

MDK *forum*

Für
Patienten
und
Qualität

Liebe Leserin, lieber Leser,

was können wir tun, um auch künftig eine gute, gerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherzustellen? Welche Impulse können Patientinnen und Patienten geben? Welche Rolle übernehmen die Medizinischen Dienste? Der aktuelle Schwerpunkt des MDK forums widmet sich dem Thema »Für Patienten und Qualität« und ist damit zugleich ein Plädoyer für das, was die Gesundheitsversorgung hierzulande ausmachen sollte. Wir beleuchten ganz unterschiedliche Facetten des umfassenden Themas. So berichten wir unter anderem über die Bedeutung der evidenzbasierten Medizin für die Gesundheitsversorgung und die Pläne zur EU-weiten Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Wir stellen die künftigen MDK-Qualitätskontrollen in Krankenhäusern vor. Und wir beschreiben, wie die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen Stück für Stück reformiert werden.

Bei so viel schwerer Kost darf die Leichtigkeit nicht fehlen: Rechtzeitig zu den bevorstehenden schönsten Wochen des Jahres haben wir eine Arbeitspsychologin gefragt, wie gute Erholung im Urlaub gelingen kann. Wir hoffen, dass auch Sie von ihren Tipps profitieren können.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

Die Gute Frage **Wie kann gute Erholung im Urlaub gelingen? 1**

Kurznachrichten 3

Auch das noch **32**

Titelthema

Für Patienten und Qualität 5

Wo stehen wir heute? 6

Wie kann evidenzbasierte Medizin die Versorgungsqualität verbessern? 8

Arzneimittelbewertung in Deutschland und Europa - aktuelle Entwicklungen 10

Qualität im Krankenhaus **Neue Prüfaufgaben für den MDK 12**

Klinikalltag zwischen Ethos und Kostendruck **Patientenwohl im Blick? 14**

Zwischen Überversorgung und Sicherheitskultur - Qualität aus Patientensicht 16

Neues Prüfverfahren und neue Transparenz in Arbeit 17

Unterwegs mit den MDK-Prüfern **Genau geguckt und gut beraten 18**

Porträt des KCQ **Qualität entscheidet 20**

Wissen & Standpunkte

Behandlungsfehler-Begutachtung **Ein Baustein für mehr Gerechtigkeit, aber kein Maß für Patientensicherheit 22**

Individuelle Gesundheitsleistungen **Mehr Flop als Top 24**

Gesundheit & Pflege

Pflege von Menschen mit Demenz **Soziale Identität schaffen 26**

Gut im Gespräch 28

Weitblick

Medizinische Hilfe auf hoher See 30



Wie kann gute Erholung im Urlaub gelingen?

Sommerzeit ist Urlaubszeit. Der eine fliegt in die Ferne, der andere bleibt in heimischen Gefilden. Beeinflusst das Urlaubsziel den Erholungswert? Wie erhole ich mich richtig? Und was kann man tun, um die Erholung in den Alltag zu retten? MDK *forum* hat nachgefragt bei Prof. Dr. Carmen Binnewies, Professorin für Arbeitspsychologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Die vermeintlich schönsten Wochen des Jahres stehen bevor, wecken Vorfreude und Erwartungen. Ist Erholung eigentlich für jeden Menschen wichtig?

Ja, Erholung ist – wie Schlaf, der einen Teil von Erholung ausmacht – für jeden Menschen wichtig. Jeder von uns muss seinen *Denk-Akku* wieder aufladen, wenn dieser zuvor durch die Arbeit oder auch private Verpflichtungen erschöpft wurde.

Wovon möchte und muss man sich überhaupt erholen?

In der Arbeitspsychologie betrachten wir meist die Erholung von Arbeitsstress, das heißt wir schauen uns an, wie sich das Wohlbefinden (z. B. Müdigkeit) über den Arbeitstag hin entwickelt und wie sich das Wohlbefinden von Arbeitstätigen dann am Feierabend und über die Nacht hin vom Arbeitsstress wieder erholt.

Was zeichnet gute Erholung aus? Ist Erholung gleich Entspannung?

Die Forschung hat gezeigt, dass es nicht unbedingt darauf ankommt, welchen Aktivitäten man nachgeht, sondern wie man die Erholungszeit erlebt. Hier haben sich vor allem vier positive Erholungserfahrungen gezeigt: das mentale Abschalten von der Arbeit, das Erleben von Herausforderung (Mastery-Erleben), das Erleben von Selbstbestimmtheit und das Erleben von Entspannung. Entspannung ist somit eine wichtige Komponente von Erholung, aber nicht die einzige.

Eine Untersuchung der gesetzlichen Unfallversicherung hat gezeigt, dass viele Arbeitnehmer ihre berufliche Belastung mit in die Ferien nehmen. Wie lässt sich das verhindern?

Wie bei allen Ansätzen der organisationalen Gesundheitsorganisation gibt es hier zwei Ansätze, die ineinandergreifen müssen: Verhältnisprävention und Verhaltensprävention. Verhältnisprävention meint, dass der Arbeitsplatz möglichst erholförderlich gestaltet sein soll. Wir wissen, dass Erholung nach stressigen Tagen (Tagen mit viel Zeitdruck oder sozialen Konflikten mit Kollegen oder auch Kunden) viel schwieriger ist, so dass Stressoren zum einen wenn möglich reduziert werden sollten bzw. Arbeitstätige nach solchen Phasen ausreichend Zeit für Erholung haben. Zum anderen spielen auch das Verhalten von Vorgesetzten und das Organisationsklima bezüglich der (ständigen) Erreichbarkeit eine große Rolle. Das Schwierige ist aber, dass hier keine allgemeinen Regeln helfen, die jegliche Flexibilität nehmen, sondern dass die Regeln aktiv miteinander ausgetauscht, gestaltet und immer wieder angepasst werden müssen (z. B. hat man je nach Lebensphase ganz unterschiedliche Probleme und Wünsche). Unbestreitbar ist aber, dass ständiges Arbeiten und ständige Erreichbarkeit schädlich sind und wirkliche Erholungsphasen nötig sind. Dafür ist meistens aber zusätzlich auch Verhaltensprävention möglich: d. h. die Förderung des individuellen gesundheitsförderlichen Verhaltens. Oft sind es auch Arbeitstätige selbst, die ständig E-Mails checken und schreiben, und gar nicht Arbeitgebererwartungen. Nicht jedem ist bewusst, dass man selbst aktiv für seine Erholung sorgen und diese auch teilweise organisieren muss. Auch hier geht es darum zu reflektieren, was für jeden erholsam, wichtig und erstrebenswert ist und dann daran zu arbeiten, die Erholung (öfter) im Alltag

einzuplanen und möglich zu machen. Diese aktive Planung ist vor allem aufgrund der gestiegenen Flexibilität viel stärker notwendig als früher: Die Freiheit, zu arbeiten, wann und wo ich will, ist ein großer Gewinn, gleichzeitig muss ich dann auch meine Erholungszeit selbst planen.

Was kann man tun, um mit einem guten Gefühl in den Urlaub starten zu können?

Schädlich ist, wenn der Stress vor dem Urlaub stark ansteigt, weil sowohl bei der Arbeit als auch privat viel (Zusätzliches) erledigt werden muss. Hier hilft eigentlich nur langfristige Planung (Absprachen bei der Arbeit). Man kann überlegen, den Urlaub so zu planen, dass man nicht direkt am ersten Tag eine Reise antritt, die viel Vorbereitung benötigt, reiseintensive Tage und Zeiten versuchen zu umgehen etc. Aber es sind auch nicht alle Dinge immer zu 100 Prozent planbar oder umsetzbar, so dass eine gewisse Gelassenheit mir im Umgang mit diesem Stress hilft. Zum Beispiel könnte ich bei einer Autoreise schon im Vorfeld überlegen, wie ich vielleicht die Zeit im Stau angenehmer gestalten kann mit Musik hören, Spielen für unterwegs etc. Wer sagt denn, dass ich erst im Hotel oder am Strand eine gute Zeit haben kann?

Macht es für den Erholungswert einen Unterschied, ob man verreist oder daheim bleibt?

Für die psychische Gesundheit macht es generell keinen Unterschied. Wir erholen uns genauso gut zu Hause wie auf Reisen. Vermutlich ist das so, weil Reisen auch ihre Kosten haben (Anstrengung, anderes Essen, Bett usw.). Einzig das

Abschalten ist leichter, wenn ich verreist bin. Vermutlich erinnern mich zu Hause mehr Dinge an die Arbeit.

Macht es einen Unterschied, ob man sich für einen Aktivurlaub oder fürs Faulenzen entscheidet?

Am Ende ist entscheidend, ob man mit dem Urlaub selbst zufrieden ist. Und beim einen mag das der Aktivurlaub und beim anderen das Faulenzen sein. Wobei körperliche Bewegung (aber darunter fällt auch schon Spazierengehen) generell gut für unsere Gesundheit und den Stressabbau ist.

Welche Rolle spielt der Zeitfaktor? Verspricht ein längerer Urlaub mehr Erholung?

Diese Frage ist schwer wissenschaftlich exakt zu beantworten, denn eigentlich bräuchte man Daten aus einem Experiment, bei dem die Teilnehmer zufällig der Urlaubslänge zugeteilt werden. Und wie man sich vorstellen kann, gibt es keine solchen Daten, und die wird man vermutlich auch nicht von realen Personen bekommen. Die Daten, die es gibt, zeigen, dass sowohl Kurzurlaube als auch längere Urlaube effektiv sind. Im Hinblick auf die Erholung zeigten sich keine Unterschiede. Somit scheinen auch hier alle Daten darauf hinzuweisen, dass nicht die Länge an sich für die Erholung entscheidend ist, sondern die Frage, wie positiv ich den Urlaub erlebe.

Wie lässt sich die Erholung in den Alltag retten? Was sind die größten Erholungskiller?

In Bezug auf Erholung im Urlaub lässt sich sagen, dass viel Stress nach dem Urlaub (ein hohes Pensum an liegendebliebener und zu erledigender Arbeit) dazu führt, dass der Erholungseffekt schneller wieder aufgebraucht wird. Positiv ist hingegen, wenn man es nach dem Urlaub auch im Alltag schafft, Entspannung zu finden. Dann hält der Urlaubseffekt etwas länger an.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.



Prof. Dr. Carmen Binnewies

Sofortprogramm Pflege

Mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu verbessern, hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Mai ein »Sofortprogramm Pflege« vorgestellt, das 2019 in Kraft treten soll. Die Kosten werden mit rund einer Milliarde Euro jährlich beziffert. Sie sollen vorrangig von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

Das Sofortprogramm sieht unter anderem folgende zentrale Punkte vor: In der Pflege im Krankenhaus soll jede zusätzliche Pflegestelle und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Es soll Anreize geben, mehr Pflegekräfte auszubilden. In der Altenpflege sollen 13 000 zusätzliche Stellen geschaffen werden. Vollstationäre Einrichtungen mit bis zu 40 Bewohnern erhalten jeweils eine halbe Stelle zusätzlich, Einrichtungen mit 41 bis 80 Einwohnern eine volle Stelle, bei 81 bis 120 Bewohnern sind es 1,5 und bei größeren zwei Stellen zusätzlich. Gefördert werden sollen auch Investitionen in die Digitalisierung, um Pflegekräfte von Bürokratie zu entlasten. Mit mehr als 70 Millionen Euro pro Jahr sollen die Krankenkassen verstärkt in die Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen intensivieren. Auch die Vereinbarkeit von Pflege und Familie soll verbessert werden. Infos auch unter www.bundesgesundheitsministerium.de

Zufrieden mit der MDK-Begutachtung

86% der pflegebedürftigen Menschen sind mit der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) zufrieden. So lautet das Ergebnis einer bundesweiten repräsentativen Versichertenbefragung. Hierzu hatte das unabhängige Institut M+M Management und Marketing Consulting GmbH im Auftrag der Medizinischen Dienste 18 400 Fragebögen aus dem Jahr 2017 ausgewertet. Grundlage der Erhebung ist das 2012 verabschiedete Pflege-Neuausrichtungsgesetz, das die Medizinischen Dienste zu einer regelmäßigen Befragung der Versicherten verpflichtet. Infos und Details auch unter www.mds-ev.de

mdk.de im neuen Erscheinungsbild

Übersichtlich, ansprechend und aktuell auf allen Displays – die gemeinsame Homepage der Medizinischen Dienste www.mdk.de präsentiert sich ab sofort in neuem Outfit. Für Versicherte bündelt das Online-Portal die wichtigsten Themen rund um die MDK-Begutachtung und führt direkt zu weiteren Serviceangeboten auf die Internetseiten der regionalen MDK. So gelangt man schnell und zielgerichtet zu den gesuchten Informationen und kann aus einer Fülle von Zusatzmaterialien (Links, Downloads, Kontakte) auswählen.

Für die Kranken- und Pflegekassen sowie die Leistungserbringer stehen serviceorientierte Angebote bereit. Stelleninteressierte können sich über den MDK als Arbeitgeber informieren und erreichen über eine interaktive Landkarte die Stellenangebote der MDK in den Regionen. Ergänzt wird das Angebot um aktuelle Meldungen aus der MDK-Gemeinschaft. Stöbern lohnt sich unter www.mdk.de

Stoßwellentherapie bei Fersenschmerz wird Kassenleistung

Die extrakorporale Stoßwellentherapie gegen Fersenschmerz soll künftig von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV ist das Ergebnis einer Neubewertung, die der GKV-Spitzenverband aufgrund einer Bewertung des IGeL-Monitors beantragt hatte. Nach einer negativen Nutzenbewertung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Vorgänger des G-BA) aus 1998 hatte der MDK die Stoßwelle bei Fersenschmerz im Rahmen seines IGeL-Monitors bereits 2014 als tendenziell positiv eingestuft.

Erstattet werden soll künftig die Stoßwellenbehandlung bei Patienten, die seit mindestens sechs Monaten unter dem Fersenschmerz leiden und mit anderen Therapiemaßnahmen, Dehnübungen oder Schuheinlagen keine Besserung erreichen konnten. Wird der G-BA-Beschluss vom Bundesgesundheitsministerium abgenommen, tritt er nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

EbM in der Rehabilitation

Über evidenzbasierte Entscheidungen in der Rehabilitation am Beispiel der Reha von Pflegebedürftigen diskutierten das Kompetenz-Centrum Geriatrie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes (KCG) sowie der MDS bei einem Symposium anlässlich der diesjährigen Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEBM). Die Tagung, die in Graz stattfand, widmete sich Themenfeldern, bei denen die Evidenzlage für eine sichere individuelle Entscheidung eher dünn und unsicher ist, aber dennoch täglich praktische therapeutische Entscheidungen getroffen werden müssen. Sozialmedizinischer Hintergrund des Symposiums waren qualifizierte Empfehlungen für oder gegen eine Rehabilitation, wie sie die Medizinischen Dienste im Rahmen jeder Pflegebegutachtung treffen müssen.

Ob und wie weit ebM angesichts individualisierter Teilhabeziele, komplexer Interventionen und zahlreicher effektmodifizierender Kontextfaktoren, die diesen Versorgungssektor kennzeichnen, solche Empfehlungen absichern kann, diskutierten Prof. Dr. Johann Behrens (Therapie- und Pflegewissenschaften, Universität Halle-Wittenberg), Prof. Dr. Ansgar Gerhardus (Versorgungsforschung, Universität Bremen), Prof. Dr. Jürgen Windeler (Leiter des IQWiG), Dr. Norbert Lübke (Leiter des KCG) und Dr. Stefan Gronemeyer (Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS). Informationen, Hintergründe und Details unter www.kcgeriatrie.de

Datenschutzgrundverordnung

Im Zuge der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) weisen wir darauf hin, dass die Adressdaten für den Versand des MDK forum gespeichert und an das Memminger MedienCentrum weitergeleitet werden, das den technischen Versand vornimmt. Die Daten werden nicht zu anderen Zwecken genutzt. Sollten Sie künftig keine Zustellung des MDK forum mehr wünschen, können Sie das Magazin jederzeit unter presse@mds-ev.de abbestellen. Dann werden wir unverzüglich Ihre Daten löschen.

