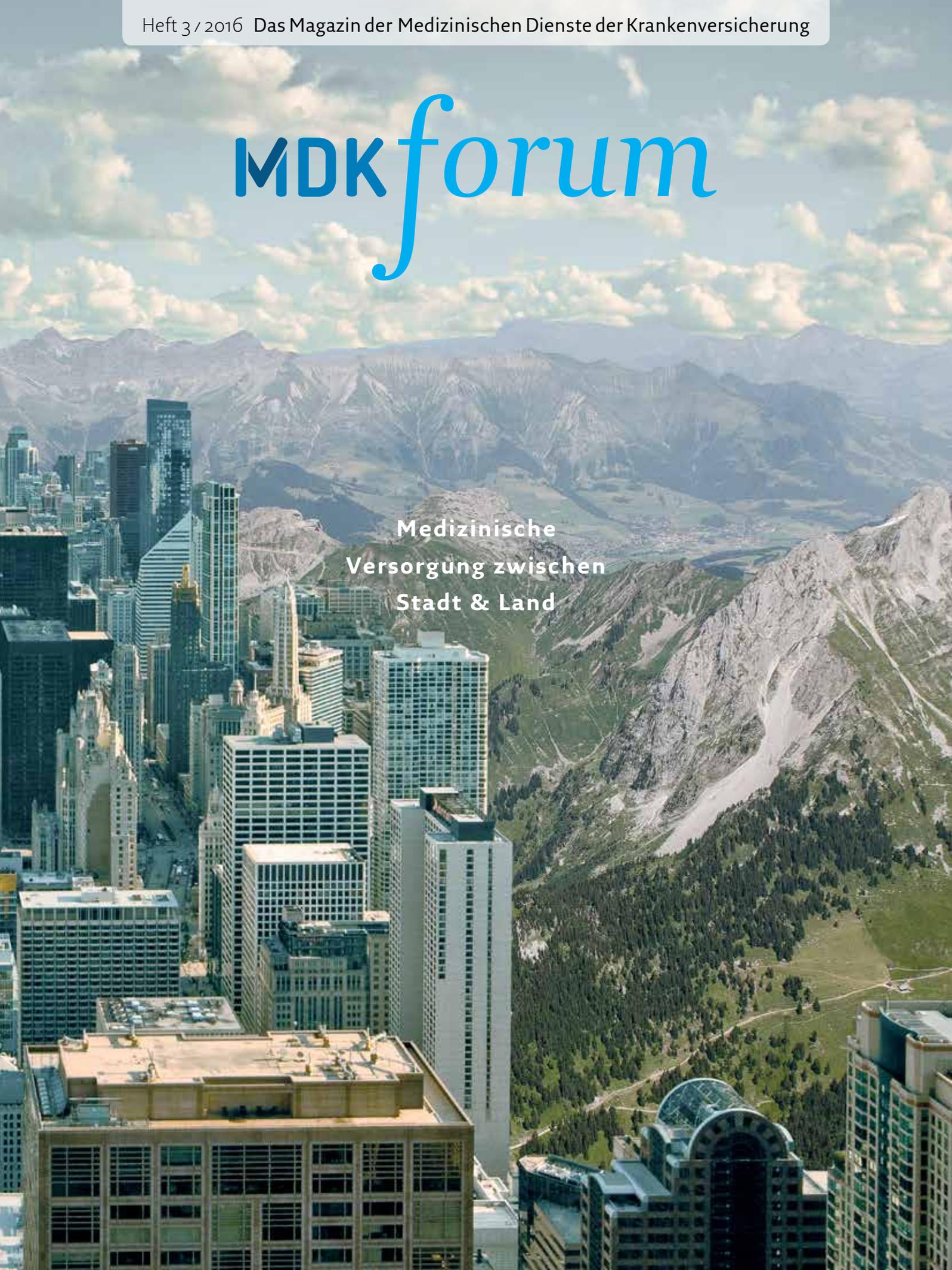


MDK *forum*

Medizinische
Versorgung zwischen
Stadt & Land



Liebe Leserinnen und Leser,

immer wieder erreichen uns Rückmeldungen von Leserinnen und Lesern, denen der eine oder andere Beitrag, die Themenauswahl eines Schwerpunkts oder die gesamte Ausgabe des *MDK forums* besonders gut gefallen haben. Aber sehen Sie das auch so? Um das herauszufinden, hatten wir eine Leserbefragung durchführen lassen. Ich freue mich sehr über die Ergebnisse, die Sie in diesem Heft finden. Und wir haben in dieser Ausgabe bereits Ihre Anregungen umgesetzt: Sie finden ab sofort mehr Kurznachrichten und Infokästen im *MDK forum* sowie eine neue Rubrik am Ende des Heftes.

Erinnern Sie sich noch an »Schwester Agnes«, die Gemeindeschwester auf dem Motorroller? In diesem Schwerpunkt spielt sie eine wichtige Rolle, denn wir beschäftigen uns damit, wie die medizinische Versorgung in Stadt und Land in den kommenden Jahren aussehen kann. Was wird die Telemedizin dazu beitragen – und was nicht? Ein weiterer Artikel beleuchtet die Frage, wie Pflegekassen, MDK und Leistungserbringer die weitreichendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung umsetzen werden. Wie weit sind die Vorbereitungen vorangeschritten und was bleibt vor dem Start noch zu tun? Und nicht zuletzt lesen Sie einen faszinierenden Bericht über die Krankenhausversorgung in der Mongolei.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Ihr Ulf Sengebusch



Aktuell

Die gute Frage **Macht die Krise krank? 1**
Auch das noch: **Operation Obamacare - Was wird aus Präsident Obamas größtem innenpolitischen Projekt? 32**

Titelthema

Medizinische Versorgung zwischen Stadt und Land 6
Die Zukunft der Kliniken 8

»Schwester Agnes« entlastet Hausärzte **10**

Interview mit Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse

Eine neue Form der Nachbarschaftshilfe 12

Wissen & Standpunkte

Lob der Leser 14

Der MDK und die Gesundheitsversorgung der Zukunft 16

Ambulante Pflegedienste **Pflegebetrug wirksam verhindern 17**

Pflege 2017 **Mehr Leistungen für mehr Menschen 18**

Der neue Pflegebegriff **Nicht nur die Pflegestufen, sondern die Pflege wird neu 19**

Neues vom IGeL-Monitor 20

Interview mit Dr. Markus Thalheimer **Ein erster Schritt zum großen Fortschritt 22**

Gesundheit & Pflege

Die Krankheiten der Flüchtlinge **Von banalen Infekten bis zu schweren Traumata 24**

Polypharmazie bei alten Menschen **Weniger ist manchmal mehr 26**

Weitblick

Medizinische Versorgung in der Mongolei **Zwischen Ziegenherden und Zivilisation 28**

Internetabhängigkeit **Wenn die virtuelle Welt die reale verdrängt 30**

Macht die KRISE KRANK?

MDK forum Heft 3/2016

Vor kurzem ließen zwei Studien aufhorchen: Die Wirtschaftskrise ist für mehr als 260 000 zusätzliche Krebstote weltweit verantwortlich. Weltweit stieg in 54 Ländern die Zahl der Suizide. Verliert die Welt, während sie über die Rettung der Banken oder über Sparprogramme diskutiert, die Gesundheit der Menschen aus den Augen? MDK forum im Gespräch mit dem Leiter des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, Prof. Dr. Nico Dragano.

Stress kann unser Immunsystem lahmlegen. In Ländern, die unter der Finanzkrise leiden, sind die Probleme schwerwiegender, oder?

In der Tat, das ist etwas mehr als ein Schnupfen. Es ist lange bekannt, dass in Krisenzeiten die Gesundheit leidet. Frühe Daten gibt es beispielsweise zur Weltwirtschaftskrise in den 20er Jahren. Typisch ist ein Anstieg der Selbstmordraten in akuten Krisenzeiten. Aber auch andere Risiken nehmen zu. So zeigt die Lancet-Studie ja einen Anstieg der Krebstoten. Ähnliche Tendenzen gibt es auch für Infektionserkrankungen. So gibt es Reviews, die die aktuelle Krise betrachtet haben und zeigen, dass die Zahlen für viele Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder HIV steigen.

Woran liegt das?

Das hat verschiedene Gründe. Einer davon ist, dass in der Regel eben auch am Gesundheitssystem gespart wird. Präventionsprogramme fallen weg, Durchimpfungsraten sinken, Aufklärungskampagnen werden eingestellt. Alles, was sozusagen nicht unmittelbar für die Notfallversorgung wichtig ist, wird gekürzt. Das führt naturgemäß dazu, dass sich mehr Leute anstecken. Hinzu kommt, dass die Anfälligkeit der Bevölkerung steigt, weil es ihr schlecht geht. In Ländern, in denen die Armut manifest ist, häufen sich Unter- oder ungesunde Ernährung. Das macht dann wiederum anfälliger für Infektionskrankheiten.

Und woher kommt der Anstieg der Krebserkrankungen?

Die Kollegen haben weltweit Sterbefälle an Tumoren betrachtet, die eigentlich inzwischen gut behandelbar sind,

wie Brustkrebs oder Prostatakrebs. Dann haben sie sich angeschaut, ob die Sterblichkeitsraten an diesen eigentlich gut behandelbaren Tumoren während der Krise steigen. Das ist der Fall. Es steht zu vermuten, dass das etwas mit der schlechteren Gesundheitsversorgung gerade von Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen zu tun hat, die teure Behandlungen benötigen. Dass dies tatsächlich der Fall ist, zeigen weitere Studien aus Ländern wie Griechenland, die zeigen, dass die Qualität der Versorgung gelitten hat.

Was sind das für Gründe?

Das ist sicherlich die Medikamentenversorgung. Um nochmal auf Griechenland zurückzukommen: Insbesondere in der Hochzeit der Krise war die Versorgung mit bestimmten Medikamenten nicht mehr gewährleistet, weil das Gesundheitssystem sie nicht mehr bezahlen konnte. Viele Griechen haben auch ihre Krankenversicherung verloren und müssen teure Medikationen selber bezahlen. Man kann sich vorstellen, dass jemand, der seine Krankenversicherung kündigen musste, auch keine € 100 000 auf der Bank hat. Selbst die Menschen, die noch versichert sind, müssen hohe Zuzahlungen leisten. Das erhöht natürlich die Mortalität.

Laut der Studie, die im *British Medical Journal* veröffentlicht wurde, stieg auch die Zahl der Selbstmorde in Griechenland zwischen 2007 und 2009 um 20%. Ist das eine Konsequenz, die auf der Hand liegt?

Berichte, die den Anstieg der Selbstmorde in verschiedenen Ländern während der aktuellen Finanzkrise oder Schuldenkrise untersucht haben, gibt es nicht nur aus Griechenland, sondern genauso aus Italien, Großbritannien und

anderen Ländern. Außerdem kennen wir auch dazu historische Berichte. Es ist in der Tat so, dass insbesondere auf dem Höhepunkt der Krise die Selbstmordrate steigt. Danach flacht es etwas ab, aber die Rate bleibt erhöht im Vergleich zu der Rate, die wir in einem prosperierenden Land hätten. Das hängt damit zusammen, dass schlechte Lebensumstände wie Verschuldung und Perspektivlosigkeit Risikofaktoren für Depressionen sind und über diesen Weg dazu führen, dass wir mehr Suizide beobachten. Außerdem ist auch hier zu vermuten, dass die medizinische Versorgung eine Rolle spielt. Viele Menschen mit depressiven Episoden, die sich im weiteren Verlauf verfestigen, werden in der Primärversorgung aufgefangen. Wenn diese Primärversorgung nicht mehr ordentlich funktioniert, können die Menschen nicht mehr frühzeitig behandelt werden.

Droht ein solches Szenario auch in Deutschland?

Festzuhalten ist, dass Deutschland im Vergleich der europäischen Länder mit am besten durch die Krise gekommen ist. Hier ist das Bruttoinlandsprodukt weiter gestiegen.

Nichtdestotrotz haben wir hier in Deutschland das Phänomen der steigenden sozialen Ungleichheit. Und die ist

Prof. Dr. phil. Nico Dragano



per se schlecht für die Bevölkerungsgesundheit. Wir wissen, dass Armut, Perspektivlosigkeit und Arbeitslosigkeit manifeste Gesundheitsrisiken sind. Je mehr Leute wenig verdienen, langzeitarbeitslos sind oder in prekärer Beschäftigung stehen, desto größer ist das Risiko, dass die Erkrankungszahlen steigen. Das ist in Deutschland nicht in dem Ausmaß passiert wie in Griechenland, Spanien oder Italien. Aber auch hier lässt sich vermuten, dass Sparpolitik oder eine Politik die dazu führt, dass die soziale Spaltung zunimmt, ebenfalls einen Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit hat und damit auch psychische Erkrankungen zunehmen. Selbst wenn das auf den ersten Blick nicht so auffällig ist.

Was muss geschehen, um dem vorzubeugen - und vor allem auch, um den Menschen in Ländern wie Griechenland, Spanien oder Italien zu helfen?

Das ist letztendlich eine Frage der Politik. Sparen ist eine politische Entscheidung, die nicht unbedingt in Stein gemeißelt sein muss. Wir Wissenschaftler beobachten die Bevölkerungsgesundheit und können nur sagen, dass das eine Größe ist, die viel stärker in den Vordergrund gerückt werden sollte. Ich glaube, dass wir dazu eine Art Solidaritätspakt für die Gesundheitssysteme dieser Länder bräuchten. Es ist meines Erachtens indiskutabel, dass in manchen europäischen Ländern Menschen ohne ordentliche Gesundheitsversorgung auskommen müssen. Die finanziellen Aufwendungen, die nötig wären, das aufzufangen, sind im Vergleich zu dem, was ausgegeben wird, um Banken zu retten oder um Schuldendienste zu erfüllen, wahrscheinlich marginal. Diese Erwägung um die Bevölkerungsgesundheit müsste eine viel stärkere Rolle spielen und bei allen Entscheidungen mitbedacht werden. Denn das hat Konsequenzen für das Leben der Leute - und zwar bis zur äußersten Konsequenz, wie die Daten zum Krebs zeigen. Umso erstaunlicher ist, dass es in der aktuellen Krise eigentlich kein wirklich gutes Konzept gegeben hat und meines Wissens auch noch nicht gibt, um damit umzugehen.

Doch auch wenn die Politik bisher noch in eine andere Richtung schaut: Es gibt bereits etliche Programme, die privat organisiert werden. Beispielsweise helfen viele Ärzte aus Deutschland in den betroffenen Ländern. Sie sammeln zum Beispiel Medikamente und schicken diese dorthin. Das heißt: Ärzte und andere Menschen in medizinischen Berufen können schon sehr viel tun, weil sie glaubwürdig sind, diese Anliegen auch glaubwürdig vertreten können - und dadurch bereits viele gute Vorbilder geliefert haben.

Die Fragen stellte Dr. Martina Koesterke

Kurznachrichten

Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Mit dem Ziel, Qualität und Transparenz der Hilfsmittelversorgung zu verbessern und die Stellung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen aufzuwerten, hat das Bundeskabinett Ende August den Entwurf eines »Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung« (HHVG) beschlossen. Es sieht unter anderem eine regelmäßige und systematische Überprüfung sowie grundlegende Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses vor. Bei Hilfsmittelausschreibungen müssen die Krankenkassen künftig nicht nur den Preis, sondern auch Qualitätsanforderungen an die Produkte und die damit verbundenen Dienstleistungen berücksichtigen. Zudem sollen Versicherte zwischen verschiedenen zuzahlungsfreien Hilfsmitteln wählen können, nachdem sie eingehend von Leistungserbringern beraten wurden. Die Krankenkassen sind gefordert, die Einhaltung der Pflichten der Leistungserbringer durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfung zu kontrollieren. Auch werden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten künftig besser über ihre Rechte bei der Hilfsmittelversorgung zu informieren. Erstmals per Gesetz definiert werden auch die Verbandsmittel. Um die Attraktivität von Therapieberufen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie weiter zu steigern, können die Krankenkassen und die Verbände der Heilmittelerbringer ab 2017 bis 2019 auch Vergütungsvereinbarungen oberhalb der Veränderungsrate (Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung) abschließen. Auch sollen die Krankenkassen und die Verbände der Heilmittelerbringer in Modellvorhaben die »Blankoverordnung« von Heilmitteln testen. Dabei verordnet der Arzt zwar weiterhin ein Heilmittel, der Heilmittelerbringer entscheidet jedoch über Auswahl und Dauer der Therapie. Die Regelungen des HHVG sollen überwiegend im März 2017 in Kraft treten. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Information zur Pflegebegutachtung

Aktuelle Informationen, hilfreiche Tipps und Serviceangebote rund um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet das neue Internetportal www.pflegebegutachtung.de der Medizinischen Dienste (MDK) und des MDs. Das nutzerfreundliche Webportal, das sich an Pflegebedürftige, Angehörige und Fachleute richtet, informiert klar strukturiert und übersichtlich über die Änderungen und Auswirkungen bei der neuen Begutachtung von Pflegebedürftigen und beantwortet die wichtigsten Fragen rund um die Pflege-reformen. Für Experten aus Einrichtungen und ambulanten Diensten stehen ausführliche Erläuterungen zum neuen Begutachtungsverfahren zur Verfügung. Eine Liste mit Downloads und Links rundet das Angebot ab. Das Informationsportal wird in den kommenden Wochen sukzessive erweitert.

Ärzte können Präventionsangebote empfehlen

Ab dem Jahreswechsel können Ärzte ihren Patienten Präventionsprogramme empfehlen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Juli beschlossen. Die Empfehlung wird wie ein Rezept ausgestellt und soll von den Krankenkassen, die häufig verhaltensbezogene Präventionskurse anbieten oder finanzieren, berücksichtigt werden. Daneben sollen Versicherte auch weiterhin Präventionsangebote ohne ärztliche Empfehlung beantragen können.

