

MDKforum

Pflegereform: Ein neues Maß
für Selbstständigkeit



Aufbruch in ein neues Zeitalter?

Selten wurde ein neues Gesetz mit derart großen Erwartungen verknüpft. Der vielzitierte Paradigmenwechsel in der Pflegebegutachtung soll die Pflegeversicherung gerechter machen und das derzeit gültige Begutachtungsverfahren vom Kopf auf die Füße stellen, also grundlegend neu ausrichten. Damit dieses Vorhaben gelingen kann, wurde im Vorfeld viel getan. All diese Aspekte des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) sowie dessen Auswirkungen auf die Medizinischen Dienste beleuchten wir in diesem Schwerpunkt. Wir stellen Ihnen das Begutachtungsverfahren und dessen Praxistest vor und schauen auf die Reaktionen der einzelnen Akteure – von Politik, Pflegekassen, Leistungserbringern, Verbrauchern und den MDK.

Auch ein weiteres Thema, das die Medien derzeit beschäftigt, hat Auswirkungen auf die MDK, wenn auch erst auf den zweiten Blick: Derzeit leben bei uns etwa 1,6 Millionen Migrantinnen und Migranten, die älter sind als 64 Jahre. In 15 Jahren werden es 2,8 Millionen sein – Menschen, die mit zunehmendem Alter pflegebedürftig werden. Aufgrund von kulturellen Unterschieden und Sprachbarrieren spielt die kultursensible Pflegebegutachtung in den MDK eine immer wichtigere Rolle.

Außerdem fragen wir einen Professor für Gesundheitsmanagement nach dem Nutzen der Krankenhausreform. Ich wünsche eine interessante Lektüre! **Ihr Ulf Sengebusch**



Aktuell

Die gute Frage **Was bringt die Krankenhausreform?** 1
Die politische Kolumne **100 Seiten Papier** 32

Titelthema

Ein System wird neu gestaltet 5
Das neue Begutachtungsassessment (NBA) 7
Interview mit Dr. Peter Pick **Alle müssen umdenken und mitgestalten** 9
Eine neue Sichtweise auf dem Prüfstand 10
Die Stoppuhr hat bald ausgedient 11
Ergebnisse einer Erprobungsstudie 13
Der Ball liegt im Feld der Akteure 14

Wissen & Standpunkte

Beitrag zum Nationalen Aktionsplan Integration Schritt für Schritt zur kultursensiblen Pflegebegutachtung 16
Palliativmedizin trifft Geriatrie **Wann wächst zusammen, was zusammengehört?** 18
Qualitätsprüfungen unter der Lupe **Wer prüft die Prüfer?** 20

Gesundheit & Pflege

Größte Gesundheitsstudie in Hamburg
Back to the future 22
Sachsen-Anhalts erstes Kinderhospiz **Es bleibt ein bunter Schmetterling** 24
Ein Altenheim für die Kinder vom Bahnhof Zoo 26

Weitblick

Sonderpädagogik in Indien ... **damit anders nicht tödlich endet** 28
Inaktives Leptin und extremes Übergewicht **Einer seltenen Erkrankung auf der Spur** 30

Was bringt die KRANKEN- HAUS- REFORM?

Die Qualität in den deutschen Krankenhäusern soll besser werden. Dazu hat das Bundeskabinett im Juni die Krankenhausreform verabschiedet. Doch was wird sich nun ändern? Darüber sprach MDK forum mit Prof. Dr. Jonas Schreyögg, dem Lehrstuhlinhaber für Gesundheitsmanagement an der Universität Hamburg. Er ist gleichzeitig Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

Ein Thema des Reformpaketes ist die Stärkung der Qualitätssicherung in den stationären Einrichtungen. Was versprechen Sie sich davon?

Bisher hatte weder die Nichteinhaltung von qualitätssichernden Maßnahmen noch die tatsächlich erzielte Qualität einer Krankenhausbehandlung Auswirkungen auf die Vergütung dieser Leistung. Das Nichterreichen von Mindestmengen bleibt bisher folgenlos und Komplikationen führen z. T. sogar zu einer Höhergruppierung. Zudem war es den Bundesländern kaum möglich, rechtssicher eine von Qualitätskriterien geleitete Krankenhausplanung durchzuführen. Das Gesetz sieht hier sehr umfangreiche Maßnahmen an vielen unterschiedlichen Stellen des Systems vor.

Zunächst schaffen sie erstmals die Voraussetzung, dass Bundesländer eine qualitätsgeleitete Krankenhausplanung auf Basis von G-BA-definierten Kriterien durchführen können und bei Nichteinhaltung von Kriterien sogar Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan ausschließen können. Diese Maßnahme stättet die Bundesländer mit einem völlig neuen Gestaltungsspielraum aus. Dieser Schritt erscheint konsequent, da in vielen Bundesländern die Krankenhausplanung de facto an Bedeutung verloren hatte. Das Gesetz sieht auch eine ganze Reihe von wichtigen Konkretisierungen und Verschärfungen der Qualitätssicherung, zu implementieren durch den G-BA, vor. So soll ein Nichteinhalten der Qualitätsrichtlinien sowie der Mindestmengenregelung durch Vergütungsabschläge sowie Nichterstattung der Leistungen sanktioniert werden. Diese Regelungen wären sehr wichtig, da die bisherige Qualitätssicherung weitgehend ohne Konsequenzen war.

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher und aussagekräftiger gestaltet. Auch das ist sehr positiv zu bewerten, da die Berichte bisher für einen

normalen Bürger kaum zu verstehen waren. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass sofort Sanktionen ausgelöst werden sollen, sobald die Dokumentationsrate eines Krankenhauses bei den jeweiligen Indikatoren unter 100% liegt. Bisher lag die zu erbringende Dokumentationsrate bei 95%, was die Aussagekraft der Indikatoren deutlich eingeschränkt hat, da 5% der Fälle mit schlechter Qualität, um die es ja gerade in der Regel geht, legal abgeschnitten werden konnten.

Halten Sie das Pflegestellen-Förderprogramm für ausreichend?

In der Tat ist die Zahl der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich gering und Studien aus den USA zeigen, dass die Anzahl der Pflegekräfte sowie deren Qualifikation pro Bett oder pro Fall Einfluss auf die Ergebnisqualität haben. Daher ist eine Berücksichtigung dieser Erkenntnis im Prinzip begrüßenswert. Die Bereitstellung von Mitteln durch ein Pflegestellenförderprogramm erscheint kurzfristig notwendig und sinnvoll. Mittelfristig sollte man jedoch diese Form der *Inputvergütung* überdenken, da sie die im Gesetz avisierten Umstrukturierungsprozesse wenig befördert, sondern die bestehenden Strukturen – ähnlich dem ehemaligen Selbstkostendeckungsprinzip – zementiert. Es sollte daher erwogen werden, innerhalb von zwei bis drei Jahren, sobald aussagekräftige Indikatoren aus Routinedaten vorliegen, die Ausschüttung der Mittel an den Nachweis guter Qualität zu koppeln, z. B. könnte so eine Aufstockung der Mittel für Qualitätszuschläge finanziert und somit als *Outputvergütung* gewährt werden. Denn eine hohe Versorgungsqualität, idealerweise Ergebnisqualität, wird sich nur durch eine angemessene Anzahl an Pflegepersonal erreichen lassen. Zusätzlich könnte man vorübergehend eine fallge-

bundene *Minimum Nursing Ratio* für Krankenhäuser wie z. B. in Kalifornien festlegen, die einen Mindestanteil von Pflegepersonal/-kosten am Case-Mix festschreibt. Ich erwarte insgesamt, dass eine stärkere Messung und Transparenz der Versorgungsqualität anhand von Routinedaten sowie der Verknüpfung von Qualitätsergebnissen mit der Vergütung einen Qualitätswettbewerb unter den Krankenhäusern auslösen wird. Um in diesem Qualitätswettbewerb bestehen zu können, werden viele Krankenhäuser automatisch gezwungen sein, zusätzliches Pflegepersonal einzustellen.

Ein Strukturfonds soll die Schließung unwirtschaftlicher Stationen oder Häuser attraktiver machen. Wie wird sich der Wandel vollziehen?

Prof. Dr. Jonas Schreyögg



Der Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und zum Abbau von Überkapazitäten kann sicherlich zu zusätzlichen Impulsen zur Veränderung der Versorgungsstruktur führen. Ich erwarte vor allem, dass er dazu beiträgt, Krankenhäuser auf dem Land zu verkleinern oder in *Stabilisierungseinheiten* umzuwandeln. Sicherlich werden auch einige Krankenhäuser geschlossen werden. Es darf allerdings bezweifelt werden, dass der Strukturfonds in der Lage ist, die notwendige Umwandlung von vielen ländlichen Krankenhäusern, vor allem in der Nähe von Ballungszentren, in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen tatsächlich im großen Stile zu befördern. Das Kernproblem, dass Landräte die Befürchtung haben, bei Schließung eines Krankenhauses, das nicht selten zu den größten Arbeitgebern in einer Region zählt, nicht wiedergewählt zu werden, kann dadurch nicht beseitigt werden. Hinzu kommt, dass im derzeitigen Krankenhausmarkt infolge der geringen Anzahl an stattfindenden Privatisierungen die Privatisierungserlöse sehr hoch sind (zu hoch für den Strukturfonds). Es ist demnach naheliegend, dass sich ein Landkreis eher für den Erhalt eines Krankenhauses entscheidet und dieses privatisiert, da so zugleich zur Haushaltssanierung beigetragen werden kann. Es könnte allerdings sein, dass die Länder mit den neu ausgestatteten Kompetenzen, z. B. im Falle der drohenden Schließung eines Krankenhauses mit nachgewiesener geringer Qualität, den Prozess befördern und so eine Umwandlung aus Landkreissicht als einziger Ausweg erscheint. Das heißt, es werden

im Einzelnen viele Faktoren zusammenkommen müssen, so dass der Strukturfonds seine volle Wirkung entfalten kann.

Bund und Länder loben die Krankenhausreform als Meilenstein. Wann und wie spüren die Patienten etwas davon?

Vor allem im Bereich Qualität werden die Patienten schnell Änderungen spüren. Die geballte Qualitätsinitiative dieses Gesetzes wird dazu führen, dass vor allem Krankenhäuser, die in diesem Bereich schlecht aufgestellt sind, jetzt schon schnell Änderungen herbeiführen werden. Meine Erfahrung ist, dass die entsprechenden Kliniken die eigenen Defizite, zumindest grob, relativ gut kennen. Es gibt viele Maßnahmen, die man schnell auf den Weg bringen kann, z. B. die Diskussion interner Qualitätsergebnisse, Verbesserung von Hygienestandards oder Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich. Andere Maßnahmen wie die Implementierung klinischer Pfade dauern länger.

*Die Fragen stellte
Martin Dutschek*

EndoBarrier: Hersteller bricht US-Zulassungsstudie ab

Das amerikanische Unternehmen GI Dynamics hat im Juli seine US-Zulassungsstudie für sein Medizinprodukt EndoBarrier für sein Medizinprodukt EndoBarrier endgültig abgebrochen. Hintergrund sind deutlich erhöhte Leberinfektionsraten. Diese hatten bereits im März die amerikanische Zulassungsbehörde FDA veranlasst, die weitere Rekrutierung von Patienten für die Teilnahme an der Studie zu stoppen. Der EndoBarrier ist ein Schlauchsystem zur Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ II und / oder Adipositas. Es wird in den oberen Dünndarm eingesetzt und reduziert die Nahrungsverwertung und damit die Kalorienaufnahme.

Für den europäischen Markt ist es seit 2010 auf der Basis der CE-Kennzeichnung zugelassen. Seitdem haben die Krankenkassen immer häufiger Anträge auf Kostenübernahme von EndoBarrier-Behandlungen erhalten. Doch es fehlten zuverlässige Informationen über Nutzen und Schaden der Behandlung. Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes legten deshalb Experten des MDS und der MDK im Juni 2014 ein Gutachten vor. Dabei ging es um die Frage, ob das Einsetzen des EndoBarrier den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse darstellt. Das Gutachten wurde Mitte März 2015 aktualisiert. Aufgrund der Datenlage kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, »dass sich keine hinreichend sichere Abwägung von Nutzen und Schaden der Methode vornehmen lässt«. Das Gutachten finden Sie auf der Website des MDS unter www.mds-ev.de.

Mammographie-Screening: Kooperationsgemeinschaft legt Evaluationsbericht vor

Mit dem Alter steigt das Risiko einer Brustkrebskrankung. Das zeigt auch der Evaluationsbericht, den die Kooperationsgemeinschaft Mammographie Anfang September veröffentlicht hat: Die Auswertung für das Jahr 2012 erfasst die Screening-Teilnehmerinnen in 5-Jahres-Altersgruppen. Bei 50- bis 54-jährigen Frauen, die das erste Mal die Untersuchung durchführen lassen, findet das Screening bei 6 von 1000 Frauen Brustkrebs. Mit höherem Alter steigt auch die Entdeckungsrate kontinuierlich an und ist am höchsten für die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen, die das erste Mal am Screening teilnehmen. Von ihnen erhalten 15 von 1000 Frauen die Diagnose Brustkrebs. Bei Frauen, die wiederholt am Screening teilnehmen, wird im Vergleich seltener Brustkrebs diagnostiziert. In der Altersgruppe von 50 bis 54 Jahren betrifft das rund 4 von 1000 untersuchten Frauen. Sind sie älter als 64 Jahre, spürt die Mammographie bei doppelt so vielen Frauen bösartige Tumore auf. Im Jahr 2012 nahmen insgesamt rund 2,8 Millionen Frauen am Screening teil. Im Durchschnitt aller Teilnehmerinnen wurde bei 6 von 1000 untersuchten Frauen Brustkrebs entdeckt.

Mehr Beschäftigte in der Altenpflege

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege ist von 507 651 Ende 2013 auf 528 744 Ende 2014 angestiegen. Ein Zuwachs um 21 093 Beschäftigte bzw. 4,3%. Das zeigen die jüngsten Daten der Bundesagentur für Arbeit von Juli 2015. Mit den Worten »Der Job-Motor Altenpflege brummt« kommentierte Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), die neuesten Zahlen. Diese sagen allerdings noch nichts darüber aus, ob und über welche Qualifikation die Beschäftigten verfügen. Die Zahl der Fachkräfte stieg im selben Zeitraum von 263 492 auf 274 630 (+4,2%). Sie ist damit etwas weniger gewachsen als die Zahl aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Laut Meurer hätte der Zuwachs an Fachkräften »das Doppelte betragen können, gäbe es nicht einen erheblichen Fachkräftemangel. Es fehlen bis zu 50 000 Altenpflegekräfte«.

Sanvartis darf Unabhängige Patientenberatung (UPD) übernehmen

Der GKV-Spitzenverband kann die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ab 2016 an das Duisburger Unternehmen Sanvartis vergeben. Das hat die Vergabekammer des Bundeskartellamts am 3. September 2015 bestätigt. Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, begrüßte die Entscheidung und erklärte: »Mit dem Spruch der Vergabekammer haben wir die Bestätigung, dass unser Vorgehen korrekt war. Wir hatten uns bewusst für eine europaweite Ausschreibung entschieden.« Der GKV Spitzenverband kündigte an, nun schnellstmöglich den Zuschlag zu erteilen.

Diesen hatte Sanvartis bereits nach dem europaweiten Ausschreibungsverfahren des GKV-Spitzenverbandes erhalten. Daraufhin legten die bisherigen Betreiber der UPD – der Bundesverband der Verbraucherzentralen, der Sozialverband vdk und der Verbund Unabhängige Patientenberatung – Beschwerde gegen das Verfahren ein. Sie hatten sich als Bietergemeinschaft an der Ausschreibung beteiligt und zweifeln an der Unabhängigkeit von Sanvartis. Sanvartis betreibt das nach eigenen Angaben größte medizinische Callcenter in Deutschland und arbeitet dabei auch mit Kassen und Pharmaherstellern zusammen.



Ein System wird neu gestaltet

In den vergangenen Jahren wurde immer wieder an der Pflegeversicherung herumgedoktert, um Menschen mit demenziellen Erkrankungen besser zu unterstützen. Doch es war schnell klar, dass das System grundlegend neu gestaltet werden muss. Nach jahrelangen Vorarbeiten hat die große Koalition nun die umfangreichste Reform seit Bestehen der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht. Sie soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

KARL-JOSEF LAUMANN legte kürzlich ein ungewöhnliches Geständnis ab. »Wir hatten das Thema Demenz schlicht nicht auf dem Schirm«, räumte der heutige Pflegebeauftragte der Bundesregierung ein, als er nach der Entstehung der Pflegeversicherung vor 20 Jahren gefragt wurde. Natürlich habe es auch damals schon Demenzkranke gegeben, so der CDU-Politiker, der damals an den parlamentarischen Beratungen über die Einführung der fünften Säule der Sozialversicherung beteiligt war. Doch deren spezielle Bedürfnisse hätten bei den Debatten keine Rolle gespielt. Laumanns Erklärung für das Versäumnis: »Eine Pflegewissenschaft, wie wir sie heute kennen, existierte noch nicht.«

Ein neuer Begriff von Pflegebedürftigkeit

Kern der jetzt eingeleiteten Reform ist eine Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit. Bisher stehen bei der Einschätzung die körperlichen Gebrechen im Vordergrund. Kann sich ein Mensch noch selber waschen, kann er allein essen, wie mobil ist er? Dementsprechend werden die Hilfsbedürftigen sehr schematisch drei Pflegestufen zugeordnet.

