet und nutzt, auch weil die Patienten es wollen. Eine Umfrage unter mehreren hundert Ärzten in den USA hat deshalb zwar gezeigt, dass sich die Mehrheit der Ärzte durchaus in der Verantwortung sieht, wenn es um adäquate Interventionen geht. Fast genauso viele Mediziner geben aber dem Druck von Ökonomie und Patientenwunsch nach und würden einen sinnlosen Test anweisen, wenn der Kunde es so möchte. Eine weitere Umfrage zeigte zugleich, dass sich nur ein gutes Drittel der Ärzte in der Verantwortung sieht, wenn es ums Sparen geht.

Ob die deutsche Gemeinsam Klug Entscheiden-Kampagne also zu allgemeiner »Happiness« unter Ärzten und Patienten führt, wie es das zauberhafte Video von McCormack vermittelt, bleibt vorerst offen und hängt nicht allein von der Kampagne selbst ab. Vieles bleibt eine Frage der Politik. Solange medizinischen Innovationen ohne hinreichenden Nutzenbeleg praktisch freie Fahrt in der Medizin eingeräumt wird, werden die Klügsten das Nachsehen haben.

Kathrin Zinkant ist Dipl.-Biochemikerin, Journalistin und Redakteurin im Ressort Wissen der *Süddeutschen Zeitung*

IMPRESSUM

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

Verantwortlicher Redakteur Dr. Ulf Sengebusch [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de].

Redaktion Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de]; Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de]; Elke Grünhagen [e.gruenhagen@mds-ev.de]; Dr. Martina Koesterke [m.koesterke@mds-ev.de]

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

Redaktionsbüro

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

Gestaltung und Layout de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titel: Photocase / Johannes Stoll
S. 5 Unter Verwendung eines Motivs von Photocase / christian buehner; S. 6 von Photocase / #almo;
S. 7 Photocase / gennadi+; S. 8 Photocase / joto;
S. 10 Photocase / Sermon Fortapelsson;
S. 12 Photocase / cydonna; S. 13 Photocase / skymountain;
S. 15 Photocase / joto; S. 16 Photocase / Johannes Stoll;
S. 18 Photocase / Maik W.; S. 20 Photocase / zettberlin;
S. 25 Photocase / Francesca Schellhaas;
S. 29 Carsten Vennemann / Yvonne Albert;
S. 34 Photocase / shadowtricks.
Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



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 Meefßen**
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 e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

Bismarckstraße 43, 40210 Düsseldorf
Geschäftsführer **Andreas Hustadt**
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 Reiboldt**
Telefon 0391.5661-0
Telefax 0391.5661-160
E-Mail kontakt@mdk-san.de

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

