

MDKforum

Das neue Begutachtungsverfahren: fünf Pflegegrade statt drei Stufen



Liebe Leserin, lieber Leser!

Lange hat's gedauert und oft haben wir schon darüber berichtet, jetzt ist es endlich so weit: Seit Januar 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff! Er ist Teil der Pflegereform, die die große Koalition 2015 mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II auf den Weg gebracht hat. Aber was genau ist eigentlich anders und was bleibt gleich? Es werden nicht nur die Pflegestufen neu sortiert, sondern auch die Pflege muss neu gestaltet werden. Und wie haben sich die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste darauf vorbereitet? All das lesen Sie in diesem Heft. Außerdem begleiten wir eine Gutachterin, die sich auf das neue Verfahren freut.

Doch es gibt noch weitere interessante Themen in diesem MDKforum. Ein interessantes und bewegtes Jahr geht zu Ende: Kliniken und Pflegeheime setzen beispielsweise seit einiger Zeit Leiharbeiter ein, um die Personalnot zu überbrücken. Aber was sind die Auswirkungen für die Pflegekräfte und für die Kliniken? Und wenn wir schon einmal in Kliniken sind: Wer glaubt, multiresistente Keime wären in Deutschland ein Problem, der sollte lesen, was ein Infektionsepidemiologe in afrikanischen Kliniken erlebt hat.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und einen guten Start in ein erfolgreiches Jahr 2017!

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

Die Gute Frage **Sind Männer kränker als Frauen?** 1
Kurznachrichten 3
 Auch das noch: **Die Engel in der Rush-Hour** 32

Titelthema

Das neue Begutachtungsverfahren in der Pflege 6
Wie funktioniert eine Pflegebegutachtung ab Januar? 8
 Kommentar **Gut vorbereitet für den Systemumstieg** 10
Die Schulbank gedrückt und erfolgreich abgeschlossen 11
Mit viel Erfahrung und Empathie 12
Impulse für eine Neuorientierung in der professionellen Pflege 14
 Interview mit Christine Ney **Viele neue Leistungen - aber kommen die auch wirklich an?** 16

Wissen & Standpunkte

Datenbank InfoMeD **Informationen jetzt noch schneller finden** 17
 Qualitäts-Prüfungsrichtlinie (QPR) **Qualität und Kosten intensiver kontrollieren** 18
 PsychVVG **Beschlossene Sache** 19

Gesundheit & Pflege

Finanzieller Missbrauch alter Menschen
Ein Akt von Gewalt? 20
 CIRIS in der Pflege **Aus Fehlern lernen** 22
 Placeboeffekt in der Medizin **Schmerz ist nicht gleich Schmerz** 24
 Leiharbeitskräfte in der Pflege
Gut bezahlt und flexibel 26

Weitblick

Erforschung der Hypnose **Eine neue Tür ins menschliche Gehirn** 28
 Multiresistente Keime **Eine unterschätzte Gefahr in Entwicklungsländern** 30



Sind Männer kranker als Frauen?



Männer sind anders, Frauen auch. Dass der kleine Unterschied auch in der Medizin eine große Rolle spielt, ist zwar bekannt, aber längst noch nicht überall akzeptiert. Über die Bedeutung der Geschlechterunterschiede für die Wahrnehmung, Prävention und Behandlung von Krankheiten sprach MDK *forum* mit PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn, Leiterin der Arbeitsgruppe *Molekulare Tumorprävention* im Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Essen und Vorstandsmitglied des Essener Kollegs für Geschlechterforschung (EKfG).

Man sagt, dass Männer, wenn sie krank sind, intensiver leiden als Frauen. Entspricht das eher der Wahrheit oder einem Vorurteil?

Auf jeden Fall ist etwas Wahres daran, dass Männer generell ein weniger effizient arbeitendes Immunsystem haben als Frauen. Männer sind – es mag wenige Ausnahmen geben – insgesamt gesehen anfälliger für Infektionskrankheiten. Ob da noch Wehleidigkeit hinzukommt, das möchte ich lieber nicht kommentieren, das ist viel zu klischeebehaftet.

Aber es sind nicht nur die biologischen Ursachen, die Frauen und Männer unterscheiden?

Genau, biologische Gründe spielen eine große Rolle, aber soziokulturelle Aspekte auch. Im englischen Sprachgebrauch unterscheidet man zwischen *sex*, dem biologischen Geschlecht, und *gender*, dem soziokulturellen Geschlecht. Im Deutschen wird meist beides miteinander vermischt und *Gender* genannt. *Gendermedizin* ist ein, wie ich finde, unglückliches Konstrukt, das es im Prinzip gar nicht gibt, weil es beide Aspekte, das biologische und das soziokulturelle Geschlecht, umfassen soll. Dabei sehen die meisten Menschen nicht die biologischen Unterschiede; sie denken vielmehr, dass es vor allem die Lebensführung ist, die den Unterschied macht. Nehmen wir zum Beispiel den Beruf: Viele Frauen werden nach der Schule Büroangestellte, Arzthelferin, Friseurin. Viele Männer werden Handwerker, Dachdecker, KFZ-Mechaniker und sind damit tendenziell einem größeren Risiko ausgesetzt, an Krebs zu erkranken, weil sie eher mit Schadstoffen in Kontakt kommen. Es gibt zum Beispiel Studien über Werftarbeiter, die mit Asbest gearbeitet

haben und genau deshalb häufiger an einer bestimmten Tumorart erkrankt sind. Gleiches gilt für Männer, die asbestverseuchte Gebäude abreißen. Hier hängt das Krankheitsrisiko offenbar unmittelbar mit dem Männerberuf zusammen.

Welche anderen soziokulturellen Aspekte gibt es?

Die Ernährung zum Beispiel. Studien zeigen, was die meisten ahnen: Männer essen mehr Fleisch als Frauen – auch wenn man weiß, dass gerade rotes Fleisch die Entstehung eines Kolonkarzinoms begünstigen kann. Anders als die Männer beherzigen Frauen statistisch gesehen eher den Rat, fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen. Sie ernähren sich einfach gesünder. Ähnliches gilt für das Präventionsverhalten: Die Präventionsangebote der Krankenkassen, also Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, aber auch Gesundheitskurse, werden von Frauen viel häufiger wahrgenommen als von Männern. Und schließlich gibt es immer noch erhebliche Unterschiede beim Umgang mit Genussmitteln. Männer trinken mehr und rauchen mehr – immer noch. In Russland zum Beispiel leben die Frauen im Durchschnitt 13 Jahre länger als die Männer, das hat viel mit dem Alkoholkonsum der Männer zu tun.

Generell muss man sagen: Die Männer- und Frauendifferenz ist allgegenwärtig und kann natürlich auch kulturell beeinflusst sein. So ist das Rollenverhalten eines jungen Paares in Deutschland vermutlich anders als das einer älteren Generation, aber eben auch anders als das rollenspezifische Verhalten eines Paares aus dem arabischen Kulturkreis zum Beispiel.

Wenn biologische Aspekte gegeben sind, aber soziokulturelle quasi erlernt werden, was bedeutet das für die Gesundheitsversorgung?

Man könnte an vielen Punkten ansetzen. Fakt ist – was die Tumorprävention betrifft, müsste man auf Frauen und insbesondere auf die Männer mehr Einfluss nehmen und sie von der Prävention überzeugen. Vielleicht müsste man beide schon mit sämtlichen Aufklärungs- und Werbemaßnahmen differenzierter ansprechen. Wenn es generell um gesundheitsbewusstes Verhalten geht, um gesunde Ernährung, Bewegung und so weiter, macht es Sinn, schon Jungs und Mädchen in Kindergarten und Schule frühzeitig entsprechende Orientierung zu geben.

Kann die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Medizin die Versorgung der Patienten und die Gesundheit der Menschen verbessern?

Ja, auf jeden Fall. Nehmen wir zum Beispiel die Pharmakotherapie. Der Standardpatient ist der 75-Kilo-Mann, auf dieser Basis werden Arzneimittel bei Erwachsenen dosiert. Während bei Kindern meistens nach Gewicht gegangen wird, passiert das bei Männern und Frauen in der Regel nicht. Aber Erwachsene können ja durchaus unterschiedlich sein, sie können 50 Kilo wiegen oder 90 oder mehr oder weniger. Es gibt Medikamente, die nie auf den Markt gekommen sind, weil sie nur an Männern getestet wurden und da leider wirkungslos waren oder zu starke Nebenwirkungen hatten, Frauen jedoch wunderbar geholfen haben – ein Wahnsinn. Und, auch das ist ganz wichtig, bei sämtlichen Medikamentenstudien, die gemacht werden, müssten die Ergebnisse für Männer und Frauen getrennt ausgewertet werden. Das passiert auch noch nicht immer und überall. Aber es kommt so langsam, und das ist gut.

Inwieweit beeinflussen die Erkenntnisse aus der Gendermedizin die heutige Aus- und Fortbildung von Mediziner*innen?

Leider geschieht hier immer noch an den meisten Universitäten wenig bis gar nichts. Vielleicht erfahren die Studierenden in der Kardiologie inzwischen mehr über das klassische Beispiel – dass Frauen bei einem Herzinfarkt völlig andere Krankheitssymptome zeigen als Männer. Aber ich wäre schon sehr zurückhaltend, wenn ich sagen sollte, ob diese Erkenntnis zu allen betroffenen Mediziner*innen durchgedrungen ist.

Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?

Anders als wir waren die Amerikaner zum Beispiel deutlich fixer damit, sich das Thema auf die Fahnen zu schreiben. Das Nationale Institut für Gesundheit (NIH) schreibt vor, bei jedem Antrag zur Förderung präklinischer und klinischer Studien die Geschlechter zu gleichen Teilen zu berücksichtigen. Tun sie das nicht, gibt es keine Fördermittel, und das zeigt Wirkung.

Sie forschen nicht nur über mögliche Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der Entstehung von Krebs. Als Vorstandsmitglied des Essener Kollegs für Geschlechterforschung haben Sie auch das Online-Portal www.gendermed-wiki.de mit ins Leben gerufen. Warum?

Wir wollen eine größere Aufmerksamkeit für das Thema schaffen und setzen auf Austausch und Informationen – vor allem für Ärzte. Ich würde mir wünschen, dass in Zukunft bei allen Erkrankungen berücksichtigt wird: Steht hier ein Mann vor mir oder eine Frau? Denn viele Krankheiten sind bei dem einen Geschlecht wahrscheinlicher als beim anderen. Und auch wenn es um die gleiche Erkrankung geht, kann sie in ihrer Manifestation bei Männern und Frauen unterschiedlich sein. Geschlechteraspekte zu berücksichtigen, würde gewaltig helfen bei der Diagnosestellung, bei der Behandlung und eben auch bei der Prävention. Aber noch ist das ganze Thema viel zu stark ideologiebeladen. Damit haben viele Ärztinnen und Ärzte ein Problem.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus



Kurznachrichten

Jugendliche pflegen Angehörige

5% aller 12- bis 17-Jährigen (bundesweit rund 230 000) sind regelmäßig in der Pflege eines Angehörigen involviert. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Befragung durch die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Die überwiegende Mehrheit, rund 90%, hilft mehrmals in der Woche, rund ein Drittel (33%) sogar täglich. Dabei unterstützen die Jugendlichen häufig beim Einkaufen (58%) oder begleiten Angehörige zu Freizeitgestaltungen (50%). Auch helfen sie beim Zubereiten der Mahlzeiten, beim Aufstehen und Gehen (33%), bei der Nahrungsaufnahme (27%), der Einnahme von Medikamenten (16%) und der Körperpflege (7%). Insgesamt, so die Studie, fühlen sich 51% der Jugendlichen durch die Pflege belastet, 12% beklagen, zu wenig Freizeit zu haben. Auf der anderen Seite sehen die Jugendlichen positive Auswirkungen. 93% meinen, es fühle sich gut an, helfen zu können.

Erklärfilm zur Pflegebegutachtung

www.pflegebegutachtung.de heißt das Internetportal der Medizinischen Dienste (MDK) rund um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017. Neben aktuellen Informationen und Serviceangeboten gibt es dort jetzt auch den neuen Erklärfilm für Versicherte und Angehörige »Von der Pflegestufe zum Pflegegrad – so funktioniert es«. Dabei wird in knapp drei Minuten anschaulich gezeigt, wie das neue Begutachtungsverfahren ab 2017 funktioniert. Darüber hinaus wird erklärt, wie von den heutigen Pflegestufen auf die Pflegegrade übergeleitet wird.

Bundesrat: Medikamentenstudien mit Demenzpatienten

Der Bundesrat hat am 16. 12. 2016 die umfangreiche Reform des Arzneimittelrechts gebilligt, die neben Verbesserungen bei der Arzneimittelsicherheit unter anderem auch die Möglichkeit vorsieht, Arzneimittelstudien an Demenzkranken vorzunehmen. Mit dem »Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften« werden Medikamentenstudien mit nicht einwilligungsfähigen Patienten möglich – sofern diese zuvor ihre Zustimmung erklärt haben. Dem Gesetz zufolge bleibt die sogenannte gruppennützige Forschung mit nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen grundsätzlich verboten. Ausnahme: Der Betreffende hat dies nach umfassender ärztlicher Aufklärung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ausdrücklich vorab schriftlich gestattet, und der rechtliche Vertreter hat auf Basis der Verfügung und nach umfassender ärztlicher Aufklärung in die konkrete klinische Prüfung eingewilligt. Auf diese Weise können Patienten im Vorfeld und noch im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte erklären, dass sie zum Beispiel bei fortgeschrittener Demenz an gruppennützigen klinischen Prüfungen teilnehmen möchten, auch wenn sie davon keinen direkten Nutzen haben. Bei Menschen, die wegen geistiger Behinderung von Geburt oder Kindheit an nicht einwilligungsfähig sind, bleibt eine gruppennützige klinische Prüfung weiterhin verboten. Das Gesetz tritt teilweise Anfang 2017 in Kraft, wesentliche ebenfalls beschlossene Änderungen zum Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln werden voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2018 in Kraft treten.

Neuer Jahresbericht der Kompetenz-Centren

Sie beschäftigen sich mit den Themen Geriatrie, Onkologie, Qualitätssicherung und Psychiatrie – die vier Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft bündeln das fachliche Know-how und beraten im Auftrag der Kranken- und Pflegeversicherung. Über Details ihrer Aufgaben, neueste Zahlen, Daten und Trends informiert der Jahresbericht 2014/15, der ab sofort im Internet unter www.mdk.de abgerufen werden kann.

Die häufigsten Erkrankungen in Deutschland

Vor allem Rückenbeschwerden und Atemwegserkrankungen führen dazu, dass Menschen in Deutschland einen Arzt aufsuchen. Laut Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu den fünf häufigsten Krankheiten und deren Entwicklung seit 2010 kam 2015 etwa jeder zweite gesetzlich Versicherte mit Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zum Arzt. Das entspricht einer Größenordnung von rund 36,7 Millionen Patienten. Rund 35,1 Mio. Versicherte klagten über Erkrankungen des Atmungssystems. 29,5 Mio. Patienten litten an endokrinen Krankheiten sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Ähnlich häufig zeigten sich Krankheiten des Kreislaufsystems (28,5 Mio. Patienten). Platz fünf der häufigsten Krankheiten belegen psychische Verhaltensstörungen: 25,6 Mio. Menschen leiden darunter derartig, dass sie ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen.

MDS-Broschüre zum Thema »Behandlungsfehler«

»Behandlungsfehler vermeiden – was gehört auf die Agenda?« ist der Titel einer neuen Broschüre des MDS, die ab sofort unter www.mds-ev.de im Bereich Patientensicherheit abgerufen werden kann. Wo stehen wir in Deutschland in puncto Patientensicherheit? Was wurde bisher erreicht, um Patienten und Patientinnen besser vor vermeidbaren unerwünschten Ereignissen zu schützen, und wo besteht weiterhin Handlungsbedarf? Die Broschüre ist das Ergebnis einer gemeinsamen Veranstaltung mit Vertretern aus Politik, Patientenorganisationen, Ärzteschaft, Versicherungsbranche und den Medizinischen Diensten, die am 11. 5. 2016 in Berlin stattfand und das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtete.

Entwurf: GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 16. 11. 2016 den Entwurf eines »Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht« (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) beschlossen. Mit dem Ziel, die Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane zu stärken und die Transparenz im Verwaltungshandeln zu erhöhen, werden unter anderem eindeutige Vorgaben für das Aufsichtsverfahren und die Haushalts- und Vermögensverwaltung sowie eine Stärkung der internen Transparenzpflichten und Kontrollmechanismen festgelegt. Hintergrund des Kabinettsbeschlusses waren wiederholte Unregelmäßigkeiten bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB). Die Neuregelungen sollen 2017 in Kraft treten. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Neuer Präventionsbericht von GKV-Spitzenverband und MDS

Rund 317,5 Mio. Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr in Gesundheitsförderung und Prävention investiert (9% mehr gegenüber dem Vorjahr). Das berichten der GKV-Spitzenverband und der MDS in ihrem aktuellen Präventionsbericht, der ab sofort online unter www.mds-ev.de im Internet abgerufen werden kann.

Dem Bericht zufolge haben die Krankenkassen 2015 mehr als 38 Mio. Euro vor allem für gesundheitsfördernde Projekte in Lebenswelten, zum Beispiel in Wohngebieten, Kindertagesstätten und Schulen, ausgegeben, das entspricht einer Steigerung von 20% gegenüber 2014. Sie konnten damit rund 2,5 Mio. insbesondere auch sozial benachteiligte Menschen direkt erreichen. Daneben investierten die Krankenkassen rund 76,3 Mio. Euro (12% mehr als 2014) in die betriebliche Gesundheitsförderung. In knapp 11 000 Betrieben konnten sie damit ca. 1,3 Mio. Versicherte ansprechen. 1,7 Mio. Versicherte nutzten Kursangebote zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Raucherentwöhnung. Diese Zahlen blieben auf dem Niveau des Vorjahres.