Dabei fallen Menschen durch das Raster, die Probleme mit der Wahrnehmung haben oder psychische Störungen. Demenzkranke sind zum Beispiel nicht selten körperlich fit, brauchen dennoch eine

Demenzkranke könnten sich waschen, vergessen es aber

umfangreiche Betreuung. Sie können sich oft noch allein waschen. Doch sie tun es nicht, weil sie es schlicht vergessen. Bis zu 250 000 Demenzkranke bekommen heute gar keine Leistungen aus der Pflegeversicherung, obwohl sie hilfsbedürftig sind.

Mehrfach gab es kleinere Korrekturen, um die Situation insbesondere für altersverwirrte Menschen zu verbessern. So wurde speziell für Menschen mit leichteren kognitiven

Problemen eine »Pflegestufe 0« eingeführt. Es setzte sich aber die Erkenntnis durch, dass an einer kompletten Umstellung des Begutachtungs- und Einstufungssystems kein Weg vorbeiführt. Bereits 2006 setzte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) einen Expertenrat ein. Dieser schlug in seinem 2009 vorgelegten Abschlussbericht ein Modell mit fünf sogenannten Pflegegraden vor, um das Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im täglichen Leben besser abbilden zu können.

Durch den Regierungswechsel im Herbst 2009 blieb der Bericht zunächst folgenlos. Erst 2012 beauftragte Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) den Beirat erneut, um noch offene Fragen der Umstellung zu klären. Zu einer Reform kam es in dieser Wahlperiode aber ebenfalls nicht, weil die schwarz-gelbe Koalition Sorge vor zu hohen Kosten hatte.



Erst Union und SPD vereinbarten dann in ihrem Koalitionsvertrag vom Herbst 2013, in der laufenden Wahlperiode den Pflegebegriff nach den Vorschlägen des Expertenbeirats neu zu definieren.

Aus 3 Stufen werden 5 Grade

Bisher prüfen die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, wie viel zeitliche Unterstützung die Betroffenen benötigen – daher der häufig verwendete Begriff Minutenpflege. Die Gutachter setzen zur Vereinfachung pauschale »Zeitorientierungswerte« an: Zahnpflege fünf Minuten, vollständiges Waschen 20 bis 25 Minuten, Ankleiden acht bis zehn Minuten. Wer mindestens 46 Minuten dieser sogenannten Grundpflege benötigt, erhält die Pflegestufe I (»erhebliche Pflegebedürftigkeit«). Bei Stufe II »Schwerpflegebedürftigkeit« sind es mindestens 120 Minuten, bei Stufe III (»Schwerstpflegebedürftigkeit«) mindestens 240 Minuten. Je höher die Stufe, desto mehr Geld zahlt die Pflegeversicherung.

Künftig wird bei der Begutachtung der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen. Dazu zählen wie bisher das Maß der Selbstversorgung und der Mobilität, aber zusätzlich auch geistige und kommunikative



Fähigkeiten sowie die Möglichkeiten zur Gestaltung des Alltags und soziale Kontakte. In jedem Bereich werden je nach Schwere der Beeinträchtigung Punkte vergeben. Die Gesamtzahl entscheidet über den neuen Pflegegrad. Es spielt damit keine Rolle mehr, ob die Selbstständigkeit durch körperliche oder durch geistige Gebrechen eingeschränkt ist.

Ein Vergleich beider Systeme ist schwierig

Durch die Reform sollen etwa eine halbe Million Menschen mehr als bisher Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten. Tendenziell sorgt die Umstellung dafür, dass stark hilfsbedürftige Menschen – also insbesondere Demenzkranke – mehr Unterstützung bekommen, während die Leistungen für leichtere Pflegefälle sinken. Neues und altes System lassen sich aber nur begrenzt miteinander vergleichen. Es gibt jedoch eine gewisse Logik: Demenzkranke erhalten immer zwei Stufen mehr als heute: So wird die heute niedrigste Pflegestufe 0 (Demenzkranke, die noch kein Anrecht auf die Pflegestufe 1 haben) zum Pflegegrad 2, die Pflegestufe I wird Pflegegrad 3 usw. Das bedeutet in der Regel

deutlich mehr Geld. Beispiel: Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 1 und Einschränkung der Alltagskompetenz (zum Beispiel ein Demenzkranke) erhält € 316 Pflegegeld oder € 689 Sachleistungen. Ab 2017 werden es im Pflegegrad 3 dann € 545 Pflegegeld oder € 1298 Sachleistungen sein.

Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Gebrechen gilt eine Stufe mehr: Die Pflegestufe I wird Pflegegrad 2, die Pflegestufe II wird Pflegegrad 3 usw. Dabei steigen die finanziellen Leistungen nicht ganz so stark: Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I ohne Einschränkung der Alltagskompetenz erhält demnach derzeit € 244 Pflegegeld oder € 468 Sachleistungen. Ab 2017 wird er in den Pflegegrad 2 eingestuft und erhält € 316 Pflegegeld oder € 689 Sachleistungen.

Besondere Vorkehrungen hat die Bundesregierung dafür getroffen, dass niemand durch die Reform schlechter gestellt wird. Wer heute schon Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommt, hat Bestandsschutz. Selbst diejenigen, die sich in der Hoffnung auf eine Besserstellung neu begutachten lassen und dann doch schlechter eingestuft werden, können das Ganze am Ende wieder rückgängig machen. Dieser Schutz hat auch damit zu tun, dass die Reform 2017 startet – das ist ein Wahljahr. Die Übergangsregelung kostet allerdings einmalig rund vier Milliarden Euro. Das Geld soll aus der Rücklage der Pflegeversicherung kommen, die damit weitgehend aufgebraucht wird.

Finanziert wird die Reform durch eine weitere Anhebung des Beitrags. Bereits zum 1. Januar dieses Jahres waren Leistungsverbesserungen in Kraft getreten, weshalb der Beitrag um 0,3% auf 2,3% (2,6% für Kinderlose) stieg. 2017 wird er dann um weitere 0,2% auf dann 2,55% (Kinderlose 2,8%) erhöht. Insgesamt fließen so in dieser Wahlperiode fast fünf Milliarden Euro zusätzlich in die Pflegeversicherung. Das sind immerhin 20% mehr.

Werden damit alle Probleme der Pflegeversicherung gelöst? Auch wenn die Reform Verbesserungen bringt, bleibt es dabei, dass die Pflegeversicherung immer nur einen Teil der Kosten abdeckt. Pflegenden Angehörigen werden zudem weiterhin die Hauptlast tragen. Und ob Pflegebedürftige im Heim mehr Zuwendung bekommen, ist längst nicht sicher. Denn ein Problem kann auch diese Reform nicht lösen: Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst stetig, doch schon heute herrscht in der Altenpflege Fachkräftemangel. 30 000 Stellen sind unbesetzt, bis 2030 fehlen Studien zufolge bis zu 300 000 Pflegekräfte. »Die schönste Pflegeversicherung nützt doch nichts, wenn wir nicht genügend Fachkräfte finden, die die Menschen tatsächlich pflegen«, mahnt Laumann: »Geld pflegt bekanntermaßen nicht.«

**Geld pflegt nicht,
es fehlen Fachkräfte**



Timot Szent-Ivanyi ist Redakteur bei der DuMont Redaktionsgemeinschaft und schreibt u. a. für die Berliner Zeitung und die Frankfurter Rundschau

Das neue Begutachtungsassessment (NBA)

Das Pflegestärkungsgesetz II schafft eine neue Basis für die Begutachtung pflegebedürftiger Menschen. Grundlage ist nicht mehr der Hilfebedarf bei der Grundpflege gemessen in Minuten, sondern die Selbstständigkeit in allen relevanten Lebensbereichen.

DIE AUSWIRKUNGEN körperlicher, kognitiver oder psychischer Schädigungen und Beeinträchtigungen werden gleichrangig behandelt. Auch der Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen wird berücksichtigt. Dabei steht die Selbstständigkeit im Vordergrund. Auf diese Weise erhalten die aktivierende Pflege, präventive und rehabilitative Leistungen, die alle die Ressourcen des Pflegebedürftigen fördern, einen höheren Stellenwert.

Wie erfolgt die Pflegebegutachtung bislang?

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind derzeit Antragsteller, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – der Hilfe bedürfen.

Ausschlaggebend für die Pflegestufe ist das zeitliche Ausmaß der geleisteten Hilfen. Die zeitliche Bewertung des Hilfebedarfs bezieht sich ausschließlich auf

Grundlage für die Einstufung in Pflegegrade ist das NBA

die gesetzlich definierten Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. Hilfebedarf bei medizinisch indizierten therapeutischen Maßnahmen, wie z. B. Medikamentengabe, Blutzuckermessen und Insulinspritzen, kann bisher zeitlich nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich prüfen die Gutachterinnen und Gutachter auch eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz anhand des Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf bei den in § 45a Abs. 2 SGB XI gesetzlich definierten 13 Items. Die daraus abgeleiteten zusätzlichen Betreuungsleistungen, die bisher nur Personen mit geistiger Behinderung, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen oder psychischen Erkrankungen zugutekamen, wurden gerade erst durch das PSG I im Vorgriff auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als Entlastungs- und Betreuungsleistungen auf alle Pflegebedürftige ausgedehnt.



Wie erfolgt die Pflegebegutachtung mit dem Neuen Begutachtungsverfahren (NBA)?

Nach der neuen Definition ist ein Mensch als pflegebedürftig zu bezeichnen, dessen Selbstständigkeit oder Fähigkeiten beeinträchtigt sind und der deshalb der Hilfe bedarf. Er kann die körperlichen oder psychischen Schädigungen, die Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen sowie die gesundheitlich bedingten Belastungen und Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleichberechtigt ein. Anstelle der bisherigen Sonderleistungen wie der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI haben zukünftig alle Pflegebedürftigen, die den gleichen Pflegegrad haben, die gleichen Leistungsansprüche.

Im Gegensatz zum bisherigen Begutachtungsverfahren wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nach dem Zeitaufwand bemessen, den die Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Neuer Maßstab für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit bei den ausgewählten Aktivitäten und Lebensbereichen (Module 1 bis 6). Weiter erhoben, jedoch nicht in

die Bewertung des Pflegegrades einbezogen wird die Selbstständigkeit im Bereich 7 »Außerhäusliche Aktivitäten« und im Bereich 8 »Haushaltsführung«.

Modul 1

Mobilität bezieht sich auf die Selbstständigkeit bei der Fortbewegung über kurze Strecken und bei Lageveränderungen des Körpers.

Modul 2

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten umfasst mentale Funktionen, die für eine selbstständige Lebensführung von hoher Wichtigkeit sind: Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern (Gedächtnis), Steuern mehrschrittiger Alltagshandlungen, Entscheidungen im Alltagsleben treffen, Sachverhalte und Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen, elementare Bedürfnisse mitteilen, Aufforderungen verstehen, sich an einem Gespräch beteiligen.

Modul 3

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen ist zur Bewertung von Pflegebedürftigkeit besonders wichtig, da die hier angesprochenen Probleme mit einem hohen Maß an personeller Abhängigkeit einhergehen können. Angesprochen sind u. a. selbst- und fremdgefährdendes Verhalten sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen.

Modul 4

Selbstversorgung bezieht sich auf die Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten zur Selbstversorgung wie z. B. Körperpflege, sich kleiden, essen und trinken sowie Ausscheidungen.

Modul 5

Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen Krankheitsbewältigung bei chronischer Krankheit wird in diesem Modul verstanden als Aktivität, die für die autonome Lebensführung entscheidende Bedeutung hat. Dazu zählt der Umgang mit Anforderungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen, z. B. Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln

oder Durchführung zum Teil zeitaufwendiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.

Modul 6

Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte umfasst die Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, die Gestaltung verfügbarer Zeit und die Pflege sozialer Beziehungen.

Bereich 7

Außerhäusliche Aktivitäten bezieht sich auf die Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten einschließlich der außerhäuslichen Mobilität.

Bereich 8

Haushaltsführung Hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange wie die Nutzung von Dienstleistungen, der Umgang mit Behörden und die Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Die Gutachterinnen und Gutachter dokumentierten die Beeinträchtigungen und den Grad der Selbstständigkeit. Sie müssen dabei einschätzen, ob eine Person grundsätzlich in der Lage ist, eine Aktivität selbstständig durchzuführen (z. B. Treppen steigen). Dabei ist es unerheblich, ob diese Aktivität tatsächlich notwendig ist (z. B. wenn die Wohnung keine Treppe hat). Die Bewertung des Grades der Selbstständigkeit bei Aktivitäten erfolgt in den Modulen 1, 4, 6 und Bereich 8 mittels vierstufiger Skala mit den Ausprägungen: selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig und unselbstständig. Für die Module 2, 3, 5 und Bereich 7 wurden modifizierte Formen dieser Skala entwickelt.

Um diese gutachterliche Bewertung vornehmen zu können, ist ähnlich wie im derzeitigen Verfahren neben der gründlichen Erhebung der pflegerlevanten Anamnese und der Versorgungssituation weiterhin eine sorgfältige Befunderhebung erforderlich. Der Gutachter muss die vorgefundenen Sachverhalte so aussagekräftig beschreiben, dass die Pflegekasse die daraus abgeleiteten Empfehlungen sowohl zum Pflegegrad als auch zu präventiven und rehabilitativen Leistungen nachvollziehen kann.



Dr. Barbara Gansweid,
Leiterin des Fachreferates Pflege und der SEG 2
»Pflege«, MDK Westfalen-Lippe
BGansweid@mdk-wl.de

Alle müssen umdenken und mitgestalten

Alles mach neu – so könnte man die Pflegereform kurz zusammenfassen. Aber wie bringt man ein altes System auf eine ganz neue Spur? Wie muss der Übergang aussehen, damit der Richtungswechsel gelingt? Darüber sprach MDK Forum mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS.

forum Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt einen grundlegenden Wandel in der sozialen Pflegeversicherung dar. Warum ist dies notwendig?

Dr. Peter Pick Der aktuell gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff wird den pflegebedürftigen Menschen in vielen Fällen nicht gerecht, weil der Fokus zu sehr auf somatische Defizite gerichtet ist. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert sich dies fundamental. Der Versicherte wird in seiner Individualität umfassend betrachtet. Zentraler Maßstab zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ist nun der Grad der Selbstständigkeit. Die Gutachter fragen künftig: Was kann der Mensch und wobei benötigt er Hilfe und Unterstützung? Es werden auch die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, psychische Problemlagen und die sozialen Kontakte betrachtet. Dadurch erhalten pflegebedürftige Menschen mit gerontopsychiatrischen und psychosozialen Problemen einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung wird insgesamt gerechter.

forum Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bedeutet, dass das Begutachtungsverfahren neu gestaltet werden muss. Wie bereiten sich die MDK darauf vor?

Pick Pflegewissenschaft und MDK haben das neue Begutachtungsverfahren erarbeitet und erfolgreich in der Praxis getestet. Die Praktikabilitätsstudie hat gezeigt, dass das neue Begutachtungsassessment funktioniert und dass dieses sowohl von den Gutachtern als auch von den Versicherten positiv aufgenommen wird. Der nächste entscheidende Schritt wird sein, die Begutachtungs-Richtlinien gemeinsam mit dem GKV-SV zu erar-

beiten. Dies ist notwendig, damit das neue Begutachtungsverfahren überall einheitlich angewandt werden kann. Darüber hinaus erarbeiten die Medizinischen Dienste Schulungskonzepte für die MDK-Gutachter und setzen diese Schritt für Schritt um. Damit das neue Verfahren reibungslos funktionieren kann, ist auch Umrüstung der Begutachtungssoftware erforderlich. Auch daran arbeiten wir bereits.

forum Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs insgesamt gelingt?

Pick Für den erfolgreichen Übergang vom alten auf das neue System brauchen wir sachgerechte Überleitungsregelungen. Der Gesetzentwurf sieht klare Regelungen vor, wie die Versicherten von den derzeitigen drei Pflegestufen in künftig fünf Pflegegrade übergeleitet werden. Durch diese und weitere Regelungen wird der Besitzstand gewährleistet; viele

Pflegebedürftige verbessern sich sogar. Denn Leistungsbezieher sollen durch die Reform nicht schlechter gestellt werden. Zum anderen sollten unnötige Doppelbegutachtungen und Neuansprüche in der Übergangsphase weitestgehend vermieden werden. Dafür ist nicht zuletzt auch eine solide Informationskampagne erforderlich. Denn nur wenn die Menschen wissen, welche Leistungen es für wen gibt und wie das neue Verfahren funktioniert, sind unnötige Anträge vermeidbar. Eines ist klar: Die Pflegereform erfordert von allen Beteiligten ein grundlegendes Umdenken. Die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs ist eine große Herausforderung, die wir gemeinsam meistern werden. Die MDK-Gemeinschaft wird sich in diesen Umsetzungsprozess weiterhin aktiv und konstruktiv einbringen.

Die Fragen stellte Michaela Gehms

Dr. Peter Pick



Eine neue Sichtweise auf dem Prüfstand

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zu einer neuen Sichtweise der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter führen. Er soll vieles verbessern und noch mehr verändern. Doch wie wird das in der Praxis funktionieren?

