

MDK *forum*

21

21

21

Trisomie 21:

**Leben mit dem Down-
Syndrom**

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Pflegenoten werden zurzeit kontrovers diskutiert. Doch ein Aussetzen der Noten ist der falsche Weg, weil damit die Transparenz für lange Zeit auf Eis gelegt würde. Die Bewertungskriterien sollten gestrafft und systematisch weiterentwickelt werden, damit die Versorgungsqualität in den Heimen besser abgebildet werden kann.

Auch der zweite MDK-Kongress im November 2014 in Berlin beschäftigte sich mit diesem Thema. Gesundheit und Pflege der Zukunft – so lautete das Motto. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nahm an der Veranstaltung teil und legte ein klares Bekenntnis zu den Medizinischen Diensten und ihren wichtigen Aufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ab. Wir haben uns über die durchweg positive Resonanz und viele interessante Beiträge und Diskussionen sehr gefreut. Aber lesen Sie es selbst in unserer Veranstaltungsdokumentation im Mittelteil des Heftes.

Der Schwerpunkt unseres Heftes beschäftigt sich mit einem kleinen Chromosom, das eine große Wirkung haben kann. Was die Diagnose »Down-Syndrom« für Eltern und Kinder, aber auch für die betreuenden Ärzte bedeutet, lesen Sie auf den folgenden Seiten. Ich wünsche Ihnen eine interessante und informative Lektüre.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

- Die gute Frage **Vater werden bis ins hohe Alter?** 1
Kurznachrichten 3
 Die politische Kolumne **Ein Recht auf Nicht-Wissen?** 40

Titelthema

- Anders normal** 5
 Interview mit Dr. med. Susanne Heicappell **Früh übt sich** 7
 Lebenswege mit Down-Syndrom **Die neue Entdeckung der Langsamkeit** 9
 Pflege-Begutachtung bei Kindern ist auch Beratung für Familien **Prüfung zwischen Bauklötzen** 11

Wissen & Standpunkte

- Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand **3 Jahre, 33 Bewertungen, 2 Millionen Nutzer Viel Licht, aber auch Schatten in der Pflegeversorgung** 14
 Interview mit Dr. Peter Pick **Reformieren oder Aussetzen: Wie soll es mit den Pflegenoten weitergehen?** 16
NBA: Praxistest bestanden 17
 Webinarprogramm des MDS 2015 **Neues aus der virtuellen Akademie** 19
 Lebensqualität in der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter 20

Sonderteil: MDK-Kongress

Gesundheit & Pflege

- Die Pläne der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhausreform **Große Dinge werfen ihre Schatten voraus** 33
Die vergessenen Emotionen 34

Weitblick

- EU verschärft Regeln für Landeplätze an Kliniken **Den Absturz vermieden** 36
 Mobile Hilfe Madagaskar **Hebammenmobil bekommt Zuwachs** 38

Interview mit
Prof. Dr. Thomas Haaf

VATER WERDEN BIS IN'S HOHE ALTER?

Luis Trenker wurde mit 96 Jahren noch einmal Vater, ein Jahr vor seinem Tod, Jean Pütz mit 74, im Alter von 69 Jahren Ulrich Wickert. Die Zahl der alten Väter steigt – nicht nur unter Prominenten. Laut dem Bundesamt für Statistik hat heutzutage jedes 20. Kind einen Vater, der älter als 50 Jahre ist, jedes 4. einen über 40 Jahre. Über mögliche Folgen für diese Kinder sprachen wir mit Prof. Dr. Thomas Haaf, Humangenetiker von der Universität Würzburg.

Ist eine werdende Mutter älter als 35 Jahre, gilt das als Risikoschwangerschaft. Männer dagegen können – so der Volksmund – auch in späten Jahren problemlos Vater werden. Stimmt das überhaupt?

Wenn Frauen im Alter ab 35 Jahren schwanger werden, steigt das Risiko, dass ihr Kind mit einer Behinderung zur Welt kommt, wie beispielsweise mit dem Down-Syndrom. Das ist inzwischen recht bekannt, wohingegen sich der Mythos, dass ältere Männer »risikolos« Kinder zeugen können, hartnäckig hält. Doch auch die Keimzellen der Väter werden mit zunehmendem Alter nicht besser.

Wir Genetiker sehen – und das bestätigen auch aktuelle Studien – die Gefahr, dass sich das Erbgut in den männlichen Keimzellen im Alter verändert und ein älterer Vater mit höherer Wahrscheinlichkeit Genmutationen an das Kind weitergibt. Dadurch ließen sich das vermehrte Auftreten von einigen seltenen dominanten Krankheitsbildern, wie beispielsweise bestimmten Skelettdysplasien, aber auch von psychiatrischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Autismus und Schizophrenie, bei Kindern von älteren Vätern erklären. Verschiedene Studien zeigen – rein statistisch – auch einen etwas niedrigeren Intelligenzquotienten bei Kindern älterer Väter. Allerdings ist es bei solchen Untersuchungen schwierig, den Einfluss von sozialen und wirtschaftlichen Faktoren auszuschließen. Die Familiensituation und die finanziellen Verhältnisse von alten und jungen Vätern sind unterschiedlich.

Ab wann ist ein Vater aus genetischer Sicht alt?

Im Gegensatz zur Frau, bei der mit zunehmenden Alter immer weniger Eizellen und irgendwann überhaupt keine mehr zur Verfügung stehen, gibt es beim Mann kein natür-

liches Ende der Samenzellbildung. Dennoch kommt es auch mit zunehmendem Vateralter zu einer Abnahme der Fertilität und einem erhöhten Risiko für ein krankes Kind. Ich würde ab 45 Jahren von einem erhöhten Vateralter sprechen. Bei jeder Schwangerschaft besteht ein Basisrisiko von 3–5%, dass das Kind bei Geburt krank ist. Beim 45-jährigen Vater kommen etwa 0,5% Risiko aufgrund des Vateralters hinzu.

Welches Risiko besteht konkret für diese Kinder?

Beim Mann teilen sich die Stammzellen der Spermatogenese (Samenzellbildung) alle 2–3 Wochen. Bei jeder Zellteilung müssen etwa 3 Milliarden Basenpaare verdoppelt, also exakt kopiert werden. Dabei entstehen Fehler (sogenannte Mutationen), die dann beim Kind eine genetische Erkrankung verursachen oder das Risiko für komplexe, zum Beispiel psychiatrische Krankheiten erhöhen können. Die Stammzellen von Jungen im Pubertätsalter haben rund 30–40 Teilungen hinter sich, die von 45-jährigen Männern bereits über 700, d. h. mit zunehmendem Vateralter akkumulieren immer mehr Mutationen in den Spermien.

Wie ist die Wissenschaft diesem Phänomen auf die Spur gekommen?

Die ersten Hinweise, dass alte Eltern – damit wusste man noch nicht, ob die Ursache beim Vater oder bei der Mutter liegt – häufiger Kinder mit einer Achondroplasie (Zwergwuchs) bekommen, stammen von dem Stuttgarter Arzt Wilhelm Weinberg (vom berühmten Hardy-Weinberg-Gesetz) aus dem Jahr 1912. Heute wissen wir, dass die meisten Achondroplasien durch Neumutationen im FGFR3-Gen aufgrund hohen Vateralters entstehen.



Man hat inzwischen die Genome von Kindern alter und junger Väter komplett sequenziert und dabei festgestellt, dass beim Kind eines 20-jährigen Vaters etwa 40 Neumutationen, bei dem eines 40-jährigen Vaters etwa 80 (mit derzeitigen Methoden erkennbare) Neumutationen vorliegen. Nicht alle diese Mutationen müssen Krankheiten verursachen, aber wenn sie eine proteinkodierende Sequenz (nur etwa 2% des menschlichen Erbguts) betreffen, besteht diese Gefahr.

Sie planen ein konkretes Forschungsprojekt. Was möchten Sie erreichen?

Der epidemiologische Zusammenhang zwischen alten Vätern und einem erhöhten Risiko für bestimmte Krankheiten bei ihren Kindern ist seit längerem klar. Wir wissen aber nicht genau, wodurch er zustande kommt. Allein mit einer altersbedingten Häufung von Gen-Mutationen in den Spermien ist das nicht zu erklären. Vermutlich spielen hier sogenannte epigenetische Veränderungen eine wichtige Rolle: Bei der Zellteilung der Stammzellen müssen nicht nur die genetischen, sondern auch epigenetische Informationen kopiert werden. Epigenetische Veränderungen sind biochemische Modifikationen des DNA-Moleküls, beispielsweise die Anheftung von Methylgruppen an bestimmten Stellen,

welche die Genregulation steuern. Der Kopierprozess für epigenetische Informationen ist sehr viel fehleranfälliger als der für genetische Informationen. Wir wollen untersuchen, ob mit zunehmendem Vateralter auch gehäuft Epimutationen in den Spermien auftreten, wenn ja, in welchen Genen und ob diese Epimutationen an die Kinder weitergegeben werden.