IGeL-Monitor zur Schlaganfallvorsorge mit Ultraschall

Studien zum Nutzen von Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern gibt es nicht, hat der IGeL-Monitor jetzt in einer aktuellen Bewertung herausgefunden. So beurteilt die nicht kommerzielle Internetplattform des MDS, die regelmäßig Selbstzahlerleistungen evidenzbasiert bewertet, den Ultraschall der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge für Menschen ab 50 Jahren, die keine Beschwerden haben, als »tendenziell negativ«. Während es keine Studien zum Nutzen gäbe, seien aber mögliche Schäden erwartbar. So ließe sich nicht nachweisen, dass Menschen, die ihre Halsschlagadern untersuchen und sich gegebenenfalls entsprechend behandeln lassen, tatsächlich seltener einen Schlaganfall erleiden als Menschen, die sich nicht untersuchen lassen. Andere Studien weisen jedoch auf mögliche Schäden, insbesondere unnötige Untersuchungen und Behandlungen hin. Werde ein auffälliger Ultraschallbefund mit weiteren Untersuchungen abgeklärt, könnten beispielsweise durch Röntgenstrahlen oder Kontrastmittel unerwünschte Nebenwirkungen entstehen. Die IGeL »Ultraschall der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge« ist die 38. Leistung, die der IGeL-Monitor inzwischen bewertet hat. Alle Infos unter www.igel-monitor.de

Arzneiverordnungs-Report 2016

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind 2015 um 1,5 Milliarden Euro auf 36,9 Mrd. Euro gestiegen und erreichen damit einen neuen Höchststand. Diese Entwicklung bedeutet, so der im Oktober veröffentlichte Arzneiverordnungs-Report 2016, eine Zunahme von 4,3% (+ 1,523 Mrd. Euro) gegenüber dem Vorjahr. Grund für die gestiegenen Ausgaben sei vor allem die Kostenentwicklung im Bereich der patentgeschützten Fertigarzneimittel, die im Vergleich zum Vorjahr um 9,7% auf 14,9 Mrd. Euro gestiegen seien, so der Herausgeber des Reports, Ulrich Schwabe vom Pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg.

Onlineportal zur Arzneimittelsucht

www.medikamente-und-sucht.de heißt das neue Onlineportal der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und der Barmer GKK. Rund 1,5 Millionen Menschen in Deutschland sind medikamentenabhängig, die meisten von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln. Wie können Ärzte, Patienten und Angehörige einen problematischen Arzneimittelkonsum rechtzeitig erkennen? Was können sie tun, um zu helfen? Der neue Onlineservice richtet sich an Personen, die Medikamente einnehmen müssen, die von Abhängigkeit betroffen oder gefährdet sind sowie an deren Angehörige und alle weiteren Interessierten. Neben Themen und Tipps rund um Vorbeugung, Hilfe und Lösung von Problemen mit Medikamenten gibt es auch ausführliche Fachinformationen für Ärzte, Apotheker, Pflegefachkräfte, Suchtberater sowie Journalisten.

Gestiegene Lebenserwartung

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in den vergangenen 35 Jahren um etwa 10 Jahre gestiegen. Nach einer im Fachmagazin *The Lancet* veröffentlichten Untersuchung, bei der die Daten von 1870 Experten aus 127 Ländern ausgewertet wurden, hat eine 1980 geborene Frau eine mittlere geschätzte Lebenserwartung von 63,7 Jahren (Männer 59,6 Jahre). Demgegenüber sei die Lebenserwartung im Jahr 2015 bei den Frauen auf 74,8 Jahre (Männer 69,0 Jahre) gestiegen. Grund sei vor allem der erfolgreiche Kampf gegen Infektionskrankheiten wie HIV / Aids, Malaria und Durchfall. Der Studie zufolge gehen sieben von zehn Todesfällen weltweit auf nicht ansteckende Krankheiten zurück. In Deutschland ist die Lebenserwartung im genannten Zeitraum auch, aber weniger drastisch gestiegen. Nach Angaben des Online-Portals Statista hat demnach hierzulande eine 1980 geborene Frau eine Lebenserwartung von 76,3 Jahren (Männer 69,6 Jahre), 2015 erhöhen sich die Werte bei den Frauen auf 83,4 Jahre (Männer 78,4 Jahre).

Das neue Begutachtungsverfahren:

fünf Pflegegrade statt drei Stufen



Das neue Begutachtungsverfahren in der Pflege

Drei Pflegestufen waren es, seit dem 1. Januar 2017 sind es fünf Pflegegrade. Niemand, der vorher schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hat, wird schlechter gestellt werden. Dafür sorgen auch neue Begutachtungsrichtlinien.

DIE SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG der Bundesrepublik wurde am 1. Januar 1995 mit einer Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten eingeführt. Damals waren laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) rund 1,7 Millionen Menschen pflegebedürftig. Zirka 1,2 Millionen wurden zu Hause betreut, fast eine halbe Million Menschen in stationärer Pflege. Die Lebenserwartung der Menschen erhöht sich jedoch stetig, auch dank der modernen Medizin. Bundesweit ist inzwischen etwa jeder fünfte Einwohner älter als 65 Jahre.

Mit zunehmendem Alter steigt aber auch die Zahl älterer und auf Pflege angewiesener Senioren. Laut Bundesregierung waren es 2013 bereits 2,6 Millionen Menschen. 1,9 Millionen von ihnen wurden im heimischen Umfeld gepflegt, vorwiegend durch Familienangehörige. Vollstationär in Heimen betreut wurden 764 000 Menschen. Bis Ende 2015 wuchs die Zahl der Pflegebedürftigen auf 2,8 Millionen an. Heute ist jede zehnte Person zwischen 75 und 79 Jahren pflegebedürftig, in der Altersgruppe der über 90-Jährigen steigt der Anteil auf rund zwei Drittel. Das Statistische Bundesamt prognostiziert eine Zunahme der Pflegebedürftigen auf 3,4 Millionen bis zum Jahr 2030. Im Jahr 2050 seien dann 4,5 Millionen möglich, heißt es.

**4,5 Mio. Pflege-
bedürftige
im Jahr 2050**

Bundesregierung löst Grundproblem

In mehreren Schritten hat die Politik in den vergangenen Jahren auf steigende Anforderungen an die Pflege in einer alternden Gesellschaft reagiert. Zu nennen sind hier beispielsweise das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012/13) sowie die Pflegestärkungsgesetze I (2015) und II. Um die Belange der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu verbessern, wurde beispielsweise für leichtere kognitive Probleme eine »Pflegestufe 0« eingeführt. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz ist der derzeitigen Bundesregierung sogar dankenswerterweise etwas gelungen, woran viele Vorgänger-

regierungen gescheitert sind. Es wurde, wie im Koalitionsvertrag verankert, ein Grundproblem der Versorgung beseitigt. Gemeint sind die so genannte Zeitorientierungswerte. Die Orientierung an Zeitvorgaben beim Aufstehen, Waschen, Anziehen oder beim Essen – umgangssprachlich auch als Minutenpflege kritisiert – wird ab 1. Januar 2017 auf der Grundlage eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ersetzt. Zukünftig wird der Fokus auf der Selbstständigkeit des Einzelnen im Alltag liegen. Aus drei Pflegestufen werden zudem fünf Pflegegrade, die den Bedürfnissen der Menschen besser gerecht werden. Auch das Neue Begutachtungsverfahren (Neues Begutachtungsassessment – kurz NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird umgesetzt. Durch die umfassende Berücksichtigung von körperlichen und psychischen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen werden die Belange von 1,6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung erstmals gleichberechtigt berücksichtigt. Bis zu 500 000 mehr Personen bekommen zudem mittelfristig Zugang zur Pflegeversicherung, besagen Schätzungen des BMG.



Der Hilfebedarf orientiert sich ab 2017 ausschließlich daran, »wie stark die Selbstständigkeit beziehungsweise die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung seines Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf«. Es spiele dabei keine Rolle, ob die Selbstständigkeit aufgrund von körperlichen oder psychischen Einschränkungen beeinträchtigt ist und welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden. Beurteilt werden anhand zahlreicher Einzelkriterien die Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Langer Weg bis zur Umsetzung

Alle Beteiligten haben ohne Zweifel mit diesem Paradigmenwechsel die Pflegeversicherung in erheblichem Maß dem Bedarf angepasst. Der Weg dahin war allerdings ein steiniger und vor allem langer. Experten in zwei Beiräten erarbeiteten zuerst – zum Teil in heftigen kontroversen, aber auch konstruktiven Diskursen – die Grundlagen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, das NBA sowie Empfehlungen zur praktischen Umsetzung.

Das neue Begutachtungsinstrument wurde in Zusammenarbeit von Pflegewissenschaft und Medizinischen Diensten entwickelt. Zunächst wurde das Instrument 2008 in einem Modellprogramm vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem MDK Westfalen-Lippe entwickelt. Zentrales Ziel dabei war, ein Begutachtungsinstrument auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entwickeln, das zugleich praktisch umsetzbar sein sollte. Im Anschluss hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen das Instrument wissenschaftlich und praktisch erprobt.

Die Ergebnisse beider Modellvorhaben flossen schließlich in das Pflegestärkungsgesetz II ein. Zugleich beauftragte der Gesetzgeber 2015 die Medizinischen Dienste in Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband, neue Begutachtungs-Richtlinien zu erstellen. Diese Richtlinien sind das zentrale Handwerkszeug für die Begutachtung.

Vom alten zum neuen Verfahren

Versicherte, die am 31. Dezember 2016 bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, wurden am 1. Januar 2017 ohne neue Antragstellung und ohne erneute Begutachtung aus den bisherigen Pflegestufen in die Pflegegrade übergeleitet. Dabei gilt der Grundsatz: Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen erhalten anstelle der bisherigen

Gutachter können Hilfsmittel empfehlen

Pflegestufe den nächsthöheren Pflegegrad. Pflegebedürftige, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden zwei Pflegegrade höher eingestuft. Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden einen Pflegegrad höher eingestuft.

Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbstständig-

keit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind oder die die Pflege erleichtern, müssen Pflegebedürftige zukünftig keinen gesonderten Antrag stellen. Es reicht, wenn die Gutachterin bzw. der Gutachter im Rahmen der Prüfung der Pflegebedürftigkeit diese Hilfsmittel empfiehlt und die pflegebedürftige Person mit der Empfehlung einverstanden ist. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Die Empfehlung im Pflegegutachten für eine Rehabilitationsmaßnahme führt unmittelbar zum Rehabilitationsantrag, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt.

Auch die Leistungsbeträge für den Einzelnen werden angehoben. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz zum Beispiel erhält künftig im Pflegegrad drei €87 zusätzlich für die Pflege durch Angehörige bzw. €154 mehr für die Unterstützung durch einen Pflegedienst. Bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind es zukünftig beim Pflegegrad vier €183 bzw. €314 mehr.

Höhere Ausgaben - höhere Beiträge

Mehr Leistungen in der Pflege sind jedoch auch mit höheren Kosten verbunden. 16,7 Milliarden Euro betragen die Ausgaben im Jahr 2000. Im vergangenen Jahr waren es bereits 29 Milliarden Euro. Damit die Pflegeversicherung auch weiterhin kostendeckend wirtschaften kann, wird zum 1. Januar 2017 der Beitragssatz auf 2,55 bzw. mit Kinderlosenzuschlag auf 2,80% angehoben (jetzt 2,35 bzw. 2,6%). Das spült laut BMG ein jährliches Plus von fünf Milliarden Euro in die Pflegekassen. Ob dies tatsächlich ausreicht, wird sich zeigen. Auch könnten steigende Belastungen auf Heimbewohner zukommen, wenn sich Pflegesätze, die zwischen den Pflegekassen und den Pflegeheimen verhandelt werden müssen, erhöhen. Eventuell wird ein Nachjustieren durch die Politik notwendig.



Cornelia Kolbeck, freie Journalistin,
Fachgebiet Gesundheitspolitik
cornelia@kolbeck-berlin.de

Wie funktioniert eine Pflegebegutachtung ab Januar?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments bzw. -verfahrens verbunden, das die Feststellung von Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert. Wer ab 1. Januar 2017 erstmals einen Antrag oder einen Höherstufungsantrag stellt, wird nach diesem neuen Verfahren begutachtet. Doch was genau ändert sich?

NEUER MASSSTAB zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Es werden alle relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung einbezogen, in denen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten personellen Unterstützungsbedarf erfordern.

Über die im bisherigen Verfahren berücksichtigten Bereiche Mobilität und Selbstversorgung hinaus werden im neuen Verfahren auch die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen einbezogen. Diese Bereiche fielen bisher in die gesonderte Feststellung der eingeschränkten Alltagskompetenz. Auch Beeinträchtigungen im selbstständigen Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen fließen nun ein. Der pflegerische Aufwand im Rahmen der sozialen Betreuung wird im

Wie sehr beeinträchtigt mich meine Erkrankung?



Modul *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte* erfasst.

In den Kriterienkatalog aufgenommen wurden Fähigkeiten, Funktionen und Aktivitäten aus den jeweiligen Lebensbereichen, die jeder Mensch jeden Tag in seinem Alltagsleben zu Hause benötigt. Im Unterschied zum bisherigen Verfahren kommt es nicht darauf an, ob und wie häufig diese Aktivitäten anfallen oder welchen Zeitaufwand sie auslösen. Auch Besonderheiten der individuellen Wohnsituation spielen keine Rolle mehr. Bewertungsmaßstab ist die Selbstständigkeit der Person unabhängig von der jeweiligen Versorgungssituation.

Was ändert sich bei der Begutachtung?

Das neue Verfahren ist in die vier Abschnitte *Informationssammlung, Befunderhebung, Bewertung der Beeinträchtigungen* und *Empfehlungen* untergliedert.

Zunächst werden verschiedene Informationen erfasst, die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, aber auch aus anderen formalen und inhaltlichen Gründen benötigt werden. Dazu gehören allgemeine Angaben zur Person des Antragstellers und zur Begutachtungssituation, Informationen zur Versorgungssituation und zu Pflegepersonen sowie Angaben zu Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und bisherigen gesundheitlichen Problemen. Die Antragsteller und ihre Pflegepersonen sollen hier ihre Situation schildern und die aus ihrer Sicht vorrangigen Problemstellungen und notwendigen Maßnahmen darstellen. Auch Fremdunterlagen wie Arzt- oder Krankenhausberichte und Pflegedokumentationen werden ausgewertet. Tipps zur Vorbereitung auf den Besuch des MDK-Gutachters sind zu finden unter www.pflegebegutachtung.de.



Dr. Barbara Gansweid, Beraterin der MDK-Gemeinschaft und ehemalige Fachreferatsleiterin Pflegeversicherung MDK Westfalen-Lippe

Wie im derzeitigen Verfahren erfolgt eine Befunderhebung, bei der sich der Gutachter ein eigenes Bild von den Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten des Antragstellers macht.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt im dritten Teil, dem eigentlichen Begutachtungsinstrument. Darin bewertet der Gutachter die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten des Antragstellers bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen in den sechs Modulen. Die Module bilden den Kern des neuen Begutachtungsverfahrens und enthalten alle Kriterien, die in die Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit einfließen. Der Pflegegrad wird nach einem gesetzlich festgelegten Bewertungssystem berechnet.

Der abschließende Teil bietet Raum für Empfehlungen zur Versorgungssituation. In standardisierter Form werden hier Empfehlungen zur Prävention und Rehabilitation, zur Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung sowie zu anderen Fragen, beispielsweise zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder zur Beratung, ausgesprochen.

Was bedeutet das für die Versicherten?

Das neue Begutachtungsverfahren führt zu einer gerechteren Einstufung des Pflegebedürftigen. Insbesondere Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen erhalten einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung als bisher.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert aber nicht nur die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen, er verbessert auch die Leistungen und die pflegerische Versorgung. Entscheidend dabei ist, dass der Übergang von einer verrichtungsbezogenen Pflege auf eine ganzheitliche Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung gelingt.

Es zählt, was ein Mensch im Alltag braucht

Pflegebegutachtung bei Kindern

Kann ein gesundheitlich beeinträchtigtes Kind etwas nicht, was andere schon können? Und wie viel Unterstützung braucht es, um das auszugleichen? Das sind jetzt Fragen, auf die es bei der Begutachtung von Kindern ab 2017 verstärkt ankommt. Grundsätzlich wird ihr Pflegegrad dem Verfahren für Erwachsene folgend festgestellt. Jedoch mit einigen Ausnahmen, die zu bedenken sind.

In vielen Bereichen wird die Begutachtung von Kindern ab Januar einfacher. Und das, obwohl die Umstellung durch die Pflegereform von vielen insgesamt als schwierig angesehen wird. Aber einfacher bedeutet hier: Sie wird logisch und für Gutachter und Betroffene damit intuitiv nachvollziehbar. Denn viele wichtige Therapien von Kindern, die durch ihre Eltern zu Hause geleistet wurden, konnten bisher nicht berücksichtigt werden. Sie werden jetzt ebenso einbezogen wie die Begleitung zu langwierigen Therapien von mehr als drei Stunden, wie zum Beispiel in Dialysezentren.

Von Januar an werden die Gutachter auch nicht mehr umständlich in Papier-Tabellen nach dem »altersgemäßen Pflegeaufwand« suchen müssen, während sie beim Hausbesuch sind, um Pflegezeiten in der Hilfsbedarfstabelle abzuziehen. Dann unterstützt sie ein neues Computerprogramm mit hinterlegten Daten zur Kindesentwicklung – automatisch, bundesweit einheitlich und verbindlich. Denn der Grundsatz der Kinderbegutachtung bleibt auch weiterhin bestehen: Bei Kindern ist entscheidend, wie stark ihre Selbstständigkeit von der abweicht, die gesunde Kinder im gleichen Alter erreicht haben. Sie sind die Vergleichsgröße. Denn während Erwachsene ihre erworbenen Fähigkeiten durch Krankheiten verlieren, haben Kinder sie ja noch nicht alle entwickelt.

Mit aufgenommen werden ab 2017 auch weitere Aktivitäten, die vorher nicht berücksichtigt werden konnten: So sind Übungen jetzt dabei, die ein Kind auf Anweisung unter Anleitung seiner Mutter macht. Es zählt nun auch, wenn Mutter oder Vater ihrem Kind Medikamente und Injektionen geben oder beim Inhalieren helfen.