DAMIT DIESE NEUE AUFGABE die insgesamt rund 2000 Gutachterinnen und -Gutachter der Medizinischen Dienste in der praktischen Anwendung nicht vor ungeahnte Schwierigkeiten stellt, wurde vorgesorgt. Schon im Jahr 2008 hatte der MDS gemeinsam mit der Universität Bremen begonnen, das

Bei beinahe 2000 Begutachtungen getestet

neue Verfahren zu evaluieren. Seit 2014 liegen auch die Ergebnisse der Erprobungsstudie, wissenschaftlich begleitet von der Hochschule für Gesundheit in Bochum, und damit konkrete Empfehlungen für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor. Fest steht: Das neue Begutachtungs-Assessment (NBA) ist für den täglichen Einsatz durchaus geeignet. Außerdem bildet es die Pflegebedürftigkeit eines Menschen umfassender ab als das derzeitige Verfahren.

Eine Studie gegen offene Fragen

Im Vordergrund der sogenannten Praktikabilitätsstudie stand die Frage, wie die Gutachterinnen und Gutachter im Alltag mit der neuen Philosophie zurechtkommen. Ebenso wichtig war es herauszufinden, wie sich das NBA in besonders sensiblen Zusammenhängen bewährt, beispielsweise bei der Begutachtung von kleinen Kindern und Säuglingen. Oder wie es sich auf die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit auswirkt. Weiterhin sollte die Erprobungsphase konkrete Umsetzungsempfehlungen liefern, die den Systemwechsel unterstützen. Und nicht zuletzt waren aus dem letzten Expertenbeirat einige Detailfragen offen geblieben. So galt es zum Beispiel unter realen Begutachtungsbedingungen zu evaluieren: Soll ein pflegebedürftiger Mensch, der seine Arme und Beine nicht mehr benutzen kann, automatisch in den höchsten Pflegegrad eingestuft werden oder nicht?

Aus all diesen Gründen hatten 86 Gutachterinnen und Gutachter aller Medizinischen Dienste, des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der Knappschaft und Medicproof das NBA im Rahmen des Modellprojektes bei insgesamt 1700 er-

wachsenen Antragstellern und 297 Kindern zusätzlich zu einer regulären Begutachtung angewendet.

»Der *Probelauf* stieß bei den zukünftigen Anwendern des NBA auf sehr positive Resonanz, erklärt die Studienleiterin Dr. Andrea Kimmel vom MDS: »Viele erzählten, sie könnten mit dem NBA die individuelle Situation der Antragsteller umfassender als bisher beschreiben. Andere betonten, dass sie auch Details differenziert erfassen könnten.« Auch Themen, die sich bisher nicht abbilden ließen, wie die Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, rückten jetzt in den Fokus, so die Gutachter.

Grundlage für einheitliches Verständnis von Pflegebedürftigkeit

Ihre Erfahrungen ermöglichten auch Antworten auf die offen gebliebenen Detailfragen des Expertenbeirats. Der Pflegebedürftige zum Beispiel, der seine Arme und Beine nicht mehr einsetzen kann, erhält automatisch Pflegegrad 5. »Ohne eine solche Sonderregelung würden diese Menschen, sofern sie keine kognitiven oder kommunikativen Einschränkungen haben, nur schwer einen Pflegegrad erreichen, der ihrem personellen Unterstützungsbedarf gerecht wird«, sagt



Kimmel. Im Hinblick auf die praktische Erprobung der Reha-Bedürftigkeitsprüfung mit dem NBA lässt sich ein potenzieller Rehabilitationsbedarf logisch ableiten und begründen. Der Fokus liegt nicht mehr nur auf den Defiziten, sondern auch auf den Ressourcen des Antragstellers. Auf diese Weise lässt sich ein möglicher Präventions- und Rehabilitationsbedarfs besser erkennen und lassen sich notwendige Leistungen besser fördern. Weiterhin fließen dank der Praktikabilitätsstudie konkrete Vorschläge in Schulungskonzepte oder die noch zu erstellenden Richtlinien ein. Und noch einen Vorteil kennt die Studienleiterin: »Nicht zuletzt konnten wir die Gutachter durch die Praktikabilitätsstudie schon jetzt für die neue Begutachtungsphilosophie sensibilisieren und so den Umdenkprozess in den Medizinischen Diensten einleiten.«

Allerdings sind vor der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens noch zahlreiche wichtige Rahmenbedingungen festzulegen, die sich beispielsweise auf die leistungsrechtliche Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder die Gestaltung des Systemübergangs für die Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung beziehen. Auch die Pflegeeinrichtungen werden sich auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einstellen müssen, denn die neue und umfassende Sichtweise auf Pflegebedürftigkeit muss auch Eingang in die pflegerische Versorgung finden.

Dr. Martina Koesterke

Die Stoppuhr hat bald ausgedient

Ulrike Kissels ist eine der Gutachterinnen, die an dieser Erprobungsstudie teilnahmen. Sie arbeitet seit 17 Jahren für den MDK Nordrhein und hat in dieser Zeit schon mehr als 10 000 Begutachtungen durchgeführt. MDK forum hat die Teamleiterin begleitet, um zu sehen, was sich durch das neue Instrument konkret ändert.

WENN KARSTEN SCHMIEDING* aus München seine Eltern am Niederrhein anruft, beruhigt ihn seine Mutter Else immer: »Mach dir keine Sorgen. Papi und ich kommen schon zurecht.« Liebevoll kümmert sich die 78-Jährige um ihren Mann Gerd, der nach einem Schlaganfall an Sehstörungen, Schwindelanfällen und einer ausgeprägten Gangunsicherheit leidet. Sie schneidet ihm das Essen klein, achtet darauf, dass er seine Medikamente nimmt, hilft ihm im Bad. Bei einem seiner monatlichen Besuche schlägt Karsten Schmieding vor, sich nun doch allmählich um eine Pflegestufe für den Vater zu bemühen.

Heute Abend möchte Marianne Wiedeholt* partout nicht ins Bett gehen. Sie zieht ihre Strickjacke eng um sich und schüttelt energisch den Kopf. Schwester Heike redet der 82-Jährigen gut zu, doch die Seniorin bleibt bei ihrem »Nein«. Die Altenpflegerin lenkt ein: »Ich schau in einem Viertelstündchen noch mal bei Ihnen rein, ja?« In letzter Zeit ist Marianne Wiedeholt häufiger verwirrt, manchmal auch aggressiv. Die Leiterin des Seniorenheims, in dem die alte Dame lebt, hat jetzt einen Wechsel in eine höhere Pflegestufe beantragt.

Wie viel Hilfe ist nötig?

Versicherte, die für längere Zeit auf Hilfe bei der Pflege angewiesen sind, können bei ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen. Die Kasse beauftragt dann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) damit, den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen. Dazu besucht ein MDK-Gutachter oder eine MDK-Gutachterin wie Ulrike Kissels den Versicherten zu Hause und beurteilt anhand eines standardisierten Erhebungsbogens, wie viel Hilfe er wobei braucht. Auf der Grundlage dieses Gutachtens legt die Kasse fest, in welche Pflegestufe der Betreffende eingeordnet wird.

Heute gilt laut Sozialgesetzbuch als pflegebedürftig, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder einer Behinderung dauerhaft Hilfe für die wesentlichen Verrichtungen des alltäglichen Lebens, etwa das Anziehen oder Waschen, benötigt. Als Maßeinheit dient dabei

Bisher werden die Minuten gezählt

der Zeitaufwand: Wie viele Minuten sind für welche Art der Hilfe erforderlich? Als die Pflegeversicherung vor zwanzig Jahren eingeführt wurde, hatten die Initiatoren in erster Linie Menschen wie Gerd Schmieding, also Versicherte mit körperlichen Einschränkungen, im Blick. Beim

**Bald wird
entscheidend, was ein
Mensch noch kann**

bisherigen Begutachtungsverfahren ging es folglich vor allem um Fragen wie die, ob sich der Betreffende zum Beispiel allein anziehen oder ohne Hilfe essen

kann. Nach dem neuen Verfahren sollen zukünftig auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt werden. »Es geht darum, zu einer besseren, individuelleren Pflege zu kommen« – so fasst Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe das Ziel der Reform zusammen.

Ein umfassenderer Blick auf den Menschen

»Pflege wird mit dem NBA viel umfassender definiert«, erläutert MDK-Gutachterin Ulrike Kissels. Die Grundlage dafür bildet ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Zukünftig gilt als pflegebedürftig, wer nicht über die Fähigkeiten verfügt, körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen selbstständig zu kompensieren.

Was sich ab 2017 konkret ändern wird, beschreibt Ulrike Kissels: »Im Moment ist es so, dass der Zeitaufwand für gesetzlich definierte Verrichtungen erfasst wird. Da werden wirklich die Minuten gezählt: Zwanzig Minuten Körperpflege, zehn Minuten Anziehen ... Die Einordnung in eine Pflegestufe ist abhängig von diesem Zeitaufwand. Beim neuen Verfahren



ist die Herangehensweise eine völlig andere. Hier steht im Mittelpunkt, was der Betreffende noch selbstständig kann. Der Zeitfaktor spielt keine so große Rolle mehr.«

Dies führt dazu, dass in Zukunft der Hilfebedarf bei Verwirrtheit, Depressionen oder bei der Strukturierung des Tages ebenso berücksichtigt wird wie die Frage, ob ein demenziell erkrankter Pflegebedürftiger Weglaufendenzen hat. Mehr Unterstützung sollen künftig also auch Menschen wie Marianne Wiedeholt bekommen, die von ihrer körperlichen Verfassung her zwar viele alltägliche Verrichtungen noch selbst bewältigen können, aber regelmäßig daran erinnert oder dabei angeleitet werden müssen.

Mehr Leistungen für mehr Menschen

Ulrike Kissels findet diesen neuen Blick auf die Patienten gut: »Viele meiner Kollegen und ich sind froh, wenn wir von den Minuten wegkommen.« Die Politik habe in Sachen Pflege schon viel Gutes auf den Weg gebracht, findet die MDK-Gutachterin. Doch es bleibt immer noch eine Menge, was Familien wie die Schmiedings und Pflegekräfte wie Schwester Heike stemmen müssen. »Davor ziehe ich wirklich den Hut«, sagt Ulrike Kissels. »Was da alles geleistet wird, und oft mit so viel Liebe! Das kann kein Sozialsystem der Welt leisten.« Auf jeden Fall aber werden durch die Reform mehr Pflegebedürftige als bisher einen Anspruch auf Hilfe durch die Pflegeversicherung bekommen: Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Zahl der Leistungsberechtigten in der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung mit dem neuen Begutachtungsverfahren von derzeit etwa 2,8 Millionen um etwa 500 000 auf 3,3 Millionen steigen wird.

* *Namen geändert*

Prävention und Pflege

Am 25. Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) in Kraft. Damit werden Präventionsleistungen auch auf die Pflegeversicherung ausgeweitet. Für die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter bedeutet das, sie sollen Empfehlungen zur Prävention abgeben und feststellen, ob eine Beratung zum Thema Prävention sinnvoll ist. Beim Thema Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sind außerdem die Pflegekassen gefordert: Gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung sollen sie Vorschläge entwickeln, um die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken. Dazu ist es zunächst einmal die Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für diese Leistungen festzulegen, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.



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

Ergebnisse einer Erprobungsstudie

Vor der Einführung des neuen Begutachtungsassessments (NBA) 2017 müssen Leistungssätze für die neuen Pflegegrade festgesetzt werden: Wie viel Geld ist hinter welchem Grad hinterlegt?

UM EMPIRISCHE HINWEISE zu erhalten, empfahl der Expertenbeirat empirische Studien zum professionellen Pflegeaufwand in der stationären Versorgung. Mit der Studie zur Erfassung der Versorgungsaufwände in der stationären Pflege (EVIS) wurde dieser Auftrag umgesetzt und eine umfassende empirische Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungssituation vorgenommen. EVIS ist als Querschnittsstudie mit Echtzeitmessungen konzipiert. Mittels EDV-gestützter Selbstaufschriebe mit vorgegebenen Tätigkeitslisten wurden sämtliche erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen in Echtzeit durch Mitarbeiter von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen erfasst. Innerhalb von zwei Wochen vor oder nach der Leistungserfassung erfolgte eine Begutachtung der Bewohner zur Ermittlung des Pflegegrades durch MDK-Mitarbeiter. Im Zeitraum von Juni bis November 2011 wurden in sieben Bundesländern (Bremen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden-Württemberg) Daten von 1586 Bewohnern aus 39 Pflegeeinrichtungen erhoben, die in Bezug auf Geschlecht, Pflegestufenverteilung, Alter und PEA-Status repräsentativ für die Pflegeheimbewohner in Deutschland sind.

Zentrale Ergebnisse

Aus der Fülle der Einzelergebnisse können zwei Schlussfolgerungen hervorgehoben werden, die für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von besonderer Bedeutung sind. Die Höhe der Versorgungsaufwände korrespondiert mit den Pflegegraden: Mit steigendem Pflegegrad steigt auch der Versorgungsaufwand. Die Relation der Mittelwerte liefert damit wichtige Hinweise für die Gestaltung des Leistungsrechts für die neuen Pflegegrade.

Für die Pflegegrade 1 bis 4 verläuft die Steigerung der Versorgungsaufwände im Mittel annähernd linear. Für den Übergang von Pflegegrad 4 zu 5 gilt dies nicht. Hier ist die Aufwandssteigerung unterproportional. Zwar steigen die Zeitaufwände für die Grundpflege, gleichzeitig sinken aber die Aufwände für die soziale Betreuung. Dies ist insbesondere darauf zu-

rückzuführen, dass die Bewohner mit Pflegegrad 5 nur noch in geringem Umfang an Gruppenaktivitäten teilnehmen. Für die Weiterentwicklung der Pflege stellt sich daher die Frage, ob der Bedarf an sozialer Betreuung in dieser Gruppe tatsächlich nur noch gering ausgeprägt ist, oder ob für diesen Personenkreis andere Wege gefunden werden müssen, soziale Betreuung zu gewährleisten.

Das NBA ist in der Lage, kognitive und somatische Einschränkungen angemessen und vergleichbar zu erfassen. Innerhalb der neuen Pflegegrade unterscheiden sich die Zeitaufwände für Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen nicht signifikant. Damit ist das NBA dem derzeitigen Begutachtungssystem überlegen. Im derzeitigen Begutachtungsverfahren erhalten Personen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz die gleiche Pflegestufe, obwohl sich ihre Bedarfe quantitativ erheblich unterscheiden. Innerhalb der gleichen Pflegestufe übersteigen die Zeitaufwände für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz diejenigen für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erheblich. Innerhalb der neuen Pflegegrade unterscheiden sich die Zeitaufwände bei einer mitarbeiterbezogenen Betrachtung dagegen nur noch in geringerem Ausmaß. Werden Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen anhand der Merkmale des NBA miteinander verglichen, so sind keine systematischen Unterschiede mehr erkennbar. Insofern »funktioniert« das NBA.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das NBA eine Abbildung von Pflegebedürftigkeit liefert, die mit der tatsächlichen Versorgungssituation kompatibel ist. Sie geben dem Gesetzgeber zudem Hinweise auf fachlich begründete Festsetzungen von Leistungshöhen und Regeln für die Überleitung von Pflegesätzen von alten Pflegestufen in neue Pflegegrade, die notwendig sind, bevor der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden kann.



Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie,
Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität
Bremen
rothgang@uni-bremen.de

Der Ball liegt im Feld der Akteure

So viel Einigkeit ist selten: Politik, Pflegekassen, Leistungserbringer, Verbraucher und Medizinische Dienste – sie alle begrüßen die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dies wurde beim Pflegeforum am 8. September in Berlin deutlich, mit dem der MDS einen Impuls für die gemeinsame Arbeit an der Umsetzung setzte. Damit der Systemwandel gelingt, kommt es vor allem auf die gezielte Information und umfassende Beratung der Versicherten an.

»Die Medizinischen Dienste begrüßen das Pflegestärkungsgesetz II und den damit verbundenen Systemwandel ausdrücklich. Dies bringt große Herausforderungen mit sich, die es gemeinsam zu meistern gilt«, sagte Dieter F. Märten, Vorsitzender des MDS-Verwaltungsrates, bei der Eröffnung. Eingangs stellte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, das neue Begutachtungsverfahren vor. Pick machte deutlich, dass in der Umstellungsphase mit einem Anstieg der Begutachtungsanträge zu rechnen ist. »Um den MDK vor unnötigen Begutachtungen zu schützen, ist die Übergangsphase von 2016 auf 2017 flexibler auszugestalten. So ist in dieser Phase im Verfahren zu differenzieren, ob Anträge auf die alten oder die neuen gesetzlichen Regelungen zielen.«

Ein Jahr Zeit für Veränderungen

Zeit und Zuversicht für die Umstellung

Die Übergangsphase können und müssen die Akteure zur Umstellung nutzen, hob Karl-Josef Laumann, Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, hervor: »Wir geben allen Beteiligten, vor allem auch den MDK, ganz bewusst ein Jahr Zeit, um sich auf die Veränderungen einzustellen. Ich bin mir sicher, dass die MDK die Umstellung auf das neue Begutachtungsverfahren sehr gut hinbekommen werden. Wir erwarten aber auch, dass die Umsetzung klappt, weil davon die Akzeptanz des Gesetzes abhängt.« Laumann verwies in diesem Zusammenhang auch auf die Überleitungsregelungen. Diese sehen eine automatische Überleitung in die neuen Pflegegrade für diejenigen vor, die bereits heute eine Pflegestufe haben. Dies erleichtert den Übergang in die neue Systematik.