Bevor es hier die ersten Ergebnisse gibt: Was raten Sie älteren Männern, die gerne noch einmal Vater werden wollen?

Es wäre gut, wenn Männer ab 45, die Vater werden wollen, sich darüber informieren, welche Krankheitsrisiken für das Kind mit einem erhöhten Vateralter verbunden sind. Man kann sich zum Beispiel in Form einer genetischen Beratung über die Risiken aufklären lassen. Manche, aber nicht alle Krankheiten, die durch dominante Neumutationen beim Kind verursacht werden, können durch eine hochauflösende Ultraschalluntersuchung des Kindes im Mutterleib erkannt werden.

Dabei muss sich aber auch jeder klarmachen, dass es bei keiner Schwangerschaft eine Garantie für ein gesundes Kind gibt, auch nicht bei jungen Eltern. Ein hohes Alter des Vaters oder auch der Mutter ist kein Grund, sich gegen ein Kind zu entscheiden, aber man sollte um die möglichen medizinischen Probleme und Vorsorgemaßnahmen wissen.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

Präventionsbericht 2014: Starkes Engagement der Krankenkassen

Im Jahr 2013 haben die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement für die Gesundheitsförderung und Prävention noch einmal intensiviert. Rund 12% mehr als im Vorjahr haben sie für diesen Leistungsbereich ausgegeben. Das geht aus dem Präventionsbericht 2014 von GKV-Spitzenverband und Medizinischem Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) hervor. Mit 267 Mio. Euro sind die Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung im Berichtsjahr 2013 deutlich höher als im Vorjahr mit rund 238 Mio. Euro. Im Schnitt gaben die Kassen € 3,82 pro Versichertem für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen aus. Damit wurde der gesetzlich vorgeschriebene Richtwert von € 3,01 wiederum erheblich überschritten. Nähere Informationen und der Präventionsbericht zum Download unter www.mds-ev.de

EBM-Vorsitzende in Sachverständigenrat berufen

Im Januar ist Prof. Dr. Gabriele Meyer, Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V., von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen worden. Der interdisziplinär besetzte Sachverständigenrat umfasst sieben Mitglieder und gilt als wichtigstes Expertengremium der deutschen Gesundheitspolitik. Gabriele Meyer ist seit März 2013 Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ihre wissenschaftliche Laufbahn begann sie an der Universität Hamburg; es folgten Professuren an den Universitäten Bremen und Witten / Herdecke. Neben ihrer Tätigkeit als Vorsitzende des EBM-Netzwerks ist sie Vizepräsidentin der European Academy of Nursing Science und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Mindestmenge für Knie-TEP wieder in Kraft

Seit dem 1. Januar 2015 gilt für den Einsatz von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) wieder die Mindestmengenregelung. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Dezember 2014 beschlossen und damit die Aussetzung der Mindestmengenregelung aufgehoben. Kliniken dürfen diese Leistung nur noch dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie mindestens 50 künstliche Kniegelenke pro Jahr einsetzen. Hintergrund für das Wieder-in-Kraft-Setzen der Mindestmengenregelung ist die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Nach Auffassung des BSG sind Knie-TEP planbare Eingriffe, deren Ergebnisqualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Die Mindestmengenregelung sei deshalb rechtmäßig und hinreichend wissenschaftlich belegt, so die Richter. Auch der vom G-BA festgelegte Schwellenwert von 50 Operationen pro Jahr und Krankenhaus ist nach Ansicht des BSG vertretbar. Die 2006 vom G-BA eingeführte Mindestmengenregelung für Knie-TEP hatte der G-BA im Jahr 2011 ausgesetzt, nachdem das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg der Klage einer Klinik gegen die Mindestmenge bei Knie-TEP stattgegeben hatte.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Ende 2014 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet und am 9. Januar Dr. Christof Veit als Leiter bestellt. Veit war bis zuletzt Geschäftsführer des BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit. Das IQTIG wird im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeiten und an deren Umsetzung mitwirken. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form.

G-BA vergibt erstmals höchste Zusatznutzen-Kategorie

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 19. Februar einem Wirkstoff erstmals einen erheblichen Zusatznutzen attestiert: Propranolol (Hemangirol®) zur Behandlung von Säuglingen mit proliferativen infantilen Hämangiomen (Blutschwämmchen), die eine systemische Therapie erfordern. Bei einer der drei zu unterscheidenden Patientengruppen kann Propranolol eine Heilung der Erkrankung herbeiführen. Bei seinen Bewertungen zum Ausmaß des Zusatznutzens von Arzneimitteln unterscheidet der G-BA unter anderem die Kategorien »gering«, »beträchtlich« und »erheblich«.



Anders normal

Der 21. März ist der Internationale Tag des Down-Syndroms. Das Datum ist mit Bedacht gewählt. 21×3 – diese Formel bringt auf den Punkt, was Menschen mit Down-Syndrom von ihren Mitmenschen unterscheidet: In ihren Körperzellen ist das Chromosom 21 dreifach vorhanden. Mediziner verwenden darum auch den Fachbegriff Trisomie 21.

DER FALL VON »Baby Gammy« machte weltweit Schlagzeilen: Ein australisches Paar hatte sein Baby mit Down-Syndrom bei der Leihmutter in Thailand zurückgelassen und nur dessen gesunde Zwillingschwester mitgenommen. Eine Welle der Hilfsbereitschaft setzte ein, Spenden ermöglichten eine notwendige Herzoperation. Zahlreiche Paare erboten sich, das *verwaiste* Kind zu adoptieren.

Nach Angaben des Deutschen Down-Syndrom Infocenters kommt etwa alle drei Minuten ein Baby mit Trisomie 21 zur Welt, bei etwa einer von 700 Geburten. Damit ist das Down-Syndrom eines der häufigsten angeborenen Syndrome. Insgesamt leben heute weltweit rund fünf Millionen Menschen mit Trisomie 21, in Deutschland sind es schätzungsweise 50 000. Ohne die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik wären es noch deutlich mehr: Etwa 90% der Schwangeren, die erfahren, dass ihr Kind eine Trisomie 21 hat, entscheiden sich für einen Schwangerschaftsabbruch. Als 2012 ein neuer, relativ treffsicherer Bluttest zur Früherkennung vorgestellt wurde, zitierte das Deutsche Ärzteblatt den Humangenetiker Dr. Wolfram Henn mit der Prognose: »Sollte es wirklich so weit kommen, dass dieser Test zur breiten Routine wird, dann gibt es irgendwann kaum noch Menschen mit Down-Syndrom.«

Ein Chromosom extra

Ein Grund für die hohe Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen ist in vielen Fällen die Angst, einem Leben mit einem geistig und körperlich beeinträchtigten Kind nicht gewachsen zu sein. Zwar ist das Down-Syndrom – darauf legen die verschiedenen Interessenverbände von Betroffenen und Angehörigen großen Wert – keine Krankheit, sondern eine angeborene, unveränderbare genetische Besonderheit. Doch das zusätzliche Chromosom bringt das empfindliche Gleichgewicht in der Zelle durcheinander – bei manchen mehr, bei anderen weniger.

Sowohl die motorische als auch die Sprachentwicklung verlaufen bei Kindern mit Down-Syndrom langsamer, können aber durch entsprechende Frühförderung unterstützt werden. Bei den intellektuellen Fähigkeiten reicht das Spektrum von einer schweren geistigen Behinderung, die in weniger als 10% aller Fälle auftritt, bis zu einer annähernd durchschnittlichen Intelligenz. Positiv hervorgehoben werden häufig das ausgeprägte Einfühlungsvermögen, die soziale Kompetenz und der Humor vieler Menschen mit Trisomie 21.

Äußerlich unterscheiden sich Menschen mit Down-Syndrom von ihren Mitmenschen unter anderem durch leicht schräg gestellte, mandelförmige Augen, eine Hautfalte am inneren Augenwinkel, ein eher rundes Gesicht, breite Hände mit kurzen Fingern und eine oft etwas zu große Zunge. Die Muskelspannung ist häufig eher schwach, das Bindegewebe locker, die Körpergröße unterdurchschnittlich. Rund die Hälfte der Menschen mit Down-Syndrom haben Herzfehler, bei etwa jedem Zehnten liegt eine Anomalie des Verdauungstrakts vor. Auch eine höhere Infektanfälligkeit, Fehlfunktionen der Schilddrüse, Hör- und Sehbeeinträchtigungen sind beim Down-Syndrom häufiger, aber heutzutage meist gut behandelbar. Erhöht ist auch das Risiko, an Leukämie zu erkranken. Die Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom hat in den letzten Jahrzehnten dank des

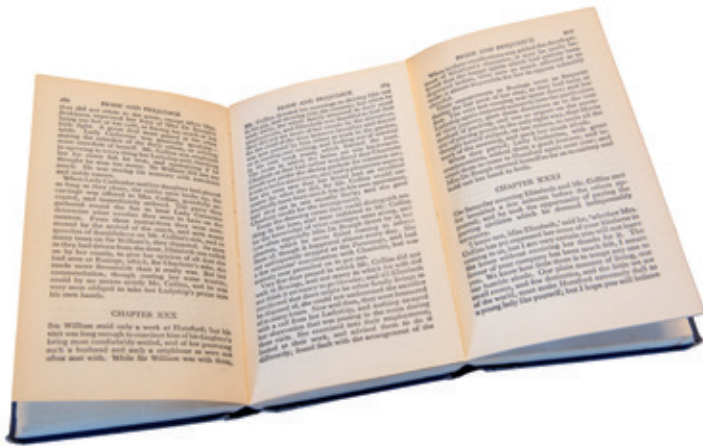
**Keine Krankheit,
sondern eine
Besonderheit**



medizinischen Fortschritts deutlich zugenommen. Früher starben drei von vier Betroffenen vor der Pubertät, nur jeder Zehnte wurde älter als 25. Mittlerweile beträgt die Lebenserwartung fünfzig Jahre und mehr.