Auch die Unterstützung beim Anlegen von Hilfsmitteln wie Hörgeräten oder Prothesen wird nun bewertet.

Erstmals bezieht das neue Begutachtungsverfahren auch ein, wie viel Hilfe ein Kind für seine Kontaktpflege außerhalb seines häuslichen Umfeldes benötigt. Ob das Kind versteht und sich mitteilen kann, unabhängig von der Ursache wie Sprach-, Hör- oder Sprechstörungen oder einer geistigen Beeinträchtigung. Alles bekommt jetzt Punkte, die für den Pflegegrad entscheidend sind.

In gleichem Maße wie bei der Erwachsenen-Begutachtung ist es weiterhin wichtig, dass sich die Gutachter selbst ein Bild vom Unterstützungsbedarf des Kindes machen, unabhängig von den vorliegenden Berichten. Eine Inaugenscheinnahme mit den »fünf Sinnen«, ohne Apparate sollte ausreichen, um ein Bild des Kindes und seines Pflegezustandes zu bekommen.

Doch der neue Maßstab der Selbstständigkeit hat auch seine Tücken: Weil Kleinkinder von Natur aus in allen Bereichen des Lebens unselbstständig sind, würden sie regelhaft keine oder nur niedrige Pflegegrade erreichen. Deshalb gilt hier die Sonderregelung, die Kinder bis zu 18 Monaten betrifft. Bei ihnen werden nur die sogenannten »altersunabhängigen« Module drei und fünf zur Begutachtung angewendet sowie die Kriterien für das Vorliegen einer sogenannten »besonderen Bedarfskonstellation« geprüft. Sie bezieht sich auf die »Gebrauchsfähigkeit beider Arme und beider Beine«. Trifft das zu, dann führt es automatisch zum Pflegegrad fünf. Außerdem muss im Modul vier nur eine Frage beantwortet werden, nämlich die nach einem außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme, was bei Kleinkindern mit Entwicklungsstörungen nicht selten ist. Pauschal werden Kinder bis zum 18. Lebensmonat einen Pflegegrad höher eingestuft und in der Regel in diesem Zeitraum nicht erneut begutachtet.

Insgesamt müssen sich die Eltern beeinträchtigter Kinder darauf einstellen, dass die MDK-Gutachter bei den Hausbesuchen zukünftig mehr erfragen als bisher.

Iris Gläflke-Brückner, Kindergutachterin und Fachbereichsleiterin der Pflege-Einzelfallbegutachtung MDK Nord



Gut vorbereitet für den Systemumstieg

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens wird eine große Pflegereform umgesetzt. Die Reform verändert die Pflegeversicherung grundlegend. Denn sie stärkt die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen insgesamt und sie schafft einen gerechteren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

DER KERN der Reform ist das neue Begutachtungsverfahren (Neues Begutachtungsassessment – kurz NBA). Dieses schafft eine neue Grundlage für die Bemessung der Pflegebedürftigkeit. Künftig ist die Selbstständigkeit das Maß für Pflegebedürftigkeit. Mit dem neuen Verfahren werden alle Dimensionen von Pflegebedürftigkeit umfassend betrachtet. Wir schauen nicht mehr auf den Hilfebedarf in Minuten bei einem eingeschränkten Katalog vom Waschen zum Anziehen bis hin zum Essen. Stattdessen fragen die Gutachterinnen und Gutachter: Was kann der Mensch noch alleine und wo muss er unterstützt werden? Und was sollte getan werden, um seine Selbstständigkeit zu erhalten? Wir sehen uns alle Bereiche des alltäglichen Lebens an – sei es Kommunikation, Verhaltensweisen, psychische Problemlagen oder den Umgang mit Krankheit und Therapien. Das ist neu.

Große Herausforderungen für alle Beteiligten

noch alleine und wo muss er unterstützt werden? Und was sollte getan werden, um seine Selbstständigkeit zu erhalten?

Wir sehen uns alle Bereiche des alltäglichen Lebens an – sei es Kommunikation, Verhaltensweisen, psychische Problemlagen oder den Umgang mit Krankheit und Therapien. Das ist neu.

Ein grundlegender Systemwechsel

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird auch eine neue Einstufung der Pflegebedürftigen stattfinden. Mehr Menschen werden als pflegebedürftig eingestuft werden, insbesondere im neuen Pflegegrad eins. Und mehr Pflegebedürftige werden in höhere Pflegegrade gelangen. Dadurch entstehen verbesserte Leistungsansprüche. Trotzdem werden auch Enttäuschungen entstehen, wenn eigene Erwartungen nicht erfüllt werden.

Ein solch grundlegender Systemwandel für fast drei Millionen pflegebedürftige Menschen stellt alle Akteure vor große Herausforderungen: die Pflegekassen, die Leistungserbringer, die Pflegeberatung und natürlich auch die Medizinischen Dienste. Die MDK-Gemeinschaft – und auch alle anderen Beteiligten – haben sich aktiv in die Vorbereitung eingebracht. Für die Medizinischen Dienste war die Fertigstellung der Begutachtungs-Richtlinien, die in Zusammenarbeit mit

dem GKV-Spitzenverband erstellt wurden, von zentraler Bedeutung. Denn die Richtlinien sind das zentrale Handwerkszeug für die Begutachtung. Auf dieser Basis wurden die Gutachterinnen und Gutachter geschult und die Begutachtungssoftware entwickelt. Darüber hinaus haben sich die MDK auch personell auf den Übergang zum neuen System eingestellt. Aber keiner weiß, wie viel Anträge auf neue Leistungen oder auf Höherstufung gestellt und durch den MDK zu begutachten sein werden. Das wird sich erst noch klären.

Aktive Informationspolitik

Nicht zuletzt gehört es zu den Aufgaben einer solchen Reform, dass die Menschen wissen müssen, was auf sie zukommt. Die Medizinischen Dienste haben daher eine aktive Informationspolitik gestaltet, um sowohl Versicherte als auch Experten zielgruppengerecht über die Neuerungen zu informieren. Die MDK sind gut aufgestellt und vorbereitet. Gleichwohl: Die Pflegereform ist ein großes Projekt – alle müssen sich auf die Veränderungen einstellen und im neuen System ankommen. Insofern sind Anlaufschwierigkeiten ganz normal, auf die wir uns einstellen müssen und die es dann zügig zu beheben gilt. Bei all den positiven Aspekten und Effekten der Reform soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Pflegestärkungsgesetze nicht alle Probleme der Pflege lösen können: Der Mangel an Pflegekräften, die Ausbildung des Nachwuchses und die Qualitätssicherung werden weiterhin Themen sein, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Dennoch: Ein sehr großer und sehr wichtiger Schritt hin zu einer besseren Versorgung der pflegebedürftigen Menschen findet statt.



Dr. Peter Pick ist
Geschäftsführer des MDS.
p.pick@mds-ev.de



Die Schulbank gedrückt und erfolgreich abgeschlossen

Das neue Begutachtungsverfahren ermöglicht den MDK-Gutachterinnen und Gutachtern eine neue Sichtweise auf den Pflegebedürftigen. Es soll vieles verbessern und noch mehr verändern. Doch wie wird das in der Praxis funktionieren?

DAMIT DIE INSGESAMT RUND 2000 Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste vom Januar 2017 an nicht vor ungeahnten Schwierigkeiten stehen, wurde vorgesorgt – in Form einer Kombination aus Selbststudium, mehrtägigen regionalen Seminaren und Online-Schulungen. Ab 2017 wird diese Schulungsmaßnahme laufend durch das Angebot konkreter Fragen- und Problemlösungen durch besonders erfahrene MDK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergänzt. Das Konzept basiert auf einem Multiplikatorensystem. Im Sommer vergangenen Jahres starteten bundesweite Multiplikatorenschulungen für alle Medizinischen Dienste in Deutschland. Wer daran teilnahm, gab sein Wissen anschließend als Referent und damit als Schulungsleiter der Gutachter im eigenen Haus weiter.

Zusätzlich zu den bundesweiten Multiplikatorenschulungen finden die Gutachterinnen und Gutachter ergänzende

Schulungsmaterialien auf dem MD-Campus. Dazu zählen Präsentationen, kommentierte Handouts, Fallbeispiele, Mustergutachten, Lernkontrollfragen sowie eine Liste der häufigen Fragen (FAQ). Zusätzlich können zwölf verschiedene Lernvideos zu den einzelnen Modulen angeschaut werden, deren Gesamtlänge von 15 Minuten bis 1,5 Stunden variiert.

Die MDK standen auch vor der Herausforderung, die bisher eingesetzten EDV-Anwendungen in der Pflegebegutachtung grundlegend zu überarbeiten. Das Pflegegutachten sowie die zukünftige Berechnung des Pflegegrades basieren auf einem speziellen EDV-Formular mit integrierter Berechnungsformel. Dazu wurden unter Beteiligung aller Medizinischen Dienste Vorgaben für die einheitliche Programmierung erarbeitet. Bundesweite Qualitätsprüfungen stellen sicher, dass die verschiedenen IT-Systeme nicht nur einwandfrei, sondern auch einheitlich arbeiten.

Drei Fragen an ...

**Birgit Gelse, Leiterin Team Pflege
im BBZ Mittlerer Neckar**

Seit Januar 2017 gibt es das neue Begutachtungsverfahren: Freuen Sie sich auf die Herausforderung?

Ja, ich freue mich darauf. Wir wenden mit dem neuen Verfahren ein Messinstrument an, das eine pflegewissenschaftliche Grundlage hat. Damit wird unsere Sicht auf Pflegebedürftigkeit umfassender als bislang. Außerdem setzt die »Messung« von Pflegebedürftigkeit künftig direkt an den Fähigkeiten des Antragstellers an, ohne den bisherigen »Umweg« über Häufigkeiten und Zeitaufwand zu machen.

Worin liegt die wesentliche Änderung für die Arbeit Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wenn pflegebedürftige Menschen künftig begutachtet werden?

Eine wesentliche Änderung liegt zum einen natürlich darin, dass wir ein ganz neues Verfahren anwenden werden. Es wird eine Weile brauchen, bis dies »in Fleisch und Blut« übergegangen ist.

Zum anderen ermöglicht das neue Verfahren die Bewertung von Fähigkeiten, die bislang bei der Pflegestufe keine Berücksichtigung fanden. Hierzu zählen beispielsweise Fähigkeiten bei der Medikamenteneinnahme oder bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Wie haben Sie und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich auf diese Umstellung vorbereitet?

Wir haben uns im vergangenen Jahr bei unseren regelmäßigen Pflegebesprechungen intensiv mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff befasst: In drei Einführungsmodulen haben wir uns einen Einblick in die neue Systematik verschaffen können. Das ermöglichte uns, rechtzeitig zu erkennen, welche zusätzlichen Informationen wir zukünftig brauchen. Dahingehend haben wir bereits in den letzten Monaten unsere Anamnese- und Befunderhebung angepasst. Im Oktober wurden alle Gutachter unseres Teams in vier Tagen intensiv zum neuen Begutachtungsassessment geschult. In den folgenden Wochen haben wir das Erlernte immer wieder geübt und damit vertieft, so dass wir gut vorbereitet in die neue Herausforderung starten.

Mit viel Erfahrung und Empathie

»Es ist, als taucht man für kurze Zeit in ein anderes Leben«, sagt Barbara Lamp über das, was sie am liebsten tut: Menschen besuchen, die pflegebedürftig sind und Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt haben. MDK *forum* begleitete die Gutachterin des MDK Nordrhein bei einem Hausbesuch und der Erprobung fürs neue Begutachtungsverfahren.

Eindrücke auf den ersten Blick AN DIESEM grauen, nassen Herbsttag fährt Barbara Lamp, anders als so oft, nicht mit dem Fahrrad – und anders als sonst stehen auch nicht fünf Termine auf ihrem täglichen »Tourenplan«. Heute ist die ausgebildete Krankenschwester und ehemalige Pflegedienstleiterin nur bei einem 79-Jährigen zu Gast, der einen Antrag auf Höherstufung gestellt hat. Er wird wie auch alle anderen, die noch bis zum 31. Dezember 2016 Pflegeleistungen beantragen, nach altem Verfahren begutachtet. Parallel bewertet Lamp die Daten des heutigen Termins testweise auch nach neuen Kriterien und erprobt so die Anwendung des Begutachtungsverfahrens ab 2017.

Einblick in Diagnosen und Schicksale

Herr M. weiß, dass Frau Lamp kommt – der MDK Nordrhein hat ihren Besuch vor zwei Wochen angekündigt: Er möge sich Zeit nehmen, entsprechende Unterlagen bereithalten und gegebenenfalls die Pflegeperson oder einen Angehörigen zum Gespräch hinzubitten. Als Lamp an der Tür des Zweifamilienhauses in einer älteren Wohnsiedlung klingelt, ist sie vorbereitet: Sie kennt den Erstantrag, weiß, seit wann und warum Herr M. bereits Pflegeleistungen erhält; und sie weiß auch, dass er längere Zeit im Krankenhaus war. Denn ein früherer Begutachtungstermin wurde deshalb abgesagt. Ein wenig unsicher und nervös öffnet die Ehefrau (ebenfalls 79) die Tür und bittet die Gutachterin an den kleinen Küchentisch, an dem auch Herr M. sitzt. Als Barbara Lamp den Senior begrüßt, spricht sie eher leise und findet auf diese Weise direkt heraus, ob sie auch verstanden wird. Der erste Eindruck: Herr M. ist normal gekleidet, sitzt aufrecht auf einem Toilettenstuhl, weil ein Rollstuhl mehr Platz bräuchte, als die Räumlichkeiten es zulassen, und er beginnt sofort zu erzählen – lebhaft, koordiniert, ohne – wie es heißt – Anzeichen einer eingeschränkten Alltagskompetenz.

Inzwischen hat die 53-Jährige ihr Laptop vor sich, tippt unauffällig in die Tasten und schaut dabei weniger auf ihren Bildschirm als vielmehr auf Herrn M. Sie hört konzentriert seiner Krankengeschichte zu, fragt einfühlsam nach und arbeitet dennoch alle Fragen systematisch ab, die ihr elektronischer Fragenkatalog vorgibt. Sie liest ärztliche Befunde, blickt in Krankenhausunterlagen und auf die Protokolle des ambulanten Pflegedienstes, der einmal am Tag die Medikamente richtet, Herrn M. beim Waschen hilft und so für Entlastung der Ehefrau sorgt, die ihren Mann tagtäglich liebevoll betreut.

Schluss mit dem Minutenzählen

»Während wir beim alten Begutachtungsverfahren abfragen müssen, wie oft und wie viele Minuten Hilfe zum Beispiel beim Waschen, Essen und Toilettengang notwendig ist, geht es ab dem neuen Jahr vielmehr darum, die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen umfassend abzubilden«, erklärt Barbara Lamp: »Das ist viel sinnvoller, als Minuten zu zählen, um den reinen Zeitaufwand zu bestimmen.« So wird die MDK-Mitarbeiterin künftig vor allem bewerten, wie selbstständig der Pflegebedürftige ist und wobei er Hilfe benötigt. Dazu gehört auch, einzuschätzen, wie seine kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sind, ob er psychische Probleme hat oder sich aggressiv oder ängstlich verhält. All dies sind Faktoren, die beim alten Verfahren so nicht berücksichtigt werden.

Kleine Tipps mit großer Wirkung

Den Betroffenen ernst nehmen, ihm zuhören und Tipps geben – für die Pflegegutachterin ist das ganz selbstverständlich: »Manchmal sind es ja schon die kleinen Dinge im Leben, die helfen können«, weiß sie: Beispielsweise könne man Herrn M. den Toilettengang erleichtern, indem man den Toilettenstuhl über die ohnehin zu niedrige Toilette schiebt. Und sie regt an, dass der Pflegedienst künftig das Anziehen

der engen Kompressionsstrümpfe übernimmt. »Die meisten Krankenschwestern haben doch irgendwie ein Helfersyndrom« lacht Lamp. Bevor sie 2011 zum MDK Nordrhein kam, war sie nicht nur zehn Jahre im Krankenhaus angestellt, sondern hat nach der Geburt ihrer zwei Kinder auch noch sechs Jahre als stellvertretende Pflegedienstleiterin in der ambulanten Pflege gearbeitet. Eine Erfahrung, von der sie täglich profitiert: »Es hilft, wenn man schon ein bisschen was gesehen hat in diesem Bereich und im Leben.«

Den positiven Blick aufs Leben bewahren

So sieht sie denn auch, dass Herrn M., der über zunehmende Unbeweglichkeit und Rückenschmerzen klagt, mit Krankengymnastik geholfen werden könnte. Sie vermerkt dies ebenso in ihrem Gutachten wie die Empfehlung, einen Rollstuhl zu verordnen, so dass Herr M. künftig auch mal wieder die Wohnung verlassen kann. »Ach, das wär schön«, freut sich das Ehepaar M. Trotz diverser Operationen und sichtbarer Einschränkungen lässt sich der Rentner nicht hängen: »Ich hab noch viel vor«, meint er. Lamp ermutigt ihn, den positiven Blick aufs Leben zu bewahren. Als nach knapp 50 Minuten alle Fragen abgearbeitet sind und sich die MDK-Mitarbeiterin verabschiedet, wendet sie sich noch einmal an Frau M.: »Geben Sie acht, dass Sie sich nicht zu viel zumuten, holen Sie sich rechtzeitig Hilfe!«

Gut vorbereitet für 2017

Wenig später im Büro wertet Barbara Lamp alle Angaben aus: Herr M. hat – nach bisherigen Richtlinien – einen täglichen Pflegebedarf von 71 Minuten in der Grundpflege. »Dies entspricht«, so ihr Gutachten, »weiterhin den Kriterien der erheblichen Pflegebedürftigkeit. Ein Hilfebedarf im Be-

reich der Pflegestufe II war beim heutigen Hausbesuch nicht objektivierbar.« Stattdessen sieht die erfahrene Gutachterin durchaus Tendenzen der Besserung für den Senior: »Mit entsprechender Unterstützung, regelmäßiger Krankengymnastik und einem Rollstuhl kann er beweglicher werden und auch mal wieder die eigenen vier Wände verlassen.« Das Gutachten geht direkt weiter an die Kranken- und Pflegeversicherung von Herrn M., die auf Basis der MDK-Empfehlung entscheiden und Herrn M. entsprechend informieren wird.