Hilde Mattheis, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, machte deutlich, dass nicht nur der Bund, sondern auch die Kommunen in den Blick zu nehmen sind,

wenn es um bessere Leistungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen geht. Denn die Kommunen sind für die Beratung und die Bereitstellung des Versorgungsangebotes vor Ort zuständig. »Die Reform ist nur zu schaffen, wenn nicht die Einzelinteressen, sondern das Gesamte im Vordergrund steht. Wenn man will, dass die Leistungen bei den Menschen ankommen, dann muss auch aufsuchende Beratung erfolgen. Wir können nicht erwarten, dass die pflegebedürftigen Menschen damit alleine zurechtkommen.«

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, unterstrich, dass die Akteure zwar vor einer sehr großen Aufgabe stehen. »Aber diese Aufgabe ist eine sehr sinnvolle. Es geht darum, die Situation der pflegebedürftigen Menschen grundlegend zu verbessern. Dafür hat die Politik die Voraussetzungen geschaffen. Der Ball zur Umsetzung liegt nun im Feld der Pflegekassen, der Leistungserbringer und des Medizinischen Dienstes. Eine der größten Herausforderungen ist, den Menschen zu erklären, wie das neue Verfahren funktioniert.«

Den Blick aufs Ganze richten und nicht auf Einzelinteressen

Versicherte müssen Begutachtungsverfahren verstehen

Die Bedeutung der Versicherteninformation für das Gelingen der Reform hob auch Dieter Lang vom Verbraucherzentrale Bundesverband hervor: »Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig und unselbstständig – allein schon diese vier Kategorien versteht kein Mensch. Wir müssen Formen finden, wie wir den pflegebedürftigen Menschen die Begutachtung und die Einstufung erklären können. Nur dann wird der Wandel gelingen.«

Die Reform ändert jedoch nicht nur das Begutachtungsverfahren, sie ändert auch die Arbeit in den Pflegeheimen.



Herbert Mauel, Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), bezweifelte, ob die Leistungsausweitung in der stationären Pflege mit dem derzeitigen Personalbestand geleistet werden kann. »Es gibt große Änderungen durch die Umstellung auf die Pflegegrade, aber keine Verbesserung der Ausstattung. Die Minutenpflege wird nicht abgeschafft, weil der Zeitdruck in der Pflege nicht reduziert wird. Um den Druck zu verringern, braucht man mehr Personal, und zwar vor Einführung eines neuen Personalbemessungssystems in 2020.«

Nach Ansicht der pflegepolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen wird mit der Reform die Pflegeversicherung insgesamt gerechter gestaltet. Kritik äußerte Pia Zimmermann (Die Linke): »Das Teilleistungsprinzip bleibt. Die Betroffenen tragen mehr als die Hälfte der Kosten selbst. Die Belastung in den Familien steigt. Tatsache ist auch, dass wir bereits heute einen Personalnotstand in der Pflege haben. Die Rahmenbedingungen für eine gute Pflege stimmen nicht.« Zimmermann stellte klar, dass mehr Hilfskräfte und mehr ehrenamtliche Pflege keine Lösung sind. Es müsse mehr für die Qualifizierung und die Aufwertung des Berufsstandes insgesamt getan werden. Auch Elisabeth Scharfenberg (Bündnis 90/Die Grünen) sieht Nachbesserungsbedarf: »Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff löst nicht alle Probleme. Die Hetze für die

Pflegekräfte wird nicht aufhören. Sie werden weiterhin durch ihren Alltag rennen müssen. Das neue Personalbemessungsverfahren soll erst 2020 kommen. Das dauert viele zu lange. Schon davor muss es Entlastung geben.«

Erwin Rüdell (CDU) lobte dagegen die Verbesserungen: »Es wird insgesamt mehr Geld und mehr Leistung zur Verfügung gestellt. Wesentlich wird sein, wie die Länder und Kommunen die Reform begleiten und mittragen. Auch sie müssen ihren Job machen, damit die Pflegereform gelingt. Es muss mehr Beratung geben.« Einig war sich Rüdell mit Zimmermann und Scharfenberg darin, dass die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert werden müsse.

Dem entgegnete Mechthild Rawert (SPD), dass dafür auch schon die Weichen gestellt seien: »Das Pflegeberufegesetz mit einer generalistischen Ausbildung und einem einheitlichen Berufsabschluss wird kommen und zwar noch in diesem Jahr.« Rawert stellte zudem klar, dass alle Akteure von Anfang an für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gewesen sind. »Die Grundlage PSG II ist gut. Auf alle kommt harte Arbeit zu, aber: Wir alle haben es so gewollt und das ist gut so. Wir sollten mit Mut an die Umsetzung gehen.«



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

Schritt für Schritt zur kultursensiblen Pflege- begutachtung

Ob mit oder ohne Migrationshintergrund: Mit zunehmendem Alter werden Menschen pflegebedürftig. Kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren sind auch bei der Pflegebegutachtung zu berücksichtigen. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Integration hat der MDK die kultursensible Begutachtungspraxis der MDK evaluiert und Entwicklungsoptionen erarbeitet.

EIN PAAR FAKTEN VORAB: Etwa 1,6 Millionen Migrantinnen und Migranten sind älter als 64 Jahre. Schon in 15 Jahren werden es 2,8 Millionen sein. Auch sie nehmen verstärkt Gesundheits- und Pflegeleistungen in Anspruch. Das Durchschnittsalter der Versicherten zum Zeitpunkt der Pflegebegutachtung beträgt knapp 77 Jahre. Aktuell wird etwa die

**In 15 Jahren werden
2,8 Mio. Migranten
pflegebedürftig sein**

Hälfte aller Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld von Angehörigen gepflegt. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund unter den über 75-Jährigen liegt bei 8%. Unter den zu Hause gepflegten Menschen sind 8% Migranten. Folgern lässt sich, dass die Pflegequote bei Personen mit Migrationshintergrund dem Durchschnitt entspricht.

Blick für kultursensible Begutachtung schärfen

Der MDK begutachtet die Pflegebedürftigkeit nach einheitlichen Kriterien, unabhängig davon, ob die Versicherten eine Zuwanderungsgeschichte haben oder nicht. Die Gutachter klären, wie die Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, die im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens bewältigen. Sie stellen fest, über welche Ressourcen die Antragsteller verfügen und in welchem Ausmaß sie in ihren Aktivitäten beeinträchtigt sind.

Die Medizinischen Dienste haben sich verpflichtet, die kultursensible Pflegebegutachtung zu fördern. Dafür soll mehr Fortbildung stattfinden, das Anliegen der kultursensiblen Pflegebegutachtung in Fachveröffentlichungen platziert und der Nutzen der verschiedenen Arten der Sprachmittlung – also der situations- und adressatengerechten Übersetzung von Sprache – geprüft werden.

Damit leisten die Medizinischen Dienste einen Beitrag zum Nationalen Aktionsplan Integration (NAP) der Bundes-

regierung, der auf dem 5. Integrationsgipfel der Bundesregierung 2012 angestoßen worden war. Die Bundesregierung verfolgte damit das Ziel, die Gesundheitsversorgung und Pflege der Einwanderer zu verbessern. Institutionen und Initiativen hatten in einem Dialogforum »Gesundheit und Pflege« ihre Ziele erarbeitet, die in den NAP eingingen.

Was hat sich seitdem getan? In einer Evaluation überprüfte der MDK, inwieweit die MDK-Gemeinschaft ihre selbstgesteckten Ziele erreichen konnte. An der Umfrage des MDK nahmen alle Medizinischen Dienste teil. Ein Ergebnis war, dass die Medizinischen Dienste die Anzahl ihrer Publikationen zu interkulturellen Aspekten der Pflege und der Begutachtung ganz erheblich steigern konnten: War im Jahr vor Inkrafttreten der Ziele nur eine Publikation zu interkulturellen Aspekten zu verzeichnen, so waren es in den Folgejahren jeweils durchschnittlich vier.

**Deutlich mehr
Publikationen und
Fortbildungen**

Die Anzahl der angebotenen Fortbildungsmodule stieg um ein Sechstel. Die Teilnehmerzahlen an Fortbildungen zum Thema interkulturelle Aspekte der Begutachtung sowie die verbreitete Auflage der schriftlichen Materialien erhöhten sich noch stärker, nämlich jeweils um mehr als die Hälfte.

Sprache als Quelle vieler Missverständnisse

Differenziert erfragte der MDK den Umgang mit Sprachproblemen. Die Medizinischen Dienste schätzten, dass bei der Pflegebegutachtung 10% der Versicherten eine andere Muttersprache als Deutsch haben. In dieser Gruppe hat ein Drittel der Versicherten aufgrund der unzureichenden Deutschkenntnisse Verständigungsprobleme.

In 87% dieser Fälle übernahmen Angehörige oder Freunde der Versicherten bei der Begutachtung die Rolle des Übersetzers. Zweisprachige Pflegekräfte eines Pflegedienstes oder



der Pflegeeinrichtung leisteten die Sprachmittlung bei knapp 7%. Gemeindedolmetscher, Kulturmittler oder Mentoren für Migranten waren in 4% der Fälle tätig. Bei 1,5% der Begutachtungen kamen zweisprachige MDK-Gutachter zum Einsatz.

Viele Angehörige dolmetschen für die Familie

Die Medizinischen Dienste setzten im Kontext einer kultursensiblen Begutachtung der Pflegebedürftigkeit 134 zweisprachige Gutachter ein. Dies entsprach 5% der Pflegekräfte, die als Gutachter in

den MDK zum Zeitpunkt der Evaluation tätig waren.

In 0,5% der Begutachtungsfälle verständigten sich die Beteiligten über Drittsprachen wie Englisch. Dolmetscher, die der MDK finanzierte, kamen bei 0,02% der Begutachtungen zum Einsatz; von den Versicherten finanzierte Dolmetscher waren mit 0,01% sehr selten vertreten.

Zweisprachige Gutachter bieten viele Vorteile

Wenn trotz aller Vorbereitung die Verständigung bei der Begutachtung nicht geklappt hat, dann haben die MDK einen zweiten Besuch des Gutachters mit verbesserter Sprachmittlung organisiert. Dies war jedoch nur bei 1% der Begutachtungen von Versicherten mit unzureichenden Deutschkenntnissen notwendig.

Nach Einschätzung der Medizinischen Dienste sind die Prozess- und Ergebnisqualität als auch die Versichertenzufriedenheit bei der Begutachtung durch bilinguale Gutachter eindeutig positiv. Denn dadurch lassen sich Rückfragen der Gutachter und des Versicherten viel besser klären. Der Hilfebedarf lässt sich einfacher ermitteln. Und noch einen Vorteil bieten zweisprachige Gutachter: Die Angaben lassen sich viel besser auf Plausibilität prüfen. Dies ist zum Teil schwierig, wenn Angehörige oder Pflegedienste dolmetschen.

Die Medizinischen Dienste bewerten daher die Sprachmittlung durch Angehörige, bilinguale Pflegekräfte oder Gemeinde-

dolmetscher weniger positiv. Noch negativer beurteilen sie die Sprachmittlung durch MDK- oder versichertenfinanzierte Dolmetscher oder die Verständigung über eine Drittsprache.

Als Fazit ist zu ziehen, dass die Medizinischen Dienste ihre im Nationalen Aktionsplan Integration gesetzten Ziele erreicht haben: Sie haben mehr Aufmerksamkeit für die kultursensible Begutachtung geschaffen und mehr Fortbildung dazu angeboten. Die MDK-Gemeinschaft hat die zugesagten Verbesserungen demnach erfolgreich umgesetzt.

Die Befragung der Medizinischen Dienste gab zudem Hinweise auf einen überlegenen Nutzen der Begutachtung durch bilinguale Gutachter. Insoweit spricht vieles dafür, durch aktive Personalgewinnung den Anteil der Migranten unter den MDK-Gutachtern zu erhöhen. Dafür gibt es folgende Ansätze: Werbung für eine Tätigkeit oder Ausbildung, direkte Ansprache von Migranten in Stellenausschreibungen sowie den Ausschluss mittelbarer Diskriminierung bei der Bewerberauswahl. Die Medizinischen Dienste haben ihre Beschäftigten bereits für interkulturelle Vielfalt sensibilisiert. Das sollten sie fortsetzen.



Dr. Harald Strippl M. Sc.
Mitarbeiter im Bereich »Sozialmedizin
- Versorgungsberatung« beim MDS.
h.strippl@mds-ev.de

Wann wächst zusammen, was zusammengehört?

Viele Ärzte könnten älteren Patienten besser helfen, wenn sich Palliativmediziner und Geriater stärker austauschen würden, da sind sich die Experten einig. Einen Schritt in diese Richtung könnte das Expertenforum des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) in Hamburg gewesen sein, bei dem sich erstmals die beiden Fachgesellschaften austauschten.

WÄHREND SICH POLITIK und Gesellschaft offenbar einig sind, dass palliative Versorgungsstrukturen ausgebaut werden müssen, wird die geriatrische Versorgung in Deutschland vergleichsweise weniger beachtet. Palliativmediziner versorgen in der Regel schwerkranke Patienten mit begrenzter Lebenserwartung. Das können zwar auch Kinder und junge Erwachsene sein, doch häufig sind es ältere Patienten, die zusätzlich geriatrisch behandelt werden müssen. Das wird

oft übersehen. Zudem gilt ein Palliativmediziner in der allgemeinen Wahrnehmung meistens als ein »Experte, der ausschließlich schwerkranke Patienten im Endstadium einer Tumorerkrankung

Bei älteren Patienten verschwimmen die Grenzen

begleitet.« Dabei greift er heute schon viel früher in die Behandlung ein und beschränkt sich längst nicht mehr nur auf Tumorerkrankungen. Er steht den Patienten in Lebenskrisen bei und hilft vor allem, die Lebensqualität zu verbessern. Doch in derselben Weise behandelt auch ein Geriater seine multimorbiden Patienten. Trotzdem werden beide Fachdisziplinen bisher getrennt betrachtet und, was viel wichtiger ist, sie stimmen sich nicht untereinander ab.

Ist die Palliativmedizin die bessere Geriatrie?

Diese Frage stellte das KCG auf dem Expertenforum »Palliativversorgung in Deutschland – was haben wir – was brauchen wir?« den beiden Fachgesellschaften. »Ja, aber nur bedingt«, sagt Prof. Dr. Christoph Ostgathe, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Das sei dann der Fall, wenn der Geriater palliative Behandlungsanteile außer Acht lässt. Die Patientengruppe überschneide sich, jedoch sei der Palliativpatient mit durchschnittlich 68 Jahren jünger als der geriatrische Patient. In der fachärztlichen Palliativversorgung an seiner Klinik der Universität Erlangen machen – neben den onkologischen Fällen – andere Erkrankungen wie beispielsweise von Herz und Lunge im-

merhin schon rund 30% aus. Palliativmedizinisch versorgte Patienten ohne eine Tumorerkrankung sind Ostgathes Erfahrungen zufolge häufiger verwirrt und in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt – typische Symptome, die auch auf geriatrische Patienten zutreffen.

Geriatrie: Chance auf ein selbstständiges Leben im Alter

»Ja, die Palliativmedizin macht vieles besser«, ergänzt PD Dr. Rupert Püllen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Sie schaffe es derzeit, viel mehr Aufmerksamkeit für die Belange palliativer Patienten zu erreichen als die Geriater und würde dadurch im Gesundheitswesen besser unterstützt. Fachlich sieht Püllen jedoch auch deutliche Unterschiede: Während sich die Palliativmedizin regelhaft mit der Symptomkontrolle und -linderung schwerer Erkrankungen von Patienten am Lebensende befasse, stünde für die Geriater das Wiederherstellen der Selbstständigkeit, die Rehabilitation, im Vordergrund. Denn eine Frau habe im Alter von 85 Jahren statistisch gesehen noch eine Lebenserwartung von sechs Jahren. Diese Chance auf ein selbstständiges Leben im Alter hat der Geriater im Blick.

Für die Versorgung geriatrischer Patienten bedeutet die derzeitige Situation: Der Geriater betrachtet vorrangig die Gangstörung oder das oft schwierige tägliche An- und Auskleiden, der Palliativmediziner kümmert sich vor allem um die dazugehörigen Symptome wie Angst oder Schmerzen. Noch krankt es an der verzahnten Zusammenarbeit beider Fachgebiete.

Neues Gesetz mit neuen Möglichkeiten

Einen aktuellen Ansatz könnte der Entwurf des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) der Bundesregierung bieten. Es sieht mehr Geld für die Hospizversorgung vor, will die Pal-

liativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern stärken und eine Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen einführen. Jedoch fehlt im Entwurf nach Ansicht von Dr. Norbert Lübke, dem Leiter des KCG, die wichtige Verzahnung von Palliativmedizin und Geriatrie. Deshalb ist das Gesetz aus seiner Sicht »zu kurz gesprungen«.