Zahl der Ärzte in Deutschland

2017 waren insgesamt 385 149 berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gemeldet. Wie die Bundesärztekammer mitteilt, waren dies 6542 mehr Ärzte als im Vorjahr (+ 1,7%). Dabei stieg die Zahl der Klinikärzte um 2,1% auf 198.500, während die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte um 1,1% auf 118 356 zurückgegangen sei. Nach der Ärztestatistik ist der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzteschaft im vergangenen Jahr weiter angestiegen und betrage jetzt 46,8% (2016: 46,5%). Den Zahlen der Bundesärztekammer zufolge haben 1965 Ärztinnen und Ärzte im vergangenen Jahr Deutschland verlassen, während die Zahl der in Deutschland gemeldeten Ärztinnen und Ärzte aus EU-Ländern und aus sogenannten Drittländern 2017 um 4088 auf 50 809 gestiegen sei. Infos auch unter www.bundesaerztekammer.de

Mit Rückenschmerzen ins Krankenhaus

Die Zahl der stationären Behandlungen von Rückenschmerzen ist seit 2007 um 80% gestiegen und erreichte 2016 ihren Höchststand, berichtet die DAK Gesundheit in ihrem aktuellen Gesundheitsreport 2018 *Rätsel Rücken*. Fast die Hälfte der Betroffenen ließ sich als Notfall aufnehmen. Laut DAK-Gesundheitsreport sind Rückenschmerzen die zweithäufigste Einzeldiagnose für Krankschreibungen. Hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung gab es dadurch rund 35 Millionen Ausfalltage im Job. Nach der Umfrage hatten 75% aller Berufstätigen im vergangenen Jahr mindestens einmal Rückenschmerzen. Jeder Vierte habe aktuell Beschwerden. Die Krankenkasse wertete Daten von 2,5 Millionen erwerbstätigen Versicherten aus, befragte 5200 Frauen und Männer und verglich die Ergebnisse mit den Vorjahren. Infos auch unter www.dak.de

Cannabis-Report der TK

Medizinisches Cannabis ist nur selten eine Alternative zu den bewährten Therapien, kann Patienten aber im Einzelfall helfen. Zu diesem Ergebnis kommt die Techniker Krankenkasse (TK) in ihrem aktuellen Cannabis-Report, der in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen erstellt wurde. Demnach hat die TK 2017 – dem ersten Jahr, seitdem Ärzte Cannabis zu therapeutischen Zwecken verordnen dürfen – rund 2900 Anträge erhalten. 62% seien positiv entschieden worden. Oftmals seien alternative Therapieoptionen besser für den jeweiligen Patienten geeignet gewesen. Laut Report hat die TK mit ihren gut zehn Millionen Versicherten im vergangenen Jahr 2,3 Millionen Euro für Cannabisblüten und Dronabinolrezepturen und weitere 600 000 Euro für cannabishaltige Fertigarzneimittel ausgegeben. Verglichen mit anderen Arzneimitteln, die neu auf den deutschen Markt kommen, sei das keineswegs auffällig hoch. Infos unter www.tk.de/cannabis

Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen fraglich

Mehr als eine Milliarde Euro geben die gesetzlichen Krankenkassen jährlich für kieferorthopädische Behandlungen aus. Doch der medizinische Nutzen sei nur unzureichend erforscht, kritisiert der Bundesrechnungshof (BRH). Es fehle an wissenschaftlichen Erkenntnissen über Wirkung und Nutzen sowie an bundesweiten Daten, etwa über Art, Dauer und Erfolg der Behandlung oder der zugrundeliegenden Diagnosen. Das geht aus aktuellen Prüfergebnissen des Bundesrechnungshofs als Ergänzung zum Jahresbericht 2017 hervor. Der BRH bemängelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Missstand seit Jahren nicht nachgegangen sei. Das BMG bleibe weiter aufgefordert, eine Versorgungsforschung im Bereich Kieferorthopädie zu veranlassen, und könnte hierzu das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) einbinden.

NAKO Gesundheitsstudie

Mit dem Ziel, die Ursachen für die Entstehung der sogenannten Volkskrankheiten zu erforschen, beschäftigt sich die NAKO Gesundheitsstudie (ehemals Nationale Kohorte – NAKO). Sie wird nun für weitere fünf Jahre bis 2023 mit bis zu 256 Millionen Euro gefördert. Die Studie, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Helmholtz-Gemeinschaft und den beteiligten Ländern finanziert wird, gilt als Deutschlands größte Kohortenstudie, bei der 200 000 Menschen zwischen 20 und 69 Jahren nach ihren Lebensumständen befragt und in 18 Studienzentren medizinisch untersucht werden. Auf Basis der Studienergebnisse sollen Maßnahmen und Strategien zu einer verbesserten Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten entwickelt werden. Infos auch unter www.nako.de

Zwei neue IGeL-Bewertungen

Neben dem IGeL-Report 2018 (siehe S. 24) hat der IGeL-Monitor zwei neue Bewertungen vorgestellt.

Die Magnetresonanztomographie zur Früherkennung von Brustkrebs wird mit »tendenziell negativ« bewertet. Dies gilt für Frauen ohne stark erhöhtes Brustkrebsrisiko ergänzend oder alternativ zum Mammographie-Screeningprogramm. Die Wissenschaftler des IGeL-Monitors konnten keine passenden Studien, also auch keine Hinweise auf einen Nutzen finden. Sie sahen aber Hinweise für Schäden, vor allem durch die Nebenwirkungen der Kontrastmittel.

Die Osteopathie bei Kreuzschmerzen bekam die Bewertung »unklar«. Bei zehn prinzipiell geeigneten Studien war eine methodisch besser und größer als die anderen. In dieser Studie reduzierte sich der Schmerz mit Osteopathie etwas stärker als mit Schein-Osteopathie. Beweglichkeit, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit änderten sich dagegen kaum. Alle anderen Studienergebnisse sind nicht verwertbar oder zeigten keine Vorteile der Osteopathie. Insgesamt wurden deshalb keine überzeugenden Hinweise auf einen Nutzen gesehen. Schäden zeigten weder die Studien noch wären Schäden plausibel.

Infos auch unter www.igel-monitor.de

Für Patienten und
Qualität



Wo stehen wir heute?

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine wirksame, sichere und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Diese soll Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen, räumlich wie zeitlich verfügbar sein und die Ressourcen gerecht verteilen. Gelingt das auch, oder bleibt die Qualität hinter den Ansprüchen zurück?

358 MAL: So häufig kommt der Begriff »Qualität« allein oder in verschiedenen Wortzusammensetzungen im Sozialgesetzbuch v vor, das die gesetzliche Krankenversicherung regelt. Qualität steht also im Zentrum der Gesundheitsversorgung. Konkret bemisst sie sich nach dem Modell der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Wirksamkeit und Sicherheit der Versorgungspraxis, der Patientenorientierung und der Verfügbarkeit.

Wer regelt was?

Das SGB v verlangt von allen Leistungserbringern die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung ihrer erbrachten Leistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) re-

gelt sowohl das interne Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis als auch die externe Qualitätssicherung für das gesamte Gesundheitswesen. Zudem entwickelt er Verfahren, mit denen man Qualität messen, darstellen und vergleichen kann. Bei seinen Aufgaben zur Qualitätssicherung wird der G-BA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt.

G-BA gibt Maßstäbe vor

Bei der sozialen Pflegeversicherung verpflichtet das SGB XI die zugelassenen Pflegeeinrichtungen, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement durchzuführen, Expertenstandards anzuwenden und bei Qualitätsprüfungen mitzuwirken.

Aufgaben des MDK

Der MDK und der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung prüfen jährlich die Qualität aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und beraten diese in Fra-



gen zur Qualitätssicherung. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden in Form von Pflegenoten veröffentlicht. Diese sind zunehmend in die Kritik geraten und sollen reformiert werden (Details hierzu auch auf Seite 17).

Der MDK erfüllt aber auch Aufgaben für die Qualitätssicherung in der Krankenversicherung: Für eine wirksame Versorgung bewertet er für den G-BA und die gesetzliche Krankenversicherung auf der Basis wissenschaftlicher Studien den Nutzen medizinischer Verfahren. Damit der einzelne Patient und sein Bedarf nicht aus dem Blick geraten, erstellt der MDK Gutachten im Einzelfall, etwa für die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln wie Beinprothesen. Schließlich steht auch die Patientensicherheit im Mittelpunkt: So begutachtet der MDK Behandlungsfehler und analysiert die Nutzen-Schaden-Bilanz von IGeL-Leistungen, die Patienten in Arztpraxen angeboten bekommen, aber aus eigener Tasche zahlen müssen.

Wie kann man Qualität messen und vergleichen?

Als Instrument zur Messung von Qualität in der Krankenversicherung haben sich die sogenannten Qualitätsindikatoren etabliert. Mit diesen Maßzahlen lässt sich beispielsweise auswerten, ob eine Klinik empfohlene Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt umsetzt und ob das gewünschte Ergebnis bei den Patientinnen und Patienten erreicht wird. Bisher beruhen solche Auswertungen auf den Berichten der Einrichtungen, zukünftig sollen auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen mit einfließen.

Anhand solcher Auswertungen lassen sich Einrichtungen auch vergleichen. Ein Beispiel: Das IQTiG erfasst die Sterblichkeit von Früh- und Neugeborenen während und nach der Geburt und weitere Größen. Diese Informationen werden für die jährlichen Qualitätsreports genutzt und zudem für Versicherte aufbereitet. So können sich werdende Eltern unter <http://www.perinatalzentren.org> zum Beispiel über den Erfahrungsumfang und die Sterblichkeit von Frühgeborenen in mehr als 200 Perinatal-Zentren informieren.

Differenzierte Auswertung und ausführliche Dokumentation

Die richtige Interpretation von Qualitätsindikatoren ist wichtig, und sie ist alles andere als trivial. »Man muss sehr aufpassen, dass man nicht Äpfel mit Birnen vergleicht«, erklärt Max Geraedts, Professor für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität Marburg und Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des IQTiG. So könne man etwa die Sterblichkeit nach einer Gallenblasenoperation zwischen zwei Krankenhäusern nur dann fair gegeneinander abwägen, wenn die ermittelten Zahlen auch die Eigenschaften der Patienten berücksichtigen. »In ein hochspezialisiertes Universitätsklinikum kommen in der Regel kränkere Patienten, die sowieso ein erhöhtes Sterberisiko haben, während in einem Kreiskrankenhaus die behandelten Menschen meist sonst eher gesund sind«, verdeutlicht Geraedts.

Qualitätssicherung beinhaltet immer auch umfassende Dokumentationen. Viele Beteiligte fühlen sich dadurch überlastet. Nützt die Bürokratie überhaupt etwas? »Wir haben

in einer Studie festgestellt, dass sich mit der verpflichtenden Veröffentlichung von Qualitätsberichten in einzelnen Krankenhäusern die Qualität verbessert hat«, konstatiert Geraedts. Allerdings sei bisher noch nicht evaluiert worden, in welchem Verhältnis die Gesamtkosten der externen Qualitätssicherung zum tatsächlichen Nutzen stehe. Wichtig sei es in jedem Fall, ein Bewusstsein für Qualität zu schaffen. Allerdings gilt auch: »Es reicht nicht, Qualität nur zu messen, sondern man muss auch mit den Ergebnissen arbeiten«, so Geraedts. Dazu gehöre es etwa, Abläufe in einer Klinik so zu verändern, dass sie zu einem besseren Ergebnis für die Patienten führen.

Qualität verbessern - Defizite verringern

Außerdem engagiert sich der G-BA für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Er kann definieren, welche Facharzt-Qualifikation oder apparative Ausstattung in einer Praxis für bestimmte Untersuchungen oder Therapien vorhanden sein müssen. Die sogenannten Mindestmengenregelungen legen fest, wie oft planbare komplizierte Behandlungen in einer Einrichtung durchgeführt werden müssen, um von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert zu werden. Damit soll gewährleistet werden, dass Patientinnen und Patienten auf Fachleute mit ausreichend Erfahrung treffen. »Untersuchungen belegen, dass mit mehr Erfahrung auch die Qualität der Behandlung steigt«, sagt Geraedts. Das müsse man dann mit möglichen negativen Effekten abwägen, etwa weiteren Anreisewegen für Patienten oder Angehörige.

Unterversorgung, Überversorgung, lange Wege und Wartezeiten, Behandlungsfehler, Pflegemängel, Fehlanreize – beim Thema Qualität gibt es trotz vieler positiver Tendenzen spürbare Defizite. Darauf deuten nicht zuletzt Erhebungen hin, die bei verschiedenen Operationen (zum Beispiel Wirbelsäulenchirurgie, Ersatz von Kniegelenken) oder Behandlungen (zum Beispiel Herzkatheteruntersuchungen) starke regionale Unterschiede nachweisen. Hier liegt der Verdacht nahe, dass neben der medizinischen Notwendigkeit auch wirtschaftliche Anreize bestehen, die die Indikationsstellung befördern.

Umgekehrt müssen Patientinnen und Patienten in einigen Regionen deutlich zu lange auf eine Behandlung warten, besonders bei der Psychotherapie, wie eine aktuelle Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zeigt. Gute Versorgungsqualität ist also auch auf eine sachgerechte Bedarfsplanung angewiesen. Allerdings kann diese daran scheitern, dass an den jeweiligen Orten nicht genügend Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Schwangere merken das etwa bei der Suche nach einer Hebamme für die Betreuung nach der Geburt. Und in ländlichen Gebieten finden Hausärzte oft nur unter Mühen einen Nachfolger, der ihre Praxis übernimmt.

Es bleibt also weiter viel zu tun auf dem Weg zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung.

Sachgerechte Bedarfsplanung



Dr. Iris Hinneburg ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Wissenschaft / Medizin in Halle an der Saale.
medizinjournalistin@gmx.net

Wie kann evidenzbasierte Medizin die Versorgungsqualität verbessern?

Jeder Mensch hat eine Vorstellung von guter medizinischer Versorgung und von Kriterien für eine hohe Versorgungsqualität. Dennoch unterscheiden sich diese abhängig von der jeweiligen Perspektive und dem jeweiligen Kontext.

WAS GUTE MEDIZINISCHE Versorgung bedeutet, ist für Patienten vermutlich etwas anderes als für Angehörige, Leistungserbringer, Kostenträger, politische Entscheidungsträger oder gar für eine ganze Gesellschaft. Auch die Art einer Erkrankung sowie persönliche Charakteristika oder sozio-kulturelle Faktoren tragen dazu bei, die Kriterien unterschiedlich zu gewichten.

Erstmals differenziert Avedis Donabedian 1966 die Bestimmung der Versorgungsqualität in die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, unter denen die Gesundheitsversorgung erbracht wird. Die Prozessqualität bezieht sich auf Ablauf und Durchführung der Leistungserbringung. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Auswirkungen der Versorgungsleistung auf den Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Bevölkerungsgruppe. Auch heute basieren viele Maßnahmen zur Qualitätserfassung und -steuerung auf dieser grundsätzlichen Einteilung.

Gute Versorgung bedeutet für jeden etwas anderes

Kerndimensionen von Qualität

Neuere Qualitätsmodelle sind stärker an Qualitätszielen ausgerichtet. Das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM) definiert Versorgungsqualität als »das Ausmaß, in dem die Gesundheitsversorgung, die für Individuen und Populationen bereitgestellt wird, die gewünschten gesundheitsbezogenen Endpunkte erreicht und konsistent mit dem aktuellen Fachwissen ist«. In dem 2001 vom IOM herausgegebenen Bericht »Crossing the Quality Chasm« werden sechs Kerndimensionen von Qualität unterschieden:

Sicher Schäden an Patienten durch die Behandlung sollen verhindert werden.

Wirksam Patienten sollen auf Basis der bestehenden wissenschaftlichen Evidenz behandelt werden.

Patientenzentriert Patientenpräferenzen, Bedarfe und Werte sollen in allen klinischen Entscheidungen berücksichtigt werden.

Zeitnah Wartezeiten und gesundheitsschädliche Verzögerungen sollen vermieden werden.

Wirtschaftlich Die Vergeudung von Ressourcen soll vermieden werden.

Gerecht Die Versorgungsqualität soll nicht aufgrund der persönlichen Eigenschaften der Patienten oder der geografischen Lage variieren.

Versorgungsqualität ist ein komplexes System mit sich gegenseitig beeinflussenden und von außen beeinflussten Ansatzpunkten. Gesundheit wird nicht nur von der Versorgung bestimmt, sondern auch von Lebensgewohnheiten, Umwelteinflüssen, sozialem Umfeld und der persönlichen Konstitution. Das Ergebnis medizinischer Versorgung ist oft nicht allein auf diese zurückzuführen und die Qualität der Versorgung nicht allein ausschlaggebend für das Erreichen eines gesundheitsbezogenen Endpunktes.

Versorgungsqualität verbessern - Qualitätsmängel erkennen

Die Versorgung zu optimieren, ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot sicherzustellen und die Versorgungsqualität zu verbessern, sollte das Ziel jedes patientenorientierten Gesundheitssystems sein. Selbst in hochentwickelten und gut finanzierten Gesundheitssystemen werden jedoch Qualitätsmängel deutlich. Häufig ist zum Beispiel Evidenz vorhanden. Das Wissen wird aber nicht konsequent für die Entscheidungsfindung genutzt und nicht optimal in der Praxis umgesetzt. Weitere Hinweise auf Qualitätsmängel sind beispielsweise eine auffällige Versorgungsvariabilität, häufige Komplikationen bei operativen Eingriffen, Krankenhausinfektionen, Stürze in Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung, Behandlungsfehler, unnötige oder Mehrfach-Diagnostik, häufige Notfallaufnahmen nach einem Krankenhausaufent-

halt, häufige Notfallversorgung von grundsätzlich ambulant (haus- oder fachärztlich) erbringbaren Leistungen, rückläufige Teilnahmeraten an Präventions- oder Screeningprogrammen oder Unzufriedenheit von Patienten mit der Kommunikation mit Leistungserbringern.

Entsprechend der breiten Palette möglicher Qualitätsdefizite gibt es neben der Qualitätserfassung und den Qualitätsberichten zahlreiche Aktivitäten zur Förderung der Versorgungsqualität auf individueller, institutioneller oder systembezogener Ebene. Sie reichen von Methoden zur Wissensimplementierung wie Fortbildungen und Leitlinien und Methoden zur Stärkung der Patientensouveränität über die Einführung von Triage-Systemen in Notfallambulanzen oder Fehlerberichts- und Lernsysteme bis hin zur Festlegung von Personaluntergrenzen, Einführung von Terminservicestellen, Mindestmengen, Zweitmeinungsverfahren oder qualitätsbezogenen Vergütungsmodellen.

Welche Rolle spielt die evidenzbasierte Medizin?