Um für den Start des neuen Begutachtungsverfahrens gut vorbereitet zu sein, hat die MDK-Mitarbeiterin diverse Fortbildungen absolviert, und sie hat – wie auch ihre Kolleginnen und Kollegen – einige Pflegebedürftige nicht nur nach altem, sondern auch nach neuem Verfahren bewertet. Im Fall von Herrn M. heißt das: Er benötigt Hilfe in den Bereichen »Mobilität«, »Selbstversorgung« und »Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen«. Das entspricht 33 Punkten und damit dem Pflegegrad 2.

»Das neue Verfahren führt zwar nicht in jedem Fall auch zu einer Aufstockung der Leistungen«, aber, da ist sich Lamp sicher, »es wird den Pflegebedürftigen eher gerecht, weil wir ihre Fähigkeiten differenzierter betrachten und gezielt Empfehlungen abgeben können, wie die Selbstständigkeit erhalten und gefördert werden kann.«

Die Gutachterin zieht Bilanz: Rund 50 Minuten hat der Hausbesuch gedauert – dazu kommen Fahrzeit und die entsprechende, oft zeitaufwendige Vor- und Nachbereitung. »Der eine Termin dauert länger, der andere kürzer. Ob wir in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder im Pflegeheim begutachten – immer sind es neue Eindrücke, neue Geschichten, neue Schicksale, die meine Aufgabe so interessant machen.«

Bewertung teilweise nach alten und neuen Vorgaben



Dorothee Buschhaus ist Redakteurin der MDK-Gemeinschaft. d.buschhaus@mds-ev.de

Impulse für eine Neuorientierung in der professionellen Pflege

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff reduziert die Pflege nicht länger auf einzelne Verrichtungen, sondern erweitert sie um wesentliche Aspekte wie zum Beispiel Kommunikation und den Umgang mit psychischen Problemlagen. Welche Erwartungen, Chancen und Herausforderungen ergeben sich daraus für die Praxis?

DER BISHERIGE verrichtungsbezogene Begriff von Pflegebedürftigkeit hat normsetzend für die Praxis der Pflege gewirkt und auch das Berufsbild der Altenpflege entscheidend mitgeprägt. Er hat die Tendenz zur somatischen Orientierung der Pflege verstärkt und dazu geführt, dass Aspekte der Beziehungsaufnahme und psychiatrischen Pflege nicht auf Anhieb mit dem Begriff »Pflege« assoziiert werden. Pflege wurde und wird in erster Linie als Waschen, Anziehen, Essen anreichen oder zur Toilette bringen wahrgenommen.

Der neue umfassende Pflegebedürftigkeitsbegriff wird den Fokus der professionellen Pflege verändern: Pflegeeinrichtungen müssen ihre Pflege konzeptionell und praktisch auf eine umfassende Sicht von Pflege, Betreuung und Entlastung und die Stärkung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen ausrichten. Zentrales Ziel ist die Abbildung der Selbstständigkeit bei Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen, woraus sich im Rahmen der in der Einrichtung umgesetzten Pflegeplanung der Unterstützungsbedarf in diesen Bereichen ableiten lässt.

**Pflege orientiert
sich vor allem an der
Selbstständigkeit**

Neue Aufgaben in der Altenpflege

Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument können künftig zu einem umfassenden und wissenschaftlich fundierten Berufsverständnis in der Altenpflege beitragen. Das Aufgabenspektrum von professioneller Pflege wird dadurch erweitert. So steht zum Beispiel die Bewältigung im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, belastenden Emotionen und psychischen Spannungen oder bei Tendenz zu selbstschädigendem Verhalten sehr viel stärker im Vordergrund. Auch werden Beratung und Anleitung (von Pflegebedürftigen und Angehörigen zum Beispiel im Umgang mit den Folgen einer Erkrankung) spürbar gestärkt. Diese gehören zwar auch heute schon zum Selbstverständnis

der professionellen Pflege, werden aber künftig zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Professionelle Pflege kann umfassender und differenzierter auf einer fachlich und wissenschaftlich fundierten Grundlage ausgerichtet und geleistet werden. Die differenzierte Beschreibung von Problemen und Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen im Begutachtungsinstrument schafft eine gute Basis für Beratung und Anleitung sowie für Empfehlungen zur Verbesserung des Pflege- und Gesundheitszustandes. Davon profitiert auch die Pflegeplanung.

Pflegeberuf soll attraktiver werden

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs alleine reicht allerdings noch nicht aus, um eine Neuorientierung der professionellen Pflege zu sichern und den Pflegeberuf insgesamt attraktiver zu machen. Auch müssen die Arbeits- und Rahmenbedingungen, unter denen Pflege derzeit stattfindet, dabei in den Blick genommen werden. Hier kollidieren häufig Anspruch und Wirklichkeit in der Altenpflege – eine Praxis, in der Zeitmangel und Überforderung den Ton angeben und andererseits ein hoher Anspruch zur Umsetzung ganzheitlicher Pflege und zu deren Dokumentation besteht.

Flankierend kann die entbürokratisierte Pflegedokumentation (Strukturmodell, Strukturierte Informationssammlung SIS), die die Themenfelder des geänderten Begutachtungsinstrumentes aufgreift, den Prozess der fachlichen Neuausrichtungen unterstützen. Während das neue Begutachtungsverfahren den Grad der Selbstständigkeit in sechs Lebensbereichen darstellt, liefert die SIS weitergehende In-

**Beratung und
Anleitung werden
gestärkt**



Bernhard Fleer ist Seniorberater im Team Pflege beim MDS.
b.fleer@mds-ev.de

formationen in Bezug auf individuelle, kontextabhängige Pflegebedarfe zur Konkretisierung des pflegerischen Auftrages.

Ausblick

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird Impulse zu einer inhaltlichen Neuorientierung der Pflege im Sinne eines »umfassenden Verständnisses« geben und hoffentlich dazu beitragen, dass der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnt und die im SGB XI postulierte »neue Kultur des Helfens« in der Pflege eingelöst werden kann. Allerdings werden die Uhren in der Pflege nicht automatisch ab dem 1. Januar anders gehen. Veränderungen von Rahmenbedingungen benötigen Zeit und Erfahrungen – doch ist ein wichtiger Meilenstein geschafft.

Kommt die neue Kultur des Helfens?

»umfassenden Verständnisses« geben und hoffentlich dazu beitragen, dass der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnt und die im SGB XI postulierte »neue Kultur des Helfens« in der Pflege eingelöst werden kann.



Ein Beispiel aus der Praxis: Gut betreut im Quartier

Jörg Schmidt sieht dem Jahreswechsel gelassen entgegen: »Während das Gesetz die »neue Kultur des Helfens« propagiert, wird sie bei uns längst gelebt«, meint der Geschäftsführer der Städtischen Seniorenheim-Servicegesellschaft Krefeld mbH. Dank eines besonderen Konzeptes bietet er mit seinen vier Pflegeheimen in Krefeld stationäre und ambulante Pflege aus einer Hand für die Menschen im Stadtteil.

Frau S. ist 78 Jahre alt, hatte kürzlich einen Schlaganfall und nutzt seitdem zusätzliche Hilfe im Haushalt. Das städtische Seniorenheim Linn, nur 300 Meter entfernt, liefert täglich das Mittagessen – ein besonderer Service. Denn während sich stationäre Pflegeeinrichtungen gemeinhin nicht um ambulante Angebote kümmern, sind die vier städtischen Seniorenheime in Oppum, Linn, Hüls und Kempener Feld dank eines Gesamtversorgungsvertrages seit Mai 2015 auch ambulant aktiv. Für Frau S. bedeutet das: Sie kann die hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen des Pflegeheims nutzen, kann Personal und Pflegekräfte kennenlernen, ohne im Heim zu wohnen.

Wünsche und Bedürfnisse ernst nehmen

Von den ambulanten Angeboten profitieren können ältere Menschen, die im Umkreis von 800 Metern des jeweiligen Seniorenheims leben. »Dabei haben wir keinen eigenen Pflegedienst gegründet, sondern erbringen die Leistungen mit Personal aus unserem Haus«, so Schmidt. Im Seniorenheim Linn beispielsweise leben derzeit 90 Bewohner, gleichzeitig werden 40 Menschen in der Nachbarschaft ambulant betreut. Pflegedienstleiterin Nihal Kacanlar hat bereits drei bis vier Hausbesuche absolviert, bevor sie ihren Dienst auf der Station beginnt: »Unser Konzept wird gut angenommen«, erklärt sie und berichtet von einer Bewohnerin, deren Zimmer sie im Heim fast so hergerichtet haben, wie es zu Hause war. »Da haben wir die alte Dame nämlich auch schon betreut. Sie kennt und ver-

traut uns und glaubt nun mit ganzer Überzeugung, sie wäre daheim. Das erleichtert vieles.«

Auf die Menschen zugehen, ihren Bedürfnissen gerecht werden und mit flexiblen bedarfsgerechten Angeboten darauf reagieren ist für Andreas Kutschke wesentlicher Anspruch. Der ausgebildete Pflegewissenschaftler, der den Bereich Qualitätssicherung bei der Städtischen Seniorenheim-Servicegesellschaft Krefeld mitverantwortet, hat maßgeblich an der Entwicklung und Umsetzung des Quartierkonzeptes mitgewirkt: »Die körperliche und kognitive Situation älterer Menschen ändert sich und damit auch der Bedarf an Unterstützung. Demenzerkrankte haben zum Beispiel oft einen großen Bewegungsdrang, der die Angehörigen so überfordert, dass eine stationäre Pflege notwendig ist. Das ist jedoch nicht zwangsläufig ein one-way-ticket: Denn lässt die Mobilität im Laufe der Erkrankung wieder nach, kann der Betroffene durchaus wieder ins familiäre Umfeld zurück, wenn die Betreuung dort sichergestellt ist.«

Anleitung zur Selbstständigkeit

Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen, mit demenziellen Erkrankungen, psychischen Auffälligkeiten, Depressionen oder Suchtproblemen widmen die Mitarbeiter in Krefeld besondere Aufmerksamkeit. »Wir schulen unser Team regelmäßig und pflegen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen«, so Kutschke: »Dazu gehört, die Bewohner ganz selbstverständlich dazu anzuleiten, möglichst vieles noch eigenständig zu machen, beim Waschen, beim Essen, bei der Bewegung – immer in dem Maß, in dem es möglich ist. Der Kontakt zu den Angehörigen ist wichtig, denn gute Pflege funktioniert nur, wenn alle an einem Strang ziehen.«

Und Geschäftsführer Schmidt ergänzt: »Unsere Auffassung von Pflege hat ganz viel mit der persönlichen Haltung der Mitarbeiter zu tun. Die lässt sich nicht von jetzt auf gleich verändern, sondern braucht immer wieder neue Impulse und manchmal auch Geduld.«

Dorothee Buschhaus

Interview mit Christine Ney, Leiterin
Amt für soziale Dienste und Einrichtungen,
Landkreis Saarlouis

Viele neue Leistungen – aber kommen die auch wirklich an?

Im Dschungel möglicher Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige sind gute Beratung und Informationen wichtig. An neun Pflegestützpunkten (PSP) im Saarland arbeiten Pflegekasernen und Kommune eng zusammen, um pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu beraten und bei der individuellen Hilfeplanung zu unterstützen.

MDK forum Wie haben Sie sich auf die Änderungen, die das PSC II mit sich bringt, vorbereitet?

Christine Ney Wir haben uns seit gut einem Jahr intensiv auf die neuen Leistungen des PSC II vorbereitet. Noch während des Gesetzgebungsverfahrens wurden in Vernetzungstreffen Informationen und Schulungsunterlagen zum PSC II zur internen Mitarbeiterkommunikation erarbeitet. Gemeinsam mit dem MDK fanden ein- und ganztägige Schulungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsverfahren statt. Zudem erfolgten in Kooperation mit der AOK und der Knappschaft Weiterbildungen zu den Leistungsänderungen.

MDK forum Sind auch die Versicherten und deren Angehörige darauf vorbereitet?

Ney Noch nicht! Das Thema ist vor allem bei den Altenheimbetreibern angekommen. Bis Herbst vergangenen Jahres konnten wir noch keine verstärkte Nachfrage oder Wahrnehmung der Versicherten zu den Änderungen der Pflegestärkungsgesetze feststellen. Erst mit der aktuellen Medienberichterstattung, den Informationsschreiben der Krankenkassen, dem Umsetzungstermin 1. 1. 2017 und den druckfrischen Informationsbroschüren der Bundesregierung hat sich diese Situation geändert.

MDK forum Wie oft wenden sich Versicherte oder deren Angehörige an Sie und mit welchen Fragen?

Ney Der PSP im Landkreis Saarlouis führt jährlich fast 5000 Beratungen durch. Täglich wenden sich im Durchschnitt 19 Ratsuchende

an den PSP und unsere Leitstelle »Älter werden«. Die wichtigsten Fragen sind: Was ändert sich für mich bei einer neuen Einstufung in einen Pflegegrad? Was genau wird begutachtet? Wie funktioniert die Überleitung? Was passiert, wenn ich im Jahr 2016 einen Antrag gestellt habe, der aber erst im neuen Jahr bearbeitet wird? Welche Geldleistungen bzw. Sachleistungen stehen mir zu? Wo finde ich passgenaue Hilfen bei uns in der Kommune? Kann ich nun schneller eine Reha in Anspruch nehmen?

MDK forum Welche Rolle wird die Beratung vom Jahr 2017 an spielen?

Ney Eine große Rolle! Versicherte, Pflegebedürftige und Angehörige erwarten zu Recht, dass eine umfassende Beratung in hoher Qualität stattfindet.

Die gesetzlichen Regelungen zur Information und Beratung wurden neu strukturiert und ausgeweitet. Die Beratung selbst wird qualitativ verbessert. Die Beratung ist wesentlicher Bestandteil für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat dies erkannt und im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung verschiedene Beratungsansprüche geschaffen, die den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen dabei helfen sollen, die Pflege zu organisieren. In den Pflegestützpunkten können alle Bürgerinnen und Bürger ihren Rechtsanspruch auf sach- und bedarfsgerechte Information, Beratung und Begleitung bei Pflegebedürftigkeit einlösen. Eine funktionierende Pflegeberatung ist das zentrale Steuerungsinstrument bei der Umsetzung des PSC II.

MDK forum Dem Pflege-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) zufolge nutzen viele Angehörige kaum Betreuungsleistungen. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Ney Die Kommunikation eines solchen komplexen Themas ist eine große Herausforderung. Es geht darum, dass die Gesetze auch im Alltag der Menschen ankommen. Die verbraucherrelevanten Informationen und komplexen Regelungen im SGB XI und SGB XII sind für viele pflegebedürftige Menschen selbst schwer zu durchdringen und bedeuten eine Hürde bei der Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen. Sie nutzen die Leistungen nicht, weil sie sie nicht kennen oder aus einem Schamgefühl heraus nicht über die Pflegesituation sprechen möchten. Darüber hinaus stellen wir auch eine Scheu vor dem Ausfüllen von Anträgen fest.

In dieser Situation besteht unsere Aufgabe darin, den Versicherten ganz konkret im Pflegealltag beizustehen, sie zu entlasten und zu unterstützen. Die beste Leistung ist nichts wert, wenn man nicht darüber informiert ist und sie nicht selbstbestimmt in Anspruch nehmen kann.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

Informationen jetzt noch schneller finden

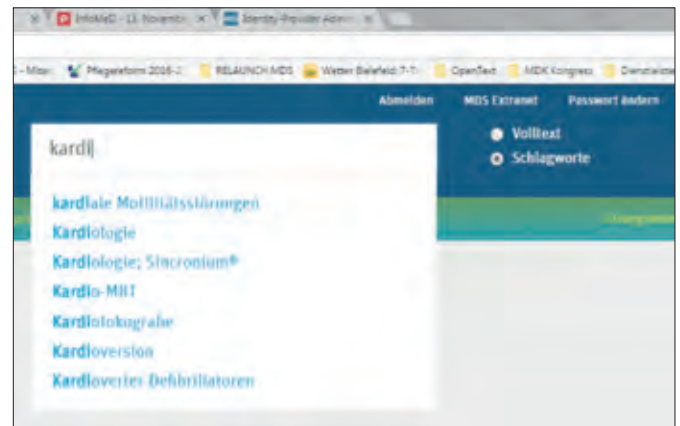
Grundlegend überarbeitet und im neuen modernen Gewand präsentiert sich ab sofort InfoMeD, die umfassende Informationsdatenbank der Medizinischen Dienste. Sie soll aktuell, authentisch, treffsicher und verständlich sein. Das, so hat eine Befragung ergeben, erwarten die InfoMeD-Nutzer von der neuen Datenbank.

GENAU DAS wurde beim jetzigen Relaunch auch umgesetzt. Aktualität und Authentizität werden vor allem durch einen besseren Zuschnitt und eine bessere Aufbereitung der Inhalte erreicht. Sucht der Nutzer nun zum Beispiel eine bestimmte Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), gibt er einen entsprechenden Suchbegriff ein und erhält daraufhin den Link direkt in die Datenbank des G-BA. Eine zusätzliche aufwendige Suche auf den Seiten des G-BA ist nicht mehr notwendig. Ebenso entfällt die Datenpflege der entsprechenden Richtlinie in InfoMeD.

Alle Infos auf einen Klick

Deutlich verbessert wurde auch die Treffsicherheit. 6500 hinterlegte Schlagworte und eine unterstützende Volltextsuche garantieren passgenaue Ergebnisse. Die Verschlagwortung in InfoMeD ist besonders differenziert. In der Regel beinhaltet jeder Datensatz mindestens 30 und bis zu 100 Schlagworte. Zudem sind im neuen InfoMeD die Inhalte in verschiedene Kategorien eingeteilt, die die Inhalte thematisch einordnen. Datensätze können gemerkt werden, und es gibt eine deutliche Hervorhebung der Freigabe-Ebene. So erkennt der Nutzer direkt, ob Daten für die Öffentlichkeit, Krankenkassen oder nur für den MDK freigegeben sind.