Zur Verbesserung schlägt der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) unter anderem vor, die pflegerische Palliativversorgung zu stärken, indem man sie zum Bestandteil der häuslichen Krankenpflege macht. Diese Ergänzung zur Richtlinie häusliche Krankenpflege (HKP) hat der GKV-SV in Zusammenarbeit mit dem MDS in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingebracht. Zusätzlich sollte die im HPG geplante Palliativberatung nach Auffassung von Dr. Monika Kücking, Leiterin der Abteilung Gesundheit des GKV-SV, mit der Pflegeberatung (nach § 7a SGB XI) verzahnt werden. Von diesen Änderungen würden letztlich auch geriatrische Patienten profitieren.

Zusammenspiel kann funktionieren

Im Krankenhausalltag der geriatrischen Klinik von Dr. Martin Warnach, dem Leiter des Berliner Wichernkrankenhauses, funktioniert das Zusammenspiel beider Fächer bereits. Die große Mehrheit seiner Patienten behandelt Warnach außerhalb der Palliativstation geriatrisch sowie palliativ, weil

er als Facharzt für beide Gebiete die Versorgung passgenau abstimmen kann. Bei komplexeren Fällen muss er jedoch aus Abrechnungsgründen beide Disziplinen wieder voneinander trennen. Dabei sei es oft nur schwer zu unterscheiden, so Warnach, ob ein spezialisierter geriatrischer oder palliativer Behandlungsschwerpunkt vorliegt.

Aus Sicht einiger Anbieter von Hospizleistungen verweisen die Grenzen von Geriatrie und Palliativversorgung im Alltag sowieso. Ärzte und Pfleger fragen weniger nach Fachgebieten, wenn sie Menschen am Lebensende begleiten. Es gebe jedoch immer noch zu wenig palliative und geriatrische Kompetenz im Pflegeheim, bemängelte Dirk Müller, Vorstandsvorsitzender des Berliner Hospiz- und Palliativverbandes. Man brauche ein »sinnvolles, berufsübergreifendes Miteinander-Lernen« und eine entsprechende Organisationsentwicklung, um dies aufzubauen.

Fortschritte sind zukunftsweisend

Angesichts der Leistungsdaten der Vielzahl von Hospizen und anderen Einrichtungen in Deutschland kann man nach Ansicht des Bremer Gesundheitswissenschaftlers Professor Norbert Schmacke jetzt schon mit Fug und Recht von Fortschritten sprechen. Fortschritte, die die gesetzliche Krankenversicherung in der Versorgung schwerstkranker Menschen bereits erreicht habe. Allerdings sei für die palliative wie auch für die geriatrische Versorgung eine Fachdebatte notwendig, in der geklärt werden müsse, wie viel Spezialisierung und wie viel Generalistentum wirklich notwendig sind. Schmacke jedenfalls freut sich, dass die Politik mit dem geplanten Innovationsfonds schon jetzt deutlich mehr Geld auch für palliative und geriatrische Versorgungsmodelle zur Verfügung stellt.

Was zu tun ist, um Geriatrie und Palliativmedizin gemeinsam voranzubringen, darin sind sich die Fachleute weitgehend einig: Der Palliativmediziner Ostgathe wünscht sich, dass sein Fachgebiet stärker in die Weiterbildung der Geriater integriert wird. Im Gegenzug müsse auch die Kompetenz der Palliativmediziner in der Behandlung geriatrischer Patienten gesteigert werden. Der Geriater Püllen bringt es auf den Punkt: »Jeder Arzt braucht Grundkenntnisse beider Fachrichtungen.«

Der Mensch steht im Mittelpunkt und nicht das Fachgebiet

Hospiz- und Palliativgesetz im Bundestag

Mit großen Schritten kommen wir dem HPG näher, das Ende dieses Jahres verabschiedet werden und die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland verbessern soll. Im Gleichklang zur *spezialisierten* Palliativversorgung soll auch die *allgemeine* Palliativversorgung vermehrt gestärkt werden.

In diesem Zusammenhang arbeitet der MDS beispielsweise an der Aktualisierung der Richtlinie für häusliche Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses und an der Neufassung der Rahmenverträge der Vertragspartner für die Hospizversorgung. Das betrifft sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich. So sollen die Hospize weiter unterstützt werden. Außerdem sollen qualifizierte Pflegekräfte zunehmend Patienten im häuslichen Umfeld versorgen können. Ziel ist es, eine möglichst qualifizierte Pflege am Lebensende zu Hause zu ermöglichen. Es wird aber auch der geriatrische Palliativpatient mit den neuen Leistungen der GKV angesprochen. Somit ist auch die Aufforderung zur noch engeren Zusammenarbeit von Palliativmedizin und Geriatrie zu verstehen, wie auf dem KCG-Expertenforum zu hören war.

Kommentar von Dr. Joan Panke, MDS
zum neuen Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)



Dr. Friedemann Ernst ist Geriater und Palliativmediziner sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter im Kompetenz-Centrum Geriatrie
friedemann.ernst@kcgeriatrie.de

Wer prüft die Prüfer?

Wie gut werden die Menschen in Pflegeheimen und von ambulanten Pflegediensten versorgt? Das untersuchen MDK-Gutachter jährlich bei mehr als 23 000 Qualitätsprüfungen. Doch auch den Gutachtern wird über die Schulter geschaut.

JEDES JAHR überprüfen die Medizinischen Dienste alle ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Dabei nehmen die Gutachterinnen und Gutachter jährlich die Versorgungsqualität bei fast 150 000 Menschen unter die Lupe. Was genau sie dabei prüfen und nach welchen Kriterien sie die Situationen bewerteten, ist in den sogenannten Qualitätsprüfungs-Richtlinien festgelegt.

»Allerdings wurde immer wieder der Vorwurf laut, dass die Medizinischen Dienste in den einzelnen Ländern unterschiedlich prüfen würden. Diesen Vorwurf haben wir uns zu Herzen genommen. Natürlich hätten wir, wie in der Qualitätssicherung weit verbreitet, auch ›Papier prüfen‹ können. Aber wir gingen bewusst einen Schritt weiter und lassen einen Prüfer aus einem MDK als Auditor einen Prüfer aus einem anderen MDK über die Schulter schauen«, erklärt Dr. Andrea Kimmel vom Fachteam Pflege beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS).

So sorgt ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm dafür, dass die Überprüfungen nach hohen Standards und bundesweit einheitlich ablaufen. Zentrale Maßnahme dieses Programms sind die sogenannten Witness-Audits (Witness = Zeuge). Dabei begleiten erfahrene Prüfer eines Medizinischen Dienstes (MD) als Auditoren Prüfer eines anderen MD und blicken ihnen bei einer Qualitätsprüfung über die Schulter. Der Auditor nimmt parallel dazu ebenfalls eine Bewertung der Prüfkriterien vor. Dabei greift er nicht in das Prüfgeschehen ein, sondern bleibt stets in der Rolle eines stillen Zuschauers. Auf diese Weise erhält er Einblick in das konkrete Vorgehen des anderen MDK. Ziel ist es festzustellen, ob die Qualität durch Prüfer und Auditor gleich bewertet wird.

Solche Qualitätssicherungsmaßnahmen werden seit dem Jahr 2011 unter der Koordination des MDS durchgeführt, zunächst auf rein freiwilliger Basis. Aufseiten der MD bestand von Anfang an eine hohe Bereitschaft, sich daran zu beteiligen. Mit den Richtlinien zur Qualitätssicherung der

Qualitätsprüfungen nach § 53a Satz 1 Nr. 4 SGB XI aus dem Jahr 2013 ist das Programm inzwischen jedoch verpflichtend auf eine verbindliche Grundlage gestellt worden.

Das Verfahren zur Qualitätssicherung stützt sich auf vier Prüfinstrumente:

Witness-Audits

Dabei begleiten, wie beschrieben, Auditoren die Prüfer eines anderen MD bei der Begutachtung. Unterlagen und Dokumente der Pflegeeinrichtung sieht der Auditor parallel zum Prüfteam ein. Weiterhin ist der Auditor bei der körperlichen Untersuchung von zwei Pflegebedürftigen dabei. Auf diese Weise können die Auditoren Unterschiede in der Erhebung der Daten und in der Bewertung von bestimmten Prüfungen erkennen und deren Ursache analysieren. »Nach den Audits haben wir alle Teilnehmer zu ihren Erfahrungen befragt und sie gebeten, die Umsetzbarkeit des Auditverfahrens einzuschätzen. Aus ihrer Sicht lässt sich das Programm trotz des zusätzlichen zeitlichen Aufwandes gut in den Prüf-Alltag integrieren. Vor allem die auditierten MDK schätzten es als ein hilfreiches Instrument für die Qualitätssicherung ihrer eigenen Prüftätigkeit ein. Aber auch die Vertreter der Pflegeeinrichtungen reagierten positiv. Und wir erhielten außerdem wichtige Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten«, erklärt Kimmel. So zeigen die Ergebnisse der 2013 und 2014 durchgeführten Audits, dass nach wie vor ein Bedarf besteht, die Prüfgrundlagen weiter zu konkretisieren und kontinuierlich Schulungen durchzuführen. Im Jahr 2015 werden jeweils über 40 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten und in stationären Pflegeeinrichtungen auditiert.

Befragungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen

Ein weiterer Baustein sind die Befragungen der Pflegeeinrichtungen sowohl zur Zufriedenheit mit der Qualitätsprüfung als auch zur Zufriedenheit mit den Prüfberichten. Dazu

In 95% stimmen beide Bewertungen überein



können die Pflegeeinrichtungen auf einer Internetplattform des MDS online mit einer TAN einen Fragebogen ausfüllen. Die MDK wiederum können diese Rückmeldungen dank spezieller Auswertungsprogramme jederzeit analysieren und im MDK-internen Qualitätsmanagement berücksichtigen.

Zusätzlich werden einmal jährlich die Mitarbeiter der Landesverbände der Pflegekassen, die die Prüfungen in Auftrag geben und auf der Grundlage der Prüfberichte ein Verwaltungsverfahren durchführen müssen, befragt, ob diese Prüfberichte ihren Anforderungen entsprechen.

Plausibilität der Prüfberichte

Bei 1% der Prüfberichte bewerten die MD anhand eines vorgegebenen Erhebungsinstruments intern die Qualität im Hinblick auf Vollständigkeit, sachliche und fachliche Korrektheit, Verständlichkeit sowie Nachvollziehbarkeit und Plausibilität. Handelt es sich dabei um einen Prüfbericht, der während einer Qualitätsprüfung durch den Auditor eines anderen MD geprüft worden ist, findet zusätzlich eine Plausibilitätskontrolle MD-übergreifend im Rahmen der Audits statt.

Externe Audits

Die Qualitätssicherungsrichtlinien sehen zusätzlich ein externes Audit vor. Es ist als Prozessaudit konzipiert und dient dazu, die Umsetzung der vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen auf interner Ebene zu begleiten und zu evaluieren. Dazu gehört einerseits die Planung und Umsetzung der einzelnen Prüfinstrumente auf interner Ebene. Andererseits spielt auch die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die auf MD-übergreifender Ebene für den kommenden Berichtszeitraum empfohlen werden, eine Rolle. Jährlich soll jeder MD jeweils einmal von einem externen Auditor auditiert werden. Hierfür wurde von der ZeQ AG Unternehmensberatung in Mannheim unter der Leitung von Professor Wilfried Jäckel ein Fragenkatalog konzipiert. Im zweiten Halbjahr 2015 finden die externen Audits auf der Grundlage dieses Instrumentes in den MD statt.

Ein Prüfstand für das Prüfprogramm

Alles fließt in einen Qualitätskreislauf

Die Ergebnisse aller Prüfinstrumente werden systematisch ausgewertet und in einen Qualitätskreislauf aufgenommen. Wird Optimierungsbedarf erkennbar, beispielsweise weil bei bestimmten Prüffragen gleiche Sachverhalte durch die Prüfer nicht immer gleich bewertet werden, werden die Ursachen dafür analysiert und Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet.

Jedes Jahr fasst der MDS die Ergebnisse der Audits in einem Bericht zusammen, der zusätzlich auf die Perspektive der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen eingeht. Der Bericht zu den Ergebnissen für das Jahr 2014 zeigt: In 95% der Audits stimmen die Ergebnisse von Prüfer und Auditor überein – ein Indiz dafür, dass die Prüfgrundlagen einheitlich umgesetzt werden. Erstmals wurde dieser Bericht Mitte 2015 auf der Website des MDS veröffentlicht.

Außerdem wird im Rahmen von Multiplikatoren-Seminaren im Hinblick auf eine einheitliche Qualitätsbewertung der Umgang mit Prüffragen, bei denen es zu abweichenden Bewertungen kam, in Workshops thematisiert. Schulungsmaterialien und Fallsammlungen, die für die Multiplikatoren-Seminare erstellt wurden, können zudem von den MD für die internen Schulungen weiterverwendet werden. »Diese Fallsammlungen bieten den Medizinischen Diensten eine gute Grundlage für interne Fortbildungen wie auch für bundesweite fachliche Seminare. Wichtig ist es jetzt, die Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge in jährlichen Multiplikatoren-Seminaren zu vermitteln«, erklärt Kimmel.

Grundsätzlich werden die eingeleiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen von allen Teilnehmern positiv bewertet. Es muss jedoch weiterhin immer wieder hinterfragt werden, ob dem Aufwand der Qualitätssicherungsmaßnahmen auch ein angemessener Nutzen gegenübersteht. Aus diesem Grund soll das Programm Ende 2015 erneut auf den Prüfstand gestellt werden, um Verbesserungsmöglichkeiten auszuloten.



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

Jürgen Brüggemann,
Team »Pflege« beim MDS.
j.brueggemann@mds-ev.de



Back to the future

Die Hamburg City Health Study (HCHS) ist die größte lokale Gesundheitsstudie der Welt: Mit rund 45 000 Hamburger Probanden arbeitet sie mit einer Stichprobe, die es in diesem Umfang noch nicht gab. Dies ermöglicht den Aufbau einer umfassenden Daten- und Biomaterialbank, die Untersuchungsergebnisse in einen größeren Zusammenhang bringt.

DIE ZUKUNFT ERFORSCHEN, um die Gegenwart erklären zu können. Das mutet ein wenig an die Schlusszenen aus dem Film »Zurück in die Zukunft« an: Der Wissenschaftler Dr. Brown beschließt, 30 Jahre in die Zukunft zu reisen, um Erkenntnisse über den Fortschritt der Menschheit zu erlangen. Er kommt kurz darauf aufgeregt

Warum wird ein Herz im Alter schwächer - und ein anderes nicht?

wieder in die Gegenwart zurück und fordert Marty und dessen Freundin Jennifer auf, mit in die Zukunft zu reisen, da man dort

deren Kindern helfen müsse. Ähnliches gilt für das Prinzip der Hamburger Studie. Ihr Ziel ist es, die Medizin von morgen zu bereiten. Doch zunächst wollen die Hamburger Forscher das Heute besser verstehen lernen.

Mysterien auf der Spur

»Zum Beispiel ist die Herzschwäche für uns immer noch ein Rätsel«, sagt Prof. Stefan Blankenberg, Leiter der Kardiologie am Herzzentrum des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Ungelöst ist bis heute, warum die Pumpfunktion des Herzens bei manchen Menschen im Alter von 60 bis 80 Jahren nachlässt und bei anderen nicht. Mit Hilfe der erhobenen Daten und Auswertung von Blut- und Urinproben und anderen Tests sollen Rückschlüsse über die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Krankheiten in der Zukunft möglich sein. »Es geht darum, die Gründe kennenzulernen, warum bestimmte Krankheiten entstehen«, sagt Blankenberg. Ein anderes Beispiel: Warum erleiden manche Menschen mit Vorhofflimmern eher einen Schlaganfall als andere? »Erkennen wir aus der Studie, warum das so ist, kann zum Beispiel die Medikation mit Blutverdünnern und insgesamt die Schlaganfallsprophylaxe zielgerichteter gestaltet werden als bisher. Diesen und vielen anderen Mysterien wollen wir auf die Spur kommen.«

Logistisch gut vorbereitet

Die Forscher haben sich für eine populationsbezogene Studie entschieden, um einen breiten Querschnitt von scheinbar Gesunden bis hin zu sehr Kranken zu erfassen. Daraus erklärt sich auch die hohe Fallzahl. »Wir wissen, dass Krankheiten keine linearen Ursachen haben, sondern aus einem Geflecht von persönlichen, sozialen und biologischen Bedingungen entstehen«, so Blankenberg.