Die Evidenzbasierte Medizin (EbM) im engeren Sinne bezieht sich auf einzelne klinische Entscheidungen. Sie ist definiert als der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Gesundheitsversorgung umfasst aber neben der individuellen Versorgung auch die bevölkerungsbezogene Betrachtung der Gesundheit. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität müssen daher häufig viel größere Räder bewegt werden. Es sind über die einzelne klinische Entscheidung hinausgehende organisations- und systembezogene Fragestellungen relevant. Daher ist es sinnvoller hier den breiteren Begriff der »Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung« (engl. *Evidence-based Health Care*, EBHC) zu verwenden, der auch nichtärztliche Gesundheitsberufe und weitere Bereiche der Gesundheitsversorgung umfasst.

Betrachtet man die sechs Kerndimensionen von Qualität, ist der Stellenwert der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung besonders offensichtlich bei den Dimensionen Wirksamkeit und Sicherheit und in der Folge auch der Wirtschaftlichkeit. Grundlage dieser Versorgungsaspekte ist die Bewertung des Nutzens einzelner gesundheitsbezogener Interventionen sowohl auf individueller als auch auf bevölkerungsbezogener Ebene. Darüber hinaus kann eine patientenzentrierte Versorgung zum Beispiel durch evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen unterstützt werden.

Wissen aus klinischen Studien nutzen

Auch für die Entwicklung von Strategien zur Qualitätsmessung und -verbesserung ist eine Evidenzbasierung unverzichtbar. Das Wissen aus klinischen Studien und ggf. seine Umsetzung in methodisch hochwertigen Leitlinien sollte zum Beispiel Grundlage der Entwicklung von Qualitätsindikatoren sein oder in Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) einfließen. Auch zur Implementierung neuer Versorgungsmöglichkeiten und für die Festlegung von Steuerungs-

instrumenten, etwa die Festlegung von Mindestmengen oder die Einführung qualitätsbezogener Vergütungsmodelle sollte eine Bewertung der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz erfolgen. Auch wenn der Nutzen einer Maßnahme zur Verbesserung der Qualität plausibel und offensichtlich erscheint, kann dieser nicht immer ungeprüft angenommen werden, sondern muss in Bezug auf ihren Nutzen evaluiert werden. Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, dass Gesundheitsversorgung und die damit verbundene Qualität stark vom jeweiligen Kontext abhängt und Forschungsergebnisse schwieriger zu übertragen sind als in anderen medizinischen Bereichen. Daher müssen für den relevanten Kontext oft weitere Daten erhoben werden, da qualitätsbeeinflussende Maßnahmen möglicherweise andere Effekte haben als in anderen Bevölkerungsgruppen oder anderen Gesundheitssystemen.

Fazit

Evidenzbasierung ist zentraler Aspekt einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Eine hohe Versorgungsqualität kann nicht nur auf die Anwendung von EbM reduziert werden. Gesundheitsversorgung und Versorgungsqualität sind durch hochgradige Komplexität gekennzeichnet, so dass allein durch die Anwendung evidenzbasierter Einzelinterventionen das Ziel einer bedarfsgerechten, patientenzentrierten Versorgung nicht erreicht werden kann. Es steht jedoch außer Frage, dass auch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung wissenschaftlich untersucht und begründet werden müssen.

EbM muss der Anspruch sein



Dr. Michaela Eikermann ist Leiterin Fachbereich Evidenzbasierte Medizin beim MDS.
m.eikermann@mds-ev.de

Arzneimittelbewertung in Deutschland und Europa – aktuelle Entwicklungen

Geht es um die Zulassung neuer Arzneimittel, ist eine zentrale Beurteilung auf europäischer Ebene keine Besonderheit mehr: Ob ein Medikament wirkt und die Nebenwirkungen vertretbar sind, lässt sich im Grundsatz global beantworten, nicht jedoch die Frage nach Zusatznutzen und Erstattung. Aufgrund der verschiedenen Gesundheitssysteme innerhalb Europas sind die weiteren Schritte teils sehr unterschiedlich gestaltet. Die EU-Kommission will die Nutzenbewertung künftig auf europäischer Ebene vereinheitlichen – ein strittiger Vorschlag.

Bewertung neuer Arzneimittel in Deutschland

Seit Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) 2011 wird in Deutschland der Zusatznutzen aller neuen Wirkstoffe im Vergleich zur Standardtherapie (der zweckmäßigen Vergleichstherapie) bewertet. Darauf basierend wird der Erstattungsbetrag des neuen Medikaments festgelegt. Grundlage für diese frühe Nutzenbewertung ist ein Dossier des Herstellers, das die Ergebnisse aller relevanten Studien zu dem neuen Wirkstoff zusammenfasst. Der Hersteller ist per Gesetz verpflichtet, dieses Dossier bei Markteinführung dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorzulegen. Der G-BA beauftragt in der Regel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung der Daten.

Bedeutung des AMNOG für die Versorgungsqualität

Das Verfahren der frühen Nutzenbewertung in Deutschland ist transparent, unabhängig und hat zu einem wesentlichen Informationsgewinn über neu zugelassene Medikamente geführt. Insbesondere die gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage und Veröffentlichung der Ergebnisse aller relevanten Studien hat hierzu beigetragen. Diese Informationen gehen weit über das hinaus, was üblicherweise in Studienpublikationen enthalten ist. Damit können durch das AMNOG auch Therapieentscheidungen besser informiert getroffen werden. In den inzwischen mehr als 200 Bewertungen wurde in gut der Hälfte der Fälle dem neu zugelassenen Medikament kein Zusatznutzen attestiert. Auch dies unterstreicht die Bedeutung des Verfahrens – es dient als wichtige Informationsquelle für Patienten und Ärzte, ob neu zugelassene

Medikamente wirklich eine therapeutische Verbesserung darstellen.

Nutzenbewertung international

In Deutschland ist jedes neu zugelassene Arzneimittel direkt erstattungsfähig. Auch ein fehlender Zusatznutzen ist nicht mit einem Ausschluss von der Erstattung gleichzusetzen, es bedeutet nur, dass der von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattete Preis nicht höher sein sollte als der Preis der Vergleichstherapie. Den Patienten werden somit keine Therapiealternativen vorenthalten. Andere europäische Länder hingegen führen Bewertungen durch, die über den Marktzugang von neuen Arzneimitteln entscheiden (die sogenannte »vierte Hürde«), häufig verbunden mit Kosten-Nutzen-Bewertungen. Trotz dieses grundsätzlichen Unterschieds gibt es seit vielen Jahren Bestrebungen nach einem europäischen Health-Technology-Assessment (HTA). Derzeit läuft EUNETHTA Joint Action 3, ein Projekt unter freiwilliger Beteiligung der europäischen HTA-Agenturen mit der Aufgabe, eine nachhaltige Struktur der europäischen Zusammenarbeit zu schaffen.

Vorschlag der EU-Kommission

Die Bestrebungen nach Harmonisierung der Nutzenbewertung auf europäischer Ebene gehen aktuell über diese freiwillige Zusammenarbeit hinaus. Am 31. Januar 2018 hat die EU-Kommission hierzu einen Verordnungsentwurf vorgelegt. Die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel soll künftig verbindlich auf europäischer Ebene stattfinden. Als zentraler Grund für diesen Vorschlag wird ein schnellerer Marktzugang



gang für innovative Produkte genannt. Die Bewertung soll von den Mitgliedsstaaten verpflichtend als Grundlage für die Erstattungs- und Preisverhandlungen übernommen werden. Nationale Nutzenbewertungen sind nicht vorgesehen.

Gefahr für Unabhängigkeit, Transparenz, Qualität

Zusammenarbeit auf europäischer Ebene ist richtig und wichtig. Als deutsche HTA-Agentur beteiligt sich das IQWiG seit vielen Jahren an der freiwilligen Zusammenarbeit in europäischen Projekten. Der aktuelle EU-Kommissionsvorschlag enthält jedoch eine Reihe von Aspekten, die eine unabhängige, transparente und wissenschaftlich hochwertige Nutzenbewertung auf Basis vollständiger Daten gefährden:

Sowohl die EU-Kommission als auch der Hersteller sollen auf die Bewertung Einfluss nehmen können, und zwar bevor sie veröffentlicht wird. Wie sehr eine solche Einflussnahme des Herstellers die Unabhängigkeit der Nutzenbewertung gefährden kann, zeigt sich am Beispiel einer aktuellen Nutzenbewertung aus dem Projekt EUnetHTA. Hier kann der Hersteller den Bericht noch vor Veröffentlichung kommentieren. Im aktuellen EUnetHTA-Bericht zu Alectinib (Indikation nicht kleinzelliges Lungenkarzinom) wurden erst nach Kommentierung des Herstellers aus nicht statistisch signifikanten Ergebnissen positive Schlussfolgerungen zu Alectinib gezogen. Mit einer unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung ist dies nicht vereinbar.

Auch die Transparenz der Bewertung ist im Vorschlag der EU-Kommission nicht sichergestellt: Lediglich die Veröffentlichung des finalen Berichts, nicht aber der von den Herstellern vorgelegten Daten ist vorgesehen. Zudem sollen »kommerziell sensitive« Informationen aus dem finalen Bericht entfernt werden. Ein Blick auf das Vorgehen des NICE, der englischen HTA-Agentur, zeigt die Konsequenzen: Eine Schwärzung von »kommerziell vertraulichen« Daten im Bewertungsbericht ist hier auf Wunsch des Herstellers vor der Veröffentlichung möglich. Und diese Möglichkeit wird von Herstellern auch gezielt genutzt. So wurden wesentliche Ergebnisse zu Nebenwirkungen zum Wirkstoff Baricitinib im

NICE-Bericht geschwärzt, während die Daten in der Nutzenbewertung des IQWiG vollständig enthalten sind.

Der Kommissionsvorschlag enthält weder eine Verpflichtung der Hersteller, alle Daten vorzulegen, noch sieht er Sanktionen vor, wenn Hersteller Daten zurückhalten. In Deutschland ist dies per Gesetz geregelt: Folgt der Hersteller dem nicht, gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt. Der EU-Kommissionsvorschlag stellt somit nicht sicher, dass die Bewertung von Arzneimitteln auf einer vollständigen Datenbasis vorgenommen werden kann.

Vollkommen offen lässt der Kommissionsvorschlag, auf Basis welcher wissenschaftlicher Standards die Nutzenbewertung erfolgen soll. Angesichts bisheriger Erfahrungen und der in den Mitgliedsstaaten sehr unterschiedlichen HTA-Kapazitäten ist absehbar, dass es bei der Bewertungsmethodik zu Kompromissen kommt, die am Ende die Qualität der Bewertung und damit der Patientenversorgung aufs Spiel setzen. Ein Vergleich des EUnetHTA-Berichts zu Alectinib mit dem deutschen Bewertungsbericht zeigt, dass nur ein Teil der in der relevanten Studie erhobenen Daten zur Symptomatik und Lebensqualität berücksichtigt wurden. Relevante Ergebnisse, teils zum Vorteil, teils zum Nachteil von Alectinib, fehlen.

Fazit

Die Förderung der europäischen Zusammenarbeit im Bereich HTA ist richtig und wichtig. Sie kann die Effizienz der nationalen HTA-Arbeit fördern und auch Mitgliedsstaaten mit noch gering ausgeprägter HTA-Struktur können so profitieren. Mit dem aktuellen Kommissionsvorschlag, der einen schnelleren Marktzugang neuer Arzneimittel als wichtiges Ziel benennt, ist eine unabhängige Bewertung auf Basis hoher wissenschaftlicher Standards jedoch nicht gewährleistet. Dies gefährdet die Qualität der Versorgung, nicht nur in Deutschland. Europäische Zusammenarbeit ja – aber nicht so.



Dr. Daniela Preukschat ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ressort Arzneimittelbewertung beim IQWiG. daniela.preukschat@iqwig.de



Dr. Simone Johner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin mit Supervisionsaufgaben im Ressort Arzneimittelbewertung beim IQWiG. simone.johner@iqwig.de

Neue Prüfaufgaben für den MDK

Mit dem Ende 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber eine »Qualitätsoffensive Krankenhaus« eingeleitet. Diese soll einerseits die Krankenhausfinanzierung verbessern, gleichzeitig werden neue Qualitätsanforderungen an die Kliniken gestellt. Die Neuregelungen zielen u. a. auf Vorgaben zum vorzuhaltenden Personal und auf eine stärkere Nutzung von Ergebnissen der externen Qualitätssicherung für steuernde Eingriffe.

MIT DEM KHSG wurde die externe Qualitätssicherung im SGB V neu geordnet (§§ 135–37) und es wurden Instrumente zur »Qualitätsorientierten Versorgungssteuerung« eingeführt. Dazu zählen beispielsweise die Nutzung von Qualitätsindikatoren für krankenhauplanerische Entscheidungen oder eine qualitätsorientierte Vergütung sowie sogenannte Qualitätsverträge. Hierfür sollen sowohl bereits jetzt eingesetzte Qualitätsindikatoren als auch neue oder weiterzuentwickelnde Indikatoren Verwendung finden. Darüber hinaus wurden neue Regelungen zur Kontrolle und Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingeführt (§ 137 Abs. 1, 3 SGB V). Diese umfassen auch neue Prüfaufgaben für die Medizinischen Dienste (§ 275a SGB V):

- Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c
- Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung
- Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit landesrechtlich vorgesehen

Eckpunkte sind definiert

Der G-BA hatte die Ausgestaltung der neuen Prüfaufgaben in einer Richtlinie (»MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL«) zu konkretisieren. Die Erstfassung dieser Richtlinie wurde im Dezember 2017 beschlossen. Sie ist so konzipiert, dass sie in einem allgemeinen Teil (Teil A) Rahmenbestimmungen und Eckpunkte der Prüfungen regelt (z. B. mögliche Auftraggeber und Anhaltspunkte für die Durchführung) und in einem speziellen Teil (Teil B) dann spezifisch für jeden Prüfgegenstand die Einzelheiten der Prüfungen vorgibt. Der Beschluss des G-BA umfasst zunächst

nur Teil A dieser Richtlinie. Generell gilt für diese Prüfungen durch die Medizinischen Dienste:

- Der MDK legt keine Qualitätsanforderungen fest – er prüft die Einhaltung von Qualitätsvorgaben des G-BA.
- Die Prüfungen erfolgen in der Regel bei Vorliegen von Anhaltspunkten für die Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen. Für die Prüfung der Dokumentationsqualität ist ausdrücklich auch eine Prüfung von (unauffälligen) Krankenhäusern, die per Zufallsstichprobe ermittelt werden, vorgesehen.
- Auch wenn die §§ 135b und 136 bis 136c SGB V theoretisch viel Raum für potenzielle Prüfaufgaben lassen, wird konkret nur das geprüft, was in der Richtlinie nach § 137 (3) festgelegt ist.

Der Beschluss zu Teil A enthält auch eine Regelung, dass Vorgaben zu MDK-Prüfungen zur Dokumentationsqualität außer in Teil B auch in den Richtlinien für die externe stationäre Qualitätssicherung (QSKH-RL) und für planungsrelevante Indikatoren (Plan-QI-RL) festgelegt werden können. Solche Vorgaben wurden in diesen Richtlinien bereits 2016 und 2017 beschlossen.

Wie werden die Kontrollen aussehen?

Derzeit umfassen die »neuen« Prüfungen durch den MDK nur die Prüfungen der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser gemäß der QSKH-RL und der Plan-QI-RL. Nach diesen beiden Richtlinien wird die Qualität der Krankenhäuser für insgesamt 21 medizinisch-pflegerische Leistungsbereiche (z. B. Geburtshilfe, Herzchirurgie) mit Hilfe von Qualitätsindikatoren dargestellt und verglichen. Die Qualitätsindikatoren erfassen wichtige Aspekte der Ergebnisqualität (z. B. Sterblichkeit) oder der Prozessqualität (z. B.

Indikationsstellung). Die hierfür genutzten Daten werden größtenteils von den Krankenhäusern selbst dokumentiert und übermittelt.

Die Prüfung der Richtigkeit dieser Daten gewinnt gerade vor dem Hintergrund, dass die Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser verstärkt für steuernde Maßnahmen genutzt werden sollen, besondere Bedeutung. Bereits seit 2006 wird ein Teil der Qualitätsergebnisse im Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht. Nun soll ein Teil dieser Ergebnisse auch für Planungsentscheidungen und ggf. Zu- und Abschläge genutzt werden. Für faire Vergleiche der Krankenhäuser und sachgerechte steuernde Maßnahmen ist die Verlässlichkeit der Datengrundlage unverzichtbar – andernfalls würden ggf. sorgfältig dokumentierende Krankenhäuser benachteiligt.

Bei den Prüfungen werden die von den Krankenhäusern für die Qualitätssicherung übermittelten Datensätze vor Ort im Krankenhaus mit den jeweiligen Patientenakten abgeglichen. Beispielsweise wird dabei geprüft, ob eine Komplikation, die in der Krankenakte dokumentiert ist, auch für die Qualitätssicherung gemeldet wurde und umgekehrt. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat eine Prüfanleitung erstellt und stellt ein elektronisches Erfassungstool zur Verfügung.

Die Prüfungen sollen eine möglichst klare Bewertung ermöglichen:

- Dokumentation korrekt?
- Dokumentation fehlerhaft oder unvollständig?
- Korrektheit der Dokumentation nicht beurteilbar?

Es erscheint realistisch, dass in einigen Fällen nicht bewertet werden kann, ob die Dokumentation für die Qualitätssicherung korrekt erfolgt ist oder nicht.