Ausstattung von Kliniken mit Hygienepersonal

Insgesamt 131 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen in die Ausstattung von Kliniken mit Hygienepersonal investiert. Das berichtet der GKV-Spitzenverband. Grundlage für die zusätzlichen Gelder ist das vom Gesetzgeber vorgeschriebene und noch bis 2023 laufende Hygiene-sonderprogramm. Dabei werden die Krankenkassen insgesamt ein Fördervolumen von über 460 Millionen Euro bis zum Ende des Programms zur Verfügung stellen. Mit dem Geld sollen Krankenhäuser qualifiziertes Hygienepersonal einstellen, aber auch die Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften und Ärzten in diesem Bereich sowie externe Beratungen finanzieren. Anspruch auf Fördergelder aus dem Sonderprogramm haben rund zwei Drittel der ca. 2000 Krankenhäuser in Deutschland, die die personellen und organisatorischen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes bisher noch nicht erfüllen.

Wie weit ist der Weg zur Klinik?

Wer fern einer Großstadt lebt, ist häufig länger unterwegs, um das nächste Krankenhaus mit Grundversorgung zu erreichen. Wie viel Zeit muss man einplanen, um vom Wohnort zum nächsten Grundversorger in der Region zu gelangen? Welche Krankenhäuser haben überhaupt eine Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin? Mit dem gkv-klinik-simulator, der seit September am Start ist, stellt der GKV-Spitzenverband einen besonderen Internet-Service zur Verfügung: Er zeigt die Entfernung von rund 80 000 Wohnbezirken zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung und ist damit deutlich genauer als bisherige Analysen auf der Basis von Postleitzahlbezirken. Gemessen wird die PKW-Fahrzeit, die dank Navigationssystemen inzwischen eine hohe Zuverlässigkeit verspricht. Der Simulator zeigt auch, wie sich die Entfernungen verändern würden, wenn man bei einer Klinikschließung das nächstgelegene Nachbar Krankenhaus aufsuchen müsste. Ebenso wird deutlich, wo einzelne Kliniken für die Grundversorgung unbedingt notwendig sind. Die Simulation kann für jedes Krankenhaus der Grundversorgung in Deutschland durchgeführt werden. Mehr unter www.gkv-kliniksimulator.de

Ab sofort online: Seminarprogramm des MDS 2017

Über die Fort- und Weiterbildungsangebote des kommenden Jahres im Medizinischen Dienst informiert das neue »Seminarprogramm des MDS 2017«, das ab sofort unter www.mds-ev.de online abgerufen werden kann. Das Programm beinhaltet zahlreiche Grundlagen- und Spezialseminare für die Beschäftigten der MDK-Gemeinschaft. Neben den bewährten Klassikern gibt es unter anderem ein neues Moderationsseminar zu Podiumsdiskussionen im gesundheitspolitischen Umfeld sowie ein Spezialseminar zum Thema Stressbewältigung für ärztliche Gutachter und Pflegefachkräfte. Alle Fortbildungsveranstaltungen dienen nicht nur der Vermittlung sozialmedizinischer / pflegefachlicher Kompetenz, sondern bieten auch ein Forum für Dialog und Austausch sowie die Vernetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Initiative »Demenz Partner«

Mehr Information und Aufklärung über Demenzerkrankungen und die Bedürfnisse von Demenzerkrankten und deren Familien verspricht die neue deutschlandweite Initiative »Demenz Partner«. Sie wird von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft durchgeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt. In bundesweit stattfindenden Kursen für interessierte Laien werden neben Wissen zum Krankheitsbild Tipps zum Umgang mit Menschen mit Demenz vermittelt. Die Kursteilnahme ist kostenlos. Ziel ist es, möglichst viele Menschen für das Thema zu sensibilisieren, ihnen Möglichkeiten der Hilfe und Begleitung aufzuzeigen.

Gesetzentwurf: Cannabis als Medizin

Bei schwerstkranken Patienten sollen die Krankenkassen künftig neben Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon auch die Kosten für Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität übernehmen, wenn eine andere dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht und Aussicht auf Besserung von Krankheitsverlauf oder Symptomen besteht. Gleichzeitig muss sich der Patient verpflichten, an einer Begleitforschung teilzunehmen. So sieht es ein Gesetzentwurf zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vor, den der Deutsche Bundestag in erster Lesung im Juli beraten hat. Die Mittel sollen im Einzelfall bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden können, unter anderem in der Schmerztherapie bei bestimmten chronischen Erkrankungen oder im Verlauf einer Krebsbehandlung mit Chemotherapie, um beispielsweise schwere Appetitlosigkeit oder Übelkeit zu lindern. Um den medizinischen Nutzen zu erfassen, erfolgt eine Begleiterhebung. Dabei müssen die Ärzte Daten zu Diagnose, Therapie, Dosis und Nebenwirkungen anonymisiert an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weiterleiten.

Krankschreibungen auf Höchststand

Die Anzahl der Krankschreibungen in Deutschland war im ersten Halbjahr 2016 so hoch wie zuletzt in den 90er Jahren: Mit 4,4% lag der Krankenstand um 0,3% höher als im gleichen Zeitraum des Vorjahres, so die DAK-Gesundheit. Bei psychischen Leiden und Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Rückenschmerzen stieg die Zahl der Fehltage um je 13%. Mehr als jeder dritte Berufstätige (37%) wurde mindestens einmal krankgeschrieben. Im Schnitt dauerte eine Erkrankung 12,3 Tage (Vorjahreszeitraum: 11,7 Tage). Insgesamt waren mehr als 50 % aller Fehltage auf Rückenleiden und andere Muskel-Skelett-Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen zurückzuführen.

Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters

Der Bundesrat hat am 23. September 2016 dem Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters zugestimmt, das zuvor vom Bundestag Anfang Juli in zweiter und dritter Lesung verabschiedet worden war. Mit dem Ziel, mehr Transparenz bei der Organspende zu erreichen und Spenderorgane gerecht zu verteilen, werden künftig alle Daten von der Organentnahme bis zur Nachbetreuung zentral zusammengefasst. Auf diese Weise soll eine verlässliche Datengrundlage für die medizinische Behandlung, aber auch für die Wissenschaft geschaffen werden. Die persönlichen Daten der Organempfänger und der lebenden Organspender dürfen jedoch nur mit deren ausdrücklicher Einwilligung an das Transplantationsregister weitergegeben werden.

Ohne Krankenversicherungsschutz

Trotz der seit 2007 bestehenden Versicherungspflicht waren im vergangenen Jahr knapp 80 000 Menschen nicht krankenversichert. Laut Information des Statistischen Bundesamtes entspricht dies einem Anteil von rund 0,1% an der Gesamtbevölkerung. Dabei ist die Zahl der Nichtversicherten rückläufig. Noch 2011 waren 128 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Überdurchschnittlich häufig betroffen sind Selbstständige und Ausländer.

Medizinische Versorgung zwischen Stadt & Land



Medizinische Versorgung zwischen Stadt und Land

Deutschland altert. Dieses Schicksal teilt unsere Gesellschaft mit den meisten Industriestaaten. Nur die Hälfte der Menschen im Lande wird dann noch erwerbstätig sein. Diese absehbaren Entwicklungen stellen die medizinische Versorgung und die Pflege vor gewaltige Herausforderungen.

IM JAHR 2050, so sagt das Statistische Bundesamt voraus, werden noch 69 bis 74 Millionen Menschen zwischen Alpenrand und Ostseestrand wohnen. Ein Drittel von ihnen wird älter als 65 Jahre alt sein, rund zehn Millionen sind dann älter als 80 Jahre. Hochrechnungen des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kommen auf 4,35 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2050. Wohin die Reise geht, lässt sich heute schon besichtigen. Noch ist die Bevölkerung etwas jünger. Von den mehr als 80 Millionen Menschen in Deutschland sind vier Millionen über 80 Jahre. 2,7 Millionen Menschen sind offiziell pflegebedürftig.

Mit der steigenden Lebenserwartung der Gesellschaft geht ein erhöhter ärztlicher Versorgungsbedarf einher. Die Wahrscheinlichkeit, dass mehr Menschen bösartige Tumoren ausbilden steigt damit. Schon heute erkranken rund 500 000 Menschen im Jahr neu an Krebs. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Begleiter des Alterns, auch der Bewegungsapparat verschleißt.

Die Alterung wird begleitet von Veränderungen der Lebensstile. Immer mehr Menschen leben in den Städten als Singles. Die Zahl der Mehrgenerationenhaushalte sinkt. Die

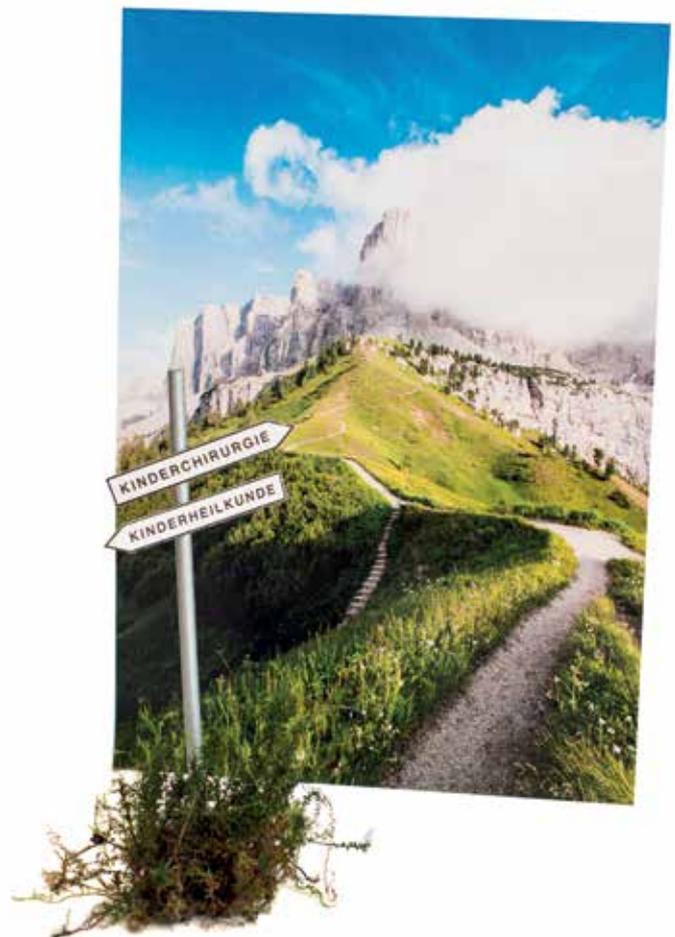
Mehr Tumore und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Pflege durch Angehörige zu Hause wird zum Auslaufmodell. Diesen Entwicklungen begegnet die Politik seit geraumer Zeit in unterschiedlichen politischen Farbkombinationen mit einer Reihe von Versorgungs- und Pflegegesetzen, der Förderung der gesundheitlichen Prävention und Ansätzen zur Veränderung der Lebenswelten.

Stichwort Prävention

Nach mehreren Anläufen der Vorgängerregierungen hat die aktuelle große Koalition ein Präventionsgesetz verabschiedet. Die Kassen sind verpflichtet, einen Schwerpunkt auf

die betriebliche Gesundheitsförderung zu setzen. Vor allem in kleineren Betrieben wird darauf noch zu wenig geachtet. Zwei Euro je Versichertem und Jahr sollen die Kassen dafür aufwenden. Die Menschen sollen aber nicht nur gesund durchs Arbeitsleben kommen. Schon auf die Prävention in Kita und Schule wird zunehmend Wert gelegt. Kita- und



Schulverpflegung, die immer häufiger angeboten werden, genügen aber bei weitem noch nicht den Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Eine Untersuchung von Fachgesellschaften hat dies deutlich aufgezeigt.

Stichwort Ärztemangel

In einer Zeit, in der es so viele Mediziner gibt wie nie zuvor, wird so häufig wie nie das Schreckgespenst des Ärztemangels an die Wand gemalt. Mit rund 485 000 Ärzten weist die Ärztestatistik knapp 20% mehr Ärzte aus als noch vor zehn Jahren. In der Versorgung aktiv sind gut 370 000. Dass die Ressource Arzt knapp werden könnte, ist dennoch ein denkbare Szenario. Mehr als ein Viertel der Ärzte ist zwischen 50 und 59 Jahre alt. Von den 43 600 Hausärzten ist ein Drittel älter als 60 Jahre. Der Nachwuchs macht sich rar. Die Zahl der Studienplätze für Medizin ist in den vergangenen 25 Jahren von 12 000 auf 10 000 gesunken.

Dazu kommt ein Kulturwandel auch bei den Ärzten. Rund-um-die-Uhr-Schichten in den Krankenhäusern beziehungsweise die Selbstaufopferung in der Praxis sehen junge Mediziner nicht mehr als erstrebenswert an. Rasant steigt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den Ärzten – auch unter denen in der ambulanten Versorgung. Dem hat der Gesetzgeber Rechnung getragen. Er hat Ärzten mehr Möglichkeiten gegeben, Praxen in Gemeinschaften und mit angestellten Ärzten zu organisieren.

Rollende Arztpraxen und rollende Assistenzkräfte

Mediziner nicht mehr als erstrebenswert an. Rasant steigt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den Ärzten – auch unter denen in der ambulanten Versorgung. Dem hat der Gesetzgeber

Stichwort ärztliche Versorgung

Wie viele Ärzte einer Fachrichtung in einem Gebiet praktizieren dürfen, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fest. Die große Koalition hat dem Gremium aus drei unparteiischen Mitgliedern, Vertragsärzten, den Krankenkassen, den Krankenhäusern und – nicht stimmberechtigt – Patientenvertretern Mitte 2015 mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Aufgabe gestellt, bis Ende 2016 eine neue Bedarfsplanung aufzustellen. Die wird es jedoch nur in Ansätzen geben. Der unparteiische GBA-Vorsitzende Professor Josef Hecken hat festgestellt: »Die Versorgung heute folgt regelhaft nicht der Morbidität.«

Ärzte übernehmen Praxen lieber dort, wo sich mehr privat Versicherte konzentrieren, jedenfalls seltener auf dem Land oder in den sozialen Brennpunkten der Städte. Um dem etwas entgegenzusetzen, hat der GBA ein Gutachten beauftragt. Es soll wissenschaftliche Belege für eine Fehlallokation ambulanter Medizin erbringen. Die sollen helfen, die Bedarfsplanung diskriminierungsfrei an soziokulturellen und -ökonomischen Faktoren wie Bildungsstand der Bevölkerung, Einkommen und Herkunft auszurichten.

Eine möglichst punktgenaue medizinische Versorgung ist notwendig, wenn der soziologische Grundgedanke der Politik greifen soll. Mit den sogenannten Settingansätzen soll es älteren Menschen in der Zukunft möglich bleiben, trotz der abnehmenden Familienorientierung so lange wie möglich in ihrer Wohnumgebung zu leben. Das ist nicht nur Lyrik. Dezentralität ist wichtig auch für den Erhalt von Infrastruktur in der Fläche. Kitas, Schulen, Arbeitsplätze,

Einkaufsmöglichkeiten, Apotheken, Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren sowie Pflegeeinrichtungen und kulturelle Angebote je kommunaler Einheit sollen möglichst nahe beieinanderliegen und ältere Menschen so leichter am sozialen Leben teilhaben lassen.

Diese Ansätze lassen sich in Städten vergleichsweise einfach umsetzen. Auf dem Land ist die Forderung des Grundgesetzes, gleiche Lebensverhältnisse für alle zu schaffen, ungleich schwerer. Etwas hüftsteif forderte das Landeszentrum Gesundheit in Nordrhein-Westfalen schon 2011: »In Fällen, in denen das Setting nicht in unmittelbarer Nähe des Wohnortes der Teilnehmer ist, ist es wichtig, genügend Transportmöglichkeiten zu organisieren, um sicherzustellen, dass Teilnahmebarrieren minimiert werden«, hieß es in einer Publikation. Tatsächlich hat diese Zukunft längst begonnen. Rollende Arztpraxen sind unterwegs. Unterstützt wird die hausärztliche Versorgung zudem durch Assistenzkräfte. Ein weiterer Baustein der Versorgung abgelegener Gebiete könnte die Telemedizin sein. Beispiele dafür gibt es bereits. Seit 2013 testet die Berliner Charité die telemedizinische Betreuung von Patienten im dünn besiedelten Nordbrandenburg. Bei der Einführung von E-Health liegt Deutschland allerdings im hinteren europäischen Mittelfeld.

Bisher folgt die Versorgung nicht der Morbidität

Stichwort sektorenübergreifende Versorgung

Die Krankenhäuser stehen vor einer langfristig angelegten Reform. Kapazitäten sollen abgebaut, Kliniken spezialisiert oder zu ambulanten Versorgungszentren oder Pflegeeinrichtungen umgewidmet werden.

Die Reformen der ambulanten und der stationären Versorgung werden nur dann zu einem befriedigenden Ergebnis im Sinne der Patienten führen, wenn sich die Versorgungsebenen stärker verzahnen. Bislang sind die Sektoren durch unterschiedliche Zuständigkeiten, EDV-Systeme und Vergütungssysteme massiv voneinander abgeschottet. So ist es nach wie vor nur schwer möglich, den Genesungserfolg eines Patienten nachzuverfolgen, der zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wechselt. Für die Qualitätssicherung müsste dies aber für jede Indikation möglich sein.



Anno Fricke ist Redakteur bei der **ÄRZTE ZEITUNG**, Springer Medizin Verlag GmbH, Hauptstadtbüro Berlin

Die Zukunft der Kliniken

In diesem Frühjahr schlug der Deutsche Ethikrat Alarm: Die deutsche Krankenhauslandschaft gebe ›Anlass zur Sorge‹. Diese Einschätzung teilen viele Akteure im Gesundheitswesen – über die Gründe und Wege, hier Abhilfe zu schaffen, gehen die Ansichten jedoch auseinander.