Zwei plus eins

Doch woher kommt eigentlich das zusätzliche Chromosom? In der Regel enthält jede Zelle im Körper 23 Chromosomen, jeweils in doppelter Ausfertigung, insgesamt also 46. Eine Ausnahme bilden die Keimzellen, das heißt die Spermien- und Eizellen. Sie enthalten jeweils nur einen einfachen Chromosomensatz, die erst durch die Verschmelzung während der Befruchtung wieder zu einem vollständigen Satz komplettiert werden. Die Keimzellen entstehen durch einen besonderen Teilungsprozess. Wird dabei das Chromosomenpaar 21 nicht wie die anderen getrennt, entsteht eine Keimzelle, die dieses Chromosom doppelt enthält. Verschmilzt diese bei der Befruchtung mit einer anderen Keimzelle, kommt dabei ein weiteres Chromosom 21 hinzu. Die so entstandene Zelle und alle weiteren, die aus ihr hervorgehen, weisen dann 47 statt 46 Chromosomen auf.



Man unterscheidet verschiedene Formen des Down-Syndroms. Die mit rund 95% aller Fälle häufigste ist die gerade beschriebene, *freie* Trisomie 21, bei der das Chromosom 21 in allen Körperzellen dreimal vorhanden ist. Bei der sogenannten Translokations-Trisomie, die entweder spontan auftritt oder vererbt wird, ist das Chromosom 21 ebenfalls immer dreimal vorhanden, eines davon ist jedoch an ein anderes Chromosom angelagert. Bei der sogenannten Mosaik-Trisomie ist das Chromosom 21 in einem Teil der Körperzellen dreifach, in anderen aber nur doppelt vorhanden. Äußerst selten ist die partielle Trisomie 21, bei der ein Teil eines Chromosoms 21 verdoppelt ist. Dieses Chromosom ist dadurch etwas länger, und die Erbinformationen in diesem Abschnitt sind dreifach vorhanden.

Ältere Mütter

In den meisten Fällen stammt das zusätzliche Chromosom aus der mütterlichen Eizelle. Das Lebensalter der Mutter bei der Empfängnis spielt dabei eine wichtige Rolle. »Tritt die Trisomie bei Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren nur

bei etwa 3% aller klinisch erkannten Schwangerschaften auf, sind es bei Frauen im Alter von 40 Jahren bereits 30%. Dieser Aspekt ist vor allem wichtig, da Frauen heute immer später Mütter werden«, erklärt die Genetikerin Kikue Tachibana-Konwalski, die mit ihrem Team am Institut für Molekulare Biotechnologie (IMBA) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW) untersucht hat, welche Mechanismen zu der abweichenden Aufteilung von Chromosomen führen. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass bis zum Moment der Zellteilung ein molekularer Klebstoff namens *Cohesin* die doppelt vorliegenden Chromosomen in der Eizelle zusammenhält. Dieser Klebstoff verliert mit zunehmendem Alter an Kraft. Das kann dazu führen, dass die Chromosomen zu früh und damit möglicherweise fehlerhaft auf die Tochterzellen verteilt werden. Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit Trisomie 21 zu bekommen, nimmt darum ab dem 35. Lebensjahr deutlich zu. Eine von EUROCAT, einem europäischen Netzwerk nationaler Bevölkerungsregister, vorgenommene Auswertung bestätigt, dass sowohl das Lebensalter der Schwangeren als auch die Zahl der während der Schwangerschaft diagnostizierten Down-Syndrom-Fälle in den letzten zwanzig Jahren angestiegen sind. Nur weil so viele dieser Schwangerschaften abgebrochen werden, kamen trotzdem nicht mehr Kinder mit Down-Syndrom auf die Welt.

Ein Plädoyer für frühe Förderung

Von all diesen Zusammenhängen ahnte der englische Arzt John Langdon Haydon Langdon-Down nichts, als er im Jahre 1866 als Erster die typischen Merkmale des später nach ihm benannten Syndroms systematisch beschrieb. Langdon-Down leitete ein für damalige Zeiten sehr fortschrittliches Heim für geistig Behinderte. Der engagierte Mediziner, dem die Lernfähigkeit mancher Kinder aufgefallen war, versuchte die Patienten in Gruppen einzuteilen, um möglichst früh mit einer individuellen Therapie beginnen zu können. Aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes bezeichnete Langdon-Down seine Patienten mit Trisomie 21 als *mongoloid* – eine Bezeichnung, die heute überholt und als diskriminierend verpönt ist. Mit seinen Bemühungen um eine bestmögliche individuelle Förderung aber war Langdon-Down seiner Zeit weit voraus. In einer gemeinsamen Erklärung zum Welt-Down-Syndrom-Tag 2012 betonten die Bundesvereinigung Lebenshilfe und Down-Syndrom-Organisationen aus ganz Deutschland, dass ein Leben mit Down-Syndrom so glücklich und erfolgreich sein könne wie jedes andere auch. Viele Menschen mit Trisomie 21 stünden mit beiden Beinen im Leben, hätten Erfolg in Beruf, Sport oder Kultur: »Vieles im Leben gelingt ihnen, wenn sie die notwendige Unterstützung erhalten.«

**Langdon-Down
war seiner
Zeit weit voraus**



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

Interview mit Dr. med. Susanne Heicappell

MDK forum Heft 1/2015



Früh übt sich

Lange wurden Kinder mit Down-Syndrom unterschätzt. Heute wissen wir: Sie können lesen und schreiben und sogar Mathematik lernen. Die Frage ist nur, wie man es ihnen beibringt. Darüber sprach *MDK forum* mit der Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) in Trier.

forum Was macht Down-Kinder zu etwas Besonderem?

Dr. Susanne Heicappell Ihr absolut gutmütiger und sonniger Charakter. Sie sind unglaublich liebebedürftig und auch liebevoll. Wenn man sie klar und konsequent führt, sind das herzensgute kleine Menschen, die unglaublich viel Liebe um sich herum verströmen.

forum Wie werden diese kleinen Menschen im SPZ Trier gefördert?

Heicappell Wir arbeiten hier mit vielen verschiedenen Berufsgruppen zusammen und jeder hat seine Rolle in der Versorgung der Down-Kinder. Der Arzt kümmert sich darum, dass bestimmte Störungen, die gehäuft bei Down-Kindern auftreten, frühzeitig gefunden und behandelt werden können. Der Psychologe begleitet die Eltern. In der Phase, in der es um die Aufrichtung der Kinder geht, sind Krankengymnasten ganz intensiv gefragt. Down-Kinder sind so hypoton, dass man auch die ganz normalen Bewegungsmuster mit ihnen regelrecht trainieren muss. Ihr schlaffer Muskeltonus macht es ihnen schwer, in die Aufrichtung zu kommen, und die Gelenklaxheit tut ihr Übriges.

Später sind dann Ergotherapie und Heilpädagogik führend. Je jünger die Kinder, umso ganzheitlicher der Ansatz. Logopädie ist wichtig, weil die Kinder oft Schluck- und Kaustörungen haben. Genauso wie die Kiefer- und Zahnheilkunde: Die Kinder entwickeln einen offenen Lutschlüssel.

Jedes Kind ist im Prinzip eine kleine Wundertüte. Und man muss immer sehen: Was steht gerade an, worauf muss ich im Moment achten?

forum Ist eine derart frühe und um-

fangreiche Förderung nicht sehr teuer?

Heicappell Im Gegenteil. Die Kosten für eine Förderung, die im ersten Lebensjahr einsetzt, liegen jährlich bei etwa € 30 000. Beginnt die Förderung erst drei Jahre später, vervierunddreißigfachen sich diese Kosten auf etwa € 400 000 pro Jahr. Das Ganze geht sogar in die Millionen, wenn die Förderung erst im Schulalter beginnt. Diese Zahl gilt nicht nur für Down-Kinder, sondern für alle Behinderungen. Je früher die Hilfen kommen, umso besser.

forum Lassen sich Down-Kinder auch seitens der Intelligenz so weit fördern, dass sie eine normale Schule besuchen können?