Dies kann einerseits durch nicht optimale Aktenführung im Krankenhaus begründet sein, andererseits kann aber ggf. auch die Dokumentationsanforderung (Formulierung von Datenfeldern und Ausfüllhinweisen) Interpretationsspielraum lassen. Gerade solche Feststellungen können wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren liefern. So können die Prüfungen zeigen, welche Informationen ggf. nicht zuverlässig aus Krankenakten ersichtlich sind und welche Dokumentationsanforderungen ggf. nicht eindeutig definiert sind.

Insbesondere die Prüfungen gemäß Plan-QI-RL müssen in einem engen Zeitfenster zwischen dem 15. März und 31. Mai eines Jahres durchgeführt werden. Diese Zeitvorgaben sind für alle Beteiligten eine Herausforderung, jedoch durch gesetzliche Vorgaben zur zeitlichen Straffung der Verfahren erforderlich.

Wer übernimmt welche Aufgaben?

Prüfungen der Dokumentationsqualität erfolgen bereits seit 2006 durch die »auf Landesebene beauftragten Stellen« (Landesgeschäftsstellen, LQS) und das IQTIG (bzw. seine Vorgängerorganisationen) für die Bundesebene. Sowohl für

die QSKH-RL als auch für die Plan-QI-RL sollen die Prüfungen der Dokumentationsqualität auch weiterhin primär durch diese Institutionen vorgenommen werden.

Für die Plan-QI-RL wurde 2016 für die Prüfungen des Erfassungsjahres 2017 (die im Kalenderjahr 2018 durchgeführt werden) geregelt, dass der MDK in die Prüfungen eingebunden werden kann, insbesondere wenn die LQS kein Recht auf direkte Akteneinsicht haben. Für die QSKH-RL wurde 2017 beschlossen, dass der MDK beginnend mit dem Erfassungsjahr 2018 (also Prüfungen ab 2019) die Prüfungen durchführen muss, wenn die LQS kein Recht zur direkten Akteneinsicht haben. Andernfalls kann er in die Prüfungen eingebunden werden. Diese Regelung wurde auch für die Plan-QI-RL »nachgezogen« und gilt für Prüfungen ab dem Erfassungsjahr 2018.

Derzeit ist nicht bekannt, in wie vielen Bundesländern die LQS bzw. das IQTIG kein Recht zur direkten Akteneinsicht haben. Die entsprechenden datenschutzrechtlichen Vorgaben gelten auch nicht immer bundeslandweit, sondern ggf. spezifisch in Abhängigkeit von der Trägerschaft der Krankenhäuser.

Mit Prüfungen zum Erfassungsjahr 2017 wurde der MDK in Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein beauftragt. Die Prüfungen erfordern sowohl ärztlich-pflegerisches Wissen als auch Kenntnisse der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Aufgrund seines Kompetenzprofils erscheint der MDK für diese neuen Aufgaben gut gerüstet.

Gutachten des KCQ

Weitere Hintergrundinformationen zu den Prüfungen und eine Analyse der Ergebnisse von Prüfungen der Dokumentationsqualität aus den Jahren 2010 bis 2014 liefert ein

Gutachten des Kompetenz-Centrums Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ) unter <https://www.kcq.de/de/downloads>



Dr. Klaus Döbler ist beratender Arzt im Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ). Zum 1. 11. 2018 übernimmt er die Leitung des KCQ. klaus.doebler@mdkbw.de

Klinikalltag zwischen Ethos und Kostendruck

Patientenwohl im Blick?

Im April 2016 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat die Stellungnahme »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus«. Darin wird die zunehmende Ökonomisierung im Krankenhausalltag kritisiert. Dr. Michael Wunder war von 2008 bis 2016 Mitglied des Deutschen Ethikrates und hat die Stellungnahme mit erarbeitet. MDK *forum* hat nachgefragt.

forum Die Stellungnahme des Ethikrates ist ein Plädoyer, das Patientenwohl besser in den Blick zu nehmen. Wenn Sie heute in die Kliniken schauen, hat sich seit der Veröffentlichung etwas geändert?

Dr. Michael Wunder Es kommt darauf an, wohin man schaut. In der Politik ist z. B. das Thema Qualität der Krankenhausbehandlung durch die Gesetzgebung in den Fokus gerückt und aufgegriffen worden. Es wird abzuwarten sein, wie die Initiativen nun weitergeführt werden. Die Umsetzungsebene der Kliniken ist bisher eher freundlich abwartend.

forum Wer ins Krankenhaus geht, der möchte dort gerne gesund werden oder das Haus zumindest mit der Aussicht auf einen verbesserten gesundheitlichen Zustand verlassen. Daher sollte das Wohl des Patienten als Maßstab für seinen Aufenthalt doch eigentlich nicht infrage stehen, oder?

Wunder Auf den ersten Blick scheint es, dass wir von Selbstverständlichkeiten reden. In der Realität zeigt sich aber, dass wir uns darüber verständigen müssen, was Patientenwohl bedeutet, denn der Begriff ist nicht eindeutig definiert.

Dr. Michael Wunder

forum Nach welchen Maßstäben lässt sich das Patientenwohl denn beurteilen?

Wunder Der Ethikrat hat drei Kriterien zur Orientierung genannt: Es ist die Sorgehaltung des Personals gegenüber dem Patienten, die gleichzeitig die Selbstbestimmung des Patienten achtet und ermöglicht. Ein weiterer Maßstab ist die gute Behandlungsqualität. Dabei geht es nicht nur um einen objektiven medizinisch-wissenschaftlichen Standpunkt. Vielmehr muss auch die subjektive Sicht des Patienten berücksichtigt werden, also zum Beispiel die Fragen nach seiner Vorstellung von Lebensqualität oder den persönlichen Behandlungszielen. Und drittens ist auf einen gleichen Zugang zu den Leistungen und ihre gerechte Verteilung zu achten.

forum Was bedeutet gerechte Verteilung konkret? Gleiche Behandlung für alle?

Wunder Alle Patienten sollen einen gleichwertigen Zugang zu den Leistungen erhalten, aber unter der Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Bedürftigkeit. Eine angemessene Behandlung für alle ist also keine identische, sondern eine individualisierte und an den Wünschen des Patienten orientierte Behandlung.

forum Mit Blick auf die genannten Kriterien, wie steht es um das Patientenwohl in den Kliniken?

Wunder Die Krankenhausrealität sieht in der Regel anders aus. Der sorgende Blick auf den Patienten gerät oft in den Hintergrund. Ganz wesentlich ist dabei der ständige Zeitdruck. Die Folge ist insbesondere eine mangelhafte Kommunikation. Es bleibt oft



kaum ausreichend Zeit für Ärzte, mit den Patienten Behandlungsoptionen abzuwägen und ihren Fragen und Unsicherheiten nachzugehen. Stationsvisiten sind meist nur Ansagen statt Dialoge. Es gibt für die Patienten kaum Möglichkeiten für Diskussionen oder Fragen. Dabei macht es einen Unterschied, ob ich eine Therapieentscheidung abwäge oder ihr im Schnellschuss zustimme. Auch die Pflegekräfte klagen über die wenige Zeit, die ihnen für die Kommunikation mit den Patienten bleibt. Darunter leiden besonders Patienten, die intensivere Betreuung brauchen, wie etwa Menschen mit Demenz oder mit einer geistigen Behinderung oder multimorbide Patienten.

forum Wo liegen aus Sicht des Ethikrates die Ursachen für diese Defizite?

Wunder Eine wesentliche Ursache liegt in der zunehmenden Ökonomisierung der Krankenhäuser. Insbesondere sind die Fehlanreize bei der Vergütung durch das DRG-System. In der Stellungnahme des Ethikrates haben wir aber ausdrücklich betont, dass wir das DRG-System nicht infrage stellen. Das System ist lernfähig und wir fordern deshalb dazu auf, die DRG entsprechend zu ändern. Dazu haben wir auch konkrete Vorschläge ausgearbeitet.

forum Was sollte im DRG-System geändert werden?

Wunder Für bestimmte Patientengruppen werden zum Beispiel die tatsächlichen Kosten nicht realistisch in den Fallpauschalen abgebildet. Das sind etwa hochaltrige Menschen oder Patienten mit einer seltenen Erkrankung oder mit einem hohen Betreuungsaufwand. Hierfür sollten neue Möglichkeiten für Zusatzentgelte entwickelt werden. Auch sollte die Abrechnung von Parallelbehandlungen mehrerer Erkrankungen multimorbider Patienten gerechter gestaltet werden. Ein weiterer Vorschlag ist die Entwicklung einer Fallpauschale, die Anreize bietet, eine therapeutische Maßnahme bewusst und begründet zu unterlassen. Dadurch könnten

zum Beispiel unnötige Eingriffe, gerade am Lebensende, vermieden werden. Verknüpft werden müsste die Pauschale selbstverständlich mit der Bedingung einer besonderen medizinischen Begründung, einer Beobachtung des Patienten sowie eines ausführlichen und dokumentierten Gesprächs mit dem Patienten beziehungsweise mit den Angehörigen.

forum Was muss darüber hinaus noch im Krankenhaus geschehen, um das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen?

Wunder Aus ethischer Sicht ist eine Verbesserung der Kommunikation unabdingbar. Die Kommunikationskompetenz der Ärzte und der Pflegekräfte ist ein zentraler Faktor. Wie werden Fragen richtig gestellt, was bedeutet aktives Zuhören, wie kommuniziere ich schlechte Nachrichten? Die Patienten sind heute mündiger, sie wünschen Information und suchen das Gespräch mit den Ärzten. Aber auch Pflegekräfte und Ärzte untereinander müssen sich kollegialer austauschen. Eine gute Übergabe sollte am besten mit den verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam stattfinden. So ergänzen sich die Informationen über einen Patienten optimal. Das bedeutet aber eine Änderung der täglichen Abläufe im Krankenhaus und natürlich eine kräftige Verbesserung der Personalschlüssel.

forum Abseits der strukturellen Änderungen, wie kann der Patient schon heute besser in den Blick genommen werden? Ist es auch eine Frage der persönlichen Haltung?

Wunder Eine freundliche und zugewandte Haltung des Personals gegenüber dem Patienten ist wesentlich für sein Wohl. Doch sie ist nicht selbstverständlich, sondern muss erlernt werden. Sie hängt auch viel vom Stil des Hauses ab. Ein Patient im Krankenhaus ist in einer außergewöhnlichen Situation: Er ist außerhalb seines Zuhauses. Er benötigt viel Kommunikation und menschliche Begleitung. Wie stellt sich ein Krankenhaus auf diese Bedürfnisse ein? Werden zum Beispiel entsprechende Fortbildungen für das Personal angeboten? In manchen Häusern gibt es auch

sogenannte *Grüne Damen und Herren*, die ehrenamtlich Patienten ohne Zeitdruck besuchen und als Ansprechpartner eine wichtige Funktion erfüllen. Das ist ein guter Ansatz, der auch durch ein neues System großzügiger Aufwandsentschädigungen verstärkt werden könnte.

forum Mehr Kommunikation, patientenorientierte Medizin – sind die Forderungen unter den ökonomischen Bedingungen für Krankenhäuser überhaupt umsetzbar?

Wunder Gute Medizin, zugewandte Kommunikation und wirtschaftliches Handeln sind kein Widerspruch. Patienten sollen nicht nur gesund oder in einem besseren Gesundheitszustand das Krankenhaus verlassen, sie sollen auch zufrieden sein. Patienten bevorzugen Häuser, in denen gute Medizin praktiziert wird. Dazu gehört es auch, dass dort wirtschaftlich gearbeitet wird. Aber die Wirtschaftlichkeit ist nicht der oberste Wert, und wirtschaftlicher Druck darf nicht in ungefilterter Form an die behandelnden Ärzte oder an die Pflege durchgereicht werden. Wenn nicht mehr die Medizin und die Orientierung am Menschen die Entscheidungen bestimmen, sondern die Ökonomie, dann geht das Haus klar in die falsche Richtung.

Dr. Michael Wunder ist Diplompsychologe und psychologischer Psychotherapeut und leitet das Beratungszentrum der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg.

Das Interview führte Dr. Barbara Marnach, Leiterin Bereich Kommunikation im MDK Nordrhein.

Zwischen Überversorgung und Sicherheitskultur – Qualität aus Patientensicht

In einer idealen Welt wäre Qualität garantiert, würden Patienten nur ärztliche Verordnungen und Behandlungen erhalten, deren Nutzen einwandfrei nachgewiesen wurden. Bei der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen gäbe es klar definierte Standards für alle Prozeduren. Ein fehlerfreies Vorgehen wäre sichergestellt. Aber die reale Welt sieht anders aus.

EINE SCHÖNE VISION: Diejenige Behörde, bei der ein Fehler gemeldet werden müsste, wäre auch berechtigt, Gegenmaßnahmen zu ergreifen und deren Einhaltung zu überwachen. Es gäbe eine Fehlerkultur, welche es Ärzten und Pflegekräften ermöglicht, offen über risikoreiche Arbeitsstrukturen, Fehler und Mängel zu diskutieren und Lösungen zu erarbeiten. Ferner wäre das Gesundheitssystem für Patientinnen und Patienten verständlich, durchschaubar und barrierefrei ausgestaltet. Aber noch sind wir nicht so weit. Durch den Contergan-Skandal wurden zwar bei Arzneimitteln die Hürden einer Zulassung so erhöht, dass regelmäßig randomisiert kontrollierte Studien (RCT) vorliegen müssen. Zudem hat der Gesetzgeber mit dem AMNOG-Verfahren eine zusätzliche Bewertungssystematik eingeführt, die sicherstellen soll, dass höhere Preise für Arzneimittel gegenüber der erprobten Standardtherapie nur bei anerkanntem Zusatznutzen gezahlt werden. Die Ergebnisse des AMNOG-Verfahrens können aber auch Patienten wichtige Informationen liefern und helfen, sich für oder gegen ein neues Medikament zu entscheiden. Bedarfsgerechtigkeit und Sicherheit gehen somit Hand in Hand.

Studien und Standards fehlen

Die Arzneimittelsicherheit wird laufend und systematisch überwacht (Pharmakovigilanz). Bei den Prozeduren fehlt es aber im Arzneimittelbereich an klaren Standards, etwa in Zusammenhang mit dem Entlassmanagement. Bei den risikoreichen ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist die Studienlage oft noch deutlich schlechter. Häufig fehlen randomisiert kontrollierte Studien, auch zu den Medizinprodukten. Gerade für ältere Methoden lassen

sich Nutzenstudien auf RCT-Niveau auch nicht mehr nachholen, da die Entwicklung längst weiter ist.

Nach Einführung der europäischen Medizinprodukte-Richtlinie sollen künftig alle Medizinprodukte einer klinischen Prüfung unterzogen werden. Bei den Hochrisikoprodukten soll eine Expertenkommission prüfen. In einem ersten Schritt stehen ab 2020 die neuen Produkte zur Prüfung an, in einem zweiten Schritt ab 2024 auch die Altprodukte. Es ist zu hoffen, dass diese Verfahren die Patientensicherheit im Medizinproduktebereich verbessern.

Wichtig ist für die BAG SELBSTHILFE, dass nicht nur die Zulassung, sondern auch die Überwachung der Medizinprodukte in der Praxis verbessert wird. Derzeit können Risiken beim Einsatz von Medizinprodukten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet werden. Die entsprechenden Gegenmaßnahmen und die Überwachung sollen dann jedoch von den Landesbehörden durchgeführt werden. Diese Trennung sollte dahingehend geändert werden, dass das BfArM auch zu entsprechenden Gegenmaßnahmen ermächtigt wird.

Nicht nur die Sicherheit von Medizinprodukten oder Arzneimitteln ist wesentlich für eine qualitativ gute Versorgung. Ein Fehler eines Arztes oder eines Pflegers, Schnittstellenprobleme und Kommunikationsdefizite können schnell die Gesundheit oder gar das Leben von Patienten gefährden. Deshalb ist es enorm wichtig, dass bestehende Vorgaben zur Qualitätssicherung, etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses, weiterentwickelt und auch tatsächlich umgesetzt werden.

Es bleibt also noch viel zu tun, um Bedarfsgerechtigkeit und Sicherheit in der gesundheitlichen Versorgung voll zur Geltung zu bringen.



Dr. Martin Danner ist Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE.
geschaeftsfuehrer@bag-selbsthilfe.de



Dr. Siiri Doka leitet das Referat Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung bei der BAG SELBSTHILFE.
siiri.doka@bag-selbsthilfe.de

Neues Prüfverfahren und neue Transparenz in Arbeit

Seit den späten 90er Jahren bilden Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten und in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kernaufgabe der MDK. Ein Teil der Prüfergebnisse fließt seit 2009 in die Transparenzberichte ein, die die Qualität von Pflegeeinrichtungen mit Noten bewerten. Diese sind in die Kritik geraten und sollen nun durch ein neues System ersetzt werden.

ZIEL WAR ES, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Qualitätsinformationen bereitzustellen, die bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung helfen. Doch das zwischen den Leistungserbringerverbänden und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelte Notensystem stellt die Pflegeeinrichtungen besser dar, als sie nach fachlicher Einschätzung der MDK-Prüfer sind und führt nicht dazu, die Pflegeeinrichtungen qualitativ unterscheiden zu können. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) den Qualitätsausschuss eingerichtet und ihn beauftragt, durch wissenschaftliche Projekte neue Prüfverfahren zu entwickeln. GKV-Spitzenverband, MDS und MDK begleiten diesen Prozess aktiv und setzen sich im Interesse der Versicherten für eine sinnvolle und zeitgemäße Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der Pflege und für eine aussagekräftige Qualitätsdarstellung ein.