DIE WIRTSCHAFTLICHE LAGE der Kliniken in Deutschland ist angespannt. Etwa jedem neunten Krankenhaus droht die Pleite – so lautet das wenig rosige Fazit des Krankenhaus Rating Reports 2016, den das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), die Institute for Health Care Business GmbH und die Philips GmbH gemeinsam erstellt haben. Zwar sei die Zahl der Kliniken, die einen Jahresverlust schrieben, zwischen 2012 und 2014 von 34% auf 23% zurückgegangen. Bei den Investitionsmitteln, die die Länder zur Verfügung stellen müssen, klaffe jedoch eine Förderlücke von 3,9 Milliarden Euro.

Angesichts der angespannten Finanzlage der Kliniken bangt der Ethikrat um das Patientenwohl. Hoher Kostendruck und mangelnde Planungssicherheit führten dazu, dass sich die Kliniken stärker am Umsatz als an den erkrankten Menschen orientierten. ›Im Vordergrund von patientenbezogenen Entscheidungen stehen gegenwärtig vor allem die Effektivität und Effizienz der Behandlung‹, so die Experten. Dadurch träten andere für das Patientenwohl relevante Kriterien ›faktisch in den Hintergrund‹. Ärzte und Pflegekräfte schafften es kaum, ›ihre jeweiligen berufsethischen Pflichten umzusetzen‹, für persönliche Zuwendung fehle im Klinikalltag oft erst recht die Zeit. Gewinnbringende Be-

handlungen würden im Übermaß erbracht, die Versorgung wenig einträglicher Patientengruppen – etwa älterer, multimorbider oder an Demenz erkrankter Menschen – werde hingegen ausgedünnt. Als eine höchst problematische Entwicklung bezeichnete der Ethikrat in diesem Zusammenhang ›die fortdauernde Schließung von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Krankenhäusern aus finanziellen Gründen‹. Die Lösungsvorschläge des Ethikrats reichen von einer verbesserten Kommunikation über eine Mindestquote für vollqualifizierte Pflegekräfte bis zu angemesseneren Abrechnungsmöglichkeiten für Patienten mit mehreren Erkrankungen und der Einrichtung multidisziplinärer Zentren zur Bündelung von Fachwissen.

**Zuschläge
für gute
Leistungen**

Mehr Qualität, mehr Personal.

Die Zukunft der Krankenhausversorgung ist ein Dauerthema, das seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert wird. Als der Ethikrat seine Empfehlungen aussprach, war wenige Monate zuvor, Anfang 2016, das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in Kraft getreten. Auch seiner Verabschiedung waren

heftige Debatten vorausgegangen. Die Reform soll zum einen die Qualität in den Krankenhäusern stärken und zum anderen Überkapazitäten abbauen, ohne Abstriche bei der Versorgung in der Fläche zu machen. Häuser mit guten Leistungen sollen künftig Zuschläge bekommen, solche mit anhaltend schlechten müssen Abschläge hinnehmen. Ein Pflegestellen-Förderprogramm soll zusätzliche Pflegekräfte in die Kliniken bringen. Als zusätzlicher Anreiz, mehr Personal ›am Bett‹ einzusetzen, dient ein Pflegezuschlag, dessen Höhe sich an den Pflegepersonalkosten einer Klinik

Eine Klinik mit Zukunft

Seit Jahren schafft es die Kaufmännische Direktorin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Heidelberg, Irmtraut Gürkan, nicht nur, ihr Haus aus den roten Zahlen herauszuhalten, sondern stemmt ›nebenbei‹ auch noch Großprojekte wie einen 180 Millionen Euro teuren Neubau für die Chirurgie. Das Gesundheitswirtschaftsmagazin *KMA* kürte sie darum 2015 zur Managerin des Jahres. Die Jury lobte, dass Gürkan auch vor

ungewöhnlichen Kooperationen und Expansionen nicht zurückscheue und das Universitätsklinikum mit intelligent konzipierten Klinikkooperationen vorbildlich in der Region vernetzt habe. Ihr effizientes und patientenorientiertes Modell sei ein Vorbild für künftige Versorgungsstrukturen.

orientiert. »Mit dem Pflegezuschlag und dem Pflegestellen-Förderprogramm erhalten die Krankenhäuser bis zu 830 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr, um dauerhaft mehr Personal zu beschäftigen«, rechnete Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vor.

Eine Expertenkommission soll Vorschläge erarbeiten, wie über Fallpauschalen oder Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden kann. Auch im Bereich der ambulanten Notfallversorgung werden Krankenhäuser stärker unterstützt. Berechnungen zufolge verursacht die Versorgung von Patienten in der Notaufnahme für die Krankenhäuser in Deutschland einen jährlichen Fehlbetrag von rund einer Milliarde Euro. Um die Kliniken zu entlasten, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern einrichten.

Die Finanzierung der laufenden Kosten der Kliniken und der ordnungspolitische Rahmen des Entgeltsystems im Krankenhaus würden durch die Reform grundlegend verändert, bilanziert Thomas Reumann, der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Sie schaffe wichtige Voraussetzungen dafür, vorhandene Mitarbeiter fair bezahlen und notwendige zusätzliche Kräfte einstellen zu können. Insgesamt, so Reumann, würden die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Betriebskosten deutlich verbessert.

Bettenabbau mit Augenmaß.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll das Krankenhausstrukturgesetz nicht nur die Bedingungen in den Kliniken selbst verbessern, sondern parallel dazu einen grundlegenden Umbau der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft einleiten. Schon 2013 hatte Prof. Jonas Schreyögg vom Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen der Uni-

versität Hamburg auf der Grundlage einer Studie seines Instituts konstatiert, dass die deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich zu den effizientesten zählten. Große Effizienzgewinne seien in Deutschland folglich nicht mehr zu erwarten, zumindest nicht im Durchschnitt aller Krankenhäuser. Vor diesem Hintergrund und da die Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Ländern recht üppig mit Klinikbetten ausgestattet ist, scheint aus Sicht der Politik ein (weiterer) Bettenabbau unumgänglich. Laut einem Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) lag Deutschland trotz rückläufiger Zahlen mit 8,2 Betten je 1000 Einwohner im Jahr 2014 immer noch an vierter Stelle im internationalen Vergleich und damit weit über dem Durchschnittswert von 4,7.

»Nicht alles kann in gleicher Weise überall in gleicher Qualität geleistet werden«, betont Bundesgesundheitsminister Gröhe. »Deswegen ist es richtig, zu einer vernünftigen Arbeitsteilung zwischen ortsnah und gut erreichbarer Grund- und Regelversorgung und Spezialisierung zu kommen. Hier braucht es auch Mut, den Maßstab der Qualität, den wir in der Krankenhausplanung neu verankern, tatsächlich umzusetzen. Deswegen stärken wir die Fähigkeit der Länder, mit krankenhauplanerischen Entscheidungen die Krankenhauslandschaft weiterzuentwickeln, indem wir über einen Strukturfonds Mittel zur Verfügung stellen, die einerseits den Abbau von Überkapazitäten ermöglichen, aber andererseits deren Umbau in erforderliche Versorgungsangebote.«

Arbeitsteilung als Zukunftschance.

Ein pauschaler Bettenabbau greift nach Ansicht von Experten zu kurz. Sinnvoll sei vielmehr eine arbeitsteilige, auf den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf abgestimmte Arbeitsteilung zwischen Stadt- und Landkliniken. Andere Staaten seien in dieser Hinsicht schon deutlich weiter als wir, sagte Gesundheitsökonom Schreyögg im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt. »Komplexe Notfälle werden auf dem Land stabilisiert und – wenn möglich – in hochspezialisierte Krankenhäuser in Ballungszentren transportiert. In Deutschland existieren hingegen viele zu wenig spezialisierte Krankenhäuser in der Peripherie von Ballungszentren.« In die gleiche Richtung argumentieren auch die Autoren einer aktuellen Studie, die das Center for Research in Healthcare Innovation Management an der IESE Business School unlängst veröffentlichte: Einige wenige hochqualifizierte und gut vernetzte Krankenhäuser sollten als multidisziplinäre Exzellenzzentren die Versorgung jener Fälle sicherstellen, für die Spezialisten oder spezielle Geräte erforderlich seien. In der Fläche sollten derweil kommunale Krankenhäuser und Kliniken Routinefälle zu geringeren Kosten behandeln. Innerhalb der Kliniken, so die Autoren weiter, gelte es, die Grenzen zwischen den medizinischen Abteilungen abzubauen, »so dass Ressourcen und Wissen zwischen kleineren, komplexeren Einheiten flexibler geteilt werden können.«

Kommunale Kliniken für die Routine und ...

sachgerecht abgebildet werden kann. Auch im Bereich der ambulanten Notfallversorgung werden Krankenhäuser

... multidisziplinäre Exzellenzzentren

MDK forum Heft 3/2016



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

»Schwester Agnes« entlastet Hausärzte

In Deutschland leben immer mehr Hochbetagte. Viele sind nicht mobil, pflegebedürftig und wohnen in ländlichen Gebieten, wo immer weniger Hausärzte praktizieren. Ein Ausweg aus dem Dilemma können Versorgungsassistentinnen sein: Geschulte Kräfte, die einfache diagnostische und therapeutische Tätigkeiten übernehmen.

NOCH HEUTE ist sie im Osten der Republik eine Kultfigur: »Schwester Agnes« aus dem gleichnamigen DDR-Fernsehfilm von 1975. In einem fiktiven Dorf in der Oberlausitz ist sie mit einem Motorroller unterwegs und setzt sich unerschrocken für ihre Patienten in dem abgelegenen Winkel ein. Dabei nimmt es die resolute Pflegerin sogar mit engstirnigen Funktionären auf. Der vor mehr als vierzig Jahren gedrehte Film hat ungeahnte Aktualität, vor allem – aber nicht nur – in den neuen Bundesländern.

Die geburtenstarken Jahrgänge altern, die Lebenserwartung steigt. »Von allen EU-Staaten hat Deutschland die älteste und weltweit die zweitälteste Bevölkerung nach Japan«, erklärt Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). Zwischen 2004 und 2014 ist der Anteil der über 80-Jährigen von 987 000 auf rund 4,5 Millionen gestiegen, wie das Statistische Bundesamt ermittelte. Damit machen die sogenannten Hochaltrigen derzeit 5,6% der Bevölkerung aus, im Jahr 2030 sollen es laut einer Prognose der Bertelsmann Stiftung 8,3% sein.

Dringend gesucht: Medizinische Versorgung nicht mobiler Senioren

Besonders betroffen sind ländliche, strukturschwache Regionen, die mit der Abwanderung junger Menschen kämpfen. Und genau dort gibt es immer weniger Ärzte. Ein Grund ist laut BÄK, dass junge Mediziner – anders als die Filmheldin Schwester Agnes – ihr Leben nicht mehr einzig den Bedürfnissen der Patienten widmen wollen. »Wie zahlreiche Umfragen zeigen, legen junge Ärzte großen Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beruf, Familie und Freizeit, auf feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle«, sagte Montgomery bei der Vorstellung der Ärztestatistik 2014. Das verträgt sich schlecht mit den Arbeitsbedingungen in Regionen, wo viele Patienten hochbetagt, nicht mobil und oft mehrfach chronisch erkrankt sind (Multimorbidität).

**Blutdruck messen
und
Fäden ziehen**

Die neuen Heldinnen heißen AGNES, MoNi und VERAH

Die fiktive Schwester Agnes lieh dem bundesweit ersten Modellversuch zur Unterstützung von Hausärzten ihren Namen, der 2005 in Mecklenburg-Vorpommern anlief: AGNES.



So lautete die Abkürzung für die etwas sperrige Bezeichnung *arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte, systemische Intervention*. Das an der Universität

Schwester Agnes wird zur Fallmanagerin Greifswald entwickelte AGNES-Konzept basiert auf der Delegation ärztlicher Leistungen, vor allem im Rahmen von Hausbesuchen, an geschulte Hilfskräfte.

Das können Medizinische Fachangestellte sein (früher Arzthelferinnen genannt), aber auch Pfleger oder andere Fachkräfte mit Berufserfahrung in einer Hausarztpraxis.

AGNES-Fachkräfte übernehmen zunächst auf der Insel Rügen einfache diagnostische und therapeutische Tätigkeiten. Dazu gehören beispielsweise Blutdruck- oder Blutzuckermessung, Fäden ziehen oder Blutabnahme. Nach guten Erfahrungen und hoher Akzeptanz bei den Patienten wurde AGNES inzwischen vielfach kopiert. So läuft in Niedersachsen seit 2011 das Projekt *MONI (Modell Niedersachsen)*, in Nordrhein-Westfalen besucht EVA (*Entlastende Versorgungsassistentin*) nicht mobile Senioren zu Hause, und bundesweit ist es *VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)*, die Hausärzte entlastet.

Streitpunkt Qualifikation

Arztentlastende Fachkräfte werden auf Anweisung der Hausärzte tätig und übernehmen auf deren Rechnung delegationsfähige medizinische Leistungen. Zwar stehen die entsprechenden Fortbildungen einer Reihe von Berufen offen, darunter examinierte Pflegekräfte. In der Praxis werden jedoch überwiegend Medizinische Fachangestellte aus den Teams der niedergelassenen Hausärzte zu Versorgungsassistentinnen weitergebildet. Daran gab es vereinzelt auch Kritik. Der Deutsche Pflegerat etwa hält es für problematisch, dass Praxismitarbeiter in kurzer Zeit dafür qualifiziert werden sollen, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen. Der Versorgungsbedarf nicht mobiler Patienten in der häuslichen Umgebung sei zu komplex.

Die erforderlichen Kompetenzen der Versorgungsassistentinnen sind nicht gesetzlich geregelt. Angeboten werden die Schulungen von verschiedenen Trägern, zum Beispiel von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe über ihre gemeinsame Fortbildungsakademie. Dort kann die Zusatzqualifikation *Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)* erworben werden. Je nach Träger sind die Lehrpläne unterschiedlich. Das *VERAH*-Curriculum ist mit der Bundesärztekammer und dem Verband der medizinischen Fachberufe abgestimmt. Mehr als 6000 Versorgungsassistentinnen haben die Prüfung bislang abgelegt.

Von der Versorgungsassistentin zur Fallmanagerin

Qualifiziert werden die Assistentinnen für die Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten und Beratungsleistungen, sowie für das Monitoring des Gesundheitszustandes des Patienten. Zusätzlich können unter anderem Arzneimittelkontrolle, Sturzprävention, Palliativmedizin, Telemedizin und geriatrisches Assessment (Ermittlung kognitiver, physischer, psychischer und sozialer Fähigkeiten und Defizite älterer Patienten) in die Lehrpläne einfließen. Pflege gehört dagegen nicht zu den Tätigkeiten der Fachkräfte.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

In ländlichen, strukturschwachen Regionen erscheint die Einzelniederlassung für Ärzte oft unattraktiv. Zur Lösung beitragen könnten Medizinische Versorgungszentren (MVZ), an denen angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig sind. Neben niedergelassenen Vertragsärzten in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen können seit 2004 auch MVZ an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Laut Statistik sind die MVZ eine Erfolgsgeschichte. Im ersten Jahrzehnt seit der Einführung wurden 2073 MVZ zugelassen, in denen rund 13.500 Ärzte tätig sind. Das entspricht 9% aller ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, so die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KKBV). In der Praxis stößt das Modell allerdings mancherorts auf Akzeptanzprobleme. Denn lange Zeit praktizierten angestellte Mediziner (im Krankenhaus) und niedergelassene Ärzte (ambulante Versorgung) in zwei säuberlich voneinander abgegrenzten Welten. »Die strikte

Trennung zwischen ambulanter Praxis und Krankenhaus muss aufgehoben werden, wenn der drohenden medizinischen Unterversorgung im ländlichen Raum begegnet werden soll«, fordert Dr. Bernd Köppl, Vorsitzender des Bundesverbandes der Medizinischen Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ). Andere Experten weisen darauf hin, dass Versorgungsprobleme häufig schlicht Transportprobleme sind. »Der demografische Wandel führt zu einer immobileren Bevölkerung, deren medizinischer Versorgungsbedarf steigt – bei gleichzeitig größer werdenden Entfernungen zu Kliniken und Praxen«, sagte Christof Herr vom Verkehrsverbund Bremen / Niedersachsen anlässlich eines Strategiekongresses des BMVZ.

Im Bundesland Brandenburg haben die Träger das ursprüngliche Modell *Gemeindeschwester Agnes zur Fallmanagerin Agnes zwei* weiterentwickelt. *Agnes zwei* kann Ärzte auch von bürokratischen und weiteren Aufgaben entlasten. Die Fallmanagerin kann für mehrere Praxen (sowohl Haus- als auch Fachärzte) tätig werden und hat so die medizinische Gesamtsituation der Patienten im Blick. In der Region sind derzeit etwa 90 dieser Fallmanagerinnen für ältere Patienten unterwegs.



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main. Andrea.Exler@web.de

Interview mit Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Andreas Kruse

Eine neue Form der Nachbarschaftshilfe

Die Generation der Babyboomer rückt ins Rentenalter. Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren wird ab 2020 rasant ansteigen. Sind wir ausreichend für diese Veränderungen gerüstet? Darüber sprach MDK *forum* mit dem Direktor des Instituts für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Prof. Dr. Andreas Kruse.

Andreas Kruse Unsere Gesellschaft beginnt allmählich, sich auf diese Seite des demografischen Wandels vorzubereiten. Doch müsste diese Vorbereitung in Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft noch deutlich intensiver ausfallen.

forum Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht jetzt erforderlich?