Heicappell Jedes Kind hat sein eigenes Entwicklungstempo – ob normalbegabt oder mit einer niedrigeren Intelligenz. Und wenn es gut fördernde Rahmenbedingungen er-

hält, kann jedes Kind sein ganzes Potenzial entwickeln. Ziel eines heilpädagogischen Ansatzes ist es, zu schauen, wo genau steht das Kind im Moment, wo hole ich es ab und wie kann ich die nächsten Entwicklungsschritte unterstützen? Ich glaube, an der fluiden Grundintelligenz lässt sich nicht viel ändern. Aber an den Fertigkeiten, die der Mensch hinterher erlernt und was er aus dem, was ihm der liebe Gott mitgegeben hat, dann macht, lässt sich vieles fördern. Ein Down-Kind kann beispielsweise lernen, ausdauernd zu üben, immer wieder zu wiederholen und sich Dinge über das Immer-wieder-Tun anzueignen. Kinder mit einer geistigen Behinderung brauchen einfach viel mehr Wiederholungen. Oft ist es aber ihre nur sehr kurze

Dr. med. Susanne Heicappell



Ausdauer spanne, die das Lernen dann eher verunmöglicht. Wenn man sie durch gute Interventionen aber zu mehr Ausdauer bringen kann, hat man Chancen, sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu fördern.

forum Worauf müssen sich die Eltern einstellen, wenn sie die Diagnose für ihr Kind erfahren?

Heicappell Ich glaube, als Mutter von Kindern, die keine Behinderung haben, kann man gar nicht ermessen, was die Diagnose wirklich heißt. Viele Menschen denken, sie wissen, was Down-Syndrom bedeutet. Doch wenn man dann so ein kleines Kind mit all seiner Zartheit im Arm hält, ist es ganz anders, als man es sich vorgestellt hat. Oft sind die Eltern damit konfrontiert, dass dieses Kind medizinische Auffälligkeiten hat, die unter Umständen sogar operiert werden müssen, wie einen Herzfehler oder einen Verschluss des Zwölffingerdarms. So etwas wirkt in der ersten Phase, in der sich Eltern-Kind-Bindungen verfestigen, traumatisch. Denn es steht unter Umständen plötzlich eine Lebensbedrohung mit im Raum.

Auch die Reaktionen der Umwelt sind oft zweischneidig, da das Down-Syndrom ja inzwischen pränatal zu erkennen ist. Mittlerweile ist es statistisch nachweisbar, dass Down-Kinder häufig relativ junge Eltern haben, die die Pränataldiagnostik nicht komplett in Anspruch genommen haben. Bei den älteren Eltern kommt es immer weniger dazu, dass Down-Kinder geboren werden.

forum Was rät die Humangenetikerin einer werdenden Mutter, wenn eine solche Diagnose vermutet wird?

Heicappell Ein Humangenetiker ist gehalten, non-direktiv zu beraten. Er sollte

die Ratsuchenden möglichst gut informieren, so dass sie aufgrund dieser Informationen eine eigene Entscheidung treffen können. Aber jeder weiß, dass man nicht non-direktiv beraten kann. Wortwahl und Tonfall beeinflussen natürlich mit. Die Eltern werden eine weitere unabhängige Beratungsstelle aufsuchen müssen, wenn sie sich in Richtung Schwangerschaftsabbruch bewegen. Wer alle Möglichkeiten eröffnen will, kann solchen Eltern auch anbieten, andere Eltern eines Down-Kindes zu treffen. Ich selbst kenne einige Familien, die die Diagnose vorgeburtlich kannten, die zum Teil schon andere, gesunde Kinder hatten und dann eben ein Kind mit Down-Syndrom erwarteten und sich dafür entschieden haben. Sie würden dieses Kind um keinen Preis mehr hergeben oder nicht bekommen haben wollen. Weil es eben ganz besondere kleine Kinder sind.

forum Ist denn jedes Down-Kind gleich?

Heicappell Gar nicht! Sie sind genauso unterschiedlich wie 30 Kinder in der Kindergartenklasse von 30 verschiedenen Elternpaaren. Es gibt Kinder, die eine hochmusikalische Ader haben. Andere malen unglaublich gerne. Manche Kinder entwickeln eine ganz besondere Zuneigung zu Tieren. Das ist eigentlich wie bei allen anderen Menschen auch. Es kommt darauf an, in welchem Umfeld sie groß werden und was ihnen angeboten wird.

forum Für viele Eltern ist die Frage der Unabhängigkeit wichtig. Können Down-Kinder das erreichen?

Heicappell An den Schulen mit dem Förderschwerpunkt »Ganzheitliche Entwicklung« geht es vor allem um das Erlernen von Alltagspraktiken. Selbstständigkeitstraining

ist das A und O: Söckchen anziehen, Schuhe anziehen, Jacke zumachen, Turnbeutel packen. Diese Dinge werden in den ersten Schuljahren genauso gelernt wie man versucht, Schreiben und Lesen als Kulturtechnik wenigstens in ganz einfacher Form zu lehren. Das gelingt häufig. Die Kinder und Jugendlichen können in der Regel später Einkäufe – wenn es nicht mehr als 3 oder 4 Teile sind – ohne Einkaufszettel erledigen, zum Beispiel beim Bäcker Brot und Brötchen und vielleicht noch ein Stück Kuchen kaufen. Manche sind in der Lage, dann auch mit dem Wechselgeld umzugehen. Bei anderen geht das nicht.

Es gibt eine ganze Reihe von Menschen, die das Erwachsenenalter erreichen und dann in betreuten Wohnformen leben – und damit doch ein recht großes Maß an Selbstbestimmtheit erfahren. Sie haben oft einen gesetzlichen Betreuer, der die finanziellen Dinge regelt. Häufig sind das die Eltern, solange sie leben. Später übernimmt das entweder jemand aus der Verwandtschaft oder es wird jemand vom Amt bestellt. Viele Menschen mit Down-Syndrom erlernen Berufe in vereinfachter Form, zum Beispiel Küchengehilfe, Gärtnergehilfe und arbeiten in geschützten Werkstätten, in Behindertenwerkstätten. Sie können auf diese Art und Weise sinnvolle Tätigkeiten ausüben und einen geregelten Tagesablauf haben.

forum Neben Pablo Pineda, einem Lehrer mit Universitätsdiplom und Schauspieler, gibt es weitere außergewöhnliche Lebenswege von Menschen mit Down-Syndrom – sind das Ausnahmen?

Heicappell Ich denke schon. Unter meinen Patienten war eine junge Schülerin, die an einer Regelschule den Hauptschulabschluss geschafft hat. Das Mädchen hatte sich damals bei mir beschwert, dass die Deutschlehrerin ihr nicht erlaubte, in Schreibschrift zu schreiben, weil sie in Druckschrift einfach viel schneller war. Wir haben uns dann auf den Kompromiss geeinigt, dass sie ihre Unterschrift in Schreibschrift so lange übt, bis sie ihr richtig gut gefällt und ansonsten im Deutsch- und Matheunterricht doch lieber bei der Druckschrift bleibt, weil sie da schneller schreiben konnte. Aber das sind Ausnahmekinder. Es gibt viel mehr Kinder, die einen Schutzraum wie in Schulen mit Förderschwerpunkt »Ganzheitliche Entwicklung« oder in geschützten Werkstätten benötigen.

Die Fragen stellte Dr. Martina Koesterke



Die neue Entdeckung der Langsamkeit

In Deutschland leben rund 50 000 Menschen mit Down-Syndrom. Sie besitzen nur einen kleinen Unterschied im Erbgut, der sich jedoch ganz unterschiedlich ausprägen kann. Ihre Lebenswege können ebenfalls vielfältig aussehen. Da gibt es einen Schauspieler mit Universitätsdiplom, eine Tänzerin und ein Model auf dem Laufsteg. Und es gibt Liv aus Berlin, die Schokolade liebt.

DER SPANIER Pablo Pineda schloss nach dem Lehramt-Diplom ein Psychopädagogikstudium ab und wurde Europas erster Akademiker mit Trisomie 21. Niemand glaubte daran, dass Pineda auf einer Grundschule zurechtkäme. Niemand dachte, er könne je sein Abitur machen. Und von einem Studium hat er selbst vielleicht gar nicht zu träumen gewagt. Heute ist Pineda ein Vorbild und ein Vorreiter für Menschen mit Down-Syndrom. In dem von seinem Leben inspirierten Spielfilm *Yo también* (Ich auch), der in Deutschland unter dem Titel »Me too – Wer will schon normal sein?« lief, spielte der Spanier selbst die Hauptrolle.