Die Suchfunktionen orientieren sich an den Gewohnheiten der Nutzer und den gängigen Standards von Google & Co: Dabei kann zwischen einer Volltext- und Schlagwortsuche ausgewählt werden. In beiden Fällen erscheinen Wortergänzungen ab dem dritten eingetippten Zeichen. Bei Tippfehlern macht die Suchmaschine alternative Vorschläge. Nach einer Suche können die Ergebnisse mit Hilfe der Filterbox entsprechend eingeschränkt werden. Über den Button »Abonnierte Kategorien verwalten« auf der Startseite erhält der Nutzer außerdem die Möglichkeit, bestimmte Kategorien zu abonnieren. Werden Datensätze in den von ihm gewählten Bereichen aktualisiert, wird er per E-Mail darüber informiert.



Datenbanken des MDS sind im MDS-Extranet gebündelt

Mit dem Relaunch von InfoMeD wurden auch die übrigen digitalen MDS-Angebote Cochrane Library, NUB-Datenbank, ZE-Datenbank, SEG 4 Kodierempfehlungen, DRG-Datenbank auf einem Portal, dem MDS-Extranet, zusammengefasst. Neben den MDK-Mitarbeitern können zum Beispiel auch Beschäftigte von Krankenkassen entsprechend Zugang zu den für sie freigeschalteten Datenbanken des MDS erhalten. Wer das MDS-Extranet bzw. InfoMeD nutzen möchte, kann sich schnell und unkompliziert registrieren lassen unter <https://www.mds-extranet.de>.



Markus Kühbauch ist Fachberater im Bereich Koordination und Kommunikation beim MDS.
m.kuehbauch@mds-ev.de

Qualität und Kosten intensiver kontrollieren

Ab 1. Januar 2017 ändert sich nicht nur das Begutachtungsverfahren in der Pflege, auch die Grundlagen für die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in der ambulanten und stationären Pflege wurden angepasst.

EIN TEIL der neuen Qualitäts-Prüfungsrichtlinie (QPR) ist bereits zum 15. Oktober 2016 in Kraft getreten, weitere Änderungen folgten zum Jahresbeginn. Dies ist jedoch nur ein Zwischenschritt auf dem Weg hin zu einer umfassenden Reform der internen Qualitätssicherung sowie der externen Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen.

Qualitätssicherung in der stationären Pflege

Dr. Klaus Wingenfeld (GF des Instituts für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld) und andere haben 2011 im Auftrag des BMG und des Bundesfamilienministeriums (BMFSFJ) im Rahmen einer Studie u. a. 15 gesundheitsbezogene Indikatoren zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

in der stationären Pflege entwickelt. Dazu zählen Kriterien wie zum Beispiel »der Erhalt oder die Verbesserung der Mobilität von Bewohnern mit / ohne kognitiven Einbußen«, »die Entstehung von Dekubitus bei geringem / hohem Dekubitusrisiko« oder der »Einsatz von Gurtfixierungen«.

Nachdem das Thema »Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege« für Schlagzeilen und Diskussionen sorgte, weil einzelne ambulante Pflegedienste Leistungen abrechneten, die sie nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht hatten, hat der Gesetzgeber reagiert und die Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege zum obligatorischen Prüfinhalt erklärt. Diese Änderung ist zum 15. Oktober 2016 in Kraft getreten und ist die bedeutendste Änderung bei Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Die Abrechnungsprüfung ist als Screening von Auffälligkeiten bei der gleichen Personenstichprobe vorgesehen, bei der auch die Qualität der Pflege überprüft wird. Sie umfasst die Abrechnung für alle Sachleistungen des Pflegedienstes nach dem SGB XI und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 SGB V (insbesondere Behandlungspflege). Werden hierbei Auffälligkeiten entdeckt, entscheiden die betroffenen Pflegekassen, ob ggf. vertiefte (anlassbezogene) Abrechnungsprüfungen initiiert werden und welche Maßnahmen gegenüber den Pflegediensten ergriffen werden sollen.

Und auch das ist neu: Bisher wurden die Pflegebedürfti-

gen für die Prüfung der Versorgungsqualität nach Pflegestufen ausgewählt. Ab Januar wird das Verfahren gemäß den Pflegegraden angepasst. Das heißt, bei einer stationären Pflegeeinrichtung werden weiterhin – unabhängig von deren Größe – neun Personen bei einer Prüfung mit einbezogen, die Auswahl erfolgt jedoch gestaffelt nach Pflegegraden.

Gleiches gilt für ambulante Einrichtungen: Hier wird zum Jahresbeginn eine Personenstichprobe von acht Personen eingeführt. Mit Einführung der Abrechnungsprüfung sowie den Änderungen bei der Personenstichprobe erhöht sich der Aufwand für die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Gleichzeitig werden weitere Anpassungen vorgenommen, die sich vor allem auf die Bewertungssystematik für die Transparenzberichte sowie die Streichung, Änderung und Ergänzung ausgewählter Kriterien beziehen.

Weitere Schritte

Die Änderungen der Prüfgrundlagen sind nur ein erster Schritt hin zu einer weitreichenden Reform der externen Qualitätsprüfungen. Ziel ist es, bis Jahresende 2017 ein neues Qualitätsprüfungsverfahren sowie eine neue Form der Qualitätsdarstellung für die stationäre Pflege zu entwickeln. Geplant ist, die von Dr. Klaus Wingenfeld vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren für die stationäre Pflege zu berücksichtigen. Bis zum 31. Dezember 2018 sollen diese Schritte für die ambulante Pflege umgesetzt werden.

Reform externer Qualitätsprüfungen geplant



Jürgen Brüggemann ist Leiter im Team Pflege beim MDS.
j.brueggemann@mds-ev.de

Beschlossene Sache

Nachdem Bundestag und Bundesrat grünes Licht gegeben haben, ist der Weg frei für das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen« (Psychvvg).

DAS GESETZ tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft und enthält Regelungen für eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der Psychiatrie. Es baut auf bestehenden Rahmenbedingungen auf und hält an den Zielen Transparenz und Leistungsorientierung der Vergütung sowie Förderung einer sektorenübergreifenden Behandlung in der psychiatrischen Versorgung fest. Bürokratischer Aufwand soll reduziert werden und Härten durch regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung werden abgemildert.

Das Entgeltsystem wird weiterhin auf einer empirischen Datengrundlage kalkuliert. Diese wird wie bisher vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) erhoben. Für die Kalkulationshäuser wurde festgelegt, dass die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), hier insbesondere die auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, eingehalten werden müssen.

Was ist neu?

Das Budget der einzelnen Einrichtung wird künftig vor Ort unter Berücksichtigung regionaler oder struktureller Besonderheiten vereinbart. Die kalkulierten Budgets des INEK dienen als leistungsbezogener Vergleich und sollen helfen, Kostenunterschiede aufzudecken, die nicht auf regionale oder strukturelle Unterschiede zurückgehen. Der bisher gesetzlich vorgesehene Konvergenzprozess zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten wird somit mit dem Ziel einer leistungsgerechteren Vergütung und einer verbesserten Transparenz aufgegeben. Unverständlich erscheint die Verlängerung der Optionsphase um ein weiteres Jahr, da für die Weiterentwicklung des neuen Vergütungssystems die Informationen aus allen Krankenhäusern notwendig sind.

Die Vergütung soll sich in Zukunft stärker an leitliniengerechter Behandlung, der Einhaltung von Personalstandards

und den Qualitätsvorgaben des G-BA orientieren. Zu begrüßen ist, dass Konsequenzen hieraus auch gesetzlich verankert wurden. Beispielsweise soll der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zur Abbildung einer leitliniengerechten Versorgung weiterentwickelt werden. Und der G-BA soll bis zum 30. September 2019 verbindliche Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen festlegen, die ab 2020 zu einer qualitativ besseren Versorgung beitragen sollen. Den Krankenkassen ist in der Konsequenz ein Personalnachweis durch die Kliniken vorzulegen. Werden die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung unterschritten, können die Krankenhäuser von 2017 bis 2019 Geld für nicht besetzte Stellen nachverhandeln. Werden die Mittel nicht für Personalkosten verwendet, kann der Gesamtbetrag abgesenkt werden.

Das Psychvvg will die sektorenübergreifende Versorgung stärken, indem eine stationsäquivalente psychiatrische Krankenhausbehandlung für schwer psychisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld eingeführt wird (home treatment). Die Ausgestaltung ist gesetzlich nicht geregelt, so dass es für die Vertragspartner auf Bundesebene schwierig werden könnte, dieses Behandlungsangebot von anderen, auch ambulanten Leistungen abzugrenzen.

Künftig sollen die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) transparenter abgebildet werden. Hierzu wurden die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, einen bundeseinheitlichen Leistungskatalog festzulegen, der Art und Inhalt der Leistung sowie die personellen Kapazitäten definiert. Auch psychosomatische Einrichtungen sollen Patienten im Rahmen von Institutsambulanzen ambulant behandeln können. Rein psychosomatische Krankenhäuser werden dabei ausschließlich psychosomatische Behandlungen anbieten, ohne für die übrigen psychisch erkrankten Patienten aus der Region verpflichtet zu sein.



Dr. Christoph J. Tolzin leitet das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft. C.Tolzin@mdk-mv.de



Dr. Wiebke Martinsohn-Schittkowski ist Mitarbeiterin im Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie. W.Martinsohn-Schittkowski@mdk-mv.de

Ein Akt von Gewalt?

Finanzielle Ausbeutung ist die am wenigsten untersuchte, verstandene und möglicherweise auch die am schwersten aufzudeckende Form der Gewaltausübung gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen. Uwe Brucker vom MDS hat sich eingehend mit dem Thema beschäftigt.

GEWALT GEGEN alte Menschen hat viele Facetten. Folgt man dem Gewaltbegriff der WHO, dann handelt es sich dabei um eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer gebotenen Handlung innerhalb einer vertrauten Beziehung, die dem alten Menschen Schaden zufügt oder ihn in eine Notlage bringt. Unterschieden wird zwischen körperlicher, sexualisierter und psychischer Gewalt sowie Vernachlässigung und finanzieller Ausbeutung.

Während finanzieller Missbrauch von alten und pflegebedürftigen Menschen in den USA als ein schwerwiegendes soziales Problem mit gravierenden Folgen für die Opfer, deren Familienangehörige und auch für die Gesellschaft gilt, spielt das Thema in Deutschland so gut wie keine Rolle. Es gibt weder repräsentative Studien, noch wird das Thema in Gewaltpräventionskonzepten erwähnt. Die finanzielle Ausbeutung von älteren und pflegebedürftigen Menschen ist völlig unterbewertet, in der Öffentlichkeit unterrepräsentiert und wird gerichtlich kaum verfolgt.

Täter, Opfer und Risikofaktoren

Wenn das Thema in der Presse auftaucht, dann am ehesten im Zusammenhang mit Trickbetrug durch vermeintliche Handwerker, Mitarbeiter von Stadtwerken, Energieversorger oder den Enkeltrick: Jemand ruft einen alten Menschen an, gibt vor, ein Verwandter zu sein, und bittet um Geld – eine von vielen Formen finanzieller Ausbeutung. So verschieden die Varianten sind, so unterschiedlich kann auch die Schädigung der Opfer sein. Sie kann darin bestehen, dass nicht im besten Interesse der betroffenen Person gehandelt wird, die Person zu etwas überredet wird, sie unter Druck gesetzt wird, damit sie Schenkungen macht oder Darlehen vergibt. Auch können Eigentum unterschlagen oder Sozialleistungen (Rente, Sozialhilfe, Pflegegeld) veruntreut werden. Es kann sich um Diebstahl handeln, um Gaunergeschäfte, um Betrügereien.

Ältere und kranke Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, sind besonders gefährdet, finanziell ausgebeutet zu werden. Denn sie sind häufig nicht mehr in der Lage, sich ausreichend selbst zu schützen. Das gilt natürlich nicht für alle, umgekehrt gibt es auch diejenigen, die zwar keine Pflegeleistungen beziehen, aber dennoch nicht für ausreichenden Selbstschutz sorgen können: Sie sind zum Beispiel nicht fähig, einzuschätzen, was passiert, sind von Dritten abhängig, um die Pflege oder finanzielle Angelegenheiten zu organisieren. Sie haben kognitive Beeinträchtigungen, sind sozial isoliert oder einsam, haben womöglich gerade den Partner verloren, sind leichtgläubig und vertrauensselig, haben vielleicht ein kleines Vermögen angespart, aber immer bescheiden gelebt.

Gerade vor einem solchen Hintergrund können alte Menschen eher durch psychischen oder moralischen Druck von Personen, die ihnen nahestehen, denen sie vertrauen oder die besondere Autorität haben, beeinflusst werden und zum Beispiel gedrängt werden, einer unangemessenen Vereinbarung zuzustimmen. Dabei ist vielfach die (nachträglich zu treffende) Abgrenzung schwierig: War es finanzielle Ausbeutung oder hat der alte Mensch bewusst eine schlechte finanzielle Entscheidung getroffen?

Oft machen sich die Täter die isolierte Lebenssituation und Einsamkeit älterer und hochaltriger Menschen zunutze und verschaffen sich unter Einsatz einer Legende Zugang zu ihren Opfern. Die hohe Anfälligkeit Älterer und Pflegebedürftiger durch körperliche und kognitive Einschränkungen begünstigt nicht nur die Tatbegehung, sondern lässt sie auch potenziell zu wiederholten oder chronischen Opfern werden und erschwert zudem die Aufklärung der Tat. Dabei birgt Einsamkeit im Alter nicht nur gesundheitliche Gefahren, sondern gilt auch als Prädiktor für finanziellen Missbrauch.

Einsamkeit älterer Menschen wird ausgenutzt



Weniger Schutz durch die Familie

Begünstigt werden kann die finanzielle Ausbeutung von Pflegebedürftigen auch durch mangelnden Schutz der Familie. So sind mittlerweile zunehmend mehr Frauen berufstätig und stehen als Pflegeperson im häuslichen Umfeld nicht zur Verfügung. Oft wohnen Söhne und Töchter auch weit entfernt vom Pflegehaushalt. Singularisierung, weite Distanzen zu den Kindern, veränderte Wohnformen sind nur einige Beispiele dafür, dass die Familie immer weniger einen verlässlichen Ort für Schutz vor Gewalt und finanzieller Ausbeutung im Alter darstellt. Diese gesellschaftlichen Entwicklungen ziehen auch spezifische, zielgruppenorientierte Formen der Gewalt, Ausbeutung und Kriminalität nach sich.

Die Folgen finanzieller Ausbeutung sind für Betroffene sehr viel weitreichender als nur der Verlust von Geld und Vermögen und wirken sich oft unmittelbar auf deren weitere soziale und gesundheitliche Entwicklung aus. Ältere pflegebe-

dürftige Menschen werden nicht selten um ihre Lebensersparnisse und ihr Vermögen gebracht, werden ihrer wirtschaftlichen Grundlage und Unabhängigkeit beraubt. Der Verlust an Ressourcen geht

auch einher mit einer Verringerung von Handlungsoptionen und führt zur Störung der Lebensqualität. Hinzu kommt, dass der erlittene materielle Verlust nicht mehr kompensiert werden kann. Der Weg in die Altersarmut ist oft unausweichlich; Depression, Verunsicherung, Verängstigung führen zwangsläufig zur Verschlechterung der physischen und psychischen Gesundheit.

Vorbeugen, bevor es zu spät ist

Um alte Menschen besser vor finanzieller Ausbeutung zu schützen, müssen Gesundheits- und Sozialberufe, aber auch Geldinstitute, Polizei und Justiz stärker für das Thema sensibilisiert werden. Verantwortliche in Sozial- und Gesundheitsberufen, aber auch Beratungsstellen, Pflegestützpunkte und Pflegekassen sowie Banken und Sparkassen (Bausparkassen) sollten ihre Mitarbeiter regelmäßig schulen. Denn die genannten Berufsgruppen haben nicht nur oft Kontakt zu pflegebedürftigen älteren Menschen, sie verfügen auch über spezifische fachliche Erkenntnismöglichkeiten – zumindest nach entsprechender Fortbildung –, um zu bemerken, wann ein alter Mensch zum Opfer finanzieller

Ausbeutung geworden ist. Geldinstitute sollten zudem bei ihren Kunden für aktive Prävention von finanzieller Übervorteilung werben. Dabei steht fest: Für alle Banken ist das Thema Prävention vor finanziellem Missbrauch alter Menschen eine heikle Gratwanderung zwischen Wahrung des Bankgeheimnisses, Erhaltung des Vertrauens beim Kunden und dem Schutz von gefährdeten Kunden und deren Interessen. Gleichwohl können informierte und aufmerksame Mitarbeiter von Banken und Sparkassen bei Verdacht auf Straftaten, wie etwa den Enkeltrick, schneller handeln und zum Beispiel die Polizei einschalten.

Zu einer umfassenden Prävention gehört auch, dass für professionell Pflegende im ambulanten wie im stationären Bereich bundesweit eine zentrale Anlaufstelle eingerichtet wird und dass ehrenamtliche und Berufsbetreuer regelmäßig kontrolliert werden – dies umso mehr, als eine solche Überprüfung bislang vielfach nur in unzureichender Weise erfolgt.

Maßnahmen der Prävention und einer nicht straforientierten Intervention brauchen materiell-rechtliche, verfahrensrechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen. Welche Anleihen aus dem Rechte- und Pflichtenkatalog von Jugendämtern und Familiengerichten bei Kindeswohlgefährdung auf den Bereich der Alterswohlgefährdung sinnvoll übertragen werden könnten, könnte zum Beispiel eine Expertenkommission klären.

Die ausführlichen Aufsätze sind erschienen in *bt-prax* im Bundesanzeiger Verlag



Uwe Brucker ist Seniorberater im Team Pflege beim MDS.
U.Brucker@MDS-ev.de

Aus Fehlern lernen

Wo gearbeitet wird, kann es zu kritischen Ereignissen kommen, vor allem unter Zeitdruck. Anonyme Meldesysteme für kritische Ereignisse (Critical Incident Reporting System; CIRS) sind in Pflegeeinrichtungen die Ausnahme. Ein Projekt des MDK Bayern will dies ändern.