Kruse Vor allem ist es notwendig, das Humanvermögen des Alters für Wirtschaft und Zivilgesellschaft zu erkennen und zu nutzen. Viele Potenziale des Alters werden noch

nicht ausreichend genutzt. In der Weiterbildung betonen wir noch viel zu wenig die Förderung von Wissen und Fähigkeiten mit dem Ziel, Menschen für einen längeren Verbleib in der Arbeitswelt zu motivieren. Im Bereich der Zivilgesellschaft sprechen wir ältere Menschen, die sich engagieren wollen, noch nicht ausreichend an und würdigen ihr Engagement zu wenig. Die soziale Ungleichheit im Alter wächst kontinuierlich. Doch sind wir unzureichend darauf vorbereitet, wie wir prekäre Lebenslagen oder Armutslagen abwenden können. Zudem müssen wir mehr für die Prävention und die Rehabilitation bis in das hohe Alter tun. Und schließlich dürfen wir keinesfalls die Stadt- und Regionalplanung vergessen: Wie können wir im Hinblick auf die gebaute Umwelt Barrierefreiheit sichern? Wie können wir Bürgerzentren schaffen, die zur Teilhabe motivieren – auch über die Generationen? Wie können wir eine angemessene Infrastruktur von Dienst- und Versorgungsleistungen sicherstellen?

forum Wie ist positives Altern möglich?

Kruse Zunächst sollten wir als Gesellschaft erkennen und anerkennen, dass Altern nicht einfach einen Verlust- und Abbauprozess darstellt. Mit Blick auf Persönlichkeit, die emotionale und kognitive Entwicklung sowie auf die Gestaltung sozialer Beziehungen bedeutet Altern in vielen Fällen Wachstum. Die einseitige Orientierung am Körper – mit dem Ziel des *forever young* – verstellt diesen Blick. In seiner seelisch-geistigen Entwicklung trägt das Altern auch ästhetische Züge: Es gibt ein schönes Altern. Unsere Bilder vom Altwerden



sollten diesen Aspekt viel stärker berücksichtigen. Positives Altern meint aber auch, dass sich Menschen verantwortlich mit der – vor allem körperlichen – Verletzlichkeit auseinandersetzen, die mit den Lebensjahren vermehrt Gewicht gewinnt. Hier spielen Fragen der Prävention, Therapie, Rehabilitation und rehabilitativen Pflege eine große Rolle.

forum Wie wichtig ist das aktive Mitwirken für ein positives Altern?

Kruse Menschen müssen die Möglichkeit erhalten, ihre Stärken und Kräfte in die Gesellschaft einzubringen, Mitverantwortung zu übernehmen, in den Mehr-Generationen-Beziehungen gestaltend tätig zu sein. Es sollte bedacht werden: In besonderer Weise reift und wächst der Mensch, wenn er eine Aufgabe hat, die außerhalb seiner selbst liegt, das heißt, wenn er sich für andere Menschen, für unsere Gesellschaft, für unsere Schöpfung, für die Verwirklichung von Ideen einsetzt. Wenn wir über positives Altern sprechen, dann gilt aber auch: Wir müssen uns viel stärker jenen Menschen zuwenden, die materiell benachteiligt sind, die nur wenige Möglichkeiten hatten, sich kontinuierlich zu bilden, die nur über geringe oder gar keine sozialen Netzwerke verfügen. Der Aspekt der sozialen Ungleichheit muss in einer sehr viel stärkeren Weise in die Sozial- und Kulturplanung aufgenommen werden, als dies heute geschieht. Hier sind zugehende Konzepte notwendig, wie auch die Schaffung von Bedingungen, die Teilhabe auch dieser Menschen fördern: Beratung, Begleitung, Sozialpass – um nur einige Punkte zu nennen. Positives Altern darf nicht Privileg mittlerer und höherer Sozialschichten sein.

forum Mit Blick auf die Versorgungsstrukturen: Was sollte sich insbesondere an städtischen und ländlichen Strukturen ändern, um einer älter werdenden Bevölkerung gerecht zu werden?

Kruse Die hausärztliche Versorgung muss in allen städtischen und ländlichen Regionen sichergestellt sein und muss intensiv mit der rehabilitativen Pflege und der Palliativpflege kooperieren. Von der rehabilitativen Pflege spreche ich ausdrücklich, denn es zeigt, wie wichtig der Stimulations- und Aktivierungsgedanke eben auch in der Pflege ist. Angebote zur Prävention und Rehabilitation müssen wohnortnah vorgehalten werden. Anreizstrukturen für Frauen und Männer, die in der medizinischen und pflegerischen Versorgung Verantwortung tragen, müssen geschaffen werden. Was kann sie motivieren, in bislang unterversorgte Regionen zu gehen? Dieser Punkt besitzt besondere Bedeutung für die Sicherung der Versorgung auch der alten Menschen.

forum Menschen leben heute immer

länger, rüstige Senioren bis ins hohe Alter sind keine Seltenheit. Lassen sich diese Potenziale auch für Versorgungsstrukturen nutzen, etwa im Rahmen von ehrenamtlichen Arbeiten? Wenn ja, wie?

Kruse Der Gedanke, dass sich ältere Menschen bürgerschaftlich engagieren, auch in Versorgungssystemen, ist wichtig. Schon heute beobachten wir dafür eine hohe Bereitschaft. Man darf es aber mit der Sorge älterer Menschen für jene, die hilfe- oder pflegebedürftig sind, auch nicht übertreiben. Ein solches Engagement erfordert viel Einfühlung und hohe Konzentration. Gleichzeitig sollte man an dem Gedanken, dass es so etwas geben könnte wie sorgende Gemeinschaften, in denen Familienangehörige von Pflegefachpersonen und zugleich von bürgerschaftlich engagierten Personen unterstützt werden, nicht einfach vorbeigehen. Diese neue Form der Nachbarschaftshilfe wird in Zukunft immer wichtiger. Und weiter: Nicht wenige ältere Menschen möchten sich engagieren, sie finden jedoch keine Möglichkeit dazu oder fühlen sich nicht recht angesprochen. Schließlich: Engagement darf nie verordnet sein, darf nie im Sinne einer von außen auferlegten Verpflichtung verstanden werden.

forum Unterstützung benötigen vor allem die hochbetagten und pflegebedürftigen

Menschen. Welche Wünsche sind für diese Altersgruppe wichtig und welche konkreten Maßnahmen ergeben sich daraus?

Kruse Ein Hausarzt vor Ort, eine aktivierende, rehabilitativ konzipierte Pflege, Angebote, die auf den vermehrten Austausch mit anderen Menschen zielen, eine gute Dienstleistungsstruktur, eine zentral gelegene Wohnung: Dies sind häufig genannte Bedürfnisse. Hinzu kommt: Diese Bedürfnisse variieren erheblich mit der gegebenen Lebenssituation eines Menschen. Wenn zum Beispiel nur wenige Kontakte bestehen, dann ist dem Betroffenen an einer medizinischen und pflegerischen Versorgung gelegen, die ausreichend Zeit für ein tiefergehendes Gespräch vorhält – was vielfach nicht geleistet werden kann. Eine fundierte Information über die Erkrankungen und Beeinträchtigungen, verbunden mit einer motivierenden Information darüber, wie man sie lindern kann, auch dies erwarten viele alte Menschen. Und schließlich: Sie wollen keinesfalls nur sorgempfangende, sondern eben auch sorggebende sein, sie wollen die Welt mitgestalten. Diesen Punkt, der ja die Teilhabe berührt, dürfen wir keinesfalls unterschätzen.

Das Gespräch führte Dr. Barbara Marnach

Prof. Dr. Andreas Kruse



Lob der Leser

Wie gefällt Ihnen das MDK *forum*? Welche Artikel finden Sie gut, welche Themen sind bisher vielleicht zu kurz gekommen? Um das herauszufinden, führte das Meinungsforschungsinstitut dimap im Frühjahr dieses Jahres eine Leserbefragung durch.

IN DER ZEIT vom 12. Mai bis 3. Juni 2016 riefen die Mitarbeiter von dimap bei 365 Lesern des MDK *forums* an. 151 von ihnen gaben an, das Magazin in den vergangenen sechs Monaten gelesen zu haben. Mit diesen Lesern führte dimap etwa zehnminütige, anonymisierte Telefoninterviews durch.

Leseverhalten, Leseintensität und Reichweite

Zwei Drittel aus dem Kreis der Krankenkassen und der Selbstverwaltung lesen das MDK *forum* regelmäßig. In der Zielgruppe Politik und Öffentlichkeit gibt es dagegen leider eine geringere Leserresonanz. Hier gaben nur 17% der Befragten an, das Magazin zu lesen. Wenn es gelesen wird, ist die Resonanz jedoch positiv. »Ich freue mich sehr, dass die Leserinnen und Leser insgesamt sehr zufrieden mit dem Magazin sind – und zwar sowohl mit den Inhalten als auch mit der Gestaltung. Das MDK *forum* soll eine positive Visitenkarte der Medizinischen Dienste sein und wird von den Lesern auch als solche verstanden«, erklärt der Redaktionsleiter Dr. Ulf Sengebusch. Gut zwei Drittel der Leser sagen, ihre Wahrnehmung des MDK *forums* spiegele ihre Wahrnehmung der MDK wider.

Die Anzahl der Artikel wird von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als genau richtig empfunden. Am liebsten lesen sie kurze Artikel mit aktuellen Informationen sowie Artikel über Themen aus der Gesundheitspolitik. Die drei beliebtesten Darstellungsformen sind: kurze Informationstexte (93%), Fachartikel (74%) und Berichte (72%).

Generell sind die meisten sogenannte Schwerpunktleser: Knapp zwei Drittel der Befragten lesen einzelne Artikel komplett durch. Jeder Zweite sucht gezielt nach bestimmten Themen. Und 60% der Leser gaben an, dass sie das Magazin an mindestens eine weitere Person in ihrem Umfeld weitergeben. Jeder Zweite bringt das MDK *forum* in einen Umlauf, nachdem er darin geblättert hat. Ein Heft wird also in der Regel von mehr als einer Person gelesen.

Gute Noten für innen und außen

Mit einem Durchschnittswert von 1,8 schneidet die fachliche Kompetenz der Artikel des MDK *forums* besonders gut ab. Zwei Drittel bewerten die Anzahl der Illustrationen als genau richtig, ebenso wird auch die Anzahl der Fotos von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als genau richtig empfunden.

Nichtsdestotrotz nimmt die Redaktion auch die Anregungen aus den Interviews ernst: »Wir werden sicherlich über kleinere Anpassungen im MDK *forum* diskutieren, wie beispielsweise über einen zusätzlichen Bedarf an kürzeren Texten. Dazu werden wir die Detailkenntnisse der Leserbefragung auswerten und Vorschläge erarbeiten, wie wir die Wünsche der Leser aufgreifen und im Heft umsetzen können«, sagt Sengebusch.



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



Redaktionellen Kurs fortsetzen, bestätigt Florens Mayer von dimap

1.

Wie bewerten Sie die Ergebnisse der Leserbefragung aus der Sicht des Experten?

Die Befragung hat alles in allem viel Positives hervorgebracht. Es hat sich gezeigt, dass sich die meisten Leser des MDK forums sehr zielorientiert mit dem Magazin auseinandersetzen. Sie suchen gezielt die Artikel heraus, für die sie sich besonders interessieren, und lesen sie dann komplett durch. Das MDK forum ist kein Magazin, das nebenbei einfach einmal so durchgeblättert wird.

2.

Welche Methode haben Sie angewendet und warum?

Ihre Leser sind bisweilen beruflich sehr beschäftigte Personen, die schwierig zu erreichen sind. Daher haben wir uns für computergestützte Telefoninterviews entschieden. So konnten wir mit den Mitarbeitern Ihrer Leser vorab einen Termin vereinbaren, an dem der Leser dann Zeit hatte, unsere Fragen in Ruhe zu beantworten.

3.

Zeichnet sich ein Wunsch der Leserinnen und Leser ab?

Die Leser des MDK forums lesen am liebsten kurze Artikel mit aktuellen Informationen. Auf Platz zwei folgen Artikel über Themen aus der Gesundheitspolitik und auf Platz drei Artikel zu Begutachtungsaufgaben und Beratungsaufgaben des MDK. Abgesehen von den Inhalten wünschen sich die meisten Leser auch bei der Darstellung kurze Informationstexte, in denen das Wesentliche auf den Punkt gebracht wird. Darüber hinaus wissen die Leser vor allem die fachliche Kompetenz und die Verständlichkeit der Artikel des MDK forums zu schätzen.

4.

In welchem Punkte sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?

Wir haben die Leser direkt gefragt, an welcher Stelle noch nachgebessert werden sollte. Dabei muss man eines vorwegnehmen: Sechs von zehn Lesern haben uns gesagt, dass sie keine Änderungen wünschen. Jeder Dritte wünscht sich noch mehr kurze Informationstexte und ebenfalls jeder Dritte ist der Meinung, Artikel über Medizin und Soziales in anderen Ländern könnten weniger ausführlich behandelt werden.

5.

Was raten Sie den Machern des MDK forum für die Zukunft?

Die Ergebnisse sprechen eine klare Sprache. Das Magazin kommt gut an und wird gerne gelesen. Deswegen sollten Sie Ihren redaktionellen Kurs fortsetzen. Davon abgesehen lohnt es sich in Zukunft vielleicht, zusätzliche, neue, digitale Kanäle auszuprobieren, um die schwieriger erreichbaren Zielgruppen noch unmittelbarer anzusprechen und mit Informationen aus dem MDK forum zu versorgen.

Florens Mayer ist Leiter des Berliner Büros des Marktforschungsinstituts dimap

Der MDK und die Gesundheitsversorgung der Zukunft

Die diesjährige Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention in Essen stand unter dem Motto »Metropolis – Gesundheit anders denken«. Dabei tauschten sich medizinische Gutachter während des MDK-Tags über die Gesundheitsversorgung der Zukunft aus.

DAS STEIGENDE ALTER der Bevölkerung verlangt eine Neuorientierung für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung vor Ort – in der Stadt wie auf dem Land. Welche Ziele muss die Versorgung im Sozialraum verfolgen? Prof. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg, machte deutlich, wie wichtig eine gute Einbindung für die hochbetagten Menschen ist. »Soziale Teilhabe ist gerade für ältere Menschen wichtig für die Gesundheit und für das Wohlbefinden«, betonte er. Eine wichtige Rolle für diese Gruppe spiele auch eine wohnortnahe medizinische und pflegerische Versorgung.

Eine bedeutende Rolle in diesem Zusammenhang spielen Rehabilitationsmaßnahmen und Hilfsmittel für ältere und pflegebedürftige Menschen. Internationale Studien belegen eine generelle Evidenz von Reha-Maßnahmen: Sie ist bei Pflegebedürftigen wirksam. Das zeigte Dr. Norbert Lübke vom Kompetenz-Centrum Geriatrie in seinem Vortrag. Lübke hatte auf der Basis einer umfangreichen Analyse der internationalen Studienlage ein Gutachten zur Evidenzbasierung der Rehabilitation erstellt. Dr. Ruth Hassa, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Orthopädie beim MDK Nordrhein, stellte Beispiele der neuesten Technologien bei Hilfsmitteln vor und führte dem Publikum damit vor Augen, welche hoch spezialisierten Hilfsmittelprodukte bereits jetzt zur Begutachtung durch den MDK anstehen.

Für die Autonomie der älteren Menschen sei die Beratung und Versorgung durch die Hausärzte unverzichtbar, erläuterte Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein. Dabei sei es aber auch notwendig, als Arzt oder Ärztin die jeweiligen Wünsche und Vorstellungen der Patienten über ihre Lebensgestaltung so weit wie möglich zu respektieren.

Lebhaft diskutierten die Teilnehmer des MDK-Tages die stationäre Versorgung der Zukunft. Matthias Mohrmann, Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg, beurteilte die neuen Regelungen zur Qualitätssicherung in den Krankenhäusern zwar grundsätzlich positiv. Allerdings sei über die Qualitäts-

indikatoren kein Strukturwandel in der stationären Versorgung zu erreichen. Gregor Hellmons, Geschäftsführer der Kplus Gruppe aus Solingen, warb für eine wesentlich bessere Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung. Eine Möglichkeit sei zum Beispiel der Aufbau von Kompetenz-Zentren mit poliklinischem Facharztangebot.

Einen weiteren thematischen Schwerpunkt setzte der MDK-Tag mit der Frage: Patientenorientierung und Sozialmedizin – ein Gegensatz? Der Patientenbeauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen Dirk Meyer stellte dar, welche Erwartungen die Patienten an die Begutachtung haben und mit welchen Emotionen dies für die Betroffenen oft verbunden sei. Der MDK leiste einen wichtigen Beitrag im Gesundheitssystem, aber das werde nicht immer so wahrgenommen. Meyer erläuterte, dass die Kommunikation zwischen Patienten, Medizinern und anderen Akteuren des Gesundheitssystems von großer Bedeutung sei. Alle Akteure im Gesundheitssystem seien gefordert, die Kommunikation barrierefrei zu gestalten, um eine größtmögliche Transparenz zu ermöglichen.

Barrierefreie Kommunikation und mehr Transparenz

Vorstellungen und Wünsche der Patienten ernstnehmen



Dr. Barbara Marnach,
Leiterin Bereich Kommunikation
beim MDK Nordrhein
b.marnach@mdk-nordrhein.de

Pflegebetrug wirksam verhindern

Der Skandal ging durch die Medien: Einzelne ambulante Pflegedienste rechneten Leistungen ab, die sie nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht hatten. Um derartige Betrügereien künftig zu verhindern, sind im Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) Neuregelungen vorgesehen.

SIE SORGTEN FÜR Schlagzeilen in den vergangenen Monaten, riefen auch Bundeskriminalamt, Landeskriminalämter und Staatsanwaltschaften auf den Plan. Vor allem in Berlin, aber auch in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und anderen Bundesländern wurde gegen einzelne ambulante Pflegedienste wegen des Verdachts auf Betrug ermittelt, weil diese nicht erbrachte Leistungen abgerechnet hatten oder weil die Leistungen nicht von vertragsgemäß qualifizierten Pflegekräften erbracht wurden. In anderen Fällen hatten Pflegedienste gegen Dokumentationspflichten verstoßen.