Von Mai bis November 2015 läuft die Erprobungsphase mit circa 2000 Probanden, die sich dafür bereit erklärt haben. Ab November startet die Echtphase. »Die Stadt Hamburg unterstützt uns bei der Studie sehr«, freut sich Blankenberg. Auf Grundlage der Daten des Einwohnermeldeamtes werden etwa 45 000 Bürgerinnen und Bürger in Hamburg nach dem Zufallsprinzip angeschrieben, mit der Bitte, an der Studie teilzunehmen. Die Hamburger Forscher sind dafür bestens vorbereitet. Ein eigens umgebauter Gebäudekomplex mit 20 Räumen auf dem UKE-Gelände steht dafür an sieben Tagen in der Woche von 7 bis 21 Uhr zur Verfügung. Dr. Annika Jagodzinski leitet die Studie im Epidemiologischen Studienzentrum organisatorisch. Begeistert erklärt die Ärztin den Ablauf einer 6-stündigen Diagnostik: Dazu gehören unter anderem Blutdruckmessung, Blutentnahme, Speichel- und Urinabgabe, Ultraschalluntersuchung von Halsschlagader und Herz, Hautuntersuchung, Ultraschalluntersuchung der Aorta und der Beinarterien, Gedächtnistests, EKG und Zahnstatus. Zwischen der jeweiligen Diagnostik beantwortet der Proband vier Touchscreen-gesteuerte Fragebögen. Für Erfrischungen mit Getränken und Snacks ist gesorgt. Zum Schluss erhält die Testperson einen Ergebnisbrief, in dem zum Beispiel Empfehlungen für eine weitere Diagnostik beim behandelnden Arzt enthalten sein können. Sofern sich aus der Basisuntersuchung ein höheres Risiko für bestimmte Erkrankungen ableiten

Hinter das Geflecht aus Persönlichkeit und Biologie blicken



Lagerung der Bioproben. Sie werden pro Studienteilnehmer in etwa 150 kleinen Röhrchen erfasst und in mehr als 150 Tiefkühlschränken bei einer Temperatur von -80 Grad Celsius gelagert

lässt, schließen sich bei weiteren Terminen folgende Untersuchungen zum Beispiel an: MRT des Herzes oder Kopfes, Langzeit-EKG, Schlafapnoescreening. Etwa 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen für die Terminierung, bereiten die Untersuchungen vor, vereinbaren in einem Callcenter Termine, erfassen Daten usw.

Erste Ergebnisse für Ende 2016 erwartet

»Wir bleiben mehr als sechs Jahre über Zwischenerhebungen mit dem Probanden in Kontakt und erheben somit laufend Veränderungen, erläutert Jagodzinski. Nach sechs Jahren

Bis 2012 Jahr für Jahr neue Erkenntnisse

durchläuft der Studienteilnehmer nochmal die gleiche Untersuchung und Befragung wie bei der Erstdiagnostik. So fiebern die Hamburger Forscher dem Jahr 2021 entgegen. »Doch nicht erst dann werden wir Rückschlüsse ziehen können. Der Ergebnisfortschritt wächst von Jahr zu Jahr. Sobald wir erste valide Erkenntnisse haben, werden wir diese auch kommunizieren, voraussichtlich Ende 2016«, sagt Jagodzinski.

An der Finanzierung der HCHS sind nahezu 30 Kliniken und Institute des UKE beteiligt. Spezielle Projekte innerhalb der Studie werden durch Drittmittelgeber wie die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG) oder die Europäische Union gefördert. Zudem gibt es verschiedene Kooperationen auf akademisch-industrieller Ebene.

Screeningprofile für Patienten

Neben der HCHS läuft in Deutschland zurzeit eine weitere umfassende Gesundheitsstudie: die Nationale Kohorte. Bundesweit untersucht werden 200 000 Probanden, davon etwa

10 000 aus Hamburg. Diese Studie ist zwar anders angelegt, »steht aber nicht in Konkurrenz zur HCHS. Beide Studien ergänzen sich«, erklärt Blankenberg. Für ihn und seine Forscherkollegen steht eine spannende Zeit bevor. »Gelingen uns Rückschlüsse, aus den Studiendaten die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Krankheiten besser zu erkennen, können wir früher und besser, das heißt individueller vorbeugen, vor allem aber spezifischer behandeln. Als Ergebnis können Screeningprofile für Patienten stehen. Mit Hilfe dieser Profile können Behandler besser einschätzen, ob bestimmte vorbeugende oder kurative Maßnahmen angebracht sind oder nicht.«

Diese Erkenntnisse dürften für die Versorgungsforschung und nicht zuletzt auch für die Versicherungswirtschaft von hohem Interesse sein. Der Wichtigste aber ist und bleibt der Patient: Mit dem Blick in die Zukunft kann für die Behandlung der Patienten ein großer Nutzen entstehen.



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

Es bleibt ein bunter Schmetterling

Eine lebensbedrohliche Krankheit verändert für jeden Menschen die Welt. Doch wenn ein Kind daran erkrankt, wird das Ausmaß oft unvorstellbar. Für die Familien ist es dann ganz wichtig, dass sie Halt und Unterstützung finden. Wie in einem Kinderhospiz in Sachsen-Anhalt.

WER SAGT, dass ein Auto immer vier und ein Motorrad zwei Räder haben muss? Der ist auf jeden Fall noch nie ein Trike gefahren. Das Ding hat drei Räder, einen kraftvollen Motor, aber weder Dach noch Türen. Sieht aus wie ein Motorrad, fährt eher wie ein Auto. Ein Wahnsinnsfahrgefühl, darin unterwegs zu sein. Simon Körnig* kann es spüren, wenn er die Augen schließt und an seine Fahrt denkt. Sein großer Bruder Paul hatte ihm davon vorgeschwärmt und für seinen Geburtstag im vergangenen Jahr eines gemietet: raus aus dem Rollstuhl, rein in das Trike. Ja, das wollte Simon.

Kinderhospiz wurde zum neuen Zuhause

Simon leidet an Muskeldystrophie. Der vererbte Muskelschwund schreitet bereits seit dem Kleinkindalter rasch voran, so dass er längst auf den Rollstuhl angewiesen ist, genauso wie auf die komplette Versorgung und Pflege rund um die Uhr. Seit Juni 2013 lebt er im Kinderhospiz der Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg – seit er für sechs Tage und Nächte ins Koma gefallen war. »Niemand wusste, ob mein Junge die Augen wieder öffnet«, erinnert sich seine Mutter Gabriele Körnig*. Ein Arzt erzählte ihr damals von einem Kinderhospiz ganz in der Nähe. Dort rief sie an. Dann ging sie hin. »Ich habe sofort gespürt, dass wir hier gut aufgehoben sind«, so die 55-jährige Magdeburgerin. Hartz IV kriege sie, sagt sie. Das Geld reiche nicht für Extras. Aber hier zähle der Moment. Freude in dem suchen, was ist. »Mama, schön, dass du da bist«, sagt ihr Sohn bei den täglichen Besuchen. Ein Satz, der ihr durch den Tag hilft.

Jeder Tag zählt

Nüchtern spricht sie über Simons Krankengeschichte. Die Sachlichkeit kann nicht schützen vor der Angst, dass jeden Tag aus dem Nichts heraus etwas passieren kann. Ein Gefühl, das Gabriele Körnig kennt. Ihr erster Sohn Jan hatte ebenfalls Muskeldystrophie und starb im Alter von 14 Jahren. Das war 1995. Für die Mutter zählt: »Simon ist schon fünf Jahre älter, als Jan es wurde.«

Die Nachfrage steigt

Mehr als 22 000 Kinder in Deutschland leben mit Diagnosen wie Krebs, Muskelschwund, unheilbaren Herz- und Stoffwechselerkrankungen. Oft werden sie zu Hause unter unvorstellbarer Belastung gepflegt.

Im März 2013 haben die Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg das bisher einzige Kinderhospiz Sachsen-Anhalts eröffnet – zur Palliativbetreuung. Das Wort *palliativ* stammt aus dem Lateinischen: palliare, mit dem Mantel umhüllen. Ein Hospiz bietet diese schützende Begleitung nicht nur im medizinischen Sinn. Es gibt derzeit 15 solcher Einrichtungen in Deutschland. »Die Nachfrage nach Palliativversorgung hat in den letzten Jahren stark zugenommen«, berichtet Franziska Höppner, Leiterin der Magdeburger Einrichtung. »Zu Beginn unserer Arbeit haben wir Akquise betrieben und Aufklärungsarbeit geleistet. Oft schien nicht klar zu sein, ab wann ein Kind krank genug für die Aufnahme in ein Hospiz sei. Heute sind unsere acht Plätze so gut wie durchgängig voll belegt. Etwa 45 Kinder durften wir im Laufe des letzten Jahres betreuen.«

Sachlichkeit gegen die Angst

Einrichtungen wie in Magdeburg bieten neben der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung sterbender Kinder im Rahmen der Entlastungspflege auch die Möglichkeit, die Pflege eines unheilbar kranken Kindes ganz oder teilweise an Pflegekräfte abzugeben. Für bis zu 28 Tage im Jahr können sie im Kinderhospiz aufgenommen werden.

Kinderhospize sind auf die »besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Familien bereits ab Diagnosestellung ausgerichtet« – so heißt es im Sozialgesetzbuch. »Es kann also durchaus sein, dass Kinder über einen längeren Zeitraum bei uns sind. Simon zum Beispiel lebt seit zwei Jahren hier. Aufgenommen haben wir ihn in einem akuten Zustand, der sich stabilisierte. Allerdings nehmen die Komplikationen mit der Atmung nun zu und es geht ihm zunehmend schlechter«, erklärt Höppner.



Der Tod nimmt Gestalt an

Wie erklärt man einem Kind, dass es bald sterben wird? »Kinder haben häufig ein inneres Wissen, wie es um sie steht. Bis sie zehn oder elf sind, leben sie mehr im Hier und Jetzt. Sterben wird als etwas Normales akzeptiert, das vielleicht morgen passiert, aber auf das Heute keinen Einfluss hat. Wenn sie älter sind, haben sie bereits angefangen, ihre Zukunft zu planen. Sie reagieren enttäuscht, wütend und verzweifelt, dass sie so vieles nun nicht mehr erleben werden. Keinen ersten Kuss, keine Fete«, erklärt Franziska Höppner. Simon ist 17. »Wir haben den Notfall besprochen«, sagt seine Mutter. »Simon will keine Trachealkanüle, keine künstliche Atemöffnung. Alles andere überlässt er seiner Mama.« Simon schluckt. Über den Tod will er nicht weiter reden. »Simon weiß, dass er jederzeit sterben kann«, sagt Gabriele Körnig. Ihr Sohn fühle sich dem Himmel nah. Franziska Höppner trifft den Ton, wenn sie zu Simon sagt: »Nicht, dass du dann wieder auf deiner Wolke sitzt, runterguckst und sagst: Was haben die blöden Weiber da unten schon wieder gemacht?!« Eine Vorstellung, die dem Jungen ein Lächeln abluhst.

Familien wie die Körnigs sind unendlich dankbar für die Unterstützung, auch finanziell. Die Kassen übernehmen 95% der Kosten für die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung lebensverkürzt erkrankter Kinder. 5% des Tagesatzes sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Geschwisterkinder und die Begleitung der Eltern müssen über Spenden finanziert werden. Das gilt auch für die abwechslungsreiche Gestaltung des Alltags und die Erfüllung kleinerer Wünsche.

Die Zahl der Anträge steigt

Die Genehmigung von Anträgen auf Hospizversorgung erfolgt in vielen Fällen direkt durch die Krankenkassen. »Kinderhospiz-Begutachtungen sind eher selten und werden meist nach Aktenlage bearbeitet«, sagt die ärztliche Gutachterin Dipl. med. Verena Fiedler aus dem MDK Sachsen-Anhalt. Anträge auf Hospizpflege sind dem MDK laut Gesetzbuch nicht zwingend vorlagepflichtig. Auffällig ist aber der Anstieg der Begutachtungen über die Jahre. So begutachtete der MDK Sachsen-Anhalt beispielsweise im Jahr 2012 lediglich vier Anträge auf Kinderhospizpflege, im Jahr 2014 hingegen 15 Fälle der etwa 45 betreuten Kinder in Sachsen-Anhalt.

Die Begutachtungen im Bereich der gesamten stationären Hospizversorgung haben sich bundesweit seit 2012 mit etwa 27 000 Begutachtungen im letzten Jahr fast verdoppelt. »Das spricht für die vertrauensvolle Arbeit der Einrichtungen und die Erfahrung aller Beteiligten mit diesem speziellen Versorgungsbereich«, so Verena Fiedler. »Ärzte, Kassen und vor allem die Hospize sind mittlerweile erfahren und wissen um die Aufnahmeindikationen. Sollte doch mal etwas unklar sein, haben die Kollegen aus dem Magdeburger Kinderhospiz im Vorfeld einen direkten Draht zu uns.«

Die Länge des Weges ist nicht absehbar

Seit zweieinhalb Jahren begleitet das Hospiz in Sachsen-Anhalt die Lebenswege lebensverkürzt erkrankter Kinder und ihrer Familien. Mal sind diese Wege länger, manchmal sehr kurz – wie bei Anna. Bereits kurz nach der Geburt zeigten sich die Symptome des Zellweger-Syndroms, einer seltenen Gen-Erkrankung. Das Atmen fiel Anna schwer, die kleinen Nieren wollten nicht arbeiten und eine Sonde musste über die angeborene Trinkschwäche hinweghelfen.

Für das Team des Kinderhospizes war es wichtig, Annas Eltern darin zu ermutigen, kostbare gemeinsame Momente zu erleben. Nur mit Erinnerungen ist es uns möglich, einen gesunden Trauerweg zu gehen. Gemeinsam mit ihrer Mama wurde überlegt, wie Anna Teil ihres Lebens bleiben und auch für Freunde und Verwandte erlebbar werden kann. Da kam die Idee der Schmetterlinge auf. Das Schmetterlingsbild aus Annas Fußabdrücken und die vielen Fotos und Videos, die in der kurzen Zeit entstanden sind, zeigen auch den Angehörigen und Freunden, die Anna nicht kennenlernen konnten, dass sie wirklich da war. Nach nur zehn Wochen gemeinsamer Lebenszeit mussten ihre Eltern Anna wieder loslassen. Aber noch heute kommen sie gerne das Kinderhospiz und Annas Schmetterling besuchen.

Nun erhält jedes Kind, dass in die Einrichtung der Pfeiferschen Stiftungen kommt, sein eigenes Schmetterlingsbild. Eines bleibt am Lebensbaum des Kinderhospizes, um nach dem Versterben des Kindes in dessen Schmetterlingshimmel zu fliegen.

* Name geändert

Ein Schmetterling für den Lebensbaum



Mandy Paraskewopulos,
MDK Sachsen-Anhalt
mandy.paraskewopulos@
mdk-san.de

Ein Altenheim für die Kinder vom Bahnhof Zoo

Deutschlands bekannteste Heroinabhängige war 14 Jahre alt, als sie in das Drogenmilieu und den »Babystrich« am Berliner Bahnhof Zoo geriet. Was ist aus Christiane F. und den anderen süchtigen »Kindern« geworden? Viele sind heute um die 50 und pflegebedürftig. In Unna (NRW) gibt es ein Pflegeheim, das ganz auf die Bedürfnisse von Ex-Junkies zugeschnitten ist.

CHRISTIANE F. HAT IN DIESEM JAHR ihren 53. Geburtstag gefeiert. Bei gelegentlichen Medienauftritten kommt sie immer wieder auf ihren schlechten Gesundheitszustand zu sprechen. Wie viele überlebende Ex-Junkies leidet sie unter den Folgeerkrankungen der Sucht. Die Langzeitabhängigkeit hat bei ihr zu Hepatitis C geführt. Diese chronische Leberentzündung kann eine Leberzirrhose auslösen, das langsame Absterben des Organs. Andere kämpfen zum Beispiel mit HIV oder Aids, Diabetes, Kreislaufproblemen, Herzinsuffizienz, Störungen des Verdauungssystems oder Gefäßerkrankungen.

Eine Langzeitabhängigkeit lässt den Körper um 15 Jahre »voraltern«

Ihre Lungen sind geschädigt vom Rauchen (neben Tabak oft auch andere Drogen). Chronische Atemwegserkrankungen (COPD) sind die Folge. Süchtige, die nicht schon in jungen Jahren an ihrer primären Erkrankung sterben, werden meist deutlich früher pflegebedürftig als der Bevölkerungsdurchschnitt. In vielen Fällen bringt jahrelanger Missbrauch neben dem körperlichen Verfall auch Veränderungen der Persönlichkeit mit sich, darunter psychische Erkrankungen wie Psychosen und Depressionen. Das Gehirn altert infolge der Drogensucht wesentlich schneller und Demenzerkrankungen, insbesondere das alkoholinduzierte Korsakow-Syndrom, treten häufiger auf. Wissenschaftler gehen davon aus, dass eine Langzeitabhängigkeit den ganzen Körper insgesamt um rund 15 Jahre *voraltern* lässt.

Suchthilfe und Altenhilfe kaum vernetzt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 2009 das Modellprojekt »Ältere Drogenabhängige in Deutschland« gefördert. Der Abschlussbericht belegt, dass in den untersuchten Städten zwar ein differenziertes Versorgungsnetz sowohl der Suchthilfe als auch der Altenhilfe existiert, die beiden Bereiche aber noch wenig miteinander vernetzt sind. Diese Erfahrung hat auch Anabela Dias de Oliveira gemacht, die Lei-

terin von LÜSA (Langzeit Übergangs- und Stützungsangebot), einer Einrichtung am Rande von Unna im östlichen Ruhrgebiet. Dort leben mehr als dreißig schwerstabhängige und chronisch mehrfach geschädigte Menschen. Drei Viertel von ihnen sind älter als vierzig Jahre. Maximal zwei Jahre lang können sie dort bleiben – doch wohin dann? »Es ist schwer, unsere Bewohner an konventionelle Altenheime zu vermitteln, denn diese haben Berührungängste gegenüber Ex-Junkies«, sagt Dias de Oliveira.