STELLEN SIE SICH folgende Situation vor: Es ist spät am Abend in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland. Eine erkrankte Kollegin, Probleme mit der EDV und eine neue Bewohnerin – es war ein stressiger Tag für die Pflegefachkraft, die jetzt noch für die Medikamentenausgabe zuständig ist und beinahe zwei Verpackungen vertauscht. Wie wäre die Pflegedienstleitung damit umgegangen, wenn es nicht »gerade nochmal gut gegangen« wäre?

Solchen Ereignissen liegt in der Regel eine ganze Verkettung kritischer Faktoren wie Hektik, unzureichende Kommunikation, unreflektierte Prozessabläufe zugrunde – aber dies wird im Arbeitsalltag oft vergessen. Statt der Suche nach den Ursachen im System werden Vorwürfe laut, und der Letzte in der Fehlerkette wird als Schuldiger ausgemacht. Genau hier setzt das *Critical Incident Reporting System* (CIRS) an: Im CIRS können Mitarbeiter Risiken und Fehler, die ihnen im Alltag auffallen, anonym melden; daraus werden Maßnahmen abgeleitet, die in den Arbeitsalltag integriert werden und helfen, die Situationen in Zukunft zu vermeiden.

Auf der Suche nach Ursachen

Die Erfahrungen des MDK Bayern aus der Begutachtung von vorgeworfenen Pflegefehlern und den über 3500 Qualitätsprüfungen pro Jahr in Pflegeeinrichtungen zeigen, dass es auch in der Pflege aufgrund komplexer Strukturen, in denen Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen oft unter Kosten- und Zeitdruck an der Pflege und Betreuung der Klienten mitwirken, wiederkehrende Risikokonstellationen mit Schadenspotenzial gibt. Ein systematischer Ansatz zur Identifikation von Schwachstellen und Reduktion der Fehlerquote, wie CIRS, ist in Pflegeeinrichtungen bisher aber nicht regelhaft etabliert. Das Fehlermeldesystem will Schwachstellen im System aufdecken und Maßnahmen entwickeln, wie diese potenziellen Fehlerquellen behoben werden können: Ein ausgebildeter CIRS-Beauftragter anonymisiert die durch die Mitarbeiter eingegangenen Hinweise, schätzt das ausgehende Gefährdungspotenzial für die Klientensicherheit

ab und steuert die aufbereiteten kritischen Ereignisse in die Sitzung eines interdisziplinären Analyseteams ein. Das Team arbeitet gemeinsam mit dem CIRS-Beauftragten die beitragenden Faktoren und Abläufe heraus, die zum kritischen Ereignis geführt haben, und leitet Präventionsmaßnahmen ab. Diese Empfehlungen werden nach Rücksprache mit der Leitung an alle kommuniziert, umgesetzt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft.

Es geht also nicht darum, einen Schuldigen auszumachen, sondern die Ursache für eine kritische Situation herauszufinden und diese in Zukunft zu vermeiden. Nur wer potenzielle Fehlerquellen kennt, kann Verbesserungsmaßnahmen einführen und Schäden verhindern. So soll eine Sicherheitskultur aufgebaut werden, in der jeder unbeschadet darüber sprechen darf, dass in einer bestimmten Situation beinahe etwas passiert wäre – zum Nutzen aller anderen, die daraus lernen können: Denn das Meldesystem CIRS ist gekennzeichnet durch die Sanktionsfreiheit des Meldenden sowie die Freiwilligkeit und Anonymisierung. Die Mitarbeiter der Einrichtung können auf diesem Weg aktiv dazu beitragen, die Sicherheit der Klienten und der Mitarbeiter zu verbessern. Allein dieser Umstand ändert den Umgang unter den Mitarbeitern in aller Regel völlig. Es findet meist der Wechsel von einer negativen personenbezogenen Fehlerkultur (wer hat Schuld?) hin zu einer positiven Fehlerkultur (wie kann man es verhindern?) statt. Schon dieser Schritt motiviert die Mitarbeiter, aktiv ihre Arbeitswelt mitzugestalten.

Modellprojekt »CIRS in der Pflege«

Um die Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern ein praktikables, nachhaltiges und ressourcenschonendes CIRS-System für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und ein Jahr lang acht Einrichtungen bei dessen Einführung begleitet. Für einen

Noch einmal gut gegangen!? Fehler als Chancen sehen



HIER MELDEN

erfolgreichen Auf- und Ausbau von CIRS gliederte sich das Projekt in die drei Phasen Einführung, Vorbereitung und Umsetzung. Über alle Phasen hinweg wurden die Einrichtungen von einem festen MDK-Projektmitarbeiter umfassend begleitet und darin unterstützt, CIRS als Baustein des Risikomanagements zu etablieren. In Phase I wurden zunächst die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen geklärt. Zwischen dem MDK Bayern und den Projektteilnehmern wurden schriftliche Projektvereinbarungen abgeschlossen, welche den Datenschutz, die Sanktionsfreiheit der CIRS-Meldungen und die Schweigepflicht des CIRS-Beauftragten festlegen.

Außerdem enthält die Projektvereinbarung einen Verhaltenskodex, der festhält, dass keiner der Projektmitarbeiter zukünftig in der teilnehmenden Einrichtung eine Qualitätsprüfung durchführen wird und alle Projektmitarbeiter der Schweigepflicht gegenüber Dritten unterliegen. Dritte sind in dem Fall auch projektferne Mitarbeiter des MDK Bayern. Denn: Es fällt oftmals besonders schwer dem Instrument zu vertrauen, wenn die Institution mit im Boot ist, die die Qualitätsprüfungen durchführt. In Phase II schulte ein Coach des MDK Bayern in Anlehnung an die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit die Mitarbeiter

der Pflegeeinrichtungen in den Grundsätzen und Ideen von CIRS sowie in der Anwendung des Fehlermeldesystems. Darüber hinaus erhielten die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen individuell

abgestimmte Informations-, Schulungs- und Arbeitsunterlagen vom MDK Bayern. Während der gesamten 12-monatigen Implementierung (Phase III) unterstützte der MDK Bayern die Pflegeeinrichtungen bei fachlichen Fragestellungen. Der Coach achtete in dieser Phase besonders darauf, dass der CIRS-Beauftragte gemeldete Risiken strukturiert analysierte, und unterstützte ihn und das Analyseteam bei der Entwicklung von individuell angepassten Verbesserungsmaßnahmen.

198 kritische Ereignisse im Projekt- zeitraum ...

Risiken minimieren, Vertrauen bilden

Zwischen Dezember 2014 und Februar 2016 wurden insgesamt 198 kritische Ereignisse gemeldet. Das entspricht durchschnittlich 13,2 CIRS-Meldungen pro Monat. Die meisten kritischen Ereignisse betrafen die Risikofelder Personelle Ressourcen/Pflegeorganisation (n = 53), Medikamentenmanagement (n = 45) und Infrastruktur (erforderliche Hilfsmittel, Medizinprodukte, Ausstattung der Arbeitsräume etc.) (n = 39). Es wurden daraufhin 390 Maßnahmen oder Maßnahmenbündel zur Abwendung kritischer Ereignisse ergriffen. Zwei Drittel davon entfielen auf Kompetenz- und Bewusstseinsstärkung, Schulungen sowie die Anpassung von Arbeitsprozessen und der Pflegeorganisation. Neben einer hohen Meldebereitschaft und Akzeptanz für CIRS in der Pflege werden vor allem dessen Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit deutlich.

... hatten
390 Maßnahmen
zur Folge

Das Projekt »CIRS in der Pflege« ist von den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen sehr positiv bewertet worden und konnte einen vielversprechenden Impuls für die Klienten-, aber auch Mitarbeitersicherheit setzen. Die Einrichtungen heben hervor, dass die Einführung von CIRS ihre Wahrnehmung zur Identifikation von Risiken und Gefährdungen verbessert hat. Die systematische Analyse der Meldungen führe dazu, dass keine Reaktionen auf Einzelsituationen erfolgen, sondern an nachhaltigen Verbesserungen gearbeitet wird, von denen alle Bereiche profitieren können. Die Mitarbeiter nehmen CIRS als vertrauensbildende Maßnahme wahr, die einen offeneren Umgang mit Fehlern fördert und ihnen eine Möglichkeit bietet, die Arbeitsabläufe in ihrer Einrichtung aktiv mitzugestalten. Alle acht teilnehmenden Einrichtungen des Projekts führen auch nach dem offiziellen Projektende CIRS selbstständig weiter fort.



Katja Lehmann ist Referentin für Gesundheitsökonomie beim MDK Bayern und Leiterin des Projekts »CIRS in der Pflege«. katja.lehmann@mdk-bayern.de

Schmerz ist nicht gleich Schmerz

»Du bist viel unempfindlicher gegen Schmerzen als andere!« Wer das hört, hält Schmerzen in der Tat besser aus. Klingt überraschend, ist aber so. Schmerz ist also nicht gleich Schmerz und wird auch nicht immer gleich empfunden. Wie stark er erlebt wird, hängt bei uns Menschen von der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit und der jeweiligen Gefühlslage ab.

AUCH DIE WIRKUNG eines Schmerzmittels ist nicht nur durch die pharmakologischen Eigenschaften eines Medikaments bedingt: Die Erwartung an eine Therapie, ob positiv oder negativ, bestimmt letztendlich über deren Wirkung.

Placebo - »Ich werde gefallen«

Ein beeindruckendes Beispiel ist der Placebo-Effekt. Er bezeichnet das Auftreten therapeutischer Wirkungen nach einer Behandlung mit Scheinpräparaten (Placebos). Die beobachteten Wirkungen können dabei in vollem Umfang denen eines »echten« Medikaments entsprechen. Dabei ist zwischen reinen Placebos zu unterscheiden, die nur Füllstoffe enthalten, und solchen, die zwar einen pharmakologisch wirksamen Inhaltsstoff haben, der aber nicht für die Symptomatik des Patienten geeignet ist. Dazu zählt beispielsweise die Gabe von Vitaminpräparaten bei Schmerzen. Auch die Einnahme von Antibiotika bei viralen Infekten, wonach der Patient eine prompte Besserung der Krankheitszeichen angibt, fällt hierunter.

Lange Zeit ging man davon aus, dass Placebo-Wirkungen nur auf der Einbildung der Patienten beruhen. Das ist inzwischen widerlegt. Dr. Katharina Schwarz vom Institut für Psychologie der Universität Würzburg forscht darüber, wie stark sich Erwartungen auf Symptome auswirken können: »Der Placebo-Effekt funktioniert bei der Behandlung von Schmerzen und Depressionen oft sehr gut. Und das ist nicht nur eine subjektive Empfindung des Patienten, sondern auch physiologisch messbar.«

Erwartungen verändern das Schmerzempfinden

Seit langem erforscht die Psychologin den Einfluss unserer Erwartungen auf die Wahrnehmung. So zeigte sich, dass

sich das Schmerzempfinden von Männern verändert, wenn ihnen jemand sagt, dass sie empfindlicher beziehungsweise unempfindlicher als Frauen seien. Dazu wurden die Probanden mithilfe eines Bandes am Unterarm verschiedenen Temperaturreizen ausgesetzt. Diesen Schmerz mussten sie auf einer Skala von »kein Schmerz« bis »unerträglich« bewerten. Am nächsten Tag las ein Teil der Männer im Wartebereich scheinbar zufällig auf einem Infoblatt, dass Männer aufgrund der Evolutionspsychologie weniger empfindlich gegen Schmerzen seien als Frauen. Männer seien als Jäger besonders gut an Schmerzen gewöhnt. Eine andere Versuchsgruppe las »zufällig«, dass Frauen durch die Schmerzen der Geburt besonders abgehärtet und Männer empfindlicher gegen Schmerzen seien. Danach wurde das Experiment wiederholt. Diejenigen der Männer, die sich für weniger schmerzempfindlich hielten, erlebten den Schmerz als deutlich schwächer als am Tag davor. Wer dagegen von einer höheren Schmerztoleranz der Frauen gelesen hatte, stufte sich vergleichsweise als schmerzempfindlicher ein.

Seit Jahrhunderten bekannt

Placebo-Wirkungen beschrieb der griechische Philosoph Platon schon vor mehr als zweitausend Jahren im Zusammenhang mit Heilkräutern, die nur mit einem Zauberspruch wirken würden. Der amerikanische Anästhesist Henry K. Beecher beobachtete während seines Einsatzes als Militärarzt im Zweiten Weltkrieg den Placebo-Effekt eher zufällig. Da ihm wirksame Schmerzmedikamente für die verwundeten Soldaten fehlten, gab er ihnen eine Kochsalzlösung. Daraufhin hatten viele der Verwundeten für mehrere Stunden kaum noch Schmerzen. Beecher befasste sich auch nach dem Krieg intensiv mit dem Placebo-Effekt und hatte großen Anteil an dessen zunehmender Beachtung.

Die genauen Ursachen des Placebo-Effekts sind auch heute noch nicht vollständig erforscht. Mittels moderner

bildgebender Verfahren, wie der funktionellen Kernspintomografie (fMRT), lassen sich physiologische Veränderungen des Gehirns unter Placebo-Gabe darstellen. Neurophysiologisch gesehen werden bei der Schmerzverarbeitung im menschlichen Gehirn der Thalamus, der Inselbereich und der somatosensorische Kortex aktiviert. Mit Hilfe des fMRTs können wir diesen Vorgang zwar sehen. Eine direkte Korrelation zwischen den Befunden der cerebralen Bildgebung und der Placebo-Wirkung ließ sich aber nicht herstellen. Weitere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Placebos unter anderem über eine psychische Aktivierung körpereigener Endorphinsysteme wirken.

Nocebo - »Ich werde schaden«

Diese Effekte funktionieren allerdings auch andersherum. Man spricht von einem Nocebo-Effekt, wenn ein Scheinmedikament die Symptomatik verschlimmert und vermeintlich krank macht. So konnte gezeigt werden, dass Patienten, die eingehend den Beipackzettel eines Medikaments studieren oder im Detail vom Arzt oder Apotheker über Nebenwirkungen aufgeklärt werden, häufiger unter den beschriebenen Nebenwirkungen leiden. Die genauen Ursachen des Nocebo-Effekts sind jedoch noch unzureichend erforscht. Neben individuellen Faktoren, wie starker Ängstlichkeit, und der Erwartungshaltung des Patienten scheint unter anderem das im Gehirn als Neurotransmitter wirkende Hormon Cholecystokinin eine Rolle zu spielen.

Keine Wirkung trotz Medikament

Und es gibt noch eine dritte Variante: Patienten mit chronischen Schmerzen, die schon oft die Erfahrung gemacht haben, dass eine neue Therapie nicht wirkt, nehmen diese Erwartung in neue Therapieversuche mit. Aber ohne den Glauben an die Wirkung eines Medikaments kann anscheinend auch das beste Schmerzmittel nur unzureichend wirken. Hiermit befasst sich Prof. Ulrike Bingel aus der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Essen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Schmerzforschung und den kognitiven Neurowissenschaften. Ein zentraler Fokus ihrer Arbeit ist die Untersuchung der neurobiologischen Grundlagen von Placebo- und Nocebo-Reaktionen.

So erhielten Probanden zunächst in einer Infusion ohne ihr Wissen ein Schmerzmittel und rechneten demnach nicht mit einer Wirkung. »Wenn wir den Probanden dann mitteilen, dass ihnen jetzt das Medikament verabreicht wird, verdoppelt sich der schmerzlindernde Effekt, obwohl sie die identische Medikamentendosierung erhalten«, erklärt die Wissenschaftlerin im Newsletter »Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Völlig aufgehoben werde der schmerzlindernde Effekt des Schmerzmittels dagegen, wenn die Probanden erfuhren, dass sie keine Therapie mehr erhielten,

obwohl ihnen das Schmerzmittel weiterhin verabreicht wurde. »Die negative Erwartung und die Angst vor dem Schmerz zerstören den Effekt des Medikaments vollständig. Der Schmerz ist dann genauso stark, als hätten sie überhaupt kein Medikament bekommen«, erklärt Bingel.

Placebo-Effekte gezielt nutzen

Placebo-Effekte haben also nachgewiesenermaßen somatische bzw. neurobiologische Grundlagen. Auch die Erfassung von Placebo-Effekten ist machbar, beispielsweise durch Studien, die neben Placebo- und Verumgruppen noch unbehandelte Kontrollgruppen beinhalten, um den Spontanverlauf zu erfassen. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat 2010 den internationalen Stand der Placebo-Forschung zusammengestellt und die Stellungnahme »Placebo in der Medizin« veröffentlicht.

Placebo-Effekte können beispielsweise gezielt bei Erkrankungen therapeutisch genutzt werden, die mit etablierten Therapien nicht ausreichend zu behandeln sind, wie etwa bei chronischen Schmerzen. Allerdings liegen noch keine ausreichenden Erkenntnisse darüber vor, bei welchen Erkrankungen diese Effekte besonders wirksam sind. Außerdem ist noch ungeklärt, inwieweit sich in Studien gefundene Effekte auf die Anwendung in der Praxis übertragen lassen und wie individuell unterschiedlich das Ansprechen auf Placebo-Therapien ausfällt.

Auch ist der Einsatz von Placebos ethisch nicht unproblematisch. Der Patient wird über das Wesen der Behandlung bewusst im Unklaren gelassen, und es muss die Frage gestellt werden, inwieweit hierdurch die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient gestört wird. Ein gangbarer Weg, bei dem die positiven Placebo-Effekte ausgenutzt werden, der Patient aber seine Selbstbestimmung behält, können mit den Patienten gemeinsam abgestimmte Therapiekonzepte mit kombiniertem Einsatz von Placebo- und Verumpräparaten sein.

Allein das Wissen und der Glaube können wirken

Scheinmedikamente können Symptome auch verschlimmern



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



Dr. Karin Kaiser-Rüb, Fachärztin für Neurologie / Sozialmedizin Fachberaterin Team Rehabilitation / Heilmittel beim MDS.
k.kaiser-rueb@mds-ev.de

Gut bezahlt und flexibel

Um die Personalnot zu überbrücken und dem Fachkräftemangel zu begegnen, setzen immer mehr Krankenhäuser und Pflegeheime auf Leiharbeitskräfte. Zeitarbeitsunternehmen locken mit attraktiveren Arbeitsbedingungen.