Auch wenn der durch Abrechnungsbetrug entstandene volkswirtschaftliche Schaden vermutlich nur von wenigen schwarzen Schafen verursacht wurde, schädigen diese mit ihrem kriminellen Verhalten neben der Solidargemeinschaft auch den Ruf der vielen ambulanten Pflegedienstleister, die tagtäglich professionell und engagiert gute und zuverlässige Arbeit leisten. »Für Betrug in der Pflege darf es keine Toleranz geben« forderte denn auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: Pflegebedürftige, ihre Familien und die Pflegekräfte müssten »besser vor betrügerischen Pflegediensten« geschützt werden. Deshalb sollen die gesetzlichen Krankenkassen künftig ambulante Pflegedienste verschärft kontrollieren. So sieht es der Entwurf des *Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften* (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vor, der am 23. September 2016 in erster Lesung im Bundestag beraten wurde.

Kontrollmöglichkeiten werden verschärft

Das PSG III soll nicht nur die Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe übertragen, sondern unter anderem auch Kontrollmöglichkeiten schaffen, um künftig Pflegebetrug zu verhindern und Betroffene davor zu bewahren. Daher erhält die Gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht: So sollen die Medizinischen Dienste (MDK) künftig regelmäßig Qualität und Abrechnungen sämtlicher ambulanter Pflegedienste überprü-

fen, auch jener, die nur häusliche Krankenpflege anbieten. Bisher kontrollierte der MDK nur ambulante Altenpflegedienste. Gibt es einen Verdacht auf Unregelmäßigkeiten, können Pflegedienste auch unangemeldet überprüft werden.

Auch sollen die Krankenkassen wirksamer gegen bereits auffällig gewordene Anbieter vorgehen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass, noch bevor Verträge zwischen Pflegebedürftigem/Angehörigem und ambulanten Pflegedienst abgeschlossen werden, sichergestellt sein muss, dass sich kriminelle Dienste nicht nur einen neuen Namen geben oder über Strohmänner eine neue Zulassung erschleichen können.

In ihrer Stellungnahme zur Anhörung des Gesetzentwurfes zum PSG III begrüßen der MDS und die Medizinischen Dienste, dass mit den geplanten Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für Anbieter häuslicher Krankenpflege eine Lücke der externen Qualitätssicherung geschlossen wird. Die Regelungen seien notwendig, um Abrechnungsbetrug und Fehlrechnungen vorzubeugen. Mit Blick auf die Schutzinteressen der Pflegedürftigen und ihrer Angehörigen sei es darüber hinaus wünschenswert, dass die MDK-Gutachter im Rahmen der neu eingeführten Abrechnungsprüfungen auch die Pflegeverträge einsehen. Denn MDS und MDK erreichen immer wieder Beschwerden, dass ambulante Pflegedienste sowohl den Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen als auch den Krankenkassen Leistungen in Rechnung stellen, die von der Familie des Pflegebedürftigen erbracht werden. Nur wenn der MDK die im Pflegevertrag festgeschriebenen Vereinbarungen zwischen Pflegebedürftigen/Angehörigen und Pflegeanbieter kennen würde, könnten solche Fälle von Abrechnungsbetrug entlarvt werden.

Nach der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss im Bundestag am 18. 10. sind die zweite und dritte Lesung des Gesetzentwurfs für Ende November /Anfang Dezember 2016 vorgesehen. Der Bundesrat wird voraussichtlich am 16. 12. entscheiden. Das Gesetz soll zum 1. 01. 2017 in Kraft treten.

Dorothee Buschhaus

**Keine Chance für
kriminelle Anbieter**

Mehr Leistungen für mehr Menschen

Anfang des kommenden Jahres tritt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft. Was bedeutet die große Pflegereform für Pflegebedürftige und Angehörige? Wie weit sind die Vorbereitungen bei den Medizinischen Diensten und den Krankenkassen? In einer gemeinsamen Pressekonferenz gaben GKV-Spitzenverband, MDS und der Sozialverband vdk Antworten.

»MIT DER UMSTELLUNG wird das System gerechter, denn künftig richtet sich die Leistungshöhe der Pflegeversicherung danach, was ein Pflegebedürftiger tatsächlich noch selber kann und was nicht«, sagte Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. »Alle Versicherten, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, werden am 1. Januar ohne neue Antragstellung und ohne erneute Begutachtung aus den bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade übergeleitet. Durch die Umstellung wird niemand schlechtergestellt.« Kiefer kündigte zudem an, dass die Pflegekassen ab Mitte Oktober bis Dezember die Versicherten über den künftigen Pflegegrad informieren werden.

Ressourcenorientierter Ansatz erleichtert Reha- und Hilfsmittlempfehlungen

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, betonte: »Der zentrale Vorteil des neuen Verfahrens ist, dass die verschiedenen Dimensionen der Pflegebedürftigkeit im neuen Pflegegrad umfassend berücksichtigt werden. Insbesondere Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen werden besser eingestuft. Sie erhalten nun einen leichteren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.« Pick erklärte, dass mit dem neuen Begutachtungsinstrument, das sich auf das Maß der Selbstständigkeit des Betroffenen

Erleichterter Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung

fokussiert, auch der Unterstützungsbedarf von Menschen mit einem hohen krankheitsspezifischen Pflegebedarf – wie zum Beispiel Dialysepatienten oder beatmungspflichtige Patienten – besser erfasst werden kann. Zudem sei es durch den ressourcenorientierten Ansatz möglich, besser Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung geben zu können.

Pflegebedürftige und Angehörige müssen Verbesserungen spüren

Die Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen legte Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbandes vdk, dar: »Endlich bekommen demenziell erkrankte Menschen, die körperlich noch fit sind, aber ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen können, die notwendigen Hilfen.« Wichtig sei, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Verbesserungen tatsächlich spüren könnten. Damit Hilfsangebote bei den Betroffenen ankommen könnten sei gute Information notwendig. Mascher kritisierte den Flickenteppich aus verschiedenen Beratungsangeboten und forderte eine zentrale Anlaufstelle für die Pflegeberatung. »Anlaufstelle sollte nach unserer Auffassung ein fachlich umfassend besetzter Pflegestützpunkt sein«, sagte Mascher.

Zahl der Leistungsberechtigten steigt durch Pflegereform

Zu den bisherigen drei Millionen Empfängern von Leistungen der Pflegeversicherung kommen 2017 rund 200 000 Menschen hinzu, die durch den neuen Pflegebegriff zusätzlich einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben werden. Das Bundesministerium für Gesundheit geht mittelfristig von bis zu 500 000 Personen aus.



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

Florian Lanz, Pressesprecher
GKV-Spitzenverband



Der neue Pflegebegriff

Nicht nur die Pflegestufen, sondern die Pflege wird neu

Ca. 100 Tage vor dem Start: Die Vorbereitungen zur Umsetzung des neuen Pflegebegriffs laufen auf Hochtouren. In Berlin diskutierten über 200 Vertreter von Pflegeversicherung, Leistungsanbietern, Pflegeberufen, Betroffenenverbänden, Politik und MDK den Stand der Vorbereitungen.

IN DEN MEDIZINISCHEN DIENSTEN werden die MDK-Gutachter geschult, eine neue Software zur Erstellung der Pflegegutachten erprobt und auch personelle Ressourcenplanungen getroffen. Darüber hinaus werden Informationsmaterialien für Versicherte und Fachleute aufbereitet. »Die Umstellung ist eine große Herausforderung – wir sind fachlich und organisatorisch gut darauf vorbereitet«, fasste Reiner Kasperbauer, Geschäftsführer des MDK Bayern, zusammen.

Welche Vorbereitungen laufen bei den Krankenkassen?

Dr. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende AOK Rheinland-Pfalz/Saarland stellt dar. »Kurz vor dem Start wird die Kommunikation mit den Versicherten und Vertragspartnern

Wir sind fachlich und organisatorisch vorbereitet

intensiviert. Die praktischen Fragen rücken in den Vordergrund: Was ändert sich bei der Einstufung? Muss ich etwas tun? Muss ich mit Mehrkosten rechnen?« In flächendeckenden Infoveranstaltungen bietet die AOK den Versicherten den Dialog über die Änderungen an. Auch Andreas Storm, stellv. Vorsitzender der DAK-Gesundheit, betonte, dass es nun darauf ankomme, die Versicherten gut zu begleiten. Die DAK-Gesundheit nutze dabei nicht nur die klassischen Medien, um über die Pflege-reform zu informieren. Sie setze vor allem auf verschiedene digitale Angebote für pflegende Angehörige. So wird es noch in diesem Jahr eine Pflege-App geben, die unter anderem umfassend über alle wichtigen Änderungen informiert.

Neben diesen Vorbereitungen gilt es, die Verträge mit den Leistungserbringern neu zu vereinbaren. Jörg Niemann, Leiter der Landesvertretung Niedersachsen des Verbandes der Ersatzkassen, sprach sich für vereinfachte Verfahren aus: »Individualverhandlungen mit allen Einrichtungen sind nicht zu leisten. In allen Bundesländern sind mit einvernehmlichen Abstimmungen die erforderlichen Vorarbeiten erfolgt. Mit der überwiegenden Mehrzahl der Heime sind bereits auf dieser Grundlage neue Vergütungen vereinbart worden.«

Aus der Perspektive der Leistungserbringer erläuterte Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, dass die Pflegereform die Einrichtungen vor große Herausforderungen stelle. Damit neben der Umsetzung der neuen Begutachtung auch die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses gelinge, müssten zunächst die Rahmenbedingungen angepasst werden. Für tragfähige Lösungen bedürfe es deshalb auch über den Stichtag 1. Januar 2017 hinaus Zeit. Alle Beteiligten sollten dieser Tatsache Rechnung tragen und in der öffentlichen Diskussion die Erwartungen zum Jahreswechsel realistisch formulieren.

Wie werten Betroffene den neuen Pflegebegriff?

Dr. Manfred Stegger, Vorstandsvorsitzender der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen, begrüßte die Umsetzung des Pflegebegriffs, auf den die Betroffenen seit langem warteten: »Wir erkennen an, dass die Durchführungsorganisationen im Zuge der Umgestaltungen große Aufgaben zu meistern haben. Der Gesetzgeber hat durch einen umfangreichen Bestandsschutz dafür gesorgt, dass niemand durch die Umstellungen unmittelbar schlechtergestellt wird.« Zusammenfassend sagte Regina Kraushaar, Abteilungsleiterin Pflegesicherung und Prävention, beim Bundesministerium für Gesundheit: »Alle Beteiligten haben in den letzten Wochen und Monaten engagiert an der Umsetzung des PSG II gearbeitet – darin dürfen wir im Sinne der Betroffenen und ihrer Angehörigen weiterhin nicht nachlassen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist kein einfacher Ansatz, aber er ist ein besserer Ansatz, um den Zugang zu den Leistungen und die Leistungen selbst zu gestalten.« Kraushaar machte deutlich, dass es im weiteren Umsetzungsprozess darauf ankomme, die Vorteile des neuen Systems gut verständlich und für jeden Versicherten individuell zu erklären. »Wir sortieren nicht nur die Pflegestufen neu. Wir sortieren die Pflege neu. Das ist unsere gemeinsame Aufgabe.«

Michaela Gehms

Neues vom IGeL-Monitor

Das MDS-Portal IGeL-Monitor, das Individuelle Gesundheitsleistungen unter die Lupe nimmt, hat sich in den vergangenen Jahren als feste Größe im Markt etabliert. Eine Evaluation hat dem Monitor jetzt ein gutes Zeugnis ausgestellt.

DER IGeL-MARKT BOOMT weiter: Rund eine Milliarde Euro setzen Ärzte jedes Jahr mit diesen Selbstzahlerleistungen um, so die aktuelle Schätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.

Um das Informationsgefälle zwischen Arzt und Versicherten zu verringern, gibt es den igel-Monitor, ein Projekt des Medizinischen Diensts des gkv-Spitzenverbands.

Täglich besuchen zwischen 1000 und 3000 Menschen www.igel-monitor.de, ein bis zwei Nutzer stellen eine Anfrage. Eine Pressekonferenz des igel-Monitors im Juli dieses Jahres in Berlin führte zu gut zwei Dutzend Presseberichten, was die Werte hochschnellen ließ: Es kam an einem Tag zu 35 000 Zugriffen auf die Seite und innerhalb von drei Tagen stellten 94 Nutzer eine Anfrage.

Die 41 bislang bearbeiteten IGeL teilen sich folgendermaßen auf: Drei IGeL wurden mit »negativ« bewertet, 14 mit »tendenziell negativ«, 15 mit »unklar« und drei mit »tendenziell positiv«. Zwei IGeL-Bewertungen wurden zurückgezogen und vier IGeL-Leistungen nur beschrieben. In den vergangenen Monaten wurden zwei Bewertungen zum Thema Schwangerschaft veröffentlicht: die Akupunktur zur Geburtsvorbereitung sowie ergänzende Ultraschalluntersuchungen, das sogenannte Baby-Fernsehen. Beide IGeL bekamen die Bewertung »unklar«, da in der wissenschaftlichen Literatur weder ausreichende Hinweise für einen Nutzen noch für einen Schaden gefunden wurden.

Im April dieses Jahres veranstaltete der IGeL-Monitor an einem Nachmittag und dem folgenden Vormittag ein Presse-seminar in den Räumen des MDS in Essen. Medizinjournalisten wichtiger Medien, wie *Ärztezeitung*, *Ärztblatt*, *Stern*, *Focus*, *Welt*, *WDR*, *ZDF* und anderen, nahmen die Gelegenheit wahr, tief in die IGeL-Materie einzusteigen. Während am ersten Tag Mitarbeiter des MDS die Arbeitsweise des IGeL-Monitors vorstellten, trugen am zweiten Tag externe Referenten ihre Sicht auf den IGeL-Markt vor: Christiane Rock von der Verbraucherzentrale NRW, Andreas Meusch von der

Techniker Krankenkasse und Bernd Zimmer von der Ärztekammer Nordrhein. Eine Podiumsdiskussion mit den Referenten beendete das Seminar.

Eine weitere Besonderheit des vergangenen Jahres war die Evaluation des IGeL-Monitors, die das Marktforschungsinstitut aserto im Auftrag des MDS durchführte. Ein ausführlicher Evaluationsbericht sowie ein Kurzbericht stehen auf der Homepage des IGeL-Monitors jedem Interessierten zur Verfügung. Die Untersuchung sollte Einblicke in den IGeL-Markt sowie eine externe Einschätzung des IGeL-Monitors geben. Dabei kamen zwei Methoden zum Einsatz: Zum einen wurden 2149 Versicherte im Alter zwischen 30 und 69 Jahren aus einem Online-Panel befragt, und zum anderen wurden zehn Leitfadengespräche mit Experten aus unterschiedlichen Institutionen geführt, die selber Patienten unter anderem zu IGeL beraten.

**Unzufrieden
mit der Aufklärung
durch den Arzt**

Einige Ergebnisse der Untersuchung:

IGeL werden überwiegend kritisch gesehen: Wurden die Befragten mit der Aussage »IGeL sind kritisch zu betrachten« konfrontiert, sagen 37% »stimme voll und ganz zu«, 30% »stimme eher zu«, 27% »teils/teils«, 4% »stimme eher nicht zu« und 2% »stimme überhaupt nicht zu«.

Nur ein Teil der Versicherten ist mit der Aufklärung in der Arztpraxis zufrieden: 52% der Befragten, denen eine IGeL angeboten wurde, sind mit dem Verhalten der Ärztin oder des Arztes zufrieden, sie fühlen sich also offenbar nicht überrumpelt oder bedrängt. Aber nur 44% sind auch mit den Informationen zum Nutzen zufrieden, und sogar nur 26% mit den Informationen zum Schaden.

**Mehr als 30 konkrete
Fragen an das
IGeL-Team täglich**



Dr. Christian Weymayr
ist Projektleiter des IGeL-Monitors und
freier Medizinjournalist.
c.weymayr@igel-monitor.de

Der IGeL-Monitor wird positiv bewertet und als glaubwürdig angesehen: 82% der Befragten würden den IGeL-Monitor erneut besuchen, 79% wünschen sich weitere Bewertungen, ebenfalls 79% halten die Informationen für hilfreich, 76% sehen die Informationen als glaubwürdig an, 74% würden die Website weiterempfehlen.

Die Informationen des IGeL-Monitors sind entscheidungsrelevant: Von denen, die an einer Glaukom-Früherkennung teilgenommen haben, sagen 74% nach dem Lesen der Kurzinformation zur Glaukom-Früherkennung, sie würden die Entscheidung jetzt überdenken, und 64% sagen sogar, sie würden sie jetzt anders treffen.

Die insgesamt positive Resonanz brachte ein Experte in einem Leitfadeninterview auf den Punkt: »Ich bin froh, dass es den IGeL-Monitor gibt.«



»Baby-Fernsehen« unbedenklich, aber auch ohne Nutzen

Die meisten Eltern möchten ihr ungeborenes Baby öfter sehen als die Krankenkasse bezahlt. Aus medizinischer Sicht spricht weder etwas dafür noch dagegen. Zu diesem Ergebnis kommt der IGeL-Monitor in seiner aktuellen Bewertung von ergänzenden Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft. Für schwangere Frauen bieten Ärztinnen und Ärzte neben den regulären Maßnahmen ergänzende Ultraschalluntersuchungen als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) an. Diese müssen die Patientinnen selbst bezahlen. Doch hat das zusätzliche Nachsehen, »ob alles in Ordnung ist«, auch einen medizinischen Nutzen? Oder kann es sogar schaden? Der IGeL-Monitor ist diesen Fragen in seiner aktuellen Bewertung nachgegangen und fand weder ausreichende Hinweise auf einen Nutzen noch auf einen Schaden.

Daher bewerten die Experten des IGeL-Monitors diese IGeL mit »unklar«. Während einer Schwangerschaft kreisen die Gedanken der Eltern häufig um das werdende Kind. Entwickelt es sich gut? Wird es gesund sein? Außerdem möchten sie möglichst hautnah miterleben, wie es Woche für Woche wächst und gedeiht. Ärztinnen und Ärzte bieten für beide Motive, Sorge wie Neugierde, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen als IGeL an, die umgangssprachlich auch »Baby-Fernsehen« genannt werden. Je nach Verfahren und Steigerungssatz kostet diese IGeL zwischen € 20 und 200.