Eine Tänzerin, ein Model – und eine Bonner Redaktionsrunde

Julia Häusermann aus der Schweiz ist weltweit ein gefeierter Stern auf den Theaterbühnen, hat den Alfred-Kerr-Darstellerpreis erhalten – und hat das Down-Syndrom. Texte kann sie sich gut merken, die Uhr kann sie allerdings nicht lesen. Doch sie weiß genau, wann der Zeitpunkt für ihren Auftritt gekommen ist. In *Disabled Theater* spielte sie mit ihren geistig behinderten Schauspielerkolleginnen und -kollegen sich selbst und tanzte zu Michael Jacksons *They don't care about us*.

Die US-Amerikanerin Jamie Brewer ist seit den 1990er Jahren als Theaterschauspielerin aktiv. Sie engagiert sich in einer Organisation, die sich für Menschen mit geistiger Behinderung und Entwicklungsbeeinträchtigungen einsetzt, der Arc of the United States. Bei der New York Fashion Week präsentierte Brewer als Model die aktuelle Kollektion von Carrie Hammer.

Sie treffen sich alle zwei Wochen in einem Bonner Redaktionsbüro. In ihrem Magazin *Ohrenkuss* geht es um Leben, Liebe, Arbeit, Kinderkriegen und natürlich Mode. Die Autoren planen, recherchieren, führen Interviews, schreiben oder diktieren. Und alle haben das Down-Syndrom.



Ein kleines Mädchen aus Berlin

Ein ganz normaler Tag beginnt bei Liv Roebling und ihrer Familie in Berlin wie ein ganz normaler Tag in vielen anderen Familien auch: Aufstehen, frühstücken und dann geht es für eine der Töchter in die Schule, für Liv und ihre Schwester in den Kindergarten. »Und die ganz Großen gehen arbeiten. Da gibt es gar nichts, von dem man sagen könnte, das wäre nicht so wie bei vielen anderen auch«, erklärt Mutter Eva Roebling. Sie hat ihre Tochter Liv, die mit einem Down-Syndrom auf die Welt kam, nie als etwas Besonderes wahrgenommen, weil sie von Anfang an so war, wie sie war. Wenn andere Menschen von »dem anderen Kind« oder »dem besonderen Kind« sprechen, kann Eva Roebling das nicht nachvollziehen, weder vom Verstand her noch vom Gefühl: »Liv war nie anders, als sie von Anfang an gewesen ist. Natürlich hat sie ihre Besonderheiten. Aber das haben meine anderen beiden Töchter auch.«

Sicherlich ist Liv ein Kind mit einer Entwicklungsverzögerung, das eine spezielle Förderung braucht und erhält. »Wir sind mit ihr zur Logopädie gegangen und zur Physiotherapie, weil Down-Kinder vom Muskelaufbau her schwierig ins Lau-

**Ein Blick in die Zukunft
hätte die Tränen
versiegeln lassen**

fen kommen. Liv brauchte da Unterstützung. Und sie benötigt länger, um bestimmte Sachverhalte zu verstehen und nachzuvollziehen. Das ist so ein bisschen wie die Entdeckung der Langsamkeit, wobei es in dem Roman ja eigentlich um etwas ganz anderes geht. Aber das Thema Langsamkeit entdeckt man mit Kindern wie Liv definitiv«, sagt ihre Mutter.



Themen wie bei anderen Kindern auch

Nicht alle Kinder mit Down-Syndrom sind in der Lage, ein Universitätsstudium zu bewältigen. Doch sie dürfen auch nicht unterschätzt werden, selbst wenn sie sich langsamer entwickeln. Wohin Livs Weg letztendlich führen wird, ist noch offen. Die nächsten Schritte sind allerdings schon geplant. Jetzt geht sie noch in den Kindergarten. Im Sommer wird Liv sechs Jahre alt, und wie die Eltern anderer Kinder auch muss Familie Roebeling über das Thema Einschulung nachdenken. »Wir haben lange überlegt und uns dann für eine Förderschule mit anthroposophischem Hintergrund entschieden. Da sehen wir die Liv am allerbesten aufgehoben. Auch hier war das – wie bei jedem anderen Kind – eine ganz individuelle Entscheidung«, so Eva Roebeling.

Liv ist ein sehr kommunikativer Mensch. Sie spricht gut und jeden an, denn sie möchte gerne mit den Menschen in Kontakt kommen. Dabei hat sie Vorlieben und auch Dinge, die sie nicht gerne mag, weiß ihre Mutter: »Liv versucht jedem, sei es ein Fremder oder die Familie, viel mitzuteilen. Sie mag kleine Gruppen. Was sie nicht mag, sind im Gegenzug dunkle, laute, kalte Weihnachtsmärkte. Hier hat mir die Erfahrung gezeigt, dass ich ihr damit überhaupt keinen Gefallen tue. Liv braucht kleinere, überschaubare Rahmen. Ansonsten mag sie alles, was ihre jüngere Schwester auch mag: Malen, Zeichnen, Basteln, Kindertanzen, Musikhören. Sie isst wahnsinnig gerne Schokolade und überhaupt nicht gerne Gemüse.«

Überraschung im Kreißsaal

Dass Liv mit dem Down-Syndrom geboren werden würde, wusste Eva Roebeling nicht. Erst im Kreißsaal hat sie erkannt, dass ihre Tochter eine Trisomie 21 hat. »Natürlich waren wir geschockt und am Anfang auch sehr traurig darüber. Doch hätte mir damals jemand im Kreißsaal gesagt: Wir spulen dein Leben um fünf Jahre vor, damit du eure Zukunft siehst,

ich hätte sofort – und das meine ich wirklich ernst – aufgehört zu weinen. Denn ich hätte gewusst, was alles möglich ist. Wenn ich meine Tochter heute ansehe, schäme ich mich fast ein bisschen, dass ich damals so traurig gewesen bin. Sie bringt so viel Freude und auch Normalität in mein Leben mit dem einzigen Aufwand, dass dieses Kind etwas mehr Förderaufwand braucht, um in die Welt zu kommen und selbstständig zu werden.«

Schwierige Momente

Im Alter von sechs Monaten musste Liv, wie viele andere Down-Kinder auch, aufgrund eines Herzfehlers am offenen Herzen operiert werden. Für ihre Familie bedeutete dies eine schlimme Zeit mit großen Ängsten. »Im Vergleich dazu ist die geistige Behinderung, die wie ein Damoklesschwert immer als das Schlimmste einer Trisomie 21 beschrieben wird, das geringste Problem«, erinnert sich Eva Roebeling.

Ihr Ziel ist deshalb die Lobbyarbeit. Sie möchte diejenigen, die zu wenig mit dem Down-Syndrom in Berührung kommen, aufrütteln: »Ich vermute, die wenigsten wissen, dass ein Kind mit einer Trisomie momentan – um das ganz krass zu sagen – getötet werden darf, denn es gibt die im Gesetz verankerte Berechtigung, eine solche Schwangerschaft bis zur 40. Schwangerschaftswoche zu beenden. Dabei sind diese Kinder schon längst außerhalb des Mutterbauches lebensfähig. So etwas geht nicht!«

Deshalb erzählt Livs Mutter Medizinstudenten im ersten Semester an der Berliner Charité in einer Vorlesung von ihrer Sicht auf das Down-Syndrom. Sie möchte Aufklärungsarbeit leisten bei all denen, die mit dieser Diagnose in Berührung kommen: »Ich träume davon, dass die Mütter, die diese Diagnose erfahren, sagen – oh Mensch, ja, das wird vielleicht etwas anstrengend, das Kind wird langsamer in seine Entwicklung kommen, es wird immer in einem gewissen Rahmen, den wir oder unsere Gesellschaft geben, leben müssen. Aber es ist mein Kind und es ist in Ordnung. Es kommt in unsere Welt und wir integrieren es in unsere Gesellschaft.«

Der Weg dorthin ist lang und führt im Grunde genommen nur über eine neu gelebte Normalität. Wer einen Menschen mit Down-Syndrom kennt, der beim Bäcker an der Ecke, in der Gärtnerei oder im Supermarkt arbeitet, für den wird das Down-Syndrom irgendwann zum ganz normalen Alltag gehören. Eva Roebeling ist überzeugt: »Wir müssen wegkommen von den Leistungsanforderungen, die wir an uns selbst stellen und auf unsere Kinder projizieren, die gesund und erfolgreich sein und hübsch aussehen müssen. Das ist in erster Linie Arbeit an uns selber, die man natürlich nicht oktroyieren kann. Aber man kann es, wenn man diese Haltung in die Gesellschaft trägt, trotzdem anstoßen.«

Eigene Leistungsanforderungen nicht auf Kinder übertragen



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

Pflege-Begutachtung bei Kindern
ist auch Beratung für Familien

Prüfung zwischen Bauklötzen

Pflege-Begutachtung bei Kindern kann eine gestandene Ärztin zu Boden bringen: »Wenn ein Kind nicht mit mir reden mag, muss ich mich eben zu ihm auf den Teppich setzen und mit Lego-steinen bauen«, berichtet Dr. Erika Heiden.