Um eine dauerhafte Versorgung zu ermöglichen, hat das Team von LÜSA ein früheres Nonnenerholungsheim im Stadtteil Hemmerde zu einem Altenheim für Ex-Junkies umgebaut. In der Dauerwohneinrichtung DAWO werden seit Anfang des Jahres 14 chronisch Suchtkranke betreut. »Wir müssen alles neu erfinden, es gibt kein Vorbild, bei dem wir uns etwas abschauen könnten«, erzählt die Leiterin Sabine Lorey. Zwischen 39 und 66 Jahre sind die Bewohner alt, im Schnitt um die fünfzig, also gemessen an der Normalbevölkerung noch recht jung. »Man kann sich das als Außenstehender gar nicht vorstellen, wie schnell Süchtige ab einem gewissen Alter abbauen, körperlich und geistig«, erklärt Lorey, die schon seit einem Vierteljahrhundert in der Drogenhilfe arbeitet. Suchtkranke jenseits der Vierzig sind buchstäblich Überlebende, denn das statistische Sterbealter liegt im Schnitt bei 37 Jahren.

Ich wäre wohl geradezu verrottet

Ältere Süchtige sind oft körperliche Wracks und werden einfach sich selbst überlassen.

»Bei vielen ginge es schneller, aufzuzählen, was sie noch nicht haben, als eine vollständige Liste ihrer Erkrankungen zu erstellen«, so Lorey. So leide die jüngste DAWO-Bewohnerin an HIV, Hepatitis und ausgeprägter Depression, zusätzlich zu einem schlechten körperlichen Allgemeinzustand. Den Weg in das drei Kilometer entfernte Zentrum, wo man Ein-



käufe erledigen oder ein Stück Kuchen essen kann, würde keiner der Bewohner mehr alleine schaffen. Bewohner Stephan I. (52) erzählt: »Ich habe zuvor in einer eigenen Wohnung gelebt, aus der ich kaum mehr herausgekommen bin und wo ich mich nicht mehr alleine versorgen konnte.« Seit dem Umzug in die Einrichtung gehe es ihm wesentlich besser. »Allein, dass ich jetzt zu Arztterminen gefahren werde und regelmäßige Mahlzeiten bekomme, ist ein enormer Fortschritt.« Stephan I. ist Diabetiker. Weil er nicht angemessen ärztlich versorgt wurde, musste ihm aufgrund eines diabetischen Fußsyndroms ein Teil des Fußes amputiert werden. »Wäre es mit mir so weitergegangen, dann wäre ich wohl geradezu verrottet.«

Stephan I. erging es wie vielen älteren, gesundheitlich geschädigten Drogenabhängigen: Sie leben allein oder sogar auf der Straße und können ambulante Versorgungsangebote nicht in Anspruch nehmen, weil ihnen die Kraft dazu fehlt. Konventionelle Altenheime wollen pflegebedürftige Ex-Junkies aber oft nicht aufnehmen; allein die Substitutionsbehandlung mit Methadon überfordert nicht geschulte Pflegekräfte. »Die Leute werden einfach sich selbst überlassen«, sagt Stephan I. traurig. »Und kommen schnell an einen Punkt, wo es eine Frage von Leben und Tod ist, ob eine Einrichtung sie aufnimmt.«

Einfach Ruhe finden und wissen, dass man angekommen ist

Im DAWO finden diese Menschen ein Heim und erlangen ein Stück ihrer Würde zurück. Der Tagesablauf ist geregelt. Nach dem Frühstück können die Bewohner an freiwilligen Aktivitäten teilnehmen. Körbe flechten in der Kreativwerkstatt ist für viele schon eine Herausforderung, denn die Feinmotorik funktioniert oft nicht mehr richtig. In der Mediengruppe wird gemeinsam die Tageszeitung gelesen, wer Bewegung

möchte kann am Sitzsport-Programm teilnehmen. Wer in der Küche oder beim Saubermachen hilft, kann sich einen Euro verdienen – zusätzlich zum wöchentlichen Taschengeld von 20 Euro pro Woche. »Viele Bewohner haben aber aufgrund ihrer Lebensgeschichte einfach ein sehr starkes Ruhebedürfnis«, berichtet Lorey. Um sechs Uhr gibt es Abendessen.

Mehr Hilfe ist notwendig

Noch ist das Heim in Unna das einzige seiner Art, doch Leiterin Lorey bekommt viele Anfragen aus anderen Städten, wo ähnliche Projekte in Planung sind. Andere Initiativen zielen darauf, Altenpflegekräften ihre Hemmungen im Umgang mit Suchtkranken zu nehmen, damit diese auch in regulären Heimen aufgenommen werden können. So hat die Diakonie im Kreis Löbau-Zittau das Weiterbildungsprogramm *Watch ins Leben* gerufen. Es bietet zum Beispiel Inhouse-Schulungen sowohl für Mitarbeiter der Suchthilfe als auch für Altenpfleger. Denn beide Gruppen wissen viel zu wenig über das jeweils andere Arbeitsgebiet. Das Verständnis füreinander soll unter anderem durch regelmäßige Hospitationen wachsen.



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

... damit anders nicht tödlich endet

In kaum einem anderen Land wächst die Wirtschaft so schnell wie in Indien. Dennoch leiden Millionen Menschen Hunger. Nicht der Norm zu entsprechen kann tödlich sein. Im Erwachsenenalter sterben viele geistig Behinderte auf der Straße, weil es kein Sozialsystem gibt, das sie auffängt, weil sich niemand um sie kümmert. Das soll sich ändern – mit Würzburger Engagement.

KARTHIKEYAN GANESAN, genannt Karthik, wuchs in einem Waisenhaus auf, das sich um Kinder kümmerte, die von der Gesellschaft ausgeschlossen wurden. In diesem Haus wurden alle Kinder, ob mit oder ohne geistige Behinderung, gleich behandelt. Er erkannte schnell, dass die behinderten Kinder im späteren Leben nur sehr begrenzte Möglichkeiten haben würden. Karthik selbst dagegen hatte Glück und Erfolg: Er studierte Psychologie und entschied sich dann, zu jenem Waisenhaus zurückzukehren und dort zu arbeiten. Der inzwischen 32-Jährige hatte das Ziel, den Kindern mit Behinderung nicht nur zeitweise ein Zuhause zu bieten, sondern ihnen auch dabei zu helfen, später eine Arbeit und damit ihren eigenen Weg zu finden. Eine Geschichte, die beinahe klingt wie ein Märchen.

Die tägliche Realität

In Indien können Menschen mit einer geistigen Behinderung ihr Potenzial und ihre Fähigkeiten nicht entwickeln, weil sie nicht gefördert werden. Sie finden einerseits kaum Arbeit, stehen andererseits aber überdurchschnittlich hohen Lebenshaltungskosten gegenüber. Damit werden sie zu einer der ärmsten Bevölkerungsgruppen in einem der ärmsten Länder der Welt. Der einzige Ausweg wäre ein existenzsicheres Einkommen. Laut Untersuchungen der UNESCO sind aber vor allem Menschen mit geistiger Behinderung häufig nicht in der Lage, dort ihren Lebensunterhalt zu verdienen, weil ihnen geeignete Ausbildungs- und Trainingsmöglichkeiten fehlen.

Um dem entgegenzuwirken, gründete Karthikeyan Ganesan im Jahr 2013 die Sristi Foundation, eine Non-Profit-Organisation, die inzwischen außer ihm vier weitere Vorstandsmitglieder hat – drei von ihnen mit Behinderungen. »Das Wort ›Sristi‹ stammt aus dem Sanskrit und bedeutet Schöpfung. Genau das wollen wir. Eine Welt für Menschen erschaffen, die von der Gesellschaft ausgeschlossen sind, für

Menschen mit geistiger Behinderung oder anderen Entwicklungsstörungen. Eine Welt, die sie ihr eigen nennen können und wo jeder mit dem gleichen Respekt behandelt wird«, erklärt Karthik. Auch in Deutschland hat er Unterstützer gefunden, wie PD Dr. Christoph Ratz vom Lehrstuhl für Sonderpädagogik der Universität Würzburg.

Gemeinsam mit seiner Frau Karin Ebert, ebenfalls Sonderpädagogin, lernte Ratz den Inder und dessen Projekt kennen, als sie ihren Sohn David besuchten, der im Rahmen eines internationalen Freiwilligendienstes für ein Jahr dorthin vermittelt wurde – und sie waren schnell überzeugt: »Da war jemand mit einer Vision, der wollte aus der eigenen Betroffenheit heraus etwas aufbauen. Er hatte erlebt, dass diese Menschen sehr schlechte Chancen haben, und hat nun Ideen entwickelt, ihnen zu helfen. Seine Ziele sind nachhaltig, klug durchdacht und verantwortungsvoll«, sagt Ratz.

**Geistig Behinderte
leben auf dem Land**

Ein Märchen wird wahr

Inzwischen betreibt die Sristi-Organisation in dem südindischen Ort Thazhuthali, 30 km von Pondicherry entfernt, verschiedene Projekte: Die Sristi Special School bietet Kindern mit geistiger Behinderung oder anderen Entwicklungsstörungen, die in ländlichen Gebieten leben, eine angemessene Bildung und weitere Rehabilitationsmöglichkeiten. Im Sristi Vocational Training Centre können behinderte Erwachsene handwerkliche Fähigkeiten lernen. »Durch die Wertschätzung ihrer Arbeit wird ihr Selbstbewusstsein aufgebaut, damit sie besser auf den nächsten Schritt Richtung Selbstständigkeit vorbereitet sind«, erklärt Ratz. Außerdem entsteht am Ortsrand von Thazhuthali auf einer Fläche von 3,4 Hektar Sristi Village, eine sich selbst versorgende und ökologische Dorf-Gemeinschaft. Seit einem Jahr leben dort zehn Menschen zusammen, arbeiten und lernen gemeinsam. Bis zu 50 Menschen sollen es einmal werden. »Schon nach

dem ersten Jahr konnten wir feststellen, wie positiv sich die Menschen in der Gemeinschaft entwickelten und neue Fähigkeiten erlernten«, so der Sonderpädagoge.

Eine Schulbank für Landwirte

Der indische Census 2011 zeigt, dass ca. 1,6 Millionen Menschen in Indien eine geistige Behinderung haben. Rund 75% von ihnen leben in ländlichen Gebieten, in denen die Landwirtschaft nach wie vor der dominierende Wirtschaftssektor ist. Sie haben keine Chance auf eine angemessene Ausbildung. Daraus wuchs der Impuls, die Sristi Farm Academy zu gründen. »Wir wollten landwirtschaftliches Wissen und die ersten Erfahrungen aus Sristi Village mit geistig behinderten Menschen teilen und ihnen helfen, dass sie so unabhängig wie möglich leben können«, erklärt Karthik. Alle drei Jahre sollen 20 Auszubildende aus dem Sristi Village in der Akademie ein land- und betriebswirtschaftlich orientiertes Training erhalten und eine selbstversorgende, ökologische Art zu leben kennenlernen. Während des dreijährigen Trainings können sie einerseits ihre eigenen Fähigkeiten weiterentwickeln und erfahren andererseits wichtige Dinge in Bezug auf den organischen Gartenbau, die Kräutergärtnerei, die Milchkühhaltung oder die Imkerei. Durch dieses Know-how und die beruflichen Erfahrungen sollen sie später einmal sich selbst und ihre Familien versorgen können und sich dadurch ihren Traum von Selbstständigkeit erfüllen. »Um dieses Ziel zu erreichen, werden wir sie bei ihren Projekten begleiten und sie beispielsweise bei der Entwicklung eines Geschäftes, bei der Akquise von Krediten oder beim Absatz ihrer Produkte helfen«, hofft Karthik.

Was zählt, ist Nachhaltigkeit

Die Würzburger Sonderpädagogen luden Karthik in diesem Sommer ein, um verschiedene Behinderteneinrichtungen in Deutschland kennenzulernen. In diesem Zusammenhang stellte der Inder sein Projekt auch an der Universität Würzburg vor. »Daraus entstand vor wenigen Wochen die Initiative, gemeinsam mit Freunden und Kollegen, die ebenfalls sehr schnell von der besonderen Qualität des Sristi-Projekts überzeugt waren, den Verein ›Lebenschancen – Opportunities for Life e. V.‹ zu gründen«, erklärt Ratz. Ziel ist es, Einrichtungen und Organisationen für Kinder und Erwachsene mit Behinderung in Entwicklungsländern wie eben die Sristi-Foundation finanziell zu unterstützen. Denn Spenden sind eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Ideen Wirklichkeit werden können, weiß Ratz: »Bevor wir mit dem Ausbildungsbetrieb beginnen können, müssen wir erst eine Trainings- und Versammlungshalle, eine Gemeinschaftsküche und fünf einfache und ökofreundliche Hütten als Unterkünfte bauen. Zusammen mit den anfänglichen laufenden Kosten benötigen wir dafür rund €82.000.«

Er hat schon bei vielen Hilfsprojekten dieser Art mitgearbeitet, unter anderem begleitete er eine Schule für Kinder mit geistiger Behinderung in Sierra Leone. Im indischen Projekt ist es vor allem die Nachhaltigkeit, die Ratz überzeugt: »Während der ersten Jahre wird unser Projekt finanzielle Unterstützung brauchen. Durch die Spenden wollen wir dann aber die Voraussetzungen schaffen, dass in den Folgejahren

nur noch laufende Kosten anfallen.« Da die Selbstversorgung eines der Hauptziele der Sristi-Foundation ist, sollen die Ackererträge und die landwirtschaftlichen Projekte sich später selbst tragen und die laufenden Kosten abdecken. »Ich habe während meiner Tätigkeit in anderen Ländern gesehen, dass es nichts bringt, von außen herzugehen und zu sagen ›Ich helfe dir jetzt mal‹. Die Menschen müssen sich von innen heraus bemühen, selbst etwas aufzubauen, das auch in der Region und in der Kultur verankert ist. Sonst erlischt die Motivation im Projekt schnell wieder, sobald das Engagement von außen nachlässt«, erklärt Ratz.

Als Mitglieder des elfköpfigen Beirates von Sristi Foundation begleiten er und seine Frau den weiteren Ausbau des Projektes auch fachlich. Um den Fortschritt des Projektes zu überwachen und möglicherweise auftretende Schwierigkeiten frühzeitig aufdecken zu können, soll die Strategie durch den Beirat regelmäßig überprüft und eventuell angepasst werden. Außerdem ist eine Evaluation durch externe Experten geplant, die den Projektrahmen überprüfen, vorhandene Lücken identifizieren und Empfehlungen liefern sollen, was noch weiter verbessert werden kann.

Dr. Martina Koesterke

Weitere Informationen: www.sristifoundation.org
www.lebenschancen.wordpress.com

Einer seltenen Erkrankung auf der Spur

Eine Schlagzeile tauchte im Sommer in den verschiedensten Medien auf: Fettleibigkeit wird von deutschen Ärzten oft zu spät diagnostiziert. Die Folgen seien fatal, für Krankenkassen und Patienten. Besonders fatale Folgen drohten für einen kleinen Patienten an der Uniklinik Ulm: Der dreijährige Junge wog mehr als 40 Kilo – dreimal so viel wie Kinder in seinem Alter.

BEI UNTERSUCHUNGEN ihrer 3,5 Millionen Versicherten fand die Barmer GEK laut einem Bericht des *Handelsblatts* heraus, dass nur bei 11% der Versicherten Adipositas diagnostiziert wurde. Dem aktuellen Mikrozensus zufolge sind jedoch 51% der Männer und 43% der Frauen übergewichtig, jeder Dritte müsste aus medizinischen Gründen abnehmen. Stattdessen würden häufig die Folge- und Begleiterkrankungen wie Rücken- und Gelenkverschleiß, Bluthochdruck, Diabetes oder Herzkrankheiten therapiert. Ein Thema, das immer wieder auf offene Ohren trifft, wie der Leiter der Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Ulm, Prof. Dr. Martin Wabitsch, weiß: »Es ist ein Grundthema in unserer Gesellschaft. Viele Menschen haben Probleme mit ihrem Körpergewicht, finden aber keine Lösung. Gemeinsam mit den Engländern haben wir in Deutschland die höchste Rate an Übergewichtigen in Europa und gleichzeitig werden nirgendwo mehr Diäten durchgeführt als in Deutschland.«

Einer neuen Ursache auf der Spur

Was wäre nun, wenn in einem besonderen Fall ein solches Übergewicht eine genetische Ursache haben könnte, kaum beeinflussbar durch den Patienten? Dieser Fährte ging Wabitsch mit seinen Kollegen Anfang des Jahres nach, als sie den kleinen Jungen in der Uniklinik untersuchten. Als Baby habe er stündlich trinken wollen, berichteten die Eltern. Als Kleinkind habe er kaum gespielt und stattdessen die Wohnung nach Essen abgesucht. Jede Diät sei erfolglos geblieben, der Kleine sei einfach nicht satt geworden.