Prüfung für die stationäre Pflege ab 2019?

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld (Dr. Klaus Wingenfeld) sowie das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut) in Göttingen haben den Auftrag, ein Instrument für die Prüfung der Qualität der von stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln.

Dabei sind die von Wingenfeld und anderen entwickelten Indikatoren zu berücksichtigen. Das Projekt läuft seit Januar 2017 und soll im Juli 2018 abgeschlossen werden. Danach müssen die entsprechenden Qualitätsvereinbarungen (nach §113 SGB XI), die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (§114a Abs. 7 SGB XI) und die Qualitätsdarstellungsvereinbarung (§115 Abs. 1a SGB XI) angepasst werden. Ist das erfolgt, wird die Qualitätsprüfung für die stationäre Pflege auf dieser Basis neu umgesetzt. Derzeit ist davon auszugehen, dass die Prüfungen auf der neuen Grundlage 2019 beginnen können.

Die Qualitätsdarstellung für die stationäre Pflege wird zukünftig aus zwei Quellen gespeist:

- Die von den Pflegeeinrichtungen selbst erhobenen Daten zu Qualitätsindikatoren
- Eine Auswahl relevanter Prüfergebnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK

Termin für ambulante Pflege noch offen

Der Qualitätsausschuss Pflege soll ebenso ein Instrument für die Qualitätsprüfung der von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen entwickeln und Vorschläge für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege erarbeiten. Die Hochschule Osnabrück (Prof. Dr. Andreas Büscher) sowie das Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld (Dr. Klaus Wingenfeld) arbeiten an entsprechenden Konzepten. Das Projekt läuft seit April 2017 und endet im August 2018. Anschließend schließt sich ein Projekt zur Pilotierung des entwickelten Instrumentes an. Das Vergabeverfahren für die Pilotierung wird aktuell wieder aufgenommen. Derzeit ist noch offen, ab wann die Umsetzung des neuen Prüfverfahrens für die ambulante Pflege möglich sein wird.



Jürgen Brüggemann ist
Leiter des Teams Pflege beim MDS.
J.Brueggemann@MDS-ev.de

Unterwegs mit den MDK-Prüfern

Genau geguckt und gut beraten

Mehr als 25 000 Mal im Jahr prüfen die Medizinischen Dienste die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, um sicherzustellen, dass Pflegebedürftige eine gute, gesicherte und gerechte Versorgung erhalten. Wie läuft eine solche Qualitätsprüfung ab? MDK *forum* hat drei Prüfer vom MDK Nordrhein begleitet.

ES IST KURZ VOR 9 UHR AN EINEM TRÜBEN APRILMORGEN: Stefan Wegscheider, Ramona Schütze, Frank Schwung und ich stehen vor dem Seniorenwohnstift St. Martinus im beschaulichen Wevelinghoven, einem Stadtteil von Grevenbroich, jener mittelgroßen Stadt zwischen Düsseldorf, Köln und Neuss. Dort rechnet man an diesem Tag vermutlich mit allem und jedem, nur nicht mit uns.

»Guten Morgen, wir kommen vom MDK Nordrhein zur Qualitätsprüfung«, lächelt Stefan Wegscheider den Mitarbeiter am Empfang an. Schnell und etwas nervös informiert dieser die Chefin. Nadja Pienkowski leitet seit 2015 die Einrichtung in Wevelinghoven, eines von acht Häusern der St. Augustinus-Seniorenhilfe, einem katholischen Anbieter von medizinischen und sozialen Dienstleistungen in der Region.

Auf Augenhöhe

Ein wenig angespannt, aber souverän begleitet sie uns an einen großen Besprechungstisch. Mit dabei sind Pflegedienstleiter Robert Leschzok und der Qualitätsbeauftragte Ulrich Wiedefeld. Zwei weitere Mitarbeiterinnen werden unseretwegen eine Fortbildung unterbrechen. »Dass wir unangemeldet kommen, bereitet oft Umstände, ist aber wichtig, weil wir eine ungeschönte, echte Situation erleben und beurteilen wollen«, so Stefan Wegscheider. Er ist heute der verantwortliche Prüfer und startet mit der Darstellung des obligatorischen rechtlichen Hintergrunds:

Auf gleicher Ebene miteinander reden und gezielt beraten

»Wir führen heute im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen bei Ihnen die jährliche Qualitätsprüfung durch, deren Ergebnisse auch in den Transparenzbericht fließen.« Verbindlich in der Sache, aber ruhig und freundlich im Ton gelingt es ihm schnell, eine für alle angenehme Atmosphäre zu schaffen: »Uns ist es wichtig, kollegial miteinander umzugehen und zusammenzuarbeiten.«

Seit 10 Jahren ist er Gutachter beim MDK Nordrhein, weiß genau, worauf er achten muss, weiß aber auch, wie sich die andere Seite fühlt. Als ehemaliger Pflegedienstleiter hat er ähnliche Ausbildungen durchlaufen und Erfahrungen gesammelt wie viele Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen, denen er mehrmals wöchentlich gegenüber sitzt. Er weiß um deren Alltag, Aufgaben und Abläufe. »Das verstärkt die gegenseitige Akzeptanz, wir können auf gleicher Ebene miteinander reden und gezielt beraten.«

Aufmerksam beobachtet

Nadja Pienkowski, Robert Leschzok und Ulrich Wiedefeld haben schon die letzte Prüfung im Juni 2017 mitgemacht und wissen daher, was auf sie zukommt: Stammdatenabgleich, Zufriedenheitsbefragung der Bewohner, In-



augenscheinnahmen, Pflegedokumentationsauswertungen und die Strukturdatenerhebung. Zuerst lassen sich die MDK-Prüfer die Liste mit den Namen der aktuell 79 Bewohner zeigen. Daraus wählen sie neun Bewohner mit unterschiedlichen Pflegegraden aus, die sie in die Prüfung miteinbeziehen möchten. Welche Bewohner das sind, entscheidet der Zufallsgenerator im Laptop. Stehen die Namen fest, müssen die Betroffenen oder deren Betreuer schriftlich ihre Zustimmung erklären. Gemeinsam mit Robert Leschzok holen Ramona Schütze und Frank Schwung die Unterschriften der Bewohner ein – das funktioniert heute fast problemlos. Nur wenige Male telefonieren sie mit Angehörigen oder Betreuern und lassen sich die unterschriebene Erklärung zumailen. Derweil gleicht Stefan Wegscheider mit der Einrichtungsleiterin die Stammdaten ab: Name, Ort, Art und Träger, Datum des Versorgungsvertrags und, und, und.

Nach rund einer Stunde sind alle schriftlichen Einwilligungen da. Bevor es zu den Bewohnern geht, führt uns Nadja Pienkowski durchs Haus: 2015 eröffnet, ist das direkt an der Erft gelegene Pflegeheim hell und großzügig gestaltet, hat 80 Einzelzimmer und 15 Wohnungen im betreuten Wohnen. Eine denkmalgeschützte Kapelle und ein altes Gutshaus sind eindrucksvoll in den Neubau integriert. »So was sehen wir auch nicht alle Tage«, meint Wegscheider. »Aber wir dürfen uns nicht blenden lassen, sondern müssen unabhängig vom Standard überall genau hinschauen.« Und so blicken wir in Lagerräume, in denen u. a. Hygieneartikel aufbewahrt werden, schauen uns Aufenthaltsbereiche und Speisepläne an und befragen eine von insgesamt fünf zusätzlichen Betreuungskräften, die u. a. Aromapflege, Basale Stimulation oder Kochen und Backen anbieten.

Einfühlsam nachgefragt

An der Tür eines Bewohners hängt ein Aufkleber von Schalke 04, an einer anderen ein gemaltes Bild vom Enkelkind. »Damit können sich unsere Bewohner viel besser zu rechtfinden als mit Namensschildern«, erklärt Angelika Neuber, die derzeit einen von zwei Wohnbereichen leitet. Das Foto an der Tür von Maria H.* erinnert an längst vergangene Urlaube in den Bergen. Die 82-jährige begrüßt uns mit einem Lachen, aber ohne Zähne. »Wo sind denn Ihre Zahnprothesen?« fragt Wegscheider augenzwinkernd und findet sie im Wasserglas im Bad. »Die Prothese hält nicht mehr gut«, erklärt die alte Dame. »Ja, und wie machen Sie das mit dem Essen?« »Ich nehm' nicht das Kotelett, sondern die Frikadellen«, lacht sie. Einfühlsam fragt Stefan Wegscheider nach ihren gesundheitlichen Beschwerden, ob die Mitarbeiter freundlich sind, es schon einmal Grund für Beschwerden gab, ob sie mit der Reinigung ihrer Wäsche zufrieden ist und wie sie das Essen einschätzt. »Ach, die Saucen sind manch-

mal so scharf, und dann gibt es Brokkoli, obwohl ich lieber Blumenkohl mag.« Stefan Wegscheider hört aufmerksam zu und schaut Frau H. eindringlich an: »Sie haben etwas Wasser in den Beinen. Tragen Sie keine Kompressionsstrümpfe?« Frau H. gesteht: »Doch, aber die drücken so.« Und deshalb hat sie die Strümpfe einfach unter ihrer Zeitung versteckt. Wir haben genug gesehen und verabschieden uns.

Lückenlos dokumentiert

Mit Pflegefachkraft Angelika Neuber sitzen wir danach am PC über der Pflegedokumentation von Frau H.: Beschwerden, Medikamente, Therapien, Hilfsmittel, Gespräche mit dem behandelnden Arzt, Gewicht, Hautkontrollen und Sturzprophylaxe – hier ist alles genau aufgelistet. Beim Blick auf die Diagnosen zögert der MDK-Prüfer: »Beginnende Demenz? Das habe ich so nicht bemerkt.

Frau H. wirkt auf mich vollständig orientiert. Sie scheint zwar etwas eigenwillig zu sein, aber war klar bei Verstand.«

Ich nehm' nicht das Kotelett, sondern die Frikadellen

»Gut, dass Sie das noch mal so sagen«, findet Angelika Neuber. »Wir haben kleinere Anzeichen gesehen, waren uns aber nicht so sicher, werden das auch noch mal mit dem Arzt besprechen.« Stefan Wegscheider berichtet von der nicht getragenen Zahnprothese, den versteckten Kompressionsstrümpfen, den Ödemen in den Beinen. »Die Schwellung drückt etwas auf den Hausschuh – da könnte schlimmstenfalls eine Wunde entstehen.« Neuber bedankt sich, will die geschwollenen Füße weiter beobachten und noch mal den Hausarzt informieren.

Wir kehren zurück an den Besprechungstisch. Bei der nun folgenden Strukturprüfung fragt Wegscheider vieles nach: Wie sind die Arbeitsabläufe organisiert? Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe geschult? Werden Expertenstandards umgesetzt? Wer ist für das Qualitätsmanagement verantwortlich? Wie werden Beschwerden bearbeitet? Gibt es ein Hygienemanagement? Die MDK-Mitarbeiter blicken auf Dienstpläne, Nachweise, Handzeichen.

»Alles tadellos«, zieht Stefan Wegscheider ein erstes Fazit beim Abschlussgespräch: Zufriedene Bewohner, keine pflegerischen Missstände. Nadja Pienkowski freut sich, bedankt sich für die gute Atmosphäre und die fachlich fundierte Einschätzung, die sie in ihrer Arbeit bestätigt. Stefan Wegscheider wird im Nachgang den ausführlichen Prüfbericht erstellen und an die Landesverbände der Pflegekassen weiterleiten.

Die Prüfer sind fertig, die Pilger können kommen – auf dem Weg nach Santiago de Compostella gibt es auf Wunsch einen Stempel im Grevenbroicher Seniorenheim.

**Name von der Redaktion geändert*



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

Qualität entscheidet

Der Ruf nach (mehr) Qualität im Gesundheitswesen wird immer lauter. Was verbirgt sich dahinter? Ist Qualität in der medizinischen Versorgung messbar? Wenn ja, wie? Und was kann man tun, um Qualität zu verbessern? Das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft beschäftigt sich mit zukunftsweisenden Themen.

»ANDERS ALS bei den Kompetenz-Centren Geriatrie, Psychiatrie/Psychotherapie und Onkologie ist unser Thema kein fachspezifisches. Vielmehr sind wir ein Querschnittsbereich, bei dem die medizinische Kompetenz durch eine Fachkompetenz im Thema Qualitätssicherung ergänzt wird«, sagt Professor Dr. Johannes Giehl. Seit 2009 leitet er das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ), das dem MDK Baden-Württemberg angegliedert ist.

Im Auftrag von ...

Eine der wesentlichen Aufgaben des KCQ ist es, Grundsatzgutachten im Auftrag des GKV-SV zu erstellen. »Das sind meist wissenschaftliche Recherchen und deren Auswertungen, um politisch geforderte aktuelle Themen und Qualitätsinitiativen vorzubereiten, die der GKV-SV dann als Antrag in den Gemeinsamen Bundesausschuss einbringen kann«, erklärt Johannes Giehl. Ein Beispiel sind die Mindestmengenregelungen. Sie sehen vor, dass Krankenhäuser bei bestimmten planbaren komplizierten Operationen konkrete Fallzahlen nachweisen müssen, um die OP durchführen und abrechnen zu dürfen. So soll eine gute Behandlungsqualität gewährleistet und »Gelegenheitschirurgie« vermieden werden. Acht Mindestmengenregelungen im Krankenhaus gibt es bereits. Neue werden hinzukommen. Denn nach einer Gesetzesänderung, die die Voraussetzungen für die Mindestmengenfestlegung gelockert hat, wurde das KCQ beauftragt, zu recherchieren, welche weiteren Leistungen sich mit der besten wissenschaftlichen Evidenz für neue und weitere Mindestmengenregelungen beantragen lassen.

**Recherchieren,
auswerten,
einschätzen**

»Wir haben die gesamte wissenschaftliche Literatur systematisch recherchiert und darstellen können, dass es sechs weitere Leistungen gibt, die in der Literatur am besten untersucht sind und auch die beste Assoziation zwischen Menge und Qualität aufweisen«, so Giehl: »Dazu zählen die Mammachirurgie, die Kinderherzchirurgie, das kolorektale Karzinom, die bariatrische Chirurgie, die Carotis-Chirurgie und die Prostata-Chirurgie. Nicht immer ist es beim Grundsatzgutachten geblieben, sondern wir durften auch den G-BA-Antrag formulieren, etwa bei der Mammakarzinom-Chirurgie.«



Gemeinsam am Tisch

Hat man sich so intensiv mit einem Thema beschäftigt, ergibt sich daraus schnell die nächste Aufgabe – die Mitwirkung in entsprechenden Arbeitsgruppen beim G-BA. Johannes Giehl ist jede Woche ein bis zwei Tage in Berlin. »Anderen KCQ-Gutachtern geht es ähnlich, wieder andere sind mehr am Schreibtisch. Das variiert je nach Auftrag, Bedarf und Eignung«, erklärt er. Als KCQ-Leiter ist er unter anderem Mitglied im Unterausschuss Qualitätssicherung, in den Arbeitsgruppen Qualitätsprüfungsrichtlinie, Qualitätsmanagement, Mindestmengen, Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Kernspintomografie und in der Fachgruppe Kernspintomografie beratend und Regelungen mitgestaltend tätig.

Das KCQ sitzt auch mit am Tisch, wenn mit dem GKV-SV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Bundesmantelvertragspartnern Vereinbarungen zur Qualitätssicherung ausgearbeitet werden, zum Beispiel zu Ultraschall-diagnostik oder Mammografie. Ebenso arbeitet das KCQ mit der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Methoden- und Produktbewertungen der MDK-Gemeinschaft (SEG 7)« zusammen. Dabei übernimmt das KC selbst auch schon mal bestimmte fachbezogene Methodenbewertungen, zum Beispiel jüngst bei der Bewertung der Laser-Nukleotomie im Vergleich zur klassischen Operation des Bandscheibenvorfalles. Für den Orthopäden Giehl ist es gerade in solchen Fällen reizvoll, »dass man die Ergebnisse der wissenschaftlichen Tätigkeit am Schreibtisch auch in die praktische Umsetzung transportieren kann«.

Neben der Mitarbeit in zahlreichen Gremien koordiniert das KCQ auch diejenigen MDK-Gutachter, die in bundes- und landesweiten Qualitätssicherungsgremien aktiv sind. Mit dem Ziel, Themenfelder zusammenzuführen und bundesweite und landesbezogene Aktivitäten aufeinander abzustimmen, veranstaltet das KCQ regelmäßige Treffen und lädt daneben jedes Jahr zu einer Tagung zu grundlegenden Themen, wie zum Beispiel »Aktuelle Qualitätsinitiativen«, ein.

Aktuelle Projekte

Aktuell befasst sich das Team um Johannes Giehl mit drei zentralen Themen: den Mindestmengen, dem Mangel an Pflegekräften sowie der »präoperativen Verweildauer bei hüftnahen Frakturen«.