DIE FACHÄRZTIN FÜR KINDERHEILKUNDE arbeitet beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Mecklenburg-Vorpommern. Seit vielen Jahren nimmt sie Pflegebegutachtungen bei sehr kleinen oder schwer erkrankten Kindern vor und fährt zu Hausbesuchen in deren Familien. Wichtig sei es, die Mädchen und Jungen in einer entspannten Alltagssituation zu sehen und den Kontakt zu ihnen zu finden, erklärt die Gutachterin. Eine Sprachstörung lasse sich auch im Spiel zwischen Bauklötzchen feststellen. Genauso wie die Fingerfertigkeit beim Anziehen einer Puppe Aufschluss über das Entwicklungsalter eines Kindes geben könne.

Entscheidend ist der Hilfebedarf

Auf das Entwicklungsalter kommt es bei der Pflege-Begutachtung entscheidend an. Auch bei Jungen und Mädchen mit Down-Syndrom (Trisomie 21) ist das so. Denn ob einem Kind Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung zustehen, richtet sich nicht nach der Diagnose – sondern danach, ob sein Hilfebedarf größer ist als der eines Gleichaltrigen.

Ein Beispiel: Jeder Säugling ist allein hilflos, muss mit Nahrung versorgt, gewaschen und gewickelt werden. Doch diesen Pflegeaufwand müssen alle Eltern erbringen – er löst keinen Anspruch auf eine Pflegestufe aus. Säuglinge mit Trisomie 21 leiden allerdings nicht selten an einem Herzfehler. Sie müssen dann – oft mehrfach – operiert werden. Außerdem werden sie mit Entwässerungsmedikamenten behandelt. Deren Wirkung führt dazu, dass die Eltern extrem häufig die Windeln der Kinder wechseln müssen. Solch zusätzlicher Aufwand beim Wickeln wird für eine Pflegestufe berücksichtigt. Ebenso die zusätzliche Mühe, die nötig ist, um einem Kind zu essen zu geben, wenn es motorische Probleme hat, seinen Mund zu schließen. Auch das tritt bei Kindern mit Trisomie 21 häufig auf.

Falls ein Kind mit Down-Syndrom als Säugling noch keinen Anspruch auf eine Pflegestufe hat, kann diese später angemessen sein. Dann nämlich, wenn sich Entwicklungsverzögerungen zeigen und die Eltern länger bei Alltagstätigkeiten

helfen müssen, als das bei anderen Kindern der Fall wäre: »Anziehen, Zähne putzen, Haare kämmen – das zu lernen, dauert bei Kindern mit Trisomie 21 viel länger als bei anderen Kindern«, sagt Erika Heiden.

Die Gutachterin lässt sich Begleiterkrankungen und Pflegeaufwand gleich zu Anfang von den Eltern schildern, wenn sie die Familie besucht. Auch nach Terminen bei Physiotherapeuten, Logopäden und Ärzten fragt sie. Finden solche Termine mindestens einmal pro Woche statt, sind sie – inklusive Fahrtzeit – ebenfalls für die Empfehlung der Pflegestufe relevant.

Frühe Förderung ist wichtig – und aufwendig

Wer ein Kind mit Trisomie 21 optimal fördern will, kann leicht mehrfach in der Woche zu Therapeuten unterwegs sein. »Viele der Eltern, die ich treffe, sind da hoch motiviert«, berichtet Heiden. Das Üben ende auch nicht an der Praxistür: »Ganz wichtig ist die aktivierende Pflege durch die Eltern.«

Als MDK-Gutachterin gibt Heiden Empfehlungen zu Heilmitteln, zum Beispiel wenn Physiotherapie ein Kind mit Down-Syndrom beim Laufenlernen unterstützen kann. Sie empfiehlt Hilfsmittel wie die sogenannte Mundplatte, die hilft, den Mundschluss zu verbessern. Aber sie gibt den Familien auch Rat zu Sozialleistungen jenseits der Kranken- und Pflegeversicherung – empfiehlt etwa, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen oder erklärt, in welchen Fällen der Kindergarten- und Schulbesuch durch einen Integrationshelfer unterstützt werden kann.

Das große Ziel ist, den heranwachsenden Kindern ein zunehmendes Maß an Selbstständigkeit zu ermöglichen. Kinder mit Down-Syndrom lernen langsamer – aber sie können viel lernen, sagt Heiden. »Die Eltern sind dann sehr, sehr stolz auf das, was ihre Kinder und sie geschafft haben.«



Katja Schmidt
ist Leiterin des Stabsbereiches Daten, Analysen
und Grundsatzfragen beim MDK Mecklenburg-
Vorpommern.
k.schmidt@mdk-mv.de

Individuelle Gesundheitsleistungen
auf dem Prüfstand

3 Jahre, 33 Bewertungen, 2 Millionen Nutzer

Selbstzahlerleistungen haben die Arztpraxen erobert. Doch die meisten dieser IGeL genannten Angebote haben keinen nachweisbaren Nutzen oder sie schaden. Dennoch boomt der Markt und fundierte Entscheidungshilfen sind wichtiger denn je. Die finden Versicherte im IGeL-Monitor.

»DAS SOLLTE IHNEN Ihre Gesundheit wert sein!« Etwa jeder zweite Praxisbesucher hat diesen Satz schon einmal gehört. Und drei von vier finden ihn so überzeugend, dass sie für die angebotene Leistung in die Tasche greifen, manche auch recht tief. Diese Zahlen hat die Techniker Krankenkasse in einer aktuellen Umfrage ermittelt. Von denen, die so eine individuelle Gesundheitsleistung, kurz IGeL, angeboten bekommen, informiert sich jeder zweite auch außerhalb der Praxis. Bei den Quellen ganz vorne mit dabei: das Internetangebot www.igel-monitor.de des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS).

Kernaufgabe des IGeL-Monitors ist die Bewertung von IGeL-Angeboten. Um Nutzen und Schaden der Leistungen zu ermitteln, recherchiert ein Team aus Medizinerinnen und Methodikern des MDS in medizinischen Datenbanken. Die Wissenschaftler tragen die Informationen nach einer definierten Vorgehensweise zusammen und werten sie systematisch aus. Die Abwägung von Nutzen und Schaden mündet schließlich in einer von fünf Bewertungsaussagen.

Seit dem Start vor drei Jahren haben bereits zwei Millionen Nutzer die Seiten des IGeL-Monitors besucht. »Die Resonanz ist unverändert groß. An ruhigen Tagen informieren sich bis zu 1500 Besucher über die

Selbstzahlerleistungen, an Spitzen-Tagen sind es bis zu 10 000«, sagt Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS. »Wir bieten den Versicherten eine wissenschaftlich

Drei von vier Patienten greifen für IGeL in die Tasche

fundierte und dennoch leicht verständliche Entscheidungshilfe, damit sie sich mit dem nötigen Wissen für oder gegen eine IGeL entscheiden können. Mit dem Portal bringt der MDS Transparenz in einen undurchsichtigen Markt.«

Dass IGeL nahezu flächendeckend in den Praxisalltag eingezogen sind, ist vor allem deshalb bedenklich, weil Patientinnen und Patienten unzureichend über Nutzen und Risiken informiert werden, wie viele beklagen. Im Portal »IGeL-Ärger«, das die Verbraucherzentrale NRW im September vergangenen Jahres als Anlaufstelle für genervte Patienten gestartet hat, findet sich dazu eine Fülle von Belegen. »Alter-

nativen, die die Kassen bezahlen, werden oft nicht genannt«, sagt Pick. Die Versicherten sollten in der Praxis auf Bedenkzeit, Informationen und einen schriftlichen Vertrag bestehen: »IGeL sind nie dringend. Es gibt also auch keinen Grund, sich drängen zu lassen«, so Pick.

Von Ultraschall bis Stoßwellen

Das Wissenschaftler-Team des IGeL-Monitors hat inzwischen 37 IGeL beschrieben und bewertet – 4 IGeL, wie etwa medizinische Atteste, wurden nur beschrieben, 33 wurden auch bewertet. Das Gesamtergebnis ist ernüchternd: 4 wurden mit *negativ* und 12 mit *tendenziell negativ* bewertet, 13 IGeL schnitten mit *unklar* ab und nur 4 mit *tendenziell positiv*. Keine IGeL bekam bislang die Bewertung *positiv*. Vier Beispiele:

Der Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung bekam ein klares *negativ*. Obwohl es plausibel erscheint, dass sich frühe Krebsherde in den Eierstöcken mit Ultraschall entdecken und anschließend erfolgreich behandeln lassen, macht eine aktuelle, sehr gute und große Studie in den USA diese Hoffnung zunichte. Die Ultraschalluntersuchung kann Frauen offenbar nicht vor dem Tod durch Eierstockkrebs bewahren. Indirekte Schäden, vor allem durch unnötig behandelte Tumore, können dagegen so gravierend sein, dass nach Ansicht des Teams der Schaden deutlich überwiegt.