Für die aktuelle Bewertung haben Experten des IGeL-Monitors Studien gesucht, die darüber Auskunft geben, ob mit Hilfe ergänzender Ultraschalluntersuchungen zum Beispiel die Gefahr der Säuglingssterblichkeit reduziert werden kann, ob Fehlbildungen, Wachstumsstörungen oder auch Geburtsrisiken besser erkannt werden können und ob die elterliche Bindung an das Kind stärker wird. Außerdem sollten die Studien zeigen, ob man für Mutter und Kind mit Schäden rechnen muss. In den wissenschaftlichen Daten-

banken wurden insgesamt zwei Übersichtsarbeiten sowie eine Einzelstudie gefunden, die für die Beantwortung der Fragen herangezogen werden konnten. Ergebnis: Insgesamt betrachtet fanden die Studien weder ausreichende Hinweise auf einen Nutzen noch auf einen Schaden.

Der zusätzliche Ultraschall in der Schwangerschaft hat also seinen harmlosen Namen »Baby-Fernsehen« zu Recht. Eltern können getrost ihrer Neugier nachgeben, ohne Schäden befürchten zu müssen, sofern sie dafür die Mühe und das IGeL-Honorar aufbringen wollen. Medizinisch sinnvoll, geschweige denn notwendig, sind die Untersuchungen allerdings nicht.

Die deutschen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (»Mutterschafts-Richtlinien«) sehen bereits umfangreiche Untersuchungen und Hilfen für werdende Eltern vor, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Diese Richtlinien zählen im internationalen Vergleich zu den umfangreichsten Leistungskatalogen. Kaum ein anderes Land bietet Schwangeren neben vielen anderen Leistungen gleich drei Ultraschall-Termine an, die dazu dienen, mögliche Komplikationen in der Entwicklung des Kindes frühzeitig zu entdecken. Sollte eine der Untersuchungen ergeben, dass etwas nicht regulär verläuft, sind weitere Untersuchungen Kas- senleistung.

Interview mit Dr. Markus Thalheimer,
Leiter Qualitätsmanagement / Medizincontrolling
am Universitätsklinikum Heidelberg

Ein erster Schritt zum großen Fortschritt

Das Universitätsklinikum Heidelberg und die Techniker Krankenkasse (TK) haben Anfang des Jahres eine Qualitätsoffensive für neuartige Gefäßstützen, synthetische Herzklappen, künstliche Gelenke oder andere Implantate gestartet. Durch eine besser strukturierte Aufklärung sollen Patientinnen und Patienten die Entscheidung für oder gegen ein Medizinprodukt erleichtert werden. MDK *forum* sprach mit Dr. Markus Thalheimer über seine bisherigen Erfahrungen.

forum Grundlage der Qualitätsoffensive ist ein Gutachten des MDK Baden-Württemberg. Demnach ist in Deutschland keine qualitätsgesicherte Einführung von Medizinprodukten in die stationäre Versorgung gewährleistet. Wie sieht Ihr Resümee nach einem halben Jahr aus?

Dr. Markus Thalheimer Die Einschätzung des MDK bezüglich der »zu einfachen« Einführung von Medizinprodukten in die stationäre Versorgung teile ich persönlich, vor allem im Vergleich zu den hohen Auflagen einer Arzneimittelzulassung. Deshalb haben wir die Projektidee der TK begrüßt. Aufgrund

der Vielzahl und Komplexität der implantierten NUBS entschieden wir uns für die Abteilung Neuroradiologie als Pilotabteilung. Ein erster Modellbogen für die Aufklärung war rasch entworfen und konnte über ein elektronisches System mit Verbindung zum KIS den Anwendern bereitgestellt werden. In einem nächsten Schritt entwickelten wir zusammen mit dem MDK auf abstrakter Ebene den »idealen« Aufklärungsbogen. Dieser enthält Elemente, die dem Patienten die Vorteile und Risiken der Innovation erklären, aber auch – was mir persönlich sehr wichtig ist – eine Aussage dazu, was es für den Patienten be-

deutet, wenn er auf eine Behandlung verzichtet; eine für den Patienten reelle Alternative, die von uns Ärzten oft gar nicht bedacht wird. Aktuell prüfen wir mit dem Softwarehersteller, ob er solche NUBS-Aufklärungen in sein Programm aufnehmen kann, was für die rasche Verbreitung von Vorteil wäre. In den nächsten Monaten wollen wir weitere Aufklärungen nach diesem Modellbogen überarbeiten. Alles in allem: ein tolles Projekt, das, wie immer, mehr Detailarbeit erfordert als erwartet.

forum Innovative Konzepte sind toll, aber sie müssen zu bestehenden Prozessen passen. Wie wirkt sich diese neue, strukturierte Patientenaufklärung bislang aus?

Thalheimer Unsere Prozesse müssen wir kaum anpassen, da wir über ein im Krankenhaus-Informationssystem integriertes Programm alle Aufklärungen vorhalten. Wir müssen also nicht so sehr die Aufklärung an sich verbessern, sondern die Inhalte bei Innovationen auf deren besondere Situation anpassen. Das gelingt durch Überarbeitung der strukturierten Bögen.

forum Mehr Patientensicherheit durch verbesserte Aufklärung – das klingt zunächst gut. Schließlich sollen die Betroffenen wissen, was mit ihnen passiert, und eine medizinische Entscheidung verstehen, mittragen oder auch ablehnen können. Aber wird hier nicht zu viel Verantwortung an den Patienten übertragen?

Thalheimer Das war in der Tat ein lan-

Das lässt hoffen

Fakt ist, dass derzeit Medizinprodukte, auch solche mit hohem Risikopotenzial, teilweise ganz ohne klinische Prüfungen nur auf Grundlage klinischer Daten eines ähnlichen Produktes eine CE-Kennzeichnung erhalten und dann zur Anwendung gelangen können. Inzwischen haben viele Ärzte erkannt, dass Patienten in Deutschland mit nicht ausreichend untersuchten Medizinprodukten versorgt werden. Darunter sind scheinbar sogar Produkte, zu denen eine »Nichtbehandlung« eine vielleicht sinnvolle Alternative darstellt. Das haben die Kollegen des Universitätsklinikums Heidelberg festgestellt. Die verbesserte Patientenaufklärung ist einer von

noch vielen erforderlichen Schritten. Es ist zwar grundsätzlich rechtschaffen, aber eigentlich ja auch vorgeschrieben, den Patienten wahrheitsgemäß aufzuklären. Damit überträgt der Behandler natürlich auch die Verantwortung für sein (experimentelles) Tun zu einem Teil auf den Patienten. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung ist damit noch nicht wirklich erzielt. Die wäre nur durch eine gute wissenschaftliche Erforschung von Medizinprodukten zu erreichen.

Ein Kommentar von Dr. Annette Busley,
Bereichsleiterin Medizinische
Versorgung des MDS

ger Diskussionspunkt mit dem MDK: Versteht ein Patient überhaupt, was die einfache Einführung eines Implantates in Deutschland für ihn bedeutet, sowohl in Form höherer Risiken als auch durch den raschen Zugang dazu? Auch sind die Bögen teilweise schon jetzt recht lang und stoßen damit an die Grenzen dessen, was ein Patient aufnehmen und bewerten kann. So hat beispielsweise der erste Bogen zum Flow-Diverter 11 Seiten Länge. Die Lösung war ein vergleichsweise knapper und allgemein verständlicher Text zur Innovation und die Straffung von (redundanter) Information an anderer Stelle. Und es war uns wichtig, die »Null-Variante« (Folgen für den Patienten ohne irgendeine therapeutische Maßnahme, also Spontanverlauf der Erkrankung) zu integrieren. Ich hoffe, die ersten Aufklärungen sind verständlicher geworden.

forum Einer bundesweiten Befragung zufolge liegt der Bevölkerungsanteil mit ungenügender Gesundheitskompetenz bei 54%.

Könnten Ihre Patienten die neuen Aufklärungsbögen nicht verstehen?

Thalheimer Ja. Innovationen haben oft eine erhebliche Tragweite. Ein knapper, verständlicher Text hilft hoffentlich weiter. Wir waren erstaunt, wie viele Fachbegriffe ohne weitere Erläuterung in den Bögen enthalten waren. Als ärztlicher Autor rutscht man eben doch schnell in die Expertenrolle.

forum Nachdem die Patienteninformationen inzwischen bereits auf weitere Medizinprodukte ausgeweitet wurden, sollten möglichst alle Patienten, die mit einem Medizinprodukt versorgt werden, in klinikübergreifende Register bei den Fachgesellschaften eingetragen werden. Wie ist hier der Stand?

Thalheimer Einzelne Register gibt es schon, andere sind im Rahmen von Vereinbarungen in Budgetverhandlungen entstanden (so beispielsweise für bestimmte neue Dialyseverfahren). Da solche Register sinnvollerweise multizentrisch arbeiten sollten,

ist die Vorlaufzeit hier länger. In der Regel sind Fachgesellschaften die idealen Partner. Manche haben diese Rolle schon angenommen, andere noch nicht. Wir werden immer auch einen Blick auf vorhandene Register werfen: Wo vorhanden, strebe ich eine Teilnahme der eigenen Fachabteilung an. Wo nicht, müssen wir Impulse setzen. Es wäre aber vermessend, zu allen Produkten solche Register erstellen zu wollen. Hier sind alle Akteure gefragt. Auch rechne ich durch die Umsetzung des §137h SGB V mit neuen Aktivitäten in diesem Bereich. Uns ist klar: Mit unserem Projekt haben wir einen kleinen ersten Schritt getan. Der große Fortschritt wird erst durch die gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten gelingen.



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

Registerstudien

Mittels zusätzlicher Registerstudien sollen mehr wissenschaftliche Erkenntnisse über Medizinprodukte gewonnen und die Patientensicherheit gesteigert werden. Aber was können diese Register leisten und welchen Beitrag leisten sie zur Bewertung des Nutzens und Schadens einer Methode?

Mit einem Register soll eine möglichst standardisierte, systematische Erfassung von medizinischen Daten zu einer festgelegten Fragestellung erreicht werden. Im Umfeld von Medizinprodukten sind insbesondere Produktregister bekannt, welche die Versorgung der Patienten mit einzelnen Produktgruppen erfassen. Methodisch gehören Register(studien) zu den sogenannten Beobachtungsstudien. Wie der Name schon sagt, zeichnen sie sich durch ihren beobachtenden Charakter aus, indem die Studienleitung keinen Einfluss auf den Behandlungsablauf nimmt. Damit unterscheiden sie sich grundlegend von klinischen, interventionellen Studien, in denen Patienten nach einem vorab festgelegten Studienplan behandelt werden. Als Goldstandard gilt die kontrollierte Studie, in der eine zufallsgesteuerte Zuteilung der Patienten auf die Behandlungsgruppen (Randomisierung) erfolgt. Ziel dieser Zuteilung ist es, dass sich die Vergleichsgruppen nur hinsichtlich eines Merkmals, ihrer Behandlung, unterscheiden. Damit ist es möglich, einen kausalen Zusammenhang zwischen der durchgeführten Therapie und den beobachteten Therapieeffekten herzustellen. Anders formuliert kann nur so der Nutzen oder Schaden einer Therapie eindeutig bestimmt werden. Gerade diese eindeutige Zuordnung ist bei der

Untersuchung von Hochrisiko(medizin)produkten notwendig – auch um den Ansprüchen der Patientensicherheit gerecht zu werden. Register können diese Studien ergänzen. Beispielsweise sind sie geeignet, die Anwendungsmöglichkeit eines Verfahrens in der Routineversorgung zu überprüfen. Ihren Stellenwert haben sie sicherlich auch in der Beobachtung von Langzeiteffekten oder von seltenen unerwünschten Ereignissen, die in klinischen Studien aufgrund einer begrenzten Laufzeit bzw. einer begrenzten Studiengröße oft unzureichend erfasst werden. Insofern ist eine Ergänzung klinischer Studien durch Register in vielen Fällen anzustreben. Register alleine können jedoch keine ausreichend sicheren Aussagen zum Nutzen und Schaden einer Methode liefern.

PD Dr. Annegret Herrmann-Frank, Leiterin SEG 7
»Methoden- und Produktbewertungen«
a.herrmann-frank@mds-ev.de

Von banalen Infekten bis zu schweren Traumata

Sie kommen mit körperlichen und seelischen Verletzungen, großen Wunden und kleinen Wehwehchen, leiden wie die Menschen hier an Bluthochdruck, Erkältung oder Magenschmerzen, manchmal aber auch an Tuberkulose, Hepatitis B, Malaria oder Krätze – Krankheiten, die sie aus der Ferne mitgebracht, auf der Flucht erworben oder mit denen sie sich hier infiziert haben.

SIE FLIEHEN vor Bürgerkriegen, wurden vertrieben, wollen der Armut entkommen. Von den mehr als 60 Millionen Menschen, die derzeit weltweit auf der Flucht sind, bleiben die meisten innerhalb ihres Heimatlandes. Viele machen sich aber auch auf den Weg in die Nachbarländer, viele wollen nach Europa – sehnen sich nach wohlhabenden Ländern mit florierender Wirtschaft und gut funktionierenden Sozialsystemen. Bis Ende 2015 sind ca. 890 000 Flüchtlinge nach Deutschland gekommen, bis September dieses Jahres wurden rund 210 000 Neuankömmlinge registriert.

Während im Januar durchschnittlich 2000 Menschen täglich einreisen, sind es seit Schließung der Balkanroute und Inkrafttreten der EU-Türkei-Vereinbarungen nur noch 100. Die meisten sind nach wie vor Bürgerkriegsflüchtlinge aus Syrien. Wenn sie in Deutschland ankommen, haben viele Flüchtlinge eine lange, kräftezehrende Reise hinter sich: Schlechte hygienische Bedingungen, Mangelernährung, beengte Verhältnisse – wer wochen- oder monatelang geflüchtet ist, Gefahren und Ängste aushalten musste, ist nicht nur seelisch angegriffen, sondern wird auch anfälliger für Infekte.

Auch wenn es bislang keine repräsentativen Daten zu den Gesundheitsproblemen von Asylsuchenden gibt, hat die Erfahrung gezeigt: Viele von ihnen leiden an eher harmlosen körperlichen Erkrankungen – an Magen-Darm- oder grippalen Infekten. Denn die meisten Flüchtlinge sind jung und in einem vergleichsweise guten Gesundheitszustand, was auch mit der medizinischen Versorgungssituation im Heimatland zusammenhängt. Das syrische Gesundheitssystem zum Beispiel ist vor dem Krieg vergleichsweise gut ausgebaut und leistungsfähig gewesen. Die Patienten sind – anders als in Afghanistan oder Teilen Afrikas – gut versorgt worden.

Zahl der meldepflichtigen Infektionskrankheiten steigt

Es sind vor allem meldepflichtige Krankheiten, bei denen die Gesundheitsberichterstattung des Bundes generell stei-

gende Zahlen verzeichnet. Wurden 2014 in Deutschland insgesamt 281 230 solcher Krankheitsfälle registriert, stieg der Wert im Jahr 2015 auf 365 427. Doch darf ein solcher Anstieg nicht allein durch die Zuwanderung der Flüchtlinge begründet werden, vielmehr tragen auch globalisierte Warenströme und der zunehmende Tourismus dazu bei, dass sich Krankheitserreger vermehren.

In 2016 zählte das Robert-Koch-Institut (RKI) bis August deutschlandweit insgesamt 225 397 Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten, darunter waren 5170 Fälle bei Asylsuchenden. Davon entfiel der größte Anteil auf Windpocken (1688 Fälle), gefolgt von Tuberkulose (1336 Fälle), Hepatitis B (649 Fälle) und Influenza (510 Fälle) – Zahlen, die differenziert betrachtet werden müssen: Die Tuberkulosefälle (TBC) zum Beispiel sind schon allein deshalb erhöht, weil bei den (vorgeschriebenen) Screenings von Flüchtlingen im Zuge der Aufnahme in deutsche Unterkünfte heute mehr Fälle entdeckt werden. Bei den Hepatitis-B-Infektionen hat eine Studie der Medizinischen Hochschule Hannover zwar gezeigt, dass der Anteil an solchen Infektionen unter den Flüchtlingen mit 2,3% über dem der deutschen Bevölkerung von 0,7% liegt. Sie kommt jedoch zu dem Schluss, dass die neu angekommenen Flüchtlinge nicht ansteckender sind als die Einwanderer, die bereits in Deutschland leben.

**Erzählen hilft,
Erlebtes einzuordnen**

Die meisten Flüchtlinge stecken sich hier an

Um eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern, können Flüchtlinge in Deutschland alle Schutzimpfungen erhalten, die vom RKI in Abstimmung mit der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Das gilt nicht nur für Asylsuchende, die nicht oder nicht ausreichend geimpft sind, sondern auch für diejenigen, die einen unklaren Impfstatus oder fehlende oder lücken-

hafte Impfdokumente haben. Dabei sind es nicht nur die Erreger von impfpräventablen Krankheiten, die sich in beengten Räumen rasend schnell verbreiten. Ansteckend sind auch parasitäre Erkrankungen wie Skabies (Krätze), die Flüchtlinge deutlich häufiger mitbringen als das seltene Läuserückfallfieber, das von Kleiderläusen übertragen wird und hierzulande bisher nur in Einzelfällen aufgetaucht ist.