WER PFLEGERINNEN FRAGT, wie zufrieden sie mit ihrer Arbeit in der Klinik sind, muss auf Stoßseufzer gefasst sein. Bei Gülten Hartmann ist das anders. Die gelernte Krankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie kommt ins Schwärmen, wenn sie über ihren Job spricht. Sie verdient gutes Geld, bestimmt ihr Arbeitspensum selbst, hat keinen Ärger mit dem Chef, fährt einen Dienstwagen und kommt rum in Deutschland. Der kleine Unterschied: Die 44-Jährige ist nicht festangestellt in einem Krankenhaus, sondern Zeitarbeiterin.

Verkehrte Welt?

Gilt die Arbeitnehmerüberlassung nicht als eine Branche, in der schlecht bezahlt wird und arbeitsrechtliche Standards eher unter- und nicht überboten werden? Zumindest auf dem Bau und in der Industrie. Im Gesundheitswesen ist das anders. Wenn Krankenpflegerinnen, medizinische Fachkräfte oder Ärzte bereit sind, heute in Hamburg und morgen in Düsseldorf für ein paar Monate zu arbeiten, wird der rote Teppich ausgerollt. Nicht bei jedem Zeitarbeitsunternehmen, aber bei vielen. Das Leih-Geschäft mit Kliniken und Pflegeheimen boomt. Mittlerweile gehen bereits komplette OP-Teams auf Reisen. Zwar sind nur etwa 8% von einer Million Zeitarbeiter in Gesundheitsdienstberufen tätig, aber in den vergangenen zehn Jahren hat sich die Zahl vervierfacht.

Gülten Hartmann kennt beide Welten. Dreieinhalb Jahre war die alleinerziehende Mutter von zwei Kindern festangestellte Pflegekraft in einer Hamburger Klinik. »Niemand nahm auf meine schwierige Situation Rücksicht«, erzählt sie. Die Dienstpläne wurden ohne ihre Mitsprache geschrieben und wenn die Klinik abends anrief, weil wieder einmal eine Kollegin erkrankt war und jemand auf die Schnelle für die Schicht am nächsten Morgen gesucht wurde, konnte sie schlecht ablehnen. Ihre Kinder sah sie immer seltener. Auch der Wunsch, mal länger mit den Kindern in den Schul-

ferien zu verreisen, blieb unerfüllt. Maximal zwei Wochen – mehr Urlaub wurde in der heiß begehrten Ferienzeit nicht genehmigt, um allen Müttern eine Auszeit mit der Familie zu gönnen.

2008 beschloss Hartmann zu kündigen. Den Versuch, sich als Freiberuflerin durchzuschlagen, brach sie nach einem Streit mit der Rentenversicherung über die Sozialversicherungspflicht ab. Ein Problem, mit dem sich auch Honorarärzte seit Jahren herumschlagen. Bei zwei kleineren Zeitarbeitsfirmen hielt sie es nur kurze Zeit aus.

2009 landete sie schließlich beim Unternehmen Avanti, das sich mit bundesweit elf Niederlassungen auf die Vermittlung medizinischer Fachkräfte spezialisiert hat. Dort ist Gülten Hartmann noch heute. Sie ist sozialversichert, verdient netto etwa € 500 mehr als ihre festangestellte Kollegin und hat im Arbeitsvertrag festgelegt, wie viel Stunden sie monatlich arbeiten will und welche Schichten sie bevorzugt. Jedes Jahr hat sie eine Gehaltserhöhung auf dem Konto. Als sie vor ein paar Jahren mit den Kindern in der Eifel Urlaub machen wollte, hat sie sich dort eine Klinik gesucht, die gerade eine Ferienvertretung brauchte. »Die Kinder schliefen in der Jugendherberge und nach der Frühschicht war ich bei ihnen, so dass wir den Tag über gemeinsam etwas unternehmen konnten.«

Leiharbeit wird unter Materialkosten verbucht

Ein Vorteil für alle?

Auf den ersten Blick sieht es aus, als sei das Geschäft für beide Seiten von Vorteil. Nicht nur für Pflegekräfte wie Gülten Hartmann, auch für Kliniken und Pflegeheime. Das Arbeitgeberisiko sinkt auf null – für Krankheit, Urlaub und Feiertage zahlen andere. Zudem können Häuser, die Sparauflagen zu erfüllen haben, mit den Ausgaben kreativ umgehen. Leiharbeit ist zwar im direkten Gehaltsvergleich teurer, aber wird nicht unter Personalkosten, sondern unter Materialkosten verbucht.

Der eigentliche Grund für den Anstieg der Zeitarbeit ist aber ein anderer: Nach vielen Jahren des Personalabbaus ist die Pflege vielerorts so knapp besetzt, dass krankheitsbedingte Ausfälle schnell zu einem akuten Notstand führen. Manchmal ist die Personaldecke sogar so dünn, dass nur noch mit Leasingkräften die Urlaubsansprüche der Stammebelegschaft erfüllt oder Überstunden abgebaut werden können. Hinzu kommt ein mittlerweile dramatischer Fachkräftemangel. Drei von vier Pflegebetrieben und 60% der Krankenhäuser haben laut Umfragen Probleme, qualifiziertes Personal zu finden. Etwa 10 000 Stellen in Pflegeheimen und 3000 Stellen in Krankenhäusern sind nach vorsichtigen Schätzungen unbesetzt.

Die Schattenseite der Leiharbeit

»Zeitarbeit ist in allen Krankenhäusern aufgrund des Fachkräftemangels ein Thema«, sagt Michael Born, Geschäftsführer des Klinikums Region Hannover. Auch das Klinikum sei gezwungen, auf Zeitarbeitskräfte, in der Pflege und punktuell im ärztlichen Dienst, zurückzugreifen – mit steigender Tendenz. Born, zuständig für den Personalbereich, hält dies

durchaus für problematisch. »Es besteht die Gefahr, dass Zeitarbeitsfirmen als ›Rosinenpicker‹ Arbeitskräfte mit besseren Arbeitsbedingungen locken.« Für das Betriebsklima sei dies nicht gut.

Rosinenpicker schaden dem Betriebsklima

Um die Stammebelegschaft zu halten und neue Mitarbeiter zu gewinnen, sei es wichtig, eigene Modelle für attraktive und flexible Arbeitsbedingungen zu entwickeln. »Wir müssen die Arbeit so organisieren, dass die Bedürfnisse unserer Beschäftigten berücksichtigt werden und sie gern bei uns sind.«

Ein Ziel, das Personalräte wie Jutta Ulrich sofort unterschreiben würden. Seit einem Jahr steigt die Zahl der Leasingkräfte an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Aktuell sind 36 Vollzeitkräfte, etwa 2% des Pflegepersonals, leihweise im Haus, auf den normalen Stationen, aber auch auf der Intensivstation – maximal für sechs Monate. Personalratsvorsitzende Jutta Ulrich weiß, dass sie sich Feinde machen würde, wenn sie einen Antrag auf Einstellung einer Leih-Pflegerin ablehnen würde. »Die Stationen sind dankbar für jeden Ersatz.« Mit dem Präsidium der MHH sei man sich einig, dass dies keine Dauerlösung sein dürfe, sagt Ulrich. Aber was tun, wenn sich auf Stellenausschreibungen kein geeigneter Bewerber meldet?

Ebenso wie Klinik-Geschäftsführer Born sieht man auch an der MHH die Gefahren der Ausweitung von Leiharbeit. »Es fehlt nicht an der Kompetenz, aber am Organisationswissen«, stellt MHH-Personalratsmitglied Christiane Grams fest. Der Einsatz auf einer Stroke-Unit-Station, auf der sich eine Pflegerin um einen Patienten kümmert, sei unproblematisch. Aber auf einer normalen Krankenhausstation sei es wichtig, die betrieblichen Abläufe, die Alltagsroutine, die wichtigsten Telefonnummern zu kennen. Florian Aschbrenner, Geschäftsführer am Klinikum München-West, fehlt zudem die Teamorientierung. Leihpersonal fühle sich häufig nicht als Teil des Teams.

Es brennt überall in den Kliniken

Hartmann sagt, sie brauche kein Team. Sie genieße es, immer wieder neue Kollegen kennenzulernen und nicht den sozialen Druck zu verspüren, einzuspringen, wenn Not am Mann ist. »Ich habe keine mentale Bindung an einen Arbeitgeber – das schafft Freiheit und schützt vor einem Burnout.« Denn eins spüre sie bei ihren Stippvisiten: »Es brennt überall in den Kliniken; der Mangel ist dramatisch.« Sie habe auch schon mal eine Station kennengelernt, auf der nur eine von acht Krankenpflegerinnen festangestellt war.

Wie brenzlich die Situation ist, zeigt sich daran, dass auch viele Betriebsräte mittlerweile fürchten, dass immer mehr Pflegekräfte in die Leiharbeit abwandern. Nicht aus der Not der Arbeitslosigkeit heraus, sondern aufgrund der Verlockung. Erfahrene Pflegerinnen fliehen vor der extremen Arbeitsbelastung; junge Pflegekräfte nutzen Leiharbeit, um verschiedene Krankenhäuser oder Heime erst einmal kennenzulernen. Immer mehr Pflegekräfte entdecken Zeitarbeit zudem als lukrativen Nebenverdienst. Sie reduzieren ihre Stelle an der Klinik auf 85% und nehmen nebenbei einen 450-Euro-Job bei einer Leiharbeitsfirma an.

Die Branche profitiert. Zeitarbeitsfirmen vermerken Umsatzzuwächse von bis zu 40%. Die Firma Jobtour medical in Baden-Baden hat mittlerweile etwa 250 Altenpflegeheime und Kliniken als feste Kunden. Größtes Pfund ist Flexibilität: So wird auch schon mal eine Nachtwache binnen sechs Stunden nach Konstanz oder Berlin vermittelt. Den 120 Mitarbeitern bietet Jobtour kostenlose Weiterbildung, betriebliche Altersvorsorge, Coaching und eine private Krankenzusatzversicherung. Die Krankenquote liegt bei rund 1%; in Kliniken im Schnitt bei 5,5%, in Altenheimen bei 6,7%. Vom Bundesarbeitsministerium wurde das Familienunternehmen kürzlich mit dem Deutschen Arbeitsschutzpreis 2015 ausgezeichnet.

Nicht die Kompetenz fehlt, sondern das Organisationswissen

Die Ärzte ziehen nach

Die Firma Stegdoc in Düsseldorf hat sich auf die »Überlassung« von Ärzten spezialisiert, was vor Jahren noch ein Tabu war. Der Bedarf der Kliniken steige ständig, vor allem in Ferienzeiten, sagt Geschäftsführerin Dorothee Frankenberg. Mal geht es um mehrwöchige Einsätze, mal um Bereitschaftsdienste. Viele Ärzte entschieden sich für Zeitarbeit, weil sie nicht mehr in die Verwaltungsstrukturen einer Klinik eingebunden sein wollen. Der Verdienst sei wie in der Pflege höher als bei Festanstellung im Krankenhaus.

Mit Zeitarbeit könne man sich aktuell eine goldene Nase verdienen, sagt Hartmann. Die Nachfrage sei so groß, dass sogar der Leiharbeitsmarkt leergefegt sei. Seit kurzem ist sie Disponentin bei Avanti in Lübeck. In wenigen Wochen hat sie bereits 22 neue Mitarbeiterinnen angeworben. »Es sind zwei Welten«, sagt sie. »Solange das Pflegepersonal nicht besser behandelt wird, wird es so bleiben.«



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

Eine neue Tür ins menschliche Gehirn

An der Uni-Klinik Lüttich wurde vor fast 25 Jahren zum ersten Mal ein Patient unter Hypnose operiert. Heute ist unbestritten, dass die Methode wirkt. Aber wie tut sie es? Der Psychologe Dr. Ewald Naumann von der Universität Trier will zusammen mit seinen Kollegen diese Frage beantworten und eine neue Tür ins menschliche Gehirn öffnen.

MDK forum Wie kann es sein, dass ein Mensch während einer Operation keinen Schmerz empfindet – es werden ja Nerven verletzt?

Dr. Ewald Naumann Wenn ich das wüsste, dann bräuchte ich meine Forschung nicht mehr zu machen. Das Phänomen ist unbestritten. Auch viele Zahnärzte arbeiten damit, bohren dem Patienten im Zahn herum und dieser ist unter Hypnose schmerzfrei. Wir haben aber keinen Plan, wie es wirklich funktioniert. Nach Voruntersuchungen und ersten Erkenntnissen aus unseren Experimenten gehen wir davon aus, dass sich das Gehirn in einem Trancezustand umorganisiert und Verbindungen neu strukturiert. In Versuchen konnten wir messen, dass ein Schmerz auch bei hypnotisierten Menschen ganz normal im Gehirn ankommt. Das Gehirn interpretiert den Impuls aber nicht mehr als Schmerz, weil die dafür erforderlichen Verbindungen zwischen Hirnteilen anders geschaltet sind. Wir vermuten, dass die sogenannte Schmerzmatrix durch die Hypnose entkoppelt wird. Dabei handelt es sich um eine Art Informationskreis, der eingehende Informationen als Schmerz interpretiert. Das ist jedoch erst einmal nur eine Hypothese, zu der es noch keine Daten gibt. In den kommenden zwei Jahren wollen wir die bisherigen Ergebnisse auswerten. Wenn wir es schaffen, unsere Hypothesen zu verifizieren, können wir diese neue Tür in das menschliche Gehirn öffnen. Außerdem wissen wir, dass die Suggestion in der Hypnose Bereiche öffnen kann, die dem Wachbewusstsein nicht zugänglich sind.

Völlig vergessene Erinnerungen oder auch Fähigkeiten können wieder geweckt werden.

MDK forum Es gibt ja auch andere »veränderte Bewusstseinszustände« wie Schlaf, Meditation und Yoga – worin unterscheiden die sich von Hypnose?

Naumann Das ist eine weitere sehr gute Frage. Uns sind in der Tat etliche geänderte Bewusstseinszustände bekannt. Schlaf ist einer der ganz großen. Aber der hat bestimmt nichts mit Hypnose zu tun, auch wenn *Hypnos* Schlaf heißt. In der Hypnose bleibt man sehr konzentriert. Es handelt sich um einen Zustand höchster fokussierter Aufmerksamkeit, aber eben nicht auf Reize, die von außen auf einen einströmen, sondern auf Reize, die im Gehirn erzeugt und die vom Hypnotiseur gelenkt werden.

Ob ein solcher Zustand mit Medikation oder auch Yoga erreicht werden kann oder ob es das Gleiche ist wie ein Trance-Zustand, weiß bisher niemand. Die Zugangsweisen sind unterschiedlich. Doch möglicherweise führt alles zu den gleichen Zuständen, nämlich zum geänderten Bewusstseinszustand, der unserem Wachbewusstsein nicht so zugänglich ist, wie wir das gewöhnt sind.

MDK forum Das würde ja bedeuten, dass man sich auch selbst in diesen Zustand versetzen könnte, oder braucht man auf jeden Fall einen Hypnotiseur?

Naumann Den benötigt man in der Regel nur am Anfang. Es gibt auch Selbsthypnose, wie bei der Raucherentwöhnung. Da bringt man den Leuten bei, dass sie diese Techniken zu Hause selbst üben und in eine

Trance gehen können. Schließlich kann man auch Yoga und Meditation am Anfang nicht ohne Anleitung machen. Das Gleiche gilt nach meinem Wissen auch für Hypnose.

MDK forum Kann ein Mensch denn gegen seinen Willen hypnotisiert werden?

Naumann Nein, Gott sei Dank nicht. Ein schwieriges Beispiel sind allerdings die sogenannten Hypnose-Shows. Was sie dort mit den Menschen machen, ist meiner Meinung nach überhaupt nicht vertretbar. In Ländern wie Schweden oder Israel sind Hypnose-Shows bereits verboten. Es wird dringend Zeit, dass sie auch hier verboten werden, doch die Leute lassen sich auf der anderen Seite ja freiwillig darauf ein. Nur wenn sie erst einmal in dem Hypnosezustand sind, dann können sie durchaus Dinge machen, die sie im Wachbewusstsein niemals tun würden. Es gibt dokumentierte Fälle von Personen, die traumatisiert waren, nachdem sie gesehen haben, was sie getan hatten. Es war ihrem Bewusstsein ja nicht zugänglich. Das ist ethisch unverträglich. Wenn man so einen Versuch in der Wissenschaft machen wollte, würde das keine Ethik-Kommission der Welt genehmigen.

MDK forum Das bedeutet, in Hypnose ist das Wachbewusstsein ausgeschaltet?

Naumann Ja, zum großen Teil. Hypnose-Phänomene sind gekennzeichnet durch räumliche und zeitliche Desorientierung. Man hat überhaupt keine Ahnung, ob so ein Zustand zwei Minuten oder zwei Stunden gedauert hat, und verliert all die klassischen Fähigkeiten des Wachbewusstseins. Das können wir auch erklären. Unser Wachbewusstsein



wird durch bestimmte Netzwerke in dem Teil des Gehirns organisiert, den wir zum Schluss unserer Entwicklung erhalten haben, dem frontalen Kortex. Da gibt es mehrere Replikationen, die zeigen, dass sich diese Netzwerke im Trance-Zustand entkoppeln. Sie sind zwar noch alle aktiv, aber nicht mehr so zusammengekoppelt wie beim Wachbewusstsein. Wir wissen aber nicht, wohin sie sich koppeln.

Damit sind wir wieder beim Schmerz: Wer sorgt denn dafür, dass die Schmerzmatrix auseinandergenommen wird? Wo gehen die Reize hin, die primär wahrgenommen werden, und wie werden die jetzt anders verarbeitet? Wir kennen also gewissermaßen nur die erste Stufe – Entkoppelung von Systemen im Frontalhirn. Wie es weitergeht, ist derzeit unklar. Wir haben offensichtlich Systeme aus unserer evolutionären Entwicklung, die unserem Wachbewusstsein nicht zugänglich sind. Allgemeine Vermutung ist, dass Hypnose und möglicherweise auch die anderen geänderten Bewusstseinszustände aus der Meditation oder dem Yoga eine Tür dorthin öffnen. Das ist bisher jedoch eine reine Hypothese. Die ernsthafte Forschung zur Hypnose ist noch nicht so alt. Da wird man sich noch einige Jahrzehnte mit beschäftigen müssen.