Eine Hyaluronsäure-Injektion bei Kniearthrose bewertet das Team des IGeL-Monitors mit *tendenziell negativ*. Nutzt sich ein Gelenk ab, kann das Knie schmerzen und unbeweglich werden. Hyaluronsäure, der Hauptbestandteil der natürlichen Gelenkflüssigkeit, soll das Gelenk zusätzlich dämpfen und schmieren. Ungewöhnlich viele, aber leider auch meist schlechte Studien lassen einen gewissen Nutzen und einen gewissen Schaden erkennen. Da schwerwiegende Schäden jedoch nicht auszuschließen sind, überwiegt am Ende der Schadensaspekt.

Die Bewertung der Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz fällt *tendenziell positiv* aus. Fersenschmerzen entstehen dann, wenn der Fuß über längere Zeit stark belastet wird und sich die Sehnen an der Fußsohle im Bereich der Ferse entzünden.



Wenn eine Entlastung der Ferse keine Linderung bringt, bieten Orthopäden auch eine Stoßwellentherapie an, bei der heftige Schallstöße die Heilung anregen sollen. Studien zeigen tatsächlich einen deutlichen positiven Effekt, der gegenüber den geringen Schäden nach Ansicht des IGeL-Monitors überwiegt. Der GKV-Spitzenverband hat daraufhin beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag auf eine erneute Nutzenbewertung dieser Methode gestellt.

Neu bewertet: Glaukom-Kombi-Untersuchung

In der aktuellen, Ende Februar veröffentlichten Bewertung geht es um die Kombinationsuntersuchung aus Augenspiegelung und Messung des Augeninnendrucks. Diese IGeL soll dazu beitragen, den grünen Star, der zum Erblinden führen kann, möglichst früh zu erkennen und zu therapieren. »Der Nutzen der Kombinationsuntersuchung wäre sinnvoll, wenn Sehbeeinträchtigungen verhindert werden könnten. Dafür konnten wir in den wissenschaftlichen Studien keine ausreichenden Hinweise identifizieren«, sagt Dr. Michaela Eikermann, Leiterin des Bereichs Evidenzbasierte Medizin beim MDS. Die Bewertung: *tendenziell negativ*.

Die Datenlage zum Schaden ist ähnlich unbefriedigend, und doch fällt die Einschätzung des Schadens anders aus als die des Nutzens. Das hat letztlich einen einfachen Grund: Während um den Nutzen einer Therapie- oder Vorsorgemaßnahme hart gerungen werden muss, bekommt man den Schaden sozusagen frei Haus. So liegt es im Wesen einer jeden Früherkennungsuntersuchung, Fehlalarme auszulösen und Krankheiten zu übersehen sowie Krankheiten richtig zu erkennen, die besser unentdeckt geblieben wären – entweder, weil ohnehin nichts mehr zu machen ist, oder, weit schlimmer, weil sie niemals auffällig geworden wären. Solche Schäden lassen sich auch bei der Glaukom-Kombi-Untersuchung nicht vermeiden, auch wenn ihre Häufigkeit nicht konkret beziffert werden kann. Hinzu kommen wenig gravierende direkte Schäden wie Hornhautabschür-

fungen und Schmerzen bei der Untersuchung. Die Bewertung lässt sich demnach so auf den Punkt bringen: Man weiß nicht, ob die Glaukom-Kombi-Untersuchung nützt. Man weiß aber, dass sie schaden kann, auch wenn man nicht weiß, wie häufig diese Schäden sind.

Mit Film und Merkblatt noch mehr Nutzer erreichen

IGeL-Bewertungen zu erstellen ist das eine. Das andere ist, dass die Bewertungen auch möglichst vielen Menschen zugänglich sind. Nach der Einführung der IGeL-App im April 2013 stellt sich der IGeL-Monitor mit zwei neuen Angeboten jetzt noch benutzerfreundlicher auf. Zum einen finden sich in der neu eingerichteten Rubrik Mediathek künftig Filme, in denen einzelne Top-Seller anschaulich erklärt werden. Den Anfang macht ein Film über den PSA-Test zur Prostatakrebs-Früherkennung. Der sechs Minuten lange Film klärt über Prostatakrebs und den PSA-Test auf und erläutert Nutzen und Schaden.

Eine zweite Neuerung sind die sogenannten Merkblätter für das Arztgespräch. Sie sind als Gedankenstütze für Versicherte gedacht, die sich bereits auf den Seiten des IGeL-Monitors kundig gemacht haben und gerne eine Unterlage mit in die Praxis nehmen möchten. Bei den Merkblättern wird deshalb besonders auf Übersichtlichkeit und Knappheit Wert gelegt. In Form einer Faktenbox wird auf einer DIN-A4-Seite das Wichtigste zusammengefasst: Allgemeine Informationen zur IGeL, Nutzen, Schaden, Bewertung und Quellen. Jeweils unten rechts haben Einrichtungen wie Kassen, Patientenberatungsstellen oder Verbraucherzentralen Platz für ihren Stempel. Vielleicht werden auch Ärztinnen und Ärzte die Merkblätter als Gesprächsgrundlage nutzen und hier ihren Stempel aufdrucken.

**1500-10 000 Besucher
täglich am IGeL-Monitor**



Dr. Christian Weymayr,
Projektleitung IGeL-Monitor
presse@igel-monitor.de

Viel Licht, aber auch Schatten in der Pflegeversorgung

Die Versorgungsqualität in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ist besser geworden – das zeigt der vierte Pflege-Qualitätsbericht, den der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) in Zusammenarbeit mit den MDK erstellt hat. Bei der Medikamentenversorgung und beim Schmerzmanagement zeigen sich jedoch Schwächen.

FÜR DEN VIERTEN MDS-Pflegequalitätsbericht wurden Qualitätsprüfungen in 12 190 Pflegeheimen und in 11 021 ambulanten Pflegediensten des Jahres 2013 ausgewertet. Die MDK-Gutachter untersuchten dabei die Versorgungsqualität bei 146 000 pflegebedürftigen Menschen. Bei einigen Kriterien, die für eine gute Versorgung entscheidend sind, wie Dekubitusprophylaxe, Ernährung und die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen, zeigen sich Verbesserungen. Diese sind nicht zuletzt auf die jährlichen Qualitätsprüfungen des MDK, den beratungsorientierten Prüfansatz und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse zurückzuführen.

Epidemiologische Daten

63,8% der Bewohner in Pflegeheimen sind durch eine Demenz oder andere gerontopsychiatrische Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt. 35% der Heimbewohner leiden an chronischen Schmerzen. Rund drei Viertel (76,8%) aller Pflegeheimbewohner erhalten eine Inkontinenzversorgung; 10,6% haben eine Katheterversorgung. Einen relevanten Gewichtsverlust weisen 7,6% der untersuchten Bewohner auf. 3,8% leiden an einem Dekubitus.

Die Qualität der stationären Versorgung

Medikamentenmanagement Die Mehrzahl der Heimbewohner (92,6%) braucht Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten. Bei 86,2% der Betroffenen war dieser sachgerecht. Die richtigen Medikamente waren gestellt und wurden bewohnerbezogen aufbewahrt. Bei 13,8% war dies nicht der Fall. So wurden falsche Medikamente gerichtet oder die Medikamente wurden nicht korrekt aufbewahrt. Im Vergleich zum dritten Pflegequalitätsbericht sind Verbesserungen erkennbar (2010: 81,8%). Aufgrund des hohen Risikopotenzials kann der erreichte Stand aber nicht zufriedenstellen.

Schmerzmanagement Hier handelt es sich um eine Schnittstellenaufgabe für Medizin und Pflege. Anhand der Schmerzeinschätzung wird beurteilt, ob eine Schmerzbehandlung erfolgreich ist oder ob sie angepasst werden muss. Eine systematische Schmerzeinschätzung war bei 37,3% der Heimbewohner erforderlich. Bei 80,3% dieser Bewohner erfolgte sie auch (2010: 54,6%). Bei 19,7% der Betroffenen wurde die Schmerzeinschätzung jedoch nicht umgesetzt. Dadurch fehlten wichtige Informationen für eine mögliche Anpassung der Schmerzmedikation. Besonders relevant ist dies bei Bewohnern mit Demenz, weil sie ihr Schmerzempfinden nicht unmittelbar ausdrücken können. Hier ist das Pflegepersonal gefordert, aufgrund von Mimik, Gestik und Verhalten darauf zu schließen, ob jemand Schmerzen hat. Standardisierte Beobachtungsinstrumente können dabei eingesetzt werden.

Weniger freiheitsentziehende Maßnahmen

Wundversorgung Von den untersuchten Bewohnern hatten 6,1% eine chronische Wunde oder einen Dekubitus. Bei 79% dieser Pflegebedürftigen entsprachen die Maßnahmen zur Wundbehandlung dem aktuellen Wissensstand. Im Vergleich zum dritten Bericht (74,5%) ist eine Verbesserung erkennbar. Allerdings wurden bei 21% dieser Bewohner hygienische Standards nicht beachtet oder es wurden bei Bedarf keine feuchten Wundauflagen benutzt.