Mit Blick darauf, dass viele Patienten mit hüftnahen Frakturen vor einer OP länger als vorgeschrieben im Krankenhaus liegen (24-Stunden- bzw. 48-Stunden-Regelung), soll nun neben der bestehenden datengestützten Qualitätssicherung eine Struktur- und Prozessrichtlinie für die Versorgung betroffener Patienten erstellt werden. »Wir wurden beauftragt, aus der internationalen Literatur begründet abzuleiten, welche Struktur- und Prozessvorgaben zwingend festzulegen wären. Das heißt, dass wir beispielsweise nach Hinweisen suchen, die belegen, dass in einer Klinik Tag und Nacht und am Wochenende ein anästhesiologischer Dienst vorgehalten werden sollte«, erläutert der KC-Leiter. Offen bleibt

für ihn die Frage, ob man so unterschiedliche Qualitätsdimensionen überhaupt separat erfassen sollte. Denn was passiert, wenn ein Krankenhaus zwar die Vorgaben zur präoperativen Verweildauer erfüllt, nicht jedoch die Vorgaben nach einer Struktur- und Prozessvorgaben-Richtlinie?

Beim Thema »Pflegekräftemangel« widmet sich das KCQ insbesondere der »Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene«, die festlegt, wie die Pflegepersonalzahlen auf Frühgeborenen-Intensivstationen sein müssen. Nach intensiver Literaturrecherche sollte das KC in einem Folgeauftrag herausfinden, welche Assessment-Tools für den Pflegebedarf es auf Intensivstationen gibt. »Wir stellten fest, dass man die tatsächlich aufgebrachten Pflegeleistungen messen muss, um begründete Mengen festzulegen«, so Giehl.

Perspektiven und Probleme

Gefragt nach den Zukunftsaussichten der Qualitätssicherung in Deutschland sieht Giehl die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung als entscheidenden Punkt und warnt davor, nur die immer kürzer werdenden Krankensepisoden zu betrachten: »Das sagt zu wenig über die Qualität der Versorgung aus.« Daneben, so vermutet er, werde die Bedeutung der externen Qualitätssi-

Über das KCQ

Professor Dr. Johannes Giehl gibt am 1. November 2018 die KCQ-Leitung aus Altersgründen ab. Seine Nachfolge übernimmt Dr. Klaus Döbler, langjähriger beratender Arzt im KCQ. Das KC ist an zwei Standorten in Tübingen und Stuttgart mit

acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, darunter fünf Gutachter, zwei Assistenzkräfte und eine Recherche-Assistentin, präsent.

Infos auch unter www.kcqq.de

cherung – auch durch entsprechende Gesetzesvorgaben – weiter zunehmen. Qualitätssicherungsergebnisse würden nicht nur für die Transparenz und Qualitätsforderung genutzt, sondern auch für die Krankenhausplanung, für Vergütungszu- oder -abschläge.

Künftig seien aber auch Aspekte wie Datenvalidität und Datensparsamkeit wesentlich. Ziel müsse es sein, mit wenig Aufwand viele Daten für die Qualitätsfeststellung zu gewinnen. So ließen beispielsweise die Abrechnungsdaten der Krankenkassen Rückschlüsse darauf zu, ob ein Dekubitus während eines Klinikaufenthaltes entstanden ist. »Wenn ich Abrechnungsdaten so filtern kann, wie es mittlerweile geschieht, und ich diese Fälle identifizieren kann, kann ich gezielt auf diese Krankenhäuser zugehen«, weiß Professor Giehl.

Wann immer es um neue Trends und künftige Entwicklungen geht, werden die Expertise und Erfahrung des KCQ gefragt sein und bleiben. Denn: »Unsere Kraft liegt in der wissenschaftlich begründeten Meinungsäußerung, die besondere Wirksamkeit durch die wissenschaftlich begründete Neutralität erfährt. Und als Wissenschaftler empfinde ich es als sehr wertvoll, dass ich niemandem nach dem Mund reden muss«, resümiert Johannes Giehl.

Dorothee Buschhaus

Ein Baustein für mehr Gerechtigkeit, aber kein Maß für Patientensicherheit

13519 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern haben die Medizinischen Dienste 2017 bundesweit erstellt. Die MDK-Fachärzte bestätigten jeden vierten Behandlungsfehlerverdacht (24,7%). In jedem fünften Fall (19,9%) stellten sie fest, dass die Schädigung des Patienten durch den Fehler verursacht wurde. Zum siebten Mal haben der MDK Bayern und der MDS aktuelle Ergebnisse der Behandlungsfehler-Begutachtung ausgewertet.

AUCH WENN ANZAHL, Art und zeitliche Entwicklung bei den begutachteten Fällen nicht das tatsächliche Fehlergeschehen hierzulande abbilden, stießen die MDK-Ergebnisse, die Anfang Juni bei einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt wurden, einmal mehr auf große Resonanz. Neben Fallzahlen und Begutachtungsergebnissen standen die verbesserungswürdige Fehlerprävention und die unzureichende Transparenz in Deutschland im Vordergrund. Eines zeigt die Statistik auf jeden Fall: Mit der Behandlungsfehler-Begutachtung leisten die MDK in vielen tausenden Fällen eine wesentliche Unterstützung für geschädigte Patienten, denen durch die Begutachtung keine Kosten entstehen.

Keine repräsentativen Zahlen

Erstmals seit 2012 sind die Begutachtungszahlen bei den MDK 2017 nicht gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr liegen sie gut zehn Prozent niedriger. Das kann durch eine zufällige Schwankung begründet sein oder auch durch eine positive Entwicklung der Patientensicherheit. Wichtig zu wissen: Zahlen in einer Begutachtungsstatistik resultieren einzig aus der Nachfrage nach Begutachtungen. Es handelt sich nicht um epidemiologische Daten über Behandlungsfehler, die in Bezug zu allen behandelten Patientinnen und Patienten gesetzt werden können. Haben sich also weniger Patienten an die Krankenkassen gewandt und ihren Fall vorgebracht, zum Beispiel weil das Thema in den Medien weniger präsent war als noch zu Zeiten des Patientenrechtegesetzes, dann erscheinen diese hier nicht. Die Fehler gab es jedoch trotzdem. Ebenso ist bekannt, dass die meisten Patienten einem Fehlerverdacht gar nicht erst nachgehen. Viele Betroffene befürchten womöglich, dass sie den Fehlernachweis und ein aufwendiges Verfahren weder er-

folgreich führen noch durchstehen können. Darauf hatte auch die ehemalige Patientenbeauftragte Ingrid Fischbach hingewiesen.

Sicher vermeidbar, aber doch passiert ...

Werden fehlerbedingte Schäden durch die Leistungserbringer selbst bzw. durch deren Haftpflichtversicherer frühzeitig entschädigt, erfährt die Krankenkasse zumeist nichts von dem Fall; der MDK wird nicht mit der Begutachtung beauftragt. Gerade dann handelt es sich oftmals um besonders eindeutig fehlerbedingte Schadensfälle, die nach einem Schadensersatz für andere im Verborgenen bleiben. Das wäre vielleicht zu akzeptieren. Nicht hinzunehmen ist aber, dass damit wiederholte und schwerwiegendste Fehler, die vergleichsweise einfach und sicher zu vermeiden sind, auch für die meisten Ärzte und Pflegekräfte unbekannt bleiben. Die Fälle fehlen schlichtweg für die Prävention. Man kann nicht aus ihnen lernen und geht fälschlicherweise davon aus, dass »so etwas doch überhaupt nicht passiert.« Bestehende Risiken können auf diese Weise ebenso wenig korrekt eingeschätzt werden wie Verbesserungen durch erfolgreiche Patientensicherheits-Maßnahmen und ein dadurch bedingter Rückgang dieser Fälle. Dass solche Fehler vereinzelt dennoch in die Begutachtung gelangen, zeigt die Liste der sogenannten *Never Events*. Sie beläuft sich auf 120 Fälle im vergangenen Jahr, etwa 4,5% aller Behandlungsfehlerbedingten Gesundheitsschäden. Zugespitzt formuliert handelt es sich bei den *Never Events* um Fehler, die nicht passieren dürfen: Seitenverwechslungen, Eingriffsverwechslungen, im Körper verbliebenes Operationsmaterial, neu aufgetretene hochgradige Druckgeschwüre oder folgenschwere Organisations- und Kommunikationsfehler. Darüber spricht man nicht gerne. Sollten wir aber, denn *Never Events* kommen

Viele Patienten gehen Fehlern nicht nach

durch eine positive Entwicklung der Patientensicherheit. Wichtig zu wissen: Zahlen in einer Begutachtungsstatistik

vor – wie oft in Deutschland, weiß niemand. Dabei sind sie nicht etwa auf ein besonderes Versagen des Einzelnen zurückzuführen. Sie weisen vielmehr auf nicht beseitigte Risiken in einem komplexen Versorgungsprozess hin. Mit klaren Standards und konsequentem Umsetzen von Sicherheitsmaßnahmen, wie Checklisten oder trainiertem Teamwork, können sie sicher verhindert werden. Das verbindliche und transparente Erfassen von Never Events wäre auch Zeichen einer Sicherheitskultur, wie sie in anderen Ländern, in denen eine Meldepflicht besteht, selbstverständlich verankert ist.

Arbeitsschutz als Vorbild

»Jeder Fehler ist ein Fehler zu viel« oder »jeder Fehler zählt« sind fast gebetsmühlenartig wiederholte Eingeständnisse zum Thema Behandlungsfehler. Aber jeder Fehler kann nur dann zählen, wenn er tatsächlich auch gezählt wird, wenn man weiß, wie häufig und in welcher Fallkonstellation

er sich ereignet. Anders gesagt: Man kann nur das Problem angehen und Fehler verhindern, wenn man sie kennt, wenn man von ihnen weiß. Beim Arbeitsschutz wird darüber gar nicht erst

Ein Fehler kann nur zählen, wenn er auch vorher gezählt wird

diskutiert, da ist eine Erfassung längst selbstverständlich. Seit Jahrzehnten besteht für Arbeitsunfälle eine Meldepflicht. Daher müssen wir hier auch nicht über eventuelle Dunkelziffern spekulieren, sondern wir wissen: In den vergangenen 50 Jahren ist die Anzahl der tödlichen Arbeitsunfälle auf ein Zehntel reduziert worden. Selbst in den vergangenen 20 Jahren wurde die Häufigkeit nochmals drastisch verringert, fast auf ein Drittel. Ein sagenhafter Erfolg, der sicher auf die zahlreichen Arbeitsschutzmaßnahmen zurückgeht, von detaillierten Gefährdungsanalysen über Schutzausrüstungen, Schulungen bis hin zu verbesserten Sicherheitsmaßnahmen in Räumen, bei Geräten und vieles mehr. Ob diese Maßnahmen auch so konsequent entwickelt und umgesetzt worden wären, wenn man die Arbeitsunfälle nie erfasst hätte, wenn Arbeitgeber die Risiken frei hätten interpretieren und aus Kostengründen kleinreden können?

Meldepflicht ist Sicherheitskultur und hilft allen

Selbst wenn der Rückgang der Arbeitsunfälle sich ohne eine Meldepflicht ähnlich positiv vollzogen hätte, was be-

zweifelt werden kann: Ist es nicht gut, dass diese Entwicklung aufgrund der Meldepflicht bekannt ist und klares Faktenwissen zur Sicherheit am Arbeitsplatz und zu den Erfolgen des Arbeitsschutzes besteht? Solche Fakten können wir zur Entwicklung der Patientensicherheit in Deutschland nicht vorweisen. Andere Länder mit hochentwickelten Gesundheitssystemen, zum Beispiel England und die USA, aber auch skandinavische Länder oder die Niederlande, sind uns weit voraus. Es wäre in Deutschland längst Zeit für eine Meldepflicht zu Behandlungsfehlern, zumindest für klar erkennbare und definierte – orientiert an der Liste der Never Events. Genaue Kenntnisse darüber würden die Patientensicherheit erhöhen. Fehler, die sicher vermeidbar sind, könnten auch nachweislich sicher vermieden werden oder würden anderenfalls zu Recht mehr in den Fokus genommen.

Never Events treffen auch die beteiligten Ärzte und Pflegekräfte völlig unerwartet und verursachen eine enorme Belastung. Auch sie könnte man vor dieser Gefahr besser schützen, denn neben den geschädigten Patientinnen und Patienten sind sie die zweiten Opfer und leiden teilweise genauso lebenslang unter den Folgen. Dafür müssen aber auch diejenigen, denen (noch) kein Never Event unterlaufen ist, das bestehende Risiko realistisch einschätzen können. Genaue Erkenntnisse aus einer Meldepflicht würden diese Einschätzung ermöglichen.

Die aktuelle Jahresstatistik und weitere Informationen sind im Internet unter www.mds-ev.de abrufbar.

Bei Arbeitsunfällen ist die Erfassung längst selbstverständlich



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

Mehr Flop als Top

Der IGeL-Monitor bringt Licht ins Dunkel des IGeL-Marktes, indem er Nutzen und Schaden von individuellen Gesundheitsleistungen bewertet. Jetzt hat er im IGeL-Report 2018 die Top 10 der häufigsten IGeL präsentiert. Das Ergebnis gibt zu denken.

»BEI EINEM GROSSTEIL der Bewertungen passt unser Fazit zu den Empfehlungen der deutschen und internationalen Leitlinien oder Stellungnahmen von Fachverbänden«, sagte Dr. Michaela Eikermann, Leiterin Evidenzbasierte Medizin beim MDS, auf einer Pressekonferenz Anfang Mai in Berlin.

Als Beleg zeigte sie eine Tabelle mit 14 IGeL, bestehend aus den Bewertungen des vergangenen Jahres sowie den Top 10 der häufigsten IGeL. In der letzten Spalte der Tabelle wies ein grüner Punkt auf eine Übereinstimmung und ein gelber Punkt auf eine teilweise Übereinstimmung mit Leitlinien hin. Die Spalte war überwiegend grün: Bei 11 IGeL stimmten die Bewertungen des IGeL-Monitors mit den Bewertungen der Leitlinien überein, bei zwei IGeL gab es teilweise Übereinstimmung, und bei einer IGeL war kein Vergleich möglich. Es gibt sogar Fälle, in denen die Leitlinien strenger mit den IGeL ins Gericht gehen als der IGeL-Monitor: So wird die Magnetfeldtherapie bei Rückenschmerzen vom IGeL-Monitor mit »unklar« bewertet, während die Leitlinie »Kreuzschmerz« explizit davon abrät.

Die Top 10 der häufigsten IGeL ist also eher eine Flop 10. Das passt so gar nicht zu dem Szenario, das manche Ärzte

gerne zeichnen: Auf der einen Seite stünden die Krankenkassen mit »ihrem Sprachrohr« IGeL-Monitor, auf der anderen Seite die zu Unrecht attackierten Ärzte. Dieses Bild muss korrigiert werden. Denn wenn man eine Trennlinie nach dem Stand des Wissens zieht, stehen auf der einen Seite die Studien der Evidenzbasierten Medizin und auf der anderen Seite die Erfahrung und der Profit. Dieser Graben verläuft quer durch die Kassen- und Ärztelandschaft. Auf der wissenschaftlichen Seite befinden sich Ärzte, die nach den Leitlinien ihrer Fachgesellschaften handeln, die Fachgesellschaften, die hochwertige Leitlinien erstellen, Einrichtungen wie der IGeL-Monitor sowie der Gemeinsame Bundesausschuss, der über die Kassenleistungen entscheidet. Auf der anderen Seite befinden sich Ärzte, die sich beim »igeln« nicht an Leitlinienempfehlungen halten, aber auch Kassen, die mit unsinnigen Zusatzleistungen auf Kundenfang gehen.

Der IGeL-Report 2018 zeigt, wie gravierend das Problem ist: An erster Stelle der Top 10 steht die Augeninnendruckmessung zur Glaukomvorsorge, sie ist demnach die häufigste IGeL in deutschen Arztpraxen. Der IGeL-Monitor hat sie mit »tendenziell negativ« bewertet. In einer Pressemitteilung

Top 10-IGeL beim Arzt und ihre Bewertung durch den IGeL-Monitor

Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung	22%	tendenziell negativ
Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung	19	negativ
Ultraschall der Brust zur Krebsfrüherkennung	12	unklar
psA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs	7	tendenziell negativ
Ultraschall (transvaginal) des Bauchraums (Eierstöcke / Gebärmutter)	7	[zum Teil bewertet]
Dermatoskopie zur Hautkrebs-Vorsorge	6	
Blutuntersuchungen ergänzend zur Kassenleistung	5	[zum Teil bewertet]
Augenspiegelung mit Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung	5	tendenziell negativ
Reisemedizinische Versorgung	4	[nicht bewertet]
HPV-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	4	

Frage Welche IGeL wurden Ihnen in den vergangenen drei Jahren in einer Arztpraxis angeboten bzw. nach welchen haben Sie selbst gefragt?

Basis 748 Befragte haben 1275 Arztleistungen genannt; Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der Befragten.

Quelle IGeL-Monitor / MDS 2018

vom Februar 2012 lobte der Berufsverband der Augenärzte diese Bewertung und bezeichnete die IGeL gar als »Kunstfehler«. Wichtig wäre es dagegen, so der BVA in einer Stellungnahme, frühe Glaukome mit einer Kombiuntersuchung aus Augeninnendruckmessung und Augenspiegelung aufzuspüren. Auch diese Untersuchung findet sich unter den Top 10, allerdings erst auf Platz 8.