MDK forum Lassen sich so auch Türen öffnen zu Dingen, die man vergessen hat und plötzlich über Hypnose wiederfinden kann?

Naumann Unser Bewusstsein und unsere Fähigkeit zur Reflexion haben ja nicht nur Vorteile. Wir haben dadurch auch einige Fähigkeiten verloren. Das Frontalhirn ist an sich ein großer Teil, der andere Funktionen im

Gehirn unterdrückt, damit wir vernünftig reagieren können. Ein schönes Beispiel dafür ist eine Schlange hinter einer Scheibe. Ein Mensch bleibt stehen und schaut sie sich an, ein Affe dagegen läuft weg. Der Mensch hat zwar den gleichen Fluchtreflex, aber auch einen Frontal-Kortex, der ihm sagt, das ist ungefährlich. Doch in diesem vernünftigen Zustand blockiert auch unglaublich viel.

Ein anderes Beispiel ist ein Automatismus in der Informationsverarbeitung, der sich im Wachbewusstsein nicht verändern lässt: Wenn wir das Wort »rot« in grüner Schrift sehen, dann ist unser Gehirn erst einmal verwirrt und wird langsamer, als wenn wir das Wort »rot« in roter Schrift sehen. Das ist ein völliger Automatismus, der sich in Hypnose jedoch abschalten lässt. Wenn man jemandem unter Hypnose sagt, die Buchstaben seien nur unsinnige Zeichen, die keinen Sinn ergeben, ist dieser Effekt weg. Obwohl sich mit einem Eye-Tracker nachweisen lässt, dass die Menschen diese Wörter sehen und darauf schauen. Das ist also wieder ähnlich wie beim Schmerz: Die Informationen kommen ganz normal im Gehirn an. Doch auch hier spielt wahrscheinlich wieder die Entkoppelung des Wachbewusstseins eine wichtige Rolle, wie auch irgendeine andere Verkoppelung, die wir noch nicht verstehen. Dieser Aufmerksamkeitsprozessor, der an sich immer aktiv ist, macht auf einmal ganz andere Sachen und aktiviert ganz andere Bahnen im Gehirn. Da würde ich gerne noch ganz viel lernen.

MDK forum Wie lange halten diese Effekte an?

Naumann Das weiß keiner so richtig. Wir können den Zustand der hypnotischen Trance ja auch gar nicht klar definieren. Wir definieren ihn dadurch, was die Probanden uns sagen, und nicht durch biologische Marker oder Ähnliches. Deshalb ist immer die große Frage, sind die Leute denn überhaupt in Trance? Um das zu kontrollieren, wurden in vielen Experimenten sogenannte posthypnotische Befehle eingesetzt, wie zum Beispiel, dass jemand sich bei Fingerschnipsen an der Nase kratzt. So etwas Verrücktes funktioniert. Und wenn man das nicht aufhebt, könnte ich mir vorstellen, dass es ziemlich lange hält. Wenn man es aber hinterher auflöst, dann nicht. Wenn man die Person also darüber informiert, dann ist es okay, und man kann posthypnotische Fehler beheben.

MDK forum Damit eröffnet sich ja ein Raum für beinahe unbegrenzte Möglichkeiten?

Naumann Wenn unsere Vermutung richtig ist, dass es da Fähigkeiten gibt, die wir im normalen Wachbewusstsein nicht greifen, über solche Zustände jedoch aktivieren können, kann ich mir viel Positives, leider auch viel Negatives vorstellen. Denn was positiv nutzbar ist, ist auch negativ nutzbar. Die Voraussetzung ist jedoch immer, dass sich jemand drauf einlässt.

*Das Gespräch führte
Dr. Martina Koesterke*

Eine unterschätzte Gefahr in Entwicklungsländern

In Deutschland sterben Schätzungen zufolge jedes Jahr mindestens 15 000 Menschen an einer Infektion, viele davon verursacht von multiresistenten Erregern (MRE). Bis zum Jahr 2050 könnte sich diese Zahl verzehnfachen, fürchten Experten. Doch das ist nichts im Vergleich zu dem, was der Infektionsepidemiologe und Biochemiker Dr. Beniam Ghebremedhin unter anderem in ostafrikanischen Kliniken gefunden hat.

LANGE SCHLANGEN vor Ambulanzen oder vor Notaufnahmen gehören – mit ganz wenigen Ausnahmen – zum Alltag in Afrika. Wer die Ambulanz dann endlich erreicht hat, muss oft noch etliche Stunden auf einen Arzt warten. Dieser bittet dann eventuell erst einmal eine Krankenschwester, eine Blutentnahme zu machen, was wiederum eine Verzögerung bedeutet. Untersuchungen laufen häufig nicht am selben Tag, so dass man teilweise eine Woche lang auf die Ergebnisse warten muss. Die Stationen sind häufig überbelegt, so dass provisorische Betten aufgestellt werden müssen, um die Patienten aufzunehmen. Und das alles bezieht sich nur auf die Situation der Stadtbewohner. »Für die

Menschen auf dem Land sieht es noch schlimmer aus. Diejenigen, die von außerhalb kommen, schaffen es kaum, noch am selben Tag einen Arzt zu sehen, dem sie ihr Problem schildern können.

Kliniken sind mit Patientenaufkommen überfordert

Sie müssen in der Regel mindestens zwei Tage für einen Krankenhausaufenthalt einplanen. Das ist teilweise sehr traurig und oft eine dramatische Situation«, beschreibt Ghebremedhin vom HELIOS-Universitätsklinikum Wuppertal, der außerdem als Dozent an der Universität Witten-Herdecke tätig ist. Er hat in Nigeria und Kenia erstmals Daten zu der Verbreitung multiresistenter Bakterien und der Gefahr, die von ihnen ausgeht, gewonnen.

Harnwegsinfektionen, die immer wiederkehren

Dazu hat er Harnproben und andere klinische Proben von den Patienten aus fünf verschiedenen Krankenhäusern mit insgesamt 3000 Betten untersucht. Aus diesen Proben züchtete er mit seiner Arbeitsgruppe Bakterien auf Agarböden und testete sie auf Antibiotika-Resistenzen. Die molekularbiologischen Analysen führten seine Mitarbeiter

in Deutschland durch. »Wir haben beispielsweise einen Darmkeim, Escherichia coli Klon ST131, isolieren können, der unter anderem sehr schwere Harnwegsinfektionen auslöst. Er bleibt trotz Antibiotikagabe im Körper haften und kommt immer wieder. Die Patienten werden quasi Dauer Gäste im Krankenhaus«, erklärt der Mediziner. Weil es in den afrikanischen Kliniken nur wenige Isolierstationen gibt und die Krankenhäuser per se überfüllt sind, werden solche Patienten häufig ohne komplette Heilung und Kontrolle entlassen. Der Ausbreitung sind damit keine Grenzen mehr gesetzt.

Hinzu kommt, dass herkömmliche Antibiotika in vielen afrikanischen Ländern nicht verschreibungspflichtig sind. Es gibt sie frei verkäuflich in jedem Laden, und sie werden auch einfach unter Patienten weitergereicht. »Penizillin, Tetracyclin oder andere ältere Antibiotika sind für wenig Geld in fast jedem Shop in Nairobi oder in Lagos zu bekommen. Da fragt niemand nach einer Verordnung, denn sie wollen ja Geld verdienen. Inwieweit das Medikament sauber oder richtig dosiert ist, bleibt dabei unklar«, sagt der Arzt.

Oft scheitert es an den Kosten

Die Kosten für eine adäquate Therapie der MRE-Infektion sind dagegen oft eine große Hürde. Da es keine Krankenversicherung gibt, erhält man in vielen Teilen Afrikas eine Gesundheitsleistung nur dann, wenn man sie auch bezahlen kann. Viele können sich die teuren Antibiotika, die in diesem Falle benötigt werden, jedoch nicht leisten und müssen in der Verwandtschaft oder im Bekanntenkreis um Unterstützung bitten. »Das funktioniert zwar häufig recht gut, so dass sie die Unterstützung von der Familie dann auch bekommen«, weiß der Mediziner. Doch manchmal wird aus finanzieller Not das etwas günstigere Medikament gewählt, was



aber gegen multiresistente Bakterien nicht wirkt. »Folglich kommen die Patienten immer wieder, weil sie keine Besserung erfahren. Darunter waren viele Frauen, deren Harnwegsinfektion einfach nicht besser wurde. Im Isolat sahen wir dann, dass die Entzündung immer wieder aufflammte, was darauf schließen ließ, dass die Therapie nicht adäquat gewählt wurde«, erklärt Ghebremedhin.

Für ihn ist die Situation der Ärzte in den Ländern südlich der Sahara ziemlich aussichtslos. Denn nur wenn mehr Forschung betrieben würde, welche Bakterienstämme und welche veränderten Erreger zirkulieren, könnten die Mediziner vor Ort die richtigen Antibiotika gezielt auswählen. »Meine Kollegen dort sind sich der Gefahr bewusst. Sie wissen zwar einiges über MRE, weil sie zu den Kongressen kommen und sich mit uns austauschen. Aber die Umsetzung ist noch weit, weit in den Kinderschuhen. Man wird wahrscheinlich noch eine relativ lange Zeit in die Dinge investieren müssen. Weil die Kliniken aber schon jetzt mit dem Patientenaufkommen und den eingeschränkten Therapieoptionen überfordert sind, kommt es dort zu einer solch dramatischen Situation«, erklärt der Infektionsepidemiologe. Nun sei es an der Politik und an den Pharmakonzernen, zu reagieren. Antibiotika, die gegen MRE wirken, sind recht teuer. Die neueren Präparate kann sich ein afrikanischer Patient gar nicht leisten. Ältere Präparate helfen jedoch kaum. »Wir brauchen in solchen Fällen zwangsläufig neuere Präparate, die aber leider nicht erschwinglich sind. Staatliche und nicht-staatliche Organisationen sowie private Geldgeber müssen hierbei zusammenlegen. Abhilfe könnten aus Sicht der Branche sogenannte Public-private-Partnerships bringen, bei denen öffentliche und private Geldgeber gemeinsam in Forschungsprojekte und Fonds investieren. Und man muss die Politiker dahingehend sensibilisieren, dass Antibiotika

nur nach Verschreibung an Patienten abgegeben werden und in den verschiedensten Läden oder Supermärkten nicht mehr frei verkäuflich sind«, fordert der Mediziner.

Ausgezeichnete Arbeit

Für seine Arbeit ist Ghebremedhin in Boston von der *Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)* ausgezeichnet worden. Die Ergebnisse zur Zirkulation der Erreger und deren Bedeutung für die Patienten dort vervollständigten wie ein fehlendes Puzzleteil das Bild der Situation in den Kliniken. »Wir können nun beispielsweise erklären, warum die Menschen nach zwei oder drei Monaten immer wieder an der Infektion erkranken und in die Krankenhäuser kommen. Dank molekularbiologischer Untersuchungen haben wir herausgefunden, dass sich die Erreger im Körper anheften und tiefer im Gewebe bleiben«, erklärt der Arzt. Gegen die Ausbreitung solcher Erreger könnten Hygienemaßnahmen helfen. Da es Hinweise auf die Übertragung von MRE zwischen Tieren und Menschen gibt, ist eine enge Zusammenarbeit mit Tierärzten und Bauern unerlässlich (OneHealth Konzept) – und zwar so schnell wie möglich. »Wenn wir davon ausgehen, dass sich die Zahl der Todesfälle durch MRE im Jahr 2050 verzehnfacht, werden die meisten davon wohl in den Entwicklungsländern auftreten. Derzeit berichten die USA von etwa 23 000 und die EU von rund 25 000 Todesfällen, weltweit sind es mehr als 700 000. Aktuell liegt die Zahl der Todesfälle in Entwicklungsländern weit über einer halben Million. Wenn Schätzungen zufolge im Jahr 2050 weltweit 10 Millionen Menschen an Infektionen sterben werden, werden es etwa 9 Millionen davon in den Entwicklungsländern sein«, warnt Ghebremedhin.

Dr. Martina Koesterke

Die Engel in der Rush-Hour



Bangkok – Stadt der Staus und Sirenen, der Verkehr chaotisch und verrückt. In der Rush-Hour dauert der Kilometer locker ein paar Stunden. Die Stadt hat längst vor sich selbst kapituliert. Wer hier hochschwanger steckenbleibt, dem hilft nur noch die Hebammen-Polizei.

BLAULICHT und Motorradeskorte – wie beim Staatsbesuch. Nur dass hier niemand zu Besuch kommt, sondern zur Welt. Mitten im Berufsverkehr, auf dem Weg ins Krankenhaus. Der Mann mit dem Motorradhelm hat wieder einmal ein Wunder vollbracht: Krisana Petchnoi ist Polizist und Hebamme – im Auftrag des Königs: »Ich habe über Funk mitbekommen, dass eine Schwangere im Stau feststeckt und jeden Moment gebären wird. Mein Team und ich, wir sind gleich los. Aber, na ja, wie das so ist an einem Montagmorgen. Der Verkehr ist einfach schrecklich. Wir haben dann die Sirenen angeschaltet und sind dann ins Krankenhaus. Gerade noch rechtzeitig.«

Im Taxi, auf dem Bürgersteig, unter der Brücke

Geburten am Straßenrand, die gibt's überall auf der Welt. Aber Verkehr wie in Bangkok – den gibt's nur einmal. Acht bis zehn Millionen Menschen leben hier. Die Straßen vollgestopft mit Bussen, Lastwagen, Limousinen, Tuktuks und Abertausenden von Mopeds. Zu jeder Zeit hat die Polizei in Bangkok fünf Teams von Hebammen in Bereitschaft. Im Ernstfall rasen sie mit über 150 km/h über Bangkoks Autobahnen und schlängeln sich durch die endlosen Staus.

Schon 18 Mal hat der liebe Gott Krisana zu Hilfe gerufen. Das Schicksal wollte es so. Immer irgendwie war er in der Nähe, als seine Hilfe gefragt war, seine Hände und sein Geschick und sein beruhigendes Lächeln. Jedes Mal das volle Programm: eine Geburt im Taxi, auf dem Bürgersteig, unter einer Brücke, irgendwo auf halber Strecke zum rettenden Krankenhaus. Auch den kleinen Mano hat Krisana auf die Welt gebracht – im Taxi auf der Rückbank. Seine Mama war hochschwanger im Berufsverkehr steckengeblieben. »Ich bin über die Rama 4 und die Autobahn zu ihr gerast. Als ich angekommen bin, war das Kind schon da. Dann habe ich mich gleich an die Arbeit gemacht«, so der Motorradpolizist. Er hatte nicht mal Zeit, den Helm abzunehmen. Aber dann spulte er gewissenhaft sein Können ab: Den Körper waschen, Mund und Nase. Sogar die Nabelschnur des Neugeborenen hat Krisana abgeklemmt – im Kreißsaal auf der Rückbank.

»Ich dachte, so was gibt es nur im Fernsehen, eine Geburt im Taxi. Aber dann ging's auch schon los. Als dann Krisana kam, war ich überglücklich. Ich dachte, den Mann schickt der Himmel«, so die Mutter, Dararat Samniengwan.

Im Auftrag des Königs

Krisanas Einheit ist eine wie keine andere auf der Welt. Sie wurde vom König ins Leben gerufen. Die Polizisten schreiben keine Strafzettel, keine Knöllchen, sie nehmen keine Verwargelder und lassen sich auch nicht bestechen. Sie sollen nur eins, hat der König gesagt: den Menschen dienen. Da sein, wenn sie gebraucht werden. 150 Kinder haben die Männer zur Welt gebracht. Und fast 3000 hochschwangere Frauen mit Blaulicht ins Krankenhaus eskortiert.

Zweimal im Jahr trainiert die Polizei ihren Hebammen-Nachwuchs mit Hilfe erfahrener Geburtshelfer an der Uni. Viele junge Männer sind dabei, manche so jung, sie haben noch nie eine Geburt gesehen – geschweige dabei geholfen. Geübt wird an einem Unterleib aus Silikon und Plastik. Die Motorrad-Polizisten lernen nicht nur, bei der Geburt zu assistieren, sondern auch das Neugeborene richtig zu wickeln, und sie finden Gefallen am neuen Job. Eine Hebamme ist geboren. Die Arbeit wird ihnen so schnell nicht ausgehen – im Verkehrschaos von Bangkok.

»Wenn ich einen Wunsch frei hätte«, so Krisana, »dann keine Staus mehr in Bangkok. Mir tun vor allem die armen Leute leid. Die Reichen gehen ja schon Tage vorher ins Krankenhaus. Aber die Armen können sich das nicht leisten. Und bleiben hängen im Verkehr. Bangkok ohne Stau – das wär mein Traum.« Ein schöner Traum – fast so schön wie Krisanas gelegentlicher Lohn – im Gewühl der Großstadt: ein Babyschrei und der Applaus der Schaulustigen: für den Helden von Bangkok.



Philipp Abresch ist Leiter des Südostasien-Studios der ARD in Singapur. Sein Beitrag »Die Engel in der Rush-Hour« wurde in der Reihe ARD-Weltspiegel am 17. 9. 2016 gesendet

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
Stellv. Geschäftsführer
Wolfram Rohleder
Telefon 06731.486-0
E-Mail post@mdk-rlp.de

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

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

Verantwortlicher Redakteur

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

Redaktion

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

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

Redaktionsbüro

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

Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titelmotiv: Die Lebenstreppe (Farblithographie), Italien, 19. Jahrhundert / Musee Nat. des Arts et Traditions Populaires, Paris, Frankreich / Bridgeman Images
S. 21 Thomas K. / photocase.de
S. 23 bruzzomont / photocase.de
S. 29 Kusja / photocase.de
S. 31 Armin Staudt-Berlin / photocase.de

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

ISSN 1610-5346





1 ANNI

20 ANNI

30 ANNI

40 ANNI

50 ANNI