Diese Beobachtungen führten die Ulmer Forscher zu dem Hormon Leptin (griechisch leptos = schlank), das 1994 in genetisch adipösen Mäusen entdeckt wurde. Gebildet wird es von den Zellen im Fettgewebe, abhängig von deren Größe und von der Fettmasse. Das ständige Hungergefühl des Kindes könnte – so die These – an einem Mangel dieses Hor-

mons liegen. Im Gehirn sorgt Leptin für ein Sättigungsgefühl, so dass der Körper keine Nahrung mehr aufnimmt. Wenn das Fettgewebe aber beispielsweise aufgrund einer Veränderung im Erbgut kein Leptin bilden kann, erreicht das Gehirn auch kein Sättigungssignal. Die Folge: Es signalisiert ständig »Hunger«, der Körper nimmt ungebremst Nahrung auf und es entsteht extremes Übergewicht. Wenn ein Arzt bei einem Patienten diesen Verdacht hat, bestimmt er den Leptinwert im Blut. Findet er das Hormon in der Blutbahn nicht, liegt die Vermutung nahe, dass es nicht richtig gebildet werden kann, und der Arzt stellt die Diagnose »Leptin-Mangel«. Dementsprechend überrascht waren die Ulmer Mediziner, als sie bei dem kleinen Jungen normale und teilweise sogar erhöhte Leptin-Werte im Blut gemessen hatten.

Ein ungewöhnlicher Weg führt zum Erfolg

Der nächste Schritt war ungewöhnlich und widersprach allen gängigen Leitlinien: Das Leptin-Gen, also das Erbmateriale, das einer Art Blaupause für die Bildung dieses Hormons entspricht, wurde untersucht. Dort zeigte sich überraschenderweise eine Mutation, also eine Veränderung, die ungewöhnlich war und wahrscheinlich zur Bildung eines fehlerhaften Hormons führt. »Diese Konstellation von Befunden hat mich an andere Krankheitsbilder aus der Kinderendokrinologie erinnert, bei denen Eiweißhormone vom Körper hergestellt werden und auch im Blut messbar sind, jedoch keine Wirkung entfalten. Wir sprechen dann von sogenannten bioinaktiven Hormonen«, erklärt Martin Wabitsch. Den Nachweis, dass dies wirklich so ist, erbrachten die Mitarbeiter von Wabitsch schließlich in seinem Forschungslabor mit Hilfe von aufwendigen Untersuchungen.

Damit lag die Erklärung auf der Hand: Es handelt sich um ein biologisch inaktives Sättigungshormon und damit um ein völlig »neues Krankheitsbild«: Das mutierte Hormon kann nicht an den entsprechenden Stellen im Gehirn ando-



cken und die Information des Botenstoffs kommt nicht am Ziel an. Demzufolge wird auch das Hungergefühl nicht abgestellt. Weil das Gehirn aber wiederum ständig einen »Mangel« signalisiert, dem Körper gewissermaßen einen Hormonmangel vortäuscht, bilden die Fettzellen immer mehr Leptin, und die gemessenen Konzentrationen im Blut sind normal oder sogar erhöht.

Therapieerfolg nach wenigen Tagen

Wabitsch beschloss, den kleinen Patienten mit biotechnologisch hergestelltem Leptin zu behandeln. Da das Medikament für diese Indikation allerdings noch nicht zugelassen war, musste zunächst die Ethikkommission der Uniklinik Ulm zustimmen. »Es ist ein humanes, rekombinantes Eiweißhormon, vergleichbar mit dem Insulin, das Diabetiker erhalten. Und es wird genauso subkutan unter die Haut gespritzt, allerdings nur ein- bis zweimal täglich, also weniger als bei einem Diabetiker«, erklärt der Kinderarzt. Da die Patienten kein eigenes funktionsfähiges Leptin bilden können, müssen sie es lebenslang spritzen. Dass es noch nicht zugelassen ist, liegt daran, dass es sich um eine seltene Erkrankung handelt. Für eine häufigere Krankheitsgruppe des Fettgewebes, die sogenannten Lipodystrophien, gibt es in den USA seit Frühjahr 2014 eine Zulassung für Leptin, in Deutschland ist diese Zulassung beantragt.

Nach einer entsprechenden Aufklärung und Zustimmung der Eltern konnte der Junge mit dem synthetischen Hormon behandelt werden, was sehr schnell anschlug: Nach wenigen Tagen verschwand der Hunger, die ständige Suche nach Nahrung und der übermäßige Appetit. In den folgenden Wochen verlor der Junge an Gewicht und sein Stoffwechsel normalisierte sich. »Dem Jungen geht es inzwischen ganz hervorragend. Es ist ein normaler Junge geworden, was er vorher nicht war. Vorher hat er von morgens bis abends nur nach Essen gesucht, nicht mit anderen Kindern gespielt, war für nichts anderes zu begeistern. Jetzt will der Kleine abends vom Spielplatz nicht mehr nach Hause, weil er sagt, spielen ist doch viel schöner als Abendessen«, freut sich Wabitsch.

Auch die Eltern sind glücklich. Seit Geburt ihres Kindes hatten sie sich Sorgen gemacht. Verwandte und Freunde warfen ihnen vor, das Kind zu überfüttern und nicht ausreichend zu kontrollieren. Nun wissen sie, dass es nicht an inkonsequenter oder unzureichender Erziehung lag – der Körper ihres Sohnes konnte einfach nicht anders reagieren.

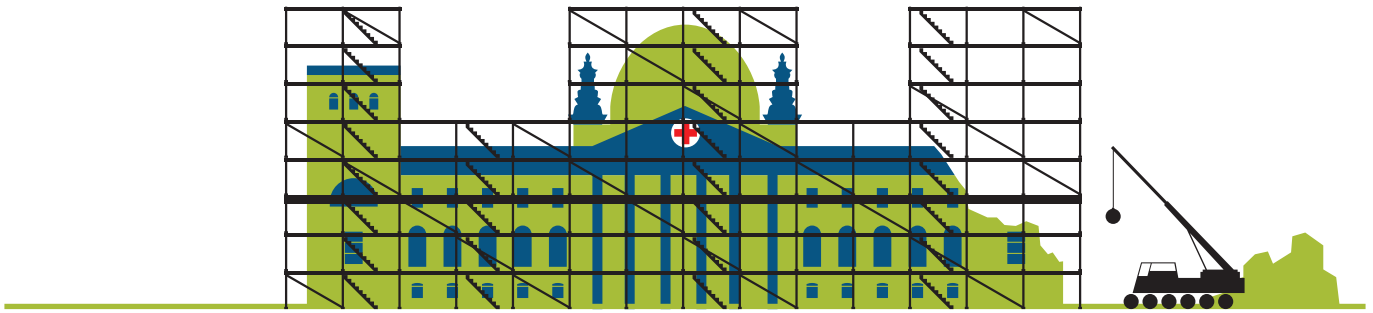
Es bleibt eine Ringeltaube - aber mit einer Botschaft

Der Kinderarzt geht davon aus, dass der kleine Junge kein Einzelfall ist: »Wir betreuen hier in Ulm acht Patienten mit Leptinmangel. Von denen haben drei diese bioinaktive Form mit normalen bis sogar erhöhten Leptinspiegeln, bei denen das Hormon aber nicht wirkt. In einem anderen Zentrum im englischen Cambridge werden derzeit 13 Patienten betreut und es gibt noch ein paar wenige andere Zentren weltweit, die solche Patienten mit dem Orphan Drug behandeln. Es ist in der Tat eine seltene Erkrankung, eine rare disease. Andererseits: Wenn wir hier in Ulm acht Patienten haben, gibt es auch noch fünf in Berlin, fünf in Frankfurt oder fünf im Ruhrgebiet, die nur noch nicht entdeckt sind. Wir haben die Aufgabe, diese Methoden zum Nachweis der Erkrankung einzusetzen, sofern ein Verdacht besteht. Man sollte auch bei einer seltenen Erkrankung diejenigen herausfiltern, denen man helfen kann.« Für Wabitsch liegt außerdem auf der Hand, dass Ärzte von diesem seltenen Beispiel viel über die weit verbreitete Adipositas lernen können, auch wenn Leptin sicherlich keine Alternative für die meisten übergewichtigen Menschen ist: »Der normale adipöse Mensch verhält sich ähnlich, weil er auch immer nach Essen sucht. Diese seltene Krankheit zeigt uns, wie die Regulation der Adipositas wirklich zu verstehen ist, nämlich nicht als selbstverschuldeter Zustand, sondern als eine Erkrankung des Gehirns und als Dysregulation der Energiehomöostase des Körpers.«

Allerdings ist die Adipositas in Deutschland bisher nicht als Krankheit anerkannt. Dieses müsse der nächste Schritt sein, um dann die Angebote wie Schulungsprogramme, bariatrische Chirurgie mit einer umfassenden Vor- und Nachsorge oder Medikamente flächendeckend zu verbessern. »Aber so weit sind wir momentan leider noch nicht, weil sie eben noch nicht anerkannt ist«, sagt der Kinderarzt.

Dr. Martina Koesterke

100 Seiten Papier



Das Krankenhaus ist für viele Patienten ein Ort des doppelten Leids: Ärzte wie Pfleger sind chronisch überlastet, viele Kliniken sind baulich in einem miserablen Zustand und Geld für Investitionen fehlt. Zugleich steht bald jedes dritte Bett leer. Das soll die Reform kurieren.

INZWISCHEN SCHREIBEN 42% aller Krankenhäuser nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft rote Zahlen. Und wer besonderes Pech hat, der fängt sich angesichts mangelhafter Hygiene noch einen multiresistenten Keim ein, wird wegen unzureichender ärztlicher Routine suboptimal operiert, oder, beinahe schlimmer noch, aufgrund ökonomischer Fehlanreize im sogenannten Fallpauschalensystem unnötig behandelt. Es verwundert wenig, dass – obwohl Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern ähnlichen medizinischen Niveaus einen sehr viel höheren Prozentsatz seines Bruttosozialprodukts für Gesundheit aufwendet – die Menschen bei uns nicht gesünder sind.

100 Seiten auf dem Weg zum Gesetz

Handlungsbedarf sieht nun auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Sein Haus hat eine »Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung« auf den Weg gebracht, die auf mehr als 100 Seiten einen Paradigmenwechsel ankündigt: höhere Qualität in der Diagnostik und Versorgung, bessere Pflege am Krankenbett, insgesamt weniger Kliniken und weniger Operationen zugunsten von mehr Patientensicherheit; das sind die Versprechen. Bereits Mitte Oktober soll das Parlament das Vorhaben zum Gesetz adeln.

Für die Krankenversicherten hat dies zunächst einmal finanzielle Folgen: 6,4 Milliarden Euro soll die Reform zwischen 2016 und 2020 kosten, 90% davon gehen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen. Allein eine Milliarde Euro ist dafür eingeplant, bestehende stationäre Überkapazitäten abzubauen, sprich: Abteilungen, in denen seit Jahren keine Bandscheibe mehr operiert / kein Kind mehr geboren / kein Krebs mehr bestrahlt wurde, dichtzumachen. Ein Novum, auf dessen Umsetzung in der Praxis man gespannt sein darf: Bislang ist nicht überliefert, dass irgendein Landrat, Kreisvorsitzender oder Bürgermeister zwischen Flensburg und Passau jemals kampfflos oder gar freiwillig einer stationären Flurbereinigung zugestimmt hätte. Unabhängig davon, wie geboten diese rational jeweils war.

Die Guten belohnen, die Schlechten bestrafen

Gute Qualität soll künftig belohnt, schlechte dagegen mit finanziellen Abschlägen bestraft werden. Neben Häusern, die schon heute medizinische Spitzenleistungen erbringen, sollen von der Förderung vor allem Kliniken profitieren, die eine stationäre Notversorgung anbieten, etwa für Verkehrsunfall-opfer oder für akute Herzinfarkt- oder Schlaganfall-Patienten, bei denen es auf jede Minute ankommt. Diese Krankenhäuser sollen in entlegenen Regionen auch dann aufrechterhalten werden, wenn sie nicht ausgelastet sind. Sie erhalten sogenannte Sicherstellungszuschläge. Für planbare, komplizierte Eingriffe, bei denen Qualität und Erfahrung wichtiger sind als die Nähe zum Wohnort, werden Patienten und ihre Angehörigen dagegen künftig auch mal längere Anfahrten als bisher in Kauf nehmen müssen; 30 bis 45 Minuten gelten als zumutbar. Die Krankenkassen wiederum sollen »Qualitätsverträge« mit Kliniken schließen dürfen, in die sie dann bevorzugt ihre Versicherten schicken. Und schließlich sollen 6600 Pflegekräfte zusätzlich auf die Stationen kommen; 660 Millionen Euro stehen hierfür zwischen 2016 und 2018 zur Verfügung.

**Bei planbaren OP:
Wegezeit einplanen!**

Für den Patienten wenig heilsam

Ist die Reform also der lang erwartete Durchbruch? Zumindest aus Sicht der Patienten darf dies bezweifelt werden. Denn trotz der Absichtserklärungen dürfte sich im Alltag im Krankenhaus für sie kaum etwas ändern. Beispiel Pflege: Die zusätzlichen 6600 Kräfte werden das Dilemma auf den Stationen nicht ansatzweise lösen können. Schon heute, das hat der Gesundheitsexperte Michael Simon von der Hochschule Hannover unlängst in einer Studie für den Deutschen Pflegerat ausgerechnet, gibt es in den Krankenhäusern 35 000 Vollzeit-Pfleger weniger als vor zwanzig Jahren. Und dabei galten bereits Mitte der 1990er Jahre die damals rund 260 000 Pflegekräfte als zu wenige.

Auch die – berechtigte – Forderung nach besserer Kontrolle der Ergebnisqualität in den Krankenhäusern wird schwerlich umsetzbar sein. Der Grund: Es fehlen belastbare Kriterien, wie diese Qualität überhaupt fair gemessen werden soll. Das belegen Studien aus den USA, und das räumt auch der Arzt und Gesundheitsexperte der SPD-Bundestagsfraktion, Karl Lauterbach, ein. Beim Krebs beispielsweise sei es praktisch unmöglich, die Qualität der Kliniken miteinander zu vergleichen, erläutert Lauterbach in seinem soeben erschienenen Buch *Die Krebsindustrie: Eine Krebs-Spezialklinik beispielsweise, die viele schwere Fälle einer besonders aggressiv wachsenden Tumorart versorgt, gerate leicht in Verruf, keine besonders guten Ergebnisse zu generieren. Und werde dafür womöglich mit Abschlägen bestraft – obwohl sie tatsächlich sehr gute Leistungen erbringe.*

Nun muss man fairerweise sagen, dass die Koalition sich dieser Problematik zumindest bewusst ist: Indikatoren, wie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu messen sei, soll künftig der Gemeinsame Bundesausschuss entwickeln. Er ist das höchste Gremium innerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und soll auch über die Einhaltung wachen.

Fehlanreize nur kosmetisch behandelt

Allein: Dem Grundübel des Systems, den vielen ökonomischen Fehlanreizen in den Kliniken, begegnet diese Krankenhausreform bestenfalls mit kosmetischen Reparaturen.

Chefarztverträge etwa sollen nun dahingehend überprüft werden, ob sie eine Zielvorgabe für Operationen enthalten. Krankenhäuser sollen kontrolliert werden, ob sie in bestimmten Bereichen überdurchschnittlich viele Operationen haben – was als Indiz gilt für möglicherweise medizinisch unnötige Therapien. Alles richtig. Aber mit welcher faktischen Konsequenz? Allen Beteuerungen zum Trotz belohnt das Gesundheitswesen auch weiterhin nicht den klugen Einsatz von Ressourcen in den Kliniken. Das System der Fallpauschale lässt den Kliniken auch künftig kaum eine andere Wahl, als die Behandlungszahlen zu steigern: Die ökonomischen Daumenschrauben werden jedes Jahr enger gedreht, weil die Preise der Pauschalen immer mehr hinter den Kostensteigerungen der Krankenhäuser zurückbleiben.

Effizienz bleibt überlebenswichtig

Auch künftig werden folglich nur diejenigen überleben können, denen es gelingt, immer effizienter zu werden. Und das geht in der Logik des bestehenden Systems häufig eben nur über die Steigerung der Patienten- wie Eingriffszahlen.

Nötig ist eine neue Idee von Fortschritt. Nicht bloß technischer Art, sondern in Sachen Erkenntnis. Das bedeutet, das Selbstverständliche wieder zu lernen: Es lohnt sich, auf Therapien, die zwar Geld bringen, aber dem Patienten nichts nutzen, zu verzichten. Die Krankenhausreform könnte hierzu beitragen. In ihrer bisherigen Fassung tut sie das nicht entschieden genug.



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

IMPRESSUM

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

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

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

Die Artikel externer Autorinnen und Autoren geben deren Meinung 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 Medien Centrum

Titelmotiv Jan Vermeer: Die Perlenwägerin, ca. 1664
(Öl auf Leinwand) / National Gallery of Art,
Washington DC, USA / Bridgeman Images

Bildnachweis

S. 17 Photocase / .marqs;
S. 21 Photocase / DreadlockLilli;
S. 27 Photocase / AndreasF.
S. 31 Photocase / ***DJ***

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

ISSN 1610-5346



MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,
66123 Saarbrücken
Geschäftsführer **Jochen Messer**
Telefon 0681.93667-0
Telefax 0681.93667-33
E-Mail 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
Telefax 0351.4963-157
E-Mail dgottfried@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