Folgekosten für das Solidarsystem

An zweiter Stelle der häufigsten IGeL steht die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung. Sie ist bei Frauen die mit Abstand häufigste IGeL. Der IGeL-Monitor bewertet sie mit »negativ«. Auch hier findet eine aktuelle S3-Leitlinie deutliche Worte: »Ein generelles Screening soll nicht durchgeführt werden.« Diese Empfehlung trägt die höchste Dringlichkeits- und die höchste Evidenzstufe. Die Gründe für die strikte Ablehnung: Große Studien zeigten, dass keine Vorteile für die untersuchten Frauen gefunden werden konnten, die Frauen aber massive Schäden in Kauf nehmen müssen. Werden die Daten des IGeL-Reports mit den Zahlen der Screeningstudien hochgerechnet, sind bei 1,3 Millionen Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke knapp 120 000 auffällige Befunde zu erwarten, die abgeklärt werden, wobei es bei knapp 5400 Frauen zu schwerwiegenden Komplikationen kommt. Knapp 1200 Frauen werden als Krebspatientinnen behandelt, obwohl ihr Tumor vermutlich nie aufgefallen wäre. Das bedeutet auch, dass die Folgekosten dieser IGeL für das Solidarsystem enorm sind.

Verbände widersprechen

Verbände der Augenärzte sowie der Frauenärzte reagierten prompt. Sie beteuern, isolierte Augeninnendruckmessungen beziehungsweise isolierte Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke kämen praktisch nicht vor. Der IGeL-Report 2018 beruht auf einer Online-Umfrage unter gut 2000 GKV-Versicherten (Details unter www.igel-monitor.de), die das Marktforschungsinstitut *aserto* im Auftrag des IGeL-Monitors durchgeführt hat. Die Teilnehmer eines Online-Panels wurden gefragt, welche IGeL ihnen in den vergangenen drei Jahren angeboten wurden beziehungsweise nach welchen sie gefragt haben. Sobald in das entsprechende Textfeld ein Begriff eingegeben wurde, öffnete sich eine passende Vorschlagsliste, aus der die IGeL dann ausgewählt werden konn-

te. Fand sich die IGeL nicht in der Liste, stand ein Freitextfeld zur Verfügung. Die Angaben aus dem Freitextfeld wurden anschließend einzeln nachbearbeitet, und wenn sie keiner IGeL eindeutig zugeordnet werden konnten, aussortiert. Es darf bezweifelt werden, dass die Beteuerungen der Verbände ähnlich solide begründet sind.

Angeboten und nachgefragt

Neben den Top 10 brachte der IGeL-Report 2018 weitere Erkenntnisse zutage. Hier eine Auswahl:

- Anteil der Befragten, die in den vergangenen drei Jahren eine IGeL angeboten bekamen oder selbst danach gefragt haben **48%**
- Anteil der vom Arzt angebotenen IGeL **79%**
- Anteil der von den Patienten nachgefragten IGeL **20%**
- Anteil der durchgeführten IGeL, die von den Patienten nachgefragt worden waren **4%**
- Anteil der Befragten, die IGeL kritisch betrachten **57%**
- Anteil der Befragten, die mit der Reaktion des Arztes zufrieden sind, wenn sie die IGeL ablehnen **45%**
- Anteil der Befragten, die sich durch IGeL-Angebote bedrängt fühlen **39%**
- Anteil der Befragten, die finden, IGeL seien wichtig für den Erhalt der Gesundheit **31%**

Außerdem wurden die einzelnen IGeL den Facharztgruppen zugeordnet, von denen sie überwiegend angeboten werden. Danach »igeln« Frauenärzte mit 33% aller genannten IGeL am meisten, gefolgt von Augenärzten mit 22%, Allgemeinärzten / Innere Medizin mit 18%, Orthopäden mit 10%, Hautärzten mit 6% und Urologen mit 5%. Diese Ergebnisse decken sich sehr gut mit denen des WIDO-Monitors der AOK aus dem Jahr 2015.

Dr. Peter Pick, der Geschäftsführer des MDS, zieht angesichts der Ergebnisse des aktuellen IGeL-Reports ein ernüchterndes Fazit: »IGeL-Angebote orientieren sich nicht am medizinischen Nutzen, sondern eher an den Vorlieben einzelner Arztgruppen und wohl auch an den Umsatzinteressen der Ärzteschaft.«



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

Soziale Identität schaffen

Um Pflegefachkräfte in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bei ihrer Arbeit zu unterstützen, entwickelt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sogenannte Expertenstandards. Neu vorgestellt wurde im vergangenen Herbst der Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*.

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN, psychische Symptome und Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit führen dazu, dass Menschen mit Demenz buchstäblich aus ihrer sozialen Welt fallen: Denn das, was soziale Beziehungen ausmacht und zwischenmenschliche Nähe entstehen lässt, besteht im Teilen gemeinsamer Erinnerungen und Erfahrungen. Durch die Demenz aber ist es nicht mehr möglich, gemeinsam mit anderen fortzufahren, an die Vergangenheit anzuschließen und Erlebtes für die Gestaltung von Gegenwart und Zukunft zu nutzen. Der Mensch mit Demenz verliert im Verlaufe der Erkrankung gewissermaßen seine soziale Identität und das ist mit tiefen Gefühlen der Angst, Verzweiflung und Trauer verbunden.

Halt, Trost, Nähe und Geborgenheit schenken und stärken

Menschen mit Demenz brauchen daher mehr als zuvor andere Personen, um Wohlbefinden und soziale Identität wiederherstellen zu können. Eine gute pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz bedeutet daher, diese grundlegenden Bedürfnisse der Betroffenen in den Blick zu nehmen und Halt, Trost, Nähe, Geborgenheit und soziale Verbundenheit zu stärken sowie Beschäftigung und Identitätsarbeit zu ermöglichen.

Beziehungsgestaltung als Richtschnur

Der neue Expertenstandard stellt genau diese Aufgabe pflegerischen Handelns in den Mittelpunkt und betont die Notwendigkeit der Beziehungs- und Umgebungsgestaltung seitens der professionell Pflegenden. Er verweist mit seinen Empfehlungen auf die Verantwortung sowohl der einzelnen Pflegefachkraft als auch der Pflegeeinrichtung, Menschen mit Demenz als gleichberechtigte Gegenüber wahrzunehmen und anzuerkennen.

Als übergeordnetes Ziel pflegerischen Handelns formuliert der Expertenstandard, dass dafür Sorge zu tragen ist, dass jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote

zur Beziehungsgestaltung erhält, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen verbunden zu sein, erhalten und fördern.

Auf den Ebenen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollen die Empfehlungen des Expertenstandards dazu beitragen, den Menschen mit Demenz in seinem *Personsein* zu unterstützen. Damit das gelingen kann, muss die Pflegekraft u. a. bei der Gestaltung des persönlichen Alltags des Menschen mit Demenz dessen aktuelle Gefühle, seine Befindlichkeiten und Wünsche anerkennen, über beziehungs-fördernde Angebote Bescheid wissen und in der Lage sein, die pflegerische Versorgung daraufhin auszurichten.

Die Pflegeeinrichtung ihrerseits muss dafür die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen und u. a. Pflegefachkräften ausreichend Zeit zur Verfügung stellen. Sie hat außerdem dafür Sorge zu tragen, dass eine kontinuierliche Betreuung durch vertraute und als positiv wahrgenommene Bezugspersonen erfolgen kann und relativ gleichmäßige Tagesabläufe mit positiven Erlebnissen und Alltagsritualen ermöglicht werden können.

Humanistisches Menschenbild leben

Der Umgang mit Menschen mit Demenz verlangt ein humanistisches Menschenbild, das den Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist begreift und ihn und seine Würde in den Mittelpunkt stellt. Und genau das sollte allererste Richtschnur für alle sein, die in die professionelle Versorgung von Menschen mit Demenz eingebunden sind. Für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz bedeutet das, den Erhalt und die Stärkung des Personseins des Betroffenen als wesentliche Aufgabe zu verinnerlichen. Hierfür



Dr. PH Andrea Kimmel ist Seniorberaterin im Team Pflege beim MDS.
a.kimmel@mds-ev.de



leistet der neue Expertenstandard einen wichtigen Beitrag. Er kann damit auch als eine Art Rückbesinnung auf die eigentlichen Aufgaben von Pflege – nämlich als Beziehungs- und Problemlöseprozess – verstanden werden. So verstanden setzt der Expertenstandard ein wichtiges Signal für die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz, weil er den Kern pflegerischen Handelns wieder in den Mittelpunkt rückt: nämlich die Förderung und den Erhalt der Beziehungen von Menschen mit Demenz zu ihrer sozialen Umwelt.

Perspektiven

Ob und inwieweit durch die Veröffentlichung des Expertenstandards Fortschritte in der Versorgung von Menschen mit Demenz erreicht werden, wird die modellhafte Implementierung des Expertenstandards zeigen. Der MDS und die

MDK-Gemeinschaft werden diesen Prozess unterstützen. Dies geschieht u. a. derzeit mit der Überarbeitung und Aktualisierung der 2008 erschienenen Grundsatzstellungnahme *Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen*.

Die aktualisierte Grundsatzstellungnahme – als Zu-

Nachdenken, empfinden und sozial handeln

sammenschau des aktuellen Handlungswissens zur Thematik – soll professionell Pflegende, aber auch andere Akteure der Langzeitpflege in der Versorgung von Menschen mit kognitiven und psychischen Unterstützungsbedarfen unterstützen und damit zu einer Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege – und zwar ganz im Sinne des personenzentrierten Zugangs – beitragen.

Aber auch jenseits der Verantwortung professionell Pflegenden gilt: Um einen Zugang zu Menschen mit Demenz finden zu können, sei es professionell oder privat, ist das eigene Menschenbild kritisch zu reflektieren, dergestalt, den Menschen nicht nur als denkendes, sondern auch als empfindendes, emotionales und soziales Wesen zu verstehen.

Unterstützung für pflegende An- und Zugehörige

Die meisten Menschen mit Demenz werden zu Hause gepflegt – von Familienangehörigen, aber auch von Freunden und Nachbarn. Pflegende An- und Zugehörige sind nach wie vor diejenigen, die im System der Langzeitpflege die Hauptlast tragen. Sie sind jedoch pflegerische Laien und verfügen naturgemäß nicht über die notwendige professionelle Distanz, die die Pflege eines nahestehenden Menschen mit Demenz verlangt. Gerade der Zeitpunkt, zu dem der Mensch mit Demenz die Fähigkeit verliert, ihm nahestehende Menschen zu erkennen, wird als schmerzhaftes Zäsur erlebt, denn an diesem Punkt ändert sich die Beziehungsqualität massiv. Gleichzeitig müssen pflegende An- und Zugehörige eine starke Nähe zulassen, sowohl körperlich als auch emotional. Das gilt vor allem in späten Krankheitsphasen: Die pflegerische Unterstützung beinhaltet die Intimpflege ebenso wie den Umgang mit psychischen Verhaltenssymptomen.

So wie Menschen mit Demenz selbst brauchen auch pflegende An- und Zugehörige Unterstützung und Möglichkeiten der Entlas-

tung in ihrem Alltag: Wenn Menschen mit Demenz aus ihrer sozialen Welt fallen, dann kostet das Energie und Kraft, sie zurückzuholen, und schlimmstenfalls kann das krank machen.

Dabei gibt es ein breites Angebot an Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten, das auch finanziert wird. Viele Betroffene wissen das aber nicht und nutzen die Leistungen nicht – oft auch aus Scham, einer Aufgabe vermeintlich nicht gewachsen zu sein. Deshalb sind Aufklärung und Beratung Pflegenden eine wichtige Aufgabe aller in der Demenzversorgung professionell Tätigen.

Betroffene sollten bei der Pflegekasse des demenzkranken Familienmitglieds nach individueller Pflegeberatung, Adressen von Pflegestützpunkten oder konkreten Entlastungsangeboten nachfragen. An- und Zugehörige von Menschen mit Demenz, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, können außerdem eine Schulung beanspruchen. Dabei lernen sie beispielsweise Regeln zur Kommunikation und wie sie mit schwierigen Verhaltensweisen umgehen können.

Gut im Gespräch

Im anspruchsvollen Curriculum angehender Mediziner spielen Softskills wie Kommunikationsfähigkeiten eine untergeordnete Rolle. Eine Studentengruppe in Erlangen hat deshalb kurzerhand eine eigene Arbeitsgruppe gegründet. Das Ziel: eine optimale Arzt-Patienten-Kommunikation.

ES IST EIN Mittwochabend im Klinikum Erlangen. Den Tränen nah berichtet eine 60-jährige Patientin von ihrer langen Krankheitsgeschichte. Das Taschentuch in den Händen zittert und die Stimmung ist zum Zerreißen gespannt. Vor ihr sitzt die angehende Krankenpflegerin Johanna. Sie schaut die Dame mitfühlend an: »Gibt es noch etwas, das Sie erzählen möchten?« Die Patientin schüttelt

Arzt-Patient- Beziehung im Masterplan

den Kopf und lächelt: »So viel habe ich schon lange nicht mehr erzählen dürfen.« Die Krankenpflegerin verabschiedet die Dame, schließt die Tür und

dreht sich in den Raum. »Puh, was für ein Gespräch! Können wir kurz die Fenster öffnen, bevor wir mit der Feedbackrunde anfangen?« Sie blickt in die Gesichter der beiden Tutoren und der anderen sechs Teilnehmer des Abends – ebenfalls Auszubildende oder Studierende aus den unterschiedlichsten heilberuflichen Studiengängen.

Hals über Kopf

Der Zweck von Anamnesegruppen während des Studiums ist es, die jungen Studierenden auf das spätere Erstgespräch mit den Patienten vorzubereiten. Vermittelt wird neben der patientenorientierten Gesprächsführung vor allem der Umgang mit den Emotionen, die durch das Gespräch in den Studenten ausgelöst werden. Was sich wie ein unverzichtbares Ausbildungselement liest, ist jedoch keine Selbstverständlichkeit im Universitätsalltag. Nach wie vor bieten nicht alle Universitäten entsprechende Angebote an. Es gibt nicht ausreichend Plätze, oder der Kurs ist als eines von vielen Wahlfächern gelistet, die die Studenten nicht alle belegen können. Das Ergebnis: Oftmals kommen die angehenden Mediziner erst im letzten Studienjahr in Kontakt mit Patienten – und dies dann direkt Hals über Kopf, ausgestattet mit dem Anamnesebogen der Klinik im Alleingang.

Dass daran etwas geändert werden muss, hat auch die

Politik erkannt. Unter der Federführung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung hat sie im Frühjahr 2017 den *Masterplan Medizinstudium 2020* vorgestellt. Ein Plan, der Maßnahmen aufzählt, um die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte durch ein neues Curriculum langfristig besser auf die Herausforderungen vorzubereiten. Neben Verbesserungen im Bereich der Erstellung von wissenschaftlichen Arbeiten oder einem verstärkten Fokus auf die Allgemeinmedizin steht nun auch die Arzt-Patient-Beziehung im Ausbildungsplan. Während der Plan der Politik bis zum Jahr 2020 noch diverse Gremien durchlaufen wird, wollen einige Studierende aber nicht mehr länger warten und helfen sich einfach selbst. Unter ihnen: Louisa Hecht, 24 Jahre und Medizinstudentin an der Universität Erlangen.

Übung macht den Meister

Sie ist Gründerin der Anamnesegruppen in Erlangen, einem freiwilligen Angebot für junge Studierende und Auszubildende, die sich auf die stark fordernde und wichtige Aufgabe des Anamnesegesprächs gut vorbereiten wollen. Auf die Idee kam Louisa Hecht, als sie selbst mit dem Studium an der Universität in Erlangen begann, ihrem Praxissemester immer näher kam und keine passende Vorbereitung für sich finden konnte. »Im Bereich der Humanmedizin bietet die Universität leider kaum Angebote an, den echten Patientenumgang im geschützten Rahmen intensiv zu trainieren. Vor allem hat mir der interprofessionelle Austausch zwischen den Studiengängen gefehlt. Schließlich ist das Patientengespräch unser gemeinsames Ziel. Also kam ich auf die Idee, eine eigene Gruppe speziell für das Üben der Anamnese zu gründen«, erzählt sie. Seit drei Jahren treffen sich die angehenden Mediziner, Psychologen, Logopäden und Krankenpfleger in der mittelfränkischen Stadt in ihrer Freizeit einmal wöchentlich, um sich gründlich auf das Arzt-Patienten-Gespräch vorzubereiten. Angeleitet durch Tutoren, lernen



die Studenten zunächst die Grundlagen der Gesprächsführung unter der Kernfrage: »Was macht ein Anamnesegespräch aus?« Zudem werden Verhaltensweisen und Umgangsformen kritisch besprochen und Kommunikationstipps sowie Fragetechniken aus den unterschiedlichsten Studienrichtungen vermittelt.

Als Probelauf wird dann ein Schauspieler eingeladen, der den Patienten darstellt, um ein erstes, fiktives Arzt-Patienten-Gespräch üben zu können. »Diese Vorbereitung dient dazu, dass die Studenten ihre Hemmungen abbauen und Fragen stellen können.« Ein weiterer Vorteil der Schauspieler sei, dass diese ein umfassenderes Feedback vermitteln können, so Hecht. »Patienten sind oftmals zu nett und verständnisvoll, wenn ein junger Arzt vor ihnen steht. Aber wir wollen genau wissen, was wir verbessern können.« Zudem können so bestimmte Themen zunächst gezielt geübt werden. »Dazu zählen beispielsweise besonders wortkarge Patienten oder auch eine Situation, in der der Patient emotional reagiert und weint. So können sich die Studenten ein erstes Mal ausprobieren und erhalten eine Rückmeldung, ob ihre Fragen richtig waren oder ihr Verhalten angemessen«, erklärt die Erlangerin den Einsatz der Schauspieler.