Anders als befürchtet, sind die meisten Krankheitsfälle in Flüchtlingsheimen nicht auf »eingeschleppte« Erreger zurückzuführen, sagt das RKI. Die Menschen hätten sich vielmehr meist erst hierzulande angesteckt. Aufgrund der anstrengenden Reise, des fehlenden Impfschutzes und der Enge in den Aufnahmeeinrichtungen sind die Flüchtlinge eher anfällig für einige Infektionskrankheiten. Sie seien eher gefährdet, als dass von ihnen eine Gefahr für andere ausgehen würde: »Die Zahlen zeigen, dass Asylsuchende durch impfpräventable Krankheiten und Magen-Darm-Infektionen gefährdet sind, gegen die Impfungen und Basishygiene-maßnahmen schützen würden. Wie auch in der Allgemeinbevölkerung findet sich die höchste Anzahl von Fällen bei Säuglingen und Kleinkindern unter 4 Jahren.«

Hilfe bei psychischen Belastungen

Während sich viele Erkrankungen gut und schnell therapieren lassen, sind die psychischen Verletzungen, mit denen viele Menschen hier ankommen, manchmal weitaus schwieriger zu behandeln. Erlebnisse und Erfahrungen von Krieg, Gewalt, Vertreibung, Zerstörung, Haft, Folter, Vergewaltigung, Bilder von Hilflosigkeit und Trauer, von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung werden nicht so schnell vergessen. Hinzu kommen mitunter schwierige Bedingungen in den Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften: Wenig Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre, räumliche Enge und mangelnde Sprachkenntnis, Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus, Misstrauen und Ängste erschweren die Situation für die Betroffenen. Hierüber und über die Auswirkungen von Traumatisierung und psychischen Belastungen berichteten wir bereits ausführlich in der Ausgabe 4/2015 des MDK forums.

»Viele Asylsuchende sind ängstlich, verunsichert, verstört, doch längst nicht alle leiden an einer therapiebedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung«, meint Dr. Ulrike Sühlfleisch-Thurau, Psychologische Psychotherapeutin am Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes. »Es kommt immer darauf an, festzustellen, wie ausgeprägt die psychischen Probleme sind, ob eine behandlungsbedürftige Störung im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder ob nicht bereits niedrigschwellige Unterstützungsangebote erfolgversprechend sein können. In vielen Fällen können Sozialarbeiter oder geschulte Laien-Therapeuten nachhaltig Hilfe leisten, zum Beispiel durch die Methode der narrativen Exposition (NET). Dadurch, dass der Betroffene die Chance erhält, ausführlich seine Lebensgeschichte zu schildern, kann er sich mit den für ihn belastenden Erinnerungen auseinandersetzen und sie so leichter einordnen.«

Martin Dutschek ist Leiter Personalentwicklung beim MDK Niedersachsen

Dorothee Buschhaus ist Redakteurin der MDK-Gemeinschaft

Drei Fragen an ...

... **Dr. Ibrahim Özkan**, Leitender Psychologe des Schwerpunktes für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten am Asklepios Fachklinikum Göttingen

forum Welche Versorgungsleistungen stehen traumatisierten Flüchtlingen zu und wie ist das Verfahren?

Özkan Der Zugang zu Versorgungsleistungen ist abhängig davon, welcher Kostenträger für die Person zuständig ist. Menschen im laufenden Asylverfahren, in Duldung oder die ausreisepflichtig sind, erhalten nur beschränkten Zugang, der nach Asylbewerberleistungsgesetz §4 auf die Behandlung »akuter Erkrankungen und Schmerzzustände« beschränkt ist. Kostenträger ist in diesen Fällen das zuständige Sozialamt. Dort sind die Leistungen (hier z. B. Psychotherapie) zu beantragen.

forum In welchen Fällen stößt eine Trauma-Therapie an Grenzen?

Özkan Traumatherapie im Sinne einer traumasynthetisierenden Behandlung ist in vielen Fällen zunächst nicht möglich. Solange der Aufenthaltsstatus des Patienten unsicher ist, erscheint vielmehr eine ressourcenorientierte, traumazentrierte Behandlung sinnvoll, die das Ziel hat, den Patienten zunächst zu stabilisieren. Zusätzlich kann bei Bedarf eine Medikation zur Linderung der Symptome (z. B. von Schlafstörungen, Erregungszuständen oder komorbider Depression) sinnvoll sein.

forum Können mit einer frühzeitigen Traumaversorgung, Suizid-Anschläge wie in Ansbach oder Terrorakte wie in der Regionalbahn in Würzburg womöglich verhindert werden?

Özkan Das ist schwer zu sagen. Bereits eine solche Fragestellung impliziert einen direkten Zusammenhang dieser Aspekte, die nicht sein darf. Auch wenn bei dem Täter aus Ansbach bekannt ist, dass er sich in therapeutischer Behandlung befunden hat, ist daraus nicht abzuleiten, ob diese Taten durch eine Behandlung hätten verhindert werden können. Ein großer Teil der Flüchtlinge leidet unter psychischen Folgen der Erlebnisse. Die Anzahl derer, die derartige Taten verüben, sind ein verschwindend geringer Anteil. Ein Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Terrorakten ist nicht herstellbar.

Die Fragen stellte Martin Dutschek

Weitere Infos zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden bietet das Internetportal »Gesundheit und Migration« des Bundesgesundheitsministeriums unter www.bmg.bund.de



Weniger ist manchmal mehr

Eine Redewendung unter Medizinern sagt: Bei dem Medikamenten-Cocktail, den manche ältere Patienten einnehmen, könnte man auch alles weglassen, dann geht es ihnen häufig besser. Was auf den ersten Blick amüsant klingen mag, ist der bitteren Wahrheit leider oft näher, als man glaubt.

IMMER MEHR ÄLTERE MENSCHEN nehmen täglich aufgrund ihrer vielen unterschiedlichen Erkrankungen, die Ärzte gerne unter dem Begriff »Multimorbidität« zusammenfassen, mehr als fünf Medikamente ein. Auch hierfür gibt es einen Fachbegriff: Die Polypharmazie. Und die bringt viele Risiken mit sich. »Es ist bekannt, dass man bei Einnahme von fünf und mehr Medikamenten nur schwer oder gar nicht mehr vorhersagen kann, wie die verschiedenen Substanzen interagieren«, sagt PD Dr. Max Skorning, Leiter Patientensicherheit beim MDS.

Laut dem Faktenblatt des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) nehmen etwa 75% der 18–79-Jährigen mindestens ein Arzneimittel regelmäßig ein, wobei die Anwendung von Arzneimitteln mit zunehmendem Alter ansteige. Rund 47% der Männer und mehr als die Hälfte der Frauen zwischen 70 und 79 Jahren wenden regelmäßig fünf oder mehr Arzneimittel an und sind damit von der Polypharmazie betroffen. Auf der anderen Seite besitzen aber nur etwa die Hälfte der Patienten, die 3 oder mehr Medikamente einnehmen, eine übersichtliche Liste dazu, einen Medikationsplan.

Die Auswirkungen sind verheerend: Laut APS gehen etwa 5% aller Aufnahmen in Krankenhäuser auf falsch eingenommene Medikamente und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zurück. Bei etwa 2% dieser Patienten verlaufen diese UAW tödlich. Dabei seien mehr als die Hälfte aller arzneimittelbezogenen Krankenhausaufnahmen vermeidbar. Doch fast 57% der UAW bei Krankenhausaufnahme werden zuvor, z. B. vom Notarzt, nicht als solche erkannt. Vor allem ältere, multimorbide Menschen sind gefährdet. Die verschiedenen Medikamente, die sie aufgrund unterschiedlicher Krankheiten gleichzeitig einnehmen (sollen), beeinflussen sich manchmal wechselseitig. Dabei lässt sich oft nur schwer feststellen, ob es sich um unerwünschte Wirkungen der einzelnen Medikamente, deren Wechselwirkungen miteinander oder um vorhandene beziehungsweise neue Krankheitssymptome handelt.

In einem älteren Körper wirken Arzneimittel anders

Je älter der menschliche Körper wird, umso mehr verändern sich nicht nur die Haut oder Knochen und Muskeln, sondern auch der Stoffwechsel. Der Darm wird träge, der Magen bildet weniger Säure, die Leber baut Medikamente und Abfallstoffe langsamer ab und die Nieren scheiden diese langsamer aus. Ein schwaches Herz kann der Grund dafür sein, dass die Organe nicht mehr so gut durchblutet werden. Meistens ist der Fettanteil höher, der Protein- und Wassergehalt geringer als bei jungen Menschen. Das bedeutet: Der Wirkstoff eines Medikamentes gelangt möglicherweise langsamer in die Blutbahn und wirkt damit verzögert. Außerdem wird es langsamer abgebaut und hat damit eine insgesamt stärkere und längere Wirkung als bei jungen Erwachsenen. Aber auch das Gegenteil ist möglich. Die Dosierung in der Packungsbeilage gilt also nicht uneingeschränkt. Um Über- oder Unterdosierungen zu vermeiden, muss der behandelnde Arzt die Dosis individuell anpassen.

»Aufgrund des demografischen Wandels wird dieses Problem zukünftig immer mehr Menschen betreffen. Dazu kommt, dass stationär behandelte Patienten häufig andere Medikamente als vorher bekommen, über die sie oft nicht richtig oder gar nicht aufgeklärt sind«, so Skorning.

Schon jetzt erleidet dem APS zufolge jeder Bewohner eines Alten- beziehungsweise Pflegeheimes im Durchschnitt eine neue unerwünschte Arzneimittelwirkung pro Jahr, 60% davon wären vermeidbar. Ein Drittel der A UW in Heimen habe medizinische Konsequenzen. Hierzu zählen vor allem Krankenhauseinweisungen und zusätzliche Hausarzt-Visiten.

Aktionstag zur Patientensicherheit

Deshalb stand auch der »Internationale Tag der Patientensicherheit« am 17. September in diesem Jahr unter dem



Motto Medikationssicherheit. Der Schlüssel zu mehr Patientensicherheit läge in einer guten Abstimmung zwischen allen am Medikationsprozess Beteiligten, so die Akteure. Dabei seien nicht nur Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe, sondern besonders auch die Patienten und ihre Angehörigen gefordert. »Die Menschen müssen sich aber auch sicher sein, dass sie die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit einnehmen«, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in seinem Grußwort. Eine gewisse Hilfestellung bietet seit Oktober 2016 ein gesetzlicher Anspruch auf einen Medikationsplan für Menschen, die gleichzeitig drei oder mehr Arzneimittel anwenden. Mit ihm erkennt der behandelnde Arzt oder auch der Apotheker, welche Medikamente für den Patienten dokumentiert sind, und kann so möglichen Wechselwirkungen und anderen arzneimittelbedingten Komplikationen aktiv vorbeugen.

Medikationsplan seit 1. Oktober 2016

Patienten, die drei oder mehr Arzneimittel erhalten, haben seit 1. Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Er ist Bestandteil des E-Health-Gesetzes und soll dazu beitragen, unerwünschte Wechselwirkungen von gleich-

zeitig eingenommenen Medikamenten zu vermeiden. Es handelt sich dabei um einen standardisierten und bundes einheitlichen Plan, den in der Regel der Hausarzt erstellt. Nicht nur der Patient sieht klar, welche Medikamente er aktuell wie einnehmen soll. Auch für andere Ärzte werden mögliche Wechselwirkungen verschiedener Präparate erst dadurch transparent und vermeidbar. Andere Fachärzte oder Ärzte in der Klinik sowie Apotheken, falls der Patient es möchte, können beziehungsweise müssen den Plan aktualisieren. Ab 2018 soll der Medikationsplan zusätzlich elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein. Mögliche Unterstützung bieten in diesem Zusammenhang auch elektronische Systeme, die sofort einen automatischen Warnhinweis geben, wenn mögliche Wechselwirkungen bei unangemessener Medikation drohen. So könnte inadäquaten Verordnungen vorgebeugt werden.

Dr. Martina Koesterke und Martin Dutschek

Im Internet finden Sie auf der Homepage www.tag-der-patientensicherheit.de viele weitere Informationen und Merkblätter

Falsche Medikamente im Pflegeheim

Dass ein guter Medikationsplan gerade für ältere Patienten notwendig ist, zeigt eine Untersuchung des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCC) und des MDK Nord.

Die Gutachter des KCC hatten dafür die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen von Pflegeheimen ausgewertet. Denn dort sind die Pflegekräfte für die Medikamenten-Versorgung verantwortlich, wenn ein Bewohner es nicht mehr kann. Dabei wurde in Hamburg und Schleswig-Holstein für das Jahr 2014 festgestellt, dass bei jedem zehnten Bewohner Fehler in der Medikamentengabe aufgetreten sind. Häufige Fehler: falsches Richten der Medikamente, falsche Angaben zur Dosierung, nicht beachtete Verfalldaten – was schwere gesundheitliche Schäden verursachen kann.

Genauer betrachtet, bestand sogar ein Drittel aller Dokumentationsfehler daraus, dass Angaben zur korrekten Gabe und zur richtigen Dosierung in den Medikationsplänen fehlten. Das wiegt umso schwerer, weil ältere Patienten vielfach fünf oder mehr Medikamen-

te oft gleichzeitig nehmen müssen, Dosierungsvorschriften also unbedingt eingehalten werden müssten. Die Untersuchung ermittelte damit die häufigsten Fehler in der Praxis. Diese Erkenntnisse sollen für die Fortbildung von Pflegekräften und Apothekern genutzt werden. Der MDK Nord nutzt sie bereits für die Beratung von Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Sicherheit der Arzneimitteltherapie in Pflegeheimen.

Jan Gömer, MDK Nord

Zwischen Ziegenherden und Zivilisation

Aus Erfahrungen lernen, neue Erkenntnisse gewinnen – auch in der Mongolei setzt man auf internationalen Austausch und gute Beziehungen: Dr. Annette Busley, Leiterin des Bereichs Medizinische Versorgung beim MDS, reiste auf Einladung der staatlichen Krankenversicherung in das ferne Land und stellte dort die Qualitätsförderung in deutschen Krankenhäusern vor.

WAS ERWARTET JEMANDEN, der sich auf den Weg in die Mongolei macht? Ein riesiges Land weit im Osten, keine Verbindung zum Meer, umgeben von Russland und China. Drei Millionen Mongolen leben auf einer Fläche, die fast fünfmal so groß ist wie Deutschland. Die Mongolei ist somit der am dünnste besiedelte unabhängige Staat der Erde. Ewig lange, furchtbar kalte Winter, ein kurzer Sommer, heiß und trocken. Hier gibt es Wüste und Steppe, kaum Industrie, relativ wenig Bodenschätze. Bis vor kurzem waren die Mongolen ein Nomadenvolk, das mit ihren Herden und Jurten durch die Steppe zog. Inzwischen hat die »Zivilisation« mit ihren Verlockungen Einzug gehalten, und so lebt inzwischen fast die Hälfte der Bevölkerung in der Hauptstadt Ulan Bator. Viele Familien sind mit ihrer Jurte an den Stadtrand gezogen und leben dort unter einfachsten Verhältnissen.

Gesundheitswesen seit Jahren im Umbruch

Vermittelt hatte die Reise eine kleine deutsche Nicht-Regierungsorganisation, MeshHP e.V., die sich seit Jahren für eine Verbesserung der medizinischen Rahmenbedingungen und Standards in der Mongolei einsetzt. Und so übernahm ich gern die Aufgabe, vor Vertretern der Krankenversicherung wie auch vor Verantwortlichen aus Krankenhäusern Mechanismen zur Qualitätsförderung in deutschen Kliniken vorzustellen. Da erst die jungen Mongolen Englisch lernen, mussten meine Vorträge von einem Dolmetscher übersetzt werden. Für die Reise sind den Medizinischen Diensten übrigens keine Kosten entstanden.

Das staatlich organisierte Gesundheitswesen in der Mongolei befindet sich seit Jahrzehnten in einem Entwicklungsprozess, der von Entwicklungshilfeprojekten verschiedenster Nationen unterstützt wird. Schließlich ist das Land wegen seiner strategischen Lage für alle westlichen Länder von großem politischen Interesse. Die Gesundheitsfürsorge ist nach Indikationen auf verschiedene Träger verteilt. Der

Staat finanziert die Geburtshilfe, die Prophylaxe und Therapie von Infektionskrankheiten sowie die Behandlung von onkologischen Erkrankungen und Unfällen. Für die übrige medizinische Versorgung gibt es eine Pflichtmitgliedschaft aller Staatsbürger in der Krankenversicherung, in die entweder ein Teil des Gehaltes (aktuell 4%) oder ein staatlicher Zuschuss eingezahlt wird. Dafür erhält jeder Bürger ein relativ geringes Budget zu seiner Verfügung. Auch wenn in einer Familie Budgets übertragen werden können, werden schnell Co-Payments erforderlich. Eine Untersuchung der Entwicklungshilfebank hat ergeben, dass mindestens die Hälfte aller Kosten für erfolgte medizinische Behandlungen eines Jahres von den Betroffenen selbst bezahlt wurde. Dieses System führt zur medizinischen Unterversorgung mittelloser Bürger.

Ultraschallbad als Stauraum benutzt

Öffentliche Kliniken fern von westlichem Standard

In Ulan Bator existiert eine Parallelwelt aus rein privaten Krankenhäusern für Wohlhabende und Ausländer sowie den öffentlichen Krankenhäusern, in deren Ambulanzen auch die komplette ambulante medizinische Versorgung angeboten wird. Die technische Ausstattung dieser öffentlichen Häuser entspricht bei weitem nicht westlichem Standard. MeshHP e.V. engagiert sich seit einigen Jahren im Hospital No. 2 bei der technischen Ausrüstung und Ausbildung der Mitarbeiter der dortigen Zentralsterilisation. Regelmäßig finden Besuche mit Begehungen und Schulungen statt, auch wurden bereits viele Sachspenden aus Deutschland organisiert. Nicht immer wird das große Engagement der Beteiligten belohnt, oft müssen Enttäuschungen verkraftet werden – so zum Beispiel, wenn das gespendete Ultraschallbad als Stauraum genutzt wird, der Sterilisator wegen einer fehlenden Gummidichtung nicht mehr zum Einsatz kommt



Von westlichen Standards weit entfernt

oder in der Instrumentenaufbereitung wieder ungeeignete Bürsten genutzt werden. Aber es gibt auch viele positive Beispiele, die zeigen, dass sich die Arbeit lohnt – eingehaltene Prozessabläufe, korrekte Verpackungen des Sterilgutes, Verwendung der richtigen Desinfektionslösungen und vieles mehr. Und die Menschen sind sehr interessiert: So kommen zu einem Vortrag über den Einsatz von Desinfektionslösungen in der Zentralsterilisation fast 200 Mitarbeiter aus allen öffentlichen Krankenhäusern von Ulan Bator. Es gibt eine große Herzlichkeit und Aufgeschlossenheit, die den Kontakt zu den Menschen in der Mongolei so besonders macht.