Routine entwickeln, Struktur gewinnen

Besonders das Stichwort Reflexion spielt eine große Rolle in der Gruppe. Die ausgebildeten studentischen Tutoren sorgen dafür, dass das Augenmerk der Studierenden auf den wesentlichen Punkten liegt und nur konstruktive Kritik kommuniziert wird. Ausgestattet mit den Basisinformationen zur Kommunikation und den Verbesserungsvorschlägen aus dem Training mit den Schauspielern, dürfen die Teilnehmer

dann »ans Werk«: Patienten aus der Erlanger Klinik melden sich freiwillig und führen ein jeweils 30-minütiges, reales Anamnese-Gespräch, in dem sie dem

ausgewählten Studenten ihre Krankheitsgeschichte erzählen. Der Rest der Gruppe sitzt still um das Geschehen herum und macht sich Notizen, um im Anschluss erneut wertvolles Feedback geben zu können. »Unser Ziel ist, dass die Studenten dank dieser Vorbereitung mit einem guten Gefühl in ihr erstes Arzt-Patient-Gespräch gehen können«, fasst Initiatorin Hecht zusammen. »Die Anamnesebögen der Krankenhäuser sind ein guter Leitfaden. Aber nur wer weiß, wie er fragen muss und wie seine Fragen ankommen, erfährt Sicher-

heit. Und nur aus Sicherheit kann sich Routine entwickeln, so dass man Anamnese-Gespräche gezielt führen kann. Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch braucht nicht mehr Zeit, sondern eine gute Struktur, die es beiden ermöglicht, die richtigen Fragen stellen zu können.«

Pro Semester können insgesamt 28 Teilnehmer aus verschiedenen Studiengängen das Angebot wahrnehmen. Die Universität sowie die Klinik unterstützen das Engagement der Studierenden durch die Bereitstellung von Räumen und die Erlaubnis, Kontakt zu den Patienten des Klinikums aufzunehmen. »Allen voran war uns das Allgemeinmedizinische Institut der Uniklinik Erlangen eine sehr große Unterstützung. Sie ermöglichen uns, dass wir unsere Tutoren qualifiziert ausbilden können. So konnten wir die Gruppen seit Beginn auf hohem Niveau starten«, betont Hecht. Das gesamte Konzept und Angebot aber basiert vor allem auf der Idee der Studierenden und deren Einsatz: »Wir haben uns vorab selbst viel informiert und umgehört. Uns dann einen Ablauf überlegt, Übungsstunden ausgedacht, Schulungsmaterial erarbeitet und wir organisieren auch die Patienten sowie das gesamte Drumherum in Eigenregie«, erzählt Louisa Hecht – und dies alles ehrenamtlich. Diese Leidenschaft brachte ihr und ihrem Team bereits einige Anerkennung, zuletzt wurden sie von der Deutschen Balint-Gesellschaft ausgezeichnet.

Schauspieler helfen beim fiktiven Arzt-Patienten-Gespräch

Wie reagieren, wenn der Patient weint?

ausgewählten Studenten ihre Krankheitsgeschichte erzählen. Der Rest der Gruppe sitzt still um das Geschehen herum und macht sich Notizen, um im Anschluss erneut wertvolles Feedback geben zu können. »Unser Ziel ist, dass die Studenten dank dieser Vorbereitung mit einem guten Gefühl in ihr erstes Arzt-Patient-Gespräch gehen können«, fasst Initiatorin Hecht zusammen. »Die Anamnesebögen der Krankenhäuser sind ein guter Leitfaden. Aber nur wer weiß, wie er fragen muss und wie seine Fragen ankommen, erfährt Sicher-



Jaqueline Bettels ist Fachberaterin für Unternehmenskommunikation beim MDK Bayern.
jaqueline.bettels@mdk-bayern.de

Medizinische Hilfe auf hoher See

Wer auf einem Kreuzfahrtschiff reist, braucht sich um die medizinische Versorgung keine Sorgen zu machen. Schiffsärzte können bei gesundheitlichen Problemen helfen und sogar bestimmte Eingriffe an Bord durchführen. Ganz anders ist die Situation auf Frachtschiffen. Dort sind die Seeleute auf ärztliche Hilfe von außen angewiesen – zum Beispiel vom Telemedical Maritime Assistance Service (TMAS Germany) in Cuxhaven.

DER KAPITÄN eines Frachters ruft bei TMAS an. Sein Schiff ist gerade an der Westküste Afrikas unterwegs. Auf Englisch schildert der Kapitän, dass ein Seemann einen Abszess in der Achsel hat und unter einer »gezüchteten Haarwurzelerntzündung« leidet. Für die funkärztliche Beratung gibt es klare Prozessschritte. »Als Erstes wird geklärt, ob es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt, die einer sofortigen Intervention bedarf«, erläutert TMAS-Leiter Manuel Burkert,

Da wird der Kapitän zum Hausarzt

der zugleich Chefarzt für Notfallmedizin, Intensivmedizin und Palliativmedizin in der Helios Klinik in Cuxhaven ist.

Da die Satellitenverbindung zum Schiff schlecht ist, wird per E-Mail weiterkommuniziert. Burkert erhält Fotos vom Abszess sowie Schiffsdaten zu Position, Ziel und medizinischer Ausstattung. Außerdem werden detaillierte Informationen zum Patienten übermittelt, etwa zu Geschlecht, Alter, Name.

Auf dem Foto ist zu erkennen, dass der Abszess an der Oberfläche liegt. Burkert rät dem Kapitän, den Abszess mit einem Schnitt zu eröffnen (Inzision). »Es ist wichtig zu wissen, dass TMAS Germany funkärztlich berät. Die Verantwortung für alle Maßnahmen liegt beim Schiffsführer«, sagt Burkert. Das unterscheidet die funkärztliche Beratung von der telemedizinischen Behandlung. Die Technik der Inzision lernen die Seeoffiziere bei ihrer Ausbildung und in ihrem medizinischen Handbuch können sie Details zur Durchführung an Bord nachlesen. Nach der Inzision wird ein Antibiotikum empfohlen.

Offiziere werden medizinisch ausgebildet

Deutsche Seeoffiziere erhalten in ihrem Studium auch eine intensive medizinische Ausbildung, die in einem mehrwöchigen Krankenhauspraktikum endet. Der besonderen

Situation an Bord geschuldet, können Seeoffiziere dann mit der Anleitung aus dem entsprechenden Handbuch und nach Beratung durch TMAS Germany zum Beispiel Wunden nähen, intravenöse Zugänge legen, Tetanus-Impfungen durchführen und verletzte Personen aus den verwinkelten Decks von Schiffen regelgerecht ins Schiffshospital verbringen.

Die medizinischen Handbücher informieren ausführlich und beschreiben Schritt für Schritt medizinische Maßnahmen mit Indikationen und Kontraindikationen. »In der Ausbildung von Seefahrtsschülern schulen wir regelmäßig Seeoffiziere in den Bereichen Zentrale Interdisziplinäre Notfallaufnahme und OP. Hier können sie pflegerische und medizinische Grundfertigkeiten nach einem hausinternen Curriculum erlernen«, sagt Burkert.

Woher wissen Seeleute eigentlich, dass sie auch die Hilfe von TMAS in Anspruch nehmen können? Das Studium der Offiziere umfasst einen größeren medizinischen Anteil. Dabei lernen sie das Hilfsangebot TMAS kennen. Außerdem wird in internationalen Verträgen festgelegt, dass jeder Flaggenstaat zwei Einrichtungen vorhalten muss, zum einen ein Maritime Rescue Coordination Center (MRCC), in Deutschland über die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger in Bremen abgebildet, und einen Telemedical Maritime Assistance Service (TMAS). Jeder Seemann kennt beide Institutionen aus seiner Tätigkeit.

Notfallmediziner mit »Seeblood« in den Adern

Mediziner Burkert selbst ist viele Jahre zur See gefahren. »Ich war 16 Jahre Marinesoldat. Als gebürtiger Freiburger (i. B.) habe ich über diese Tätigkeit die Liebe zum Meer entwickelt und mich immer wieder beruflich in Richtung Küste orientiert. Als sich die Gelegenheit bot, die Leitung von TMAS Germany zu übernehmen, hat die bei der Bundesmarine ge-



wonnene Kenntnis von Leben und Arbeiten an Bord die Entscheidung deutlich vereinfacht. Die gewachsenen Seebeine kann ich als gebürtiger Baden-Württemberger nicht verleugnen. So ist die emotionale Nähe zu den beruflich zur See fahrenden Frauen und Männern ausgeprägt und einer der Gründe für meine Begeisterung, hier helfen zu können.«

Unterstützt wird er bei der 24-Stunden-Versorgung von etwa 15 Ärztinnen und Ärzten. Im Tagesbetrieb übernimmt die medizinische Beratung der Chefarzt für Notfall-, Intensiv- und Palliativmedizin oder der Oberarzt der Intensivstation, wenn der Chefarzt nicht da ist. Nachts und am Wochenende liegt die medizinische Beratung beim diensthabenden Arzt der Anästhesie. Hier kann in schwierigen Fällen oder bei gleichzeitiger Tätigkeit im OP der Hintergrunddienst der Anästhesie und Intensivmedizin hinzugerufen werden.

Viele hausärztliche Fragen

Etwa tausend Mal im Jahr nehmen Seeleute den funkärztlichen Dienst in Anspruch. Jeder Fall bedeutet im Durchschnitt acht Kontakte zwischen Schiffsbesatzung und Arzt. Über 90% der Anfragen liegen im unkritischen, nicht dringlichen Bereich zu eher »hausärztlichen« Fragestellungen. Das kann zum Beispiel bei Husten, Windpocken oder Fragen zur Malariaphylaxe der Fall sein.

Doch kann es durchaus zu ausgesprochen kritischen Situationen kommen, wie Chefarzt Burkert erzählt: »Im September 2016 meldete eine Reederei, dass 80% der Besatzung nicht mehr handlungsfähig sei. Vermutet wurden Nahrungsmittelvergiftungen. Ein Telefongespräch mit dem Kapitän ergab, dass er und weitere Besatzungsmitglieder neurologische Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, aber auch Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und deutlich verlangsamte Sprache zeigten. Letztere sind untypisch für eine Nahrungsmittelvergiftung.«

SOS bei großen und kleinen Wehwechen

Alle Mann an Deck

Als Sofortmaßnahme wurde die gesamte Besatzung aufs Oberdeck geschickt. In Zusammenarbeit mit der Reederei seien dann die Ladung und das potenziell toxische Agens, die Ursache des Übels, identifiziert worden. Der Frachter hätte Holzpellets in Containern geladen. Diese sollten von der Elfenbeinküste nach Teneriffa transportiert werden. Holz-

pellets werden mit Phosphorwasserstoff begast, um die im Holz befindlichen Kakerlaken abzutöten. Da die Container nicht vollständig dicht gewesen wären, sei das Gas in die Unterkünfte der Seeleute gelangt.

»Gemeinsam mit der Reederei, der Berufsgenossenschaft Verkehr, der Feuerwehr der BASF Ludwigshafen und dem Maritime Rescue Coordination Center gelang es schließlich«, so Burkert, »die Besatzung vor weiterem Schaden zu bewahren und auszuschließen, dass das Luft-/Phosphorwasserstoff-Gemisch als explosiv einzustufen ist. Nach 24 Stunden waren alle an Bord befindlichen Besatzungsmitglieder wieder wohlauf und ohne Symptome. Das alles 200 Seemeilen vor der Küste von Sierra Leone.«

Von Cuxhaven in die Welt

Der Telemedical Maritime Assistance Service (TMAS Germany) arbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur. Bereits seit 1931 gibt es den Service an den Cuxhavener Krankenhäusern. Die Leistungen des TMAS sind in die Strukturen der Helioskliniken Cuxhaven eingebettet, gelten jedoch als eigene (staatliche) Tätigkeit.

Bis auf Pädiatrie sind alle medizinischen Fachgebiete eingebunden: Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Kardiologie, Gynäkologie, Urologie, Anästhesie und Schmerzmedizin, Notfall- und Intensivmedizin. Über die HELIOS Klinik Krefeld wird zusätzlich rund um die Uhr die Expertise in Dermatologie und Augenheilkunde sichergestellt.

Strukturell hat das Ministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur die Aufgabe TMAS Germany für die Bundesrepublik Deutschland auf der Basis internationaler Verträge übernommen. Gemäß Seeaufgabengesetz hat die Berufsgenossenschaft Verkehr den Sicherstellungsauftrag TMAS Germany. Diese Tätigkeit wurde an die HELIOS Klinik in Cuxhaven als Rechtsnachfolger des Stadtkrankenhauses Cuxhaven vertraglich delegiert. Der Service ist Steuerzahler-finanziert und hat eine eigene Haushaltsposition im Bundeshaushalt.



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

Wenn Musik krank macht



Im Wesen der Musik liegt es, Freude zu bereiten, sagt Aristoteles. Prof. Dr. Claudia Spahn und Prof. Dr. Bernhard Richter leiten das Freiburger Institut für Musikermedizin und wissen, dass Musik machen auch ungesund sein kann. Wie »Gesundes Musizieren« geht, haben sie dem *MDK forum* erklärt.

»DIE WIRKUNG VON MUSIK ist natürlich grundsätzlich etwas Gesundes«, sagt Bernhard Richter, »auch wenn das selbstverständlich geschmacksabhängig ist.« Und auch das Musizieren selbst sei eine der gesündesten Aktivitäten, ergänzt Claudia Spahn.

Aber man kann auch die gesündeste Sache so betreiben, dass sie dies nicht mehr ist. Im Freiburger Institut für Musikermedizin (FIM) kümmert man sich um Musiker, die professionell musizieren, im Laienbereich oder beruflich – und somit besonderen Risiken ausgesetzt sind. Im Sport erscheint das viel offenkundiger, handelt es sich doch ebenfalls um eine intensive Tätigkeit, bei der es schnell zu Fehlbelastungen oder Verletzungen kommen kann.

Wenn Gitarristen leiden

Gitarre zu spielen, steht gemeinhin für »easy going«. Tatsächlich erfordert das Instrument eine extrem asymmetrische Haltung, weswegen Gitarristen auch relativ häufig den Rat der Musikermediziner suchen. Überhaupt sind es bei vielen Musizierenden unterschiedliche Schmerzen im Bewegungsapparat, die sie ins Freiburger Institut führen. Tägliche Probezeiten, zahlreiche lange Konzerte: Gerade die Mitglieder klassischer Orchester sind großen Anforderungen und hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt.

Um Musikern dauerhaft zu helfen, setzen Claudia Spahn und Bernhard Richter auf einen ganzheitlichen, multimodalen Ansatz, auf eine umfassende Anamnese, Diagnose und ein breites Therapiespektrum. In ihren Behandlungsräumen finden sich daher nicht nur medizinische Instrumente, sondern auch musikalische, wie Klaviere und Flügel. Die Patienten bringen stets ihr Instrument mit, um Beschwerden im Zusammenhang mit der Musikausübung zu zeigen. »Uns geht es um Feinheiten«, erklärt Claudia Spahn: Wie führt der Geiger seinen Bogenarm? Wie hält er sein Instrument? Die

Betroffenen sind dann oft erstaunt, dass man sich auch für den ganzen Körper interessiert, »obwohl das Instrumentalspiel vorwiegend die oberen Extremitäten betrifft«.

Laut, Lärm, schwerhörig

Lärmschwerhörigkeit, die bei Musizierenden seltener sei als man statistisch vermuten würde, offenbare sich, so Richter, bei Rock- wie Orchestermusikern als Paradox und Dilemma. Während sich der Schreiner vor dem Lärm seiner Säge schützen könne und dennoch das Ergebnis seiner Arbeit sehen würde, hätte der Musiker keine Chance: Wie soll er sich vor »seinem Produkt«, seiner Musik schützen? Im Gegensatz zur klassischen Musik lässt sich dies bei der Rockmusik inzwischen mit sogenannten In-Ear-Monitoren lösen. Stars wie Eric Clapton oder Pete Townshend spielten in den 1960er-Jahren ungeschützt vor Lautsprechern und sind daher mittlerweile nahezu taub. Dank besseren Schutzes entwickeln Rockmusiker heute nicht mehr so leicht eine Lärmschwerhörigkeit.

Besser Lampenfieber als Auftrittsangst

»Lampenfieber halten wir für etwas Gesundes«, sagt Claudia Spahn und verweist auf den Zusammenhang zwischen Aufregung und Performance. So ist eine wachsende Aufregung vor und beim Auftritt förderlich für die Leistung auf der Bühne. Ab einem gewissen Grad hingegen erwächst aus der Aufregung eine Auftrittsangst – »und diese behandeln wir dann in unserer Sprechstunde«.



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

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK Rheinland-Pfalz

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1
01067 Dresden
Geschäftsführer *Dr. Ulf Sengebusch*
Telefon 0351.80005-0
E-Mail info@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer *Volker Reiboldt*
Telefon 0391.5661-0
E-Mail info.gf@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
Jaqueline Bettels
jaqueline.bettels@mdk-bayern.de
Diana Arnold diana.arnold@mdk-sachsen.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

Titelabbildung: [flora_finn / photocase.de](http://flora_finn/photocase.de)

S. 23 pluss / photocase.de
S. 25 sensay / photocase.de
S. 27 jbkfotos / photocase.de
S. 29 inkje / photocase.de
S. 31 josuae / photocase.de

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

ISSN 1610-5346