Das habe ich nicht nur bei meinen Vorträgen erfahren, sondern auch bei unseren Ausflügen. Als wir nach zwanzig Stunden Reise morgens in Ulan Bator ankamen, wurden wir nach Absetzen der Koffer im Hotel in die Steppe zu einem echten Jurten-(=Ger-)camp gefahren. Hier lebt die Familie eines inzwischen zum Freund gewordenen Mongolen mit ihren Ziegen-, Schaf- und Pferdeherden. Zu unseren Ehren war eine Ziege geschlachtet worden. Sie wurde über dem of-

fenen Feuer gekocht (befeuert mit Tierdung) und im Laufe des Tages ziemlich komplett zum Verzehr angeboten. Die Hufe wurden den Hunden zum Fraß vorgeworfen, das Fell zur Decke verar-

Großes Interesse und besondere Herzlichkeit

beitet, den Rest bekamen wir. Ethisch und ökonomisch toll, kulinarisch nicht bei jedem Bissen ein Höhepunkt. So lernte ich, wie Dickdarm schmeckt und Ziegenmuskel, ungewürzt. Mit Ausnahme des scharfen Messers des Gastgebers gab es weder Besteck noch Teller, natürlich auch keine Toilette, kein Waschbecken. Wasser wird (heute per Jeep) in großen Kanistern vom weit entlegenen Brunnen geholt, vor dem Ger gelagert und sparsam verbraucht.

Von Emanzipation und Trinkritualen

Für einen Tag zu erleben, wie der Alltag von Nomaden aussieht, war beeindruckend. Natürlich wird dort nicht täglich geschlachtet. Auch mussten wir nicht bei eisiger Kälte frieren. Nur drei Monate im Jahr sind die Böden sicher frostfrei, ansonsten herrschen erhebliche Minustemperaturen. So liegen im Winter die durchschnittlichen Tagestemperaturen bei -25°C .



Gewöhnungsbedürftig: gekochter Ziegenmuskel

Zurück in Ulan Bator entsprach die Verpflegung allen mitteleuropäischen Normen – mit Ausnahme der Trinkkultur: Bei jedem Treffen floss immer auch Wodka, was durchaus anstrengend war. Dabei wurde die auch in allen anderen Bereichen zu beobachtende Emanzipation gelebt: Ich habe viele Frauen in hochrangigen Positionen kennengelernt. Und entgegen den Hinweisen im Reiseführer gab es keine Geschlechterordnung. So beteiligten sich die Frauen selbstverständlich auch an den Trinkritualen. Die wesentlichen Gesundheitsprobleme in der Mongolei sind übrigens die Hepatitis C und der Alkoholismus.

Ob unsere Systeme der Qualitätskontrolle Vorbild geben werden, bleibt abzuwarten. Ich habe tolle Menschen kennenlernen dürfen, bin aber erneut von der Frage bewegt, ob Zivilisation die Menschen wirklich glücklich macht.



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

Wenn die virtuelle Welt die reale verdrängt

Ob berufstätig oder im Ruhestand, ob Schüler oder Student – knapp 80% der Deutschen sind inzwischen online. Dabei nutzen zunehmend mehr Menschen das World Wide Web in einem Maß, das der Gesundheit schadet. 560 000 Menschen in Deutschland sind onlinesüchtig, schätzt der aktuelle Drogenbericht der Bundesregierung.

DER EINE LIEST, telefoniert, mailt oder verschickt SMS – der andere spielt, shoppt, chattet oder schaut Videos. Während die meisten völlig selbstverständlich und unproblematisch mit Computer und Internet in Beruf und Alltag umgehen, gelten rund 1% der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland als internetabhängig. So lautet das Ergebnis der vom Bundesministerium für Gesundheit seit 2010 geförderten Studie *Prävalenz der Internetabhängigkeit* (PINTA), bei der rund 15 000 Menschen zur Internetnutzung befragt wurden. Sie kommt außerdem zu dem Schluss, dass 4,6% der 14- bis 64-Jährigen, darunter vor allem Jugendliche und junge Erwachsene, als problematische Internetnutzer gelten.

Die meisten exzessiven Nutzer spielen Online-Spiele (darunter Online-Rollenspiele und Online-Glücksspiele) oder tummeln sich in den sozialen Netzwerken. Insgesamt sind Männer und Frauen fast gleichermaßen von Internetabhängigkeit betroffen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, betont außerdem, dass Internetsucht in allen sozialen Schichten vorkomme.

Viele Begriffe – ein Phänomen

»Computer- oder Onlinesucht, Internet- oder Computerspielabhängigkeit, pathologischer PC- bzw. Internetgebrauch« – in Deutschland stehen viele Begriffe für ein Phänomen, das seit etwa zehn Jahren untersucht und mehrheitlich den sogenannten Verhaltenssuchten (den stoffungebundenen Suchterkrankungen) zugeordnet wird. Während bei der Alkohol- oder Drogensucht der Konsum eines Stoffes zur Abhängigkeit führt, wird bei der Internet- oder Onlinesucht das Verhalten selbst zur Besessenheit. Dabei nutzen Betroffene das World Wide Web so intensiv, dass sie darüber immer mehr Lebensbereiche wie Familie, Freunde, Beruf, Schule und Hobbys vernachlässigen, so dass eine behandlungsbedürftige psychische Störung entstehen kann.

4,6% sind problematische User

Auch ohne eindeutige und verbindliche Definition beschreiben Psychologen einige charakteristische Symptome, die sich teilweise mit denen einer Suchtstörung decken, zum Beispiel ein häufiges unüberwindliches Verlangen, sich ins Internet einzuloggen, Kontrollverlust (längere Nutzung als beabsichtigt), Beeinträchtigung des Soziallebens und Entzugerscheinungen, wenn das Internet nicht genutzt wird. Obwohl der Betroffene die negativen Folgen seines Verhaltens kennt, kann er den Internetgebrauch nicht einschränken. Die Arbeitsfähigkeit lässt nach, er bagatellisiert seine Nutzungsgewohnheiten. Ist er offline, reagiert er nervös, aggressiv oder depressiv.

Es bleibt nicht ohne körperliche Folgen

Daneben drohen auch physische Schäden. Langes und falsches Sitzen führt zu Muskelverspannungen bis hin zu Wirbelsäulen- und Genickschäden, zum Beispiel Bandscheibenvorfällen. Langes Starren auf den Bildschirm kann zudem die Augen schädigen. Viele Internetnutzer geraten unter Stress, reagieren mit Kopfschmerzen, nervösen Magenbeschwerden, Konzentrations- und Schlafstörungen. Auch Kreislauf- und Gewichtsprobleme können auftreten.

Kinder ... Kinder ...

Da die Onlineabhängigkeit besonders junge Menschen betrifft, sorgen sich immer mehr Eltern um den Medienkonsum ihrer Kinder. Bereits 39% der 6- bis 7-Jährigen nutzen das Internet, und zwar durchschnittlich 11 Minuten täglich. Mit zunehmendem Alter sind dann immer mehr Kinder und Jugendliche immer länger online, bestätigt die Studie »Jung und vernetzt – Kinder und Jugendliche in der digitalen Gesellschaft« des Bundesverbandes Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V. (BITKOM) aus dem Jahr 2014. Zwischen 16 und 18 Jahren surfen Jugendliche rund zwei Stunden täglich. Gerade in diesem Alter gibt es jedoch viele Intensivnutzer.



Die Grenze zwischen »gesunder« und gesundheitsgefährdender Online-Nutzung festzulegen ist schwer, sagt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). So kann man nicht verbindlich definieren, ab wie viel Stunden täglicher Computernutzung eine Onlinesucht vorliegt. Auch sei es nicht besorgniserregend, wenn Kinder sich phasenweise länger mit einem Computerspiel oder Internetangebot beschäftigen würden. Verbindliche Checklisten gibt es nicht, wohl aber Warnsignale. Eltern sollten genau hinschauen, wenn sie den Eindruck haben, die virtuelle Welt sei wichtiger als die reale, empfiehlt die BZgA. Wenn das Kind sein Verhalten auffällig verändert, sich zurückzieht oder verstummt, wenn der Computer die Freizeitgestaltung hauptsächlich bestimmt, er als Trostspender oder zum Stressabbau genutzt wird, kann dies auf eine problematische Nutzung hinweisen. Auch wenn schulische oder häusliche Pflichten, Sportverein oder Jugendgruppe vernachlässigt werden, sollten Eltern sich nicht scheuen, das Thema anzusprechen – selbst wenn das Kind das Problem leugnet. Statt Computerverbote zu verhängen, ist es erfolgversprechender, gemeinsam nach Lösungen zu suchen und sich gegebenenfalls professionelle Unterstützung zu suchen.

Dorothee Buschhaus

Drei Fragen an ...

... **Dr. Christoph J. Tolzin**, Leiter des Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie

forum Wie lässt sich das Phänomen der Internetabhängigkeit aus Ihrer Sicht einordnen?

Tolzin Noch ist der pathologische Internetgebrauch nicht als eigenständige psychische Störung in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen für psychische Störungen (ICD-10 und DSM-5) aufgeführt. Es ist vielmehr noch unklar, ob das Phänomen als Suchterkrankung, Impulskontrollstörung oder Zwangsstörung eingeordnet werden kann oder ob es als neuartiges Erscheinungsbild bei einer schon bestehenden psychischen Störung definiert werden soll. Als gesichert gilt jedoch, dass ein exzessiv betriebener Internetgebrauch einen Menschen so beeinträchtigen kann, dass fachliche Hilfe nötig ist.

forum Worin bestehen die Gefahren einer exzessiven Internetnutzung, und wann ist professionelle Hilfe notwendig?

Tolzin Wer seine Freizeit fast ausschließlich vor dem Computer verbringt, kann den Blick für die Realität verlieren. Beziehungen können scheitern. Es droht die soziale Isolation. Im Extremfall kann die Sucht zu Arbeitslosigkeit, zu Verarmung, auch zu körperlicher Verwahrlosung führen. In diesen Fällen sollten Betroffene Angebote von Selbsthilfegruppen oder von Diakonie, Caritas oder AWO wahrnehmen. Wenn der pathologische Internetgebrauch zu einer krankhaften Störung im Sinne der Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie führt, stehen als Richtlinienverfahren die kognitive Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und gegebenenfalls die analytische Psychotherapie zur Verfügung. Spätestens wenn sich eine solche Entwicklung abzeichnet, ist eine Therapie unbedingt angezeigt. Therapieoptionen bieten zum Beispiel Behandlungskonzepte aus dem Suchtbereich, die auf den Internetkonsum angepasst sind. Diese Therapie zielt dann vor allem auf den Abbau des dysfunktionalen Nutzungsmusters und die Schaffung eines medienkompetenten Umgangs mit dem Computer in Alltag und Beruf.

forum Inwieweit können und sollten Eltern den Internetgebrauch ihres Kindes kontrollieren und reglementieren?

Tolzin Klare Vereinbarungen können wertvolle Orientierung geben. So können zum Beispiel Zeitkonten vereinbart werden, die festlegen, wie viele Stunden pro Woche die Kids im Internet sein dürfen. Auch sollten sich Eltern immer dafür interessieren, welche Internetangebote ihre Kinder nutzen – nicht nur, um zu sehen, ob diese auch den Jugendschutzbedingungen entsprechen. Und sie sollten Alternativen anbieten: Sport, Musik, Freunde treffen.

Operation Obamacare – Was wird aus Präsident Obamas größtem innenpolitischen Projekt?



Dass es so schwierig werden würde, hätte Amy Moses nicht gedacht: Immer wenn die New Yorker Unternehmerin ein Krankenhaus oder einen Arzt anruft, heißt es: »Tut uns leid, Obamacare nehmen wir nicht.« Dabei hatte sie als Anhängerin von Präsident Obama und dessen Gesundheitsreform sofort eine entsprechende Krankenversicherung abgeschlossen.

DANN STELLTE SIE FEST, dass das eine schlechte Idee war, sagte sie der *New York Times*. Denn viele der Policen, die man unter Obamacare kaufen kann, bieten nur eine Minimalversorgung. In New York etwa kann man nicht in renommierte Krankenhäuser, auf den Termin beim Facharzt wartet man Monate. Obamacare selbst ist keine Versicherung, sondern ein Gesetz und ein dazugehöriges System, in dem private Versicherungen günstige Versicherungspläne entwickeln und über Internetbörsen anbieten sollen. Je nach Einkommen gibt es staatliche Subventionen und Steuererleichterungen. Völlig neu ist dabei für die USA die Versicherungspflicht; im freiheitlich und extrem marktwirtschaftlich denkenden Amerika ist sie für viele eine unerhörte Anmaßung und Einschränkung persönlicher Freiheit. Für einige Gesundheitsexperten liegt hier auch der Kern des Problems: Man habe versucht, ein profitorientiertes Versicherungssystem mit staatlichem Zwang zu kombinieren – das könne nicht gelingen, schreibt etwa Jon Schwarz auf der Journalisten-Website *The Intercept*. Genau hier setzt Hillary Clintons Konzept für eine Weiterentwicklung von Obamacare an, sollte sie die Wahl gewinnen: Sie könne sich vorstellen, Obamacare eine Art staatliche Versicherung (public option) hinzuzufügen, die keine Gewinne machen müsse. Sie will den Anteil der Versicherten von heute gut 90% auf 100% steigern und die Kosten für die Versicherungen unter Kontrolle behalten. Donald Trump dagegen will Obamacare am liebsten abschaffen. Gesundheitsexperten weisen darauf hin, dass das jedoch gar nicht so einfach wäre: Das Haushaltsdefizit würde explodieren und Millionen Amerikaner wieder ohne Versicherung dastehen. Außerdem bestehe das Gesetz aus hunderten von Regelungen, die man nicht einfach so rückgängig machen könne.

Fest steht: Die Reform, die eigentlich *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) heißt und von den Republikanern als Obamacare verunglimpft wurde, steht von mehreren Seiten unter Beschuss: Große Versicherer steigen aus

den Börsen aus, weil sie riesige Verluste machen – allein 2015 sollen es über fünf Milliarden Dollar gewesen sein. Junge Menschen steigen nicht ein, weil sie hoffen, nicht krank zu werden und lieber die obligatorische Strafe zahlen. »Diese Strafen sind leider viel zu niedrig«, sagt Beth Morrow, eine Juristin aus Brooklyn, die an Teilen des Gesetzes mitgearbeitet hat. Die Prämien steigen regelmäßig, auch weil nur zwölf Millionen US-Bürger ihre Versicherung über die Börsen erworben haben. Für ein tragfähiges System bräuchte es aber viel mehr. Und die, die drin sind, sind älter und kommen mit einer medizinischen Vorgeschichte. Was eigentlich eine Errungenschaft von Obamacare ist – Versicherer dürfen Menschen mit Vorerkrankungen nicht mehr ablehnen –, wird nun zum Bumerang.

Aber bei aller Kritik hat die Reform auch einiges erreicht: Über 20 Millionen Menschen haben wegen Obamacare zum ersten Mal überhaupt eine Versicherung. Mit einer Rate von 8,6% sank der Anteil der nicht versicherten Menschen auf ein historisches Tief. Die enormen Gesundheitskosten und vor allem ihr kontinuierlicher Anstieg wurden eingedämmt. Experten raten deshalb zu einer realistischeren Einschätzung: Vielleicht, so sagen sie, sei Obamacare nicht der ganz große Wurf gewesen, der das amerikanische Gesundheitssystem total umgekrempelt hat, sondern eher ein Zusatz zum bestehenden System. Einer, der begrenzten Service für Niedrigverdiener bietet. Dass dem so ist, damit hatte Amy Moses nicht gerechnet. Sie hatte Obamacare aus politischer Überzeugung gewählt – und fühlt sich nun als Patientin zweiter Klasse.



Britta Sembach ist Journalistin und Autorin und lebt in New York. kontakt@brittasembach.de

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK Rheinland-Pfalz

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer **Volker Reiboldt**
Telefon 0391.5661-0
E-Mail kontakt@mdk-san.de

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

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

Verantwortlicher Redakteur

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

Redaktion

Dr. Martina Koesterke m.koesterke@mds-ev.de
Dorothee Buschhaus d.buschhaus@mds-ev.de
Martin Dutschek martin.dutschek@mdkn.de
Michaela Gehms m.gehms@mds-ev.de
Jan Gömer jan.goemer@mdk-nord.de
Markus Hartmann markus.hartmann@mdkbw.de
Dr. Barbara Marnach
b.marnach@mdk-nordrhein.de

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

Redaktionsbüro

MDS e. V., Martina Knop
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon +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

Titelmotiv und u4 u. Verw. von: judigrafie / photocase.de; phibo / photocase.de; jba / photocase.de
S. 2 G. Marturano
S. 5 u. Verw. v. joexx / photocase.de
S. 6 u. Verw. v. King_memphis / photocase.de
S. 9 u. Verw. v. Screeny / photocase.de
S. 10 u. Verw. v. neophoto / photocase.de
S. 13 u. Verw. v. Martin Koos / photocase.de
S. 14 u. Verw. v. cydonna / photocase.de
S. 25 no more lookism / photocase.de
S. 27 Arnd_Drifte / photocase.de
S. 31 misterQM / photocase.de

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

ISSN 1610-5346