Dekubitusprophylaxe Bei 43,3% der untersuchten Pflegebedürftigen bestand ein Dekubitusrisiko. Bei 75,6% dieser Bewohner wurden die erforderlichen Prophylaxen durchgeführt, bei 24,4% erfolgte dies nicht, so dass erforderliche Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht eingesetzt, Bewegungsmaßnahmen oder Hautinspektionen nicht durchgeführt wurden.

Ernährung 64,4% der untersuchten Bewohner brauchten Hilfe bei der Ernährung. Der bereits festgestellte Trend zur Verbesserung der Ernährung hat sich weiter fortgesetzt. Inzwischen stellen die Prüfer bei 89,3% der Betroffenen fest,

dass sie die erforderliche Hilfe durch die Pflegemitarbeiter bekommen. Dieser Trend spiegelt sich auch darin wider, dass der Anteil der Personen mit einem relevanten Gewichtsverlust von 9,1 auf 7,6% zurückgegangen ist. Aber 10,7% der Betroffenen bekamen nicht die erforderliche Unterstützung. So wurde bei Schluckstörungen die Nahrungskonsistenz nicht angepasst oder einem erhöhten Energiebedarf wurde nicht entsprochen. Von diesen Bewohnern hatten deshalb 41,8% einen relevanten Gewichtsverlust.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen Im Vergleich zum dritten Pflegequalitätsbericht zeichnet sich ein Kulturwandel bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen ab. Hatten die Prüfer seinerzeit noch bei 20% der Bewohner freiheitseinschränkende Maßnahmen (meist mechanischer Art) festgestellt, so lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei 12,5% der einbezogenen Bewohner. Dies konnte nicht zuletzt dadurch erreicht werden, dass die MDK-Prüfer Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen wie zum Beispiel Niederflurbetten, Sensormatten oder eine Matratze vor dem Bett empfahlen.

Qualität in der ambulanten Pflege

Bei der ambulanten Pflege kann nur die Qualität der Leistungen bewertet werden, für die der Pflegebedürftige einen Vertrag mit dem ambulanten Pflegedienst abgeschlossen hat. Eine sorgfältige pflegerische Bestandsaufnahme und die Beratung zum Umgang mit Risiken und über erforderliche Maßnahmen sind deshalb entscheidend.

Beratung bei Sturzrisiko Bei 81,7% der Pflegebedürftigen haben die Prüfer einen Beratungsbedarf zum Sturzrisiko gesehen. Bei 83,6% war eine solche Beratung nachvollziehbar erfolgt. In 16,4% der Fälle war das nicht der Fall. Im Vergleich zum letzten Bericht ist das eine deutliche Verbesserung – damals erhielten nur 49,9% eine Beratung.

Wundversorgung Bei 5,5% der in die Prüfung einbezogenen Personen lag eine ärztliche Verordnung für eine Wundversorgung einer chronischen Wunde oder eines Dekubitus vor. Bei 85,7% der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgte die Versorgung nach dem aktuellen Stand des Wissens, bei 14,3% war dies nicht der Fall – so wurden z. B. hygienische Grundsätze nicht beachtet. Im Vergleich zu 2010 waren die Maßnahmen bei 78,7% der Betroffenen sachgerecht. Somit konnte die Versorgungsqualität gesteigert werden – auch wenn weiterhin Verbesserungsbedarf besteht.

Schmerzerfassung Bei 15,3% der Pflegebedürftigen war eine Schmerzerfassung durch den Pflegedienst erforderlich. Diese erfolgte in 67,9% der Fälle, bei 32,1% nicht. 2010 fand bei 38,2% der Betroffenen eine Schmerzerfassung statt. Es ist also eine deutliche Verbesserung festzustellen – gleichwohl reicht das Engagement bei der Schmerzerfassung noch lange nicht aus.

Qualitätssicherung in der Zukunft

Die Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes haben die Qualität in der Pflege zu einem öffentlichen Thema gemacht. Die Prüfungen haben auch einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege geleistet. Eine große Herausforderung wird sein, die Pflegeplanung und -dokumentation auf ein sinnvolles Maß zurückzuführen. Wegweisend wird dabei das Projekt zur Entbürokratisierung in der Pflege sein, das der Pflegebeauftragte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann gemeinsam mit Elisabeth Beikirch angestoßen hat. Die größte Aufgabe ist, die Qualitätsprüfungen an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen. Zu nennen sind hier die Berücksichtigung der Ergebnisindikatoren für die stationäre Pflege, eine verbesserte Transparenz, eine weitere Konzentration auf die Versorgungsqualität und die Aufnahme neuer relevanter Prüft Themen. Dieser Aufgabe werden sich die Medizinischen Dienste stellen müssen. Geplant ist, bis 2017 ein modernisiertes Prüfinstrumentarium vorzulegen.



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

Interview mit Dr. Peter Pick

Reformieren oder Aussetzen: Wie soll es mit den Pflegenoten weitergehen?

Eklatante Mängel trotz Pflegenote »sehr gut«? Der Pflegeskandal von Bonn-Dottendorf heizt die Pflegenoten-Diskussion an. Karl-Josef Laumann, Pflegebeauftragter der Bundesregierung, will die Pflegenoten aussetzen – Gesundheitsminister Hermann Gröhe ist für eine Überarbeitung. Bis Ostern soll ein Vorschlag auf dem Tisch liegen. *MDK forum* sprach mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, über den Sinn und Perspektiven der Pflege Transparenz.

forum Wie kann es sein, dass ein Heim, das massive Personalprobleme hat und eine schlechte Versorgungsqualität bietet, mit der Note 1,1 bewertet wird?

Dr. Peter Pick Das Heim, das in die Schlagzeilen geraten ist, wurde im März 2014 geprüft. Die MDK-Prüfung erfasst die aktuelle und retrospektive Betrachtung der Qualität. Wie man aus den Medienberichten erfuhr, hatte das Dottendorfer Heim in den Folge-monaten massive Probleme, seine Stellen mit Pflegefachkräften zu besetzen. Stationsleitungen blieben vakant, Leiharbeitskräfte wurden eingesetzt. Dass sich solche Personalprobleme und fehlende Organisation auf die Versorgungsqualität auswirken, kann nicht verwundern. Wenn das im zeitlichen Abstand zu einer Qualitätsprüfung stattfindet, so ist das kein Argument gegen Qualitätsprüfungen.

forum Die Pflegenoten stehen massiv in der Kritik – zu Recht?

Pick Die Pflegenoten stehen zu Recht in der Kritik. Mit der Note »sehr gut« wird dem Verbraucher suggeriert, es läge eine außergewöhnlich gute Qualität vor. Das ist aber nicht so, denn schlechte Ergebnisse in der pflegerischen Versorgung können mit Formalien wie einem gut lesbaren Speiseplan ausgeglichen werden. Das ergibt dann ein geschöntes Ge-

samtergebnis. Einige Kriterien bilden lediglich Mindeststandards ab. So wird zum Beispiel in Heimen abgefragt, ob Gruppenangebote gemacht werden, um die soziale Betreuung sicherzustellen. Bei ambulanten Diensten erfragen die Prüfer, ob vereinbarte Leistungen auch tatsächlich erbracht worden sind. Das sind Kriterien, die jede Einrichtung vertraglich leisten muss. Dies ist kein Nachweis für gute Versorgung.

forum Woran liegt die geringe Aussagekraft der Pflegenoten?

Pick Die Transparenzberichte haben eine sehr geringe Aussagekraft, weil sie von den Pflegeanbietern weichgespült worden sind. Der Fehler liegt im System. Wenn diejenigen, die kontrolliert werden und über die Transparenz hergestellt werden soll, mit darüber entscheiden, wie ihr Zeugnis im Internet auszu-sehen hat, darf man sich nicht über die geringe Aussagekraft wundern.

forum Trotzdem sind Sie gegen das Aussetzen der Pflegenoten, warum?

Pick Wenn die Noten ausgesetzt werden, dann haben die Einrichtungsverbände erreicht, dass Transparenz unterbunden wird. So über-

arbeitungsbedürftig die Pflegenoten sind – sie bieten dennoch bei den Einzelkriterien deutliche Hinweise darüber, ob ein Heim gut oder schlecht ist. Wenn man die Noten aussetzt, dann stehen den Verbrauchern gar keine Informationen mehr zur Verfügung. Es ist

Dr. Peter Pick



erfahrungsgemäß zudem viel schwieriger, das Rad neu zu erfinden, als Bestehendes zu reformieren. Die Pflege-Transparenz läge dann lange Zeit auf Eis.

forum Wie könnten die Pflegenoten an Aussagekraft gewinnen?

Pick Nach meiner Auffassung sollten die Bewertungskriterien gestrafft und systematisch weiterentwickelt werden. Es muss künftig besser abgebildet werden, wie die bewohnerbezogene Versorgungsqualität in den Einrichtungen ganz konkret ist. Aus den Transparenzberichten muss deutlich werden, wie gut ein Heim bei der Medikamentenversorgung, der Dekubitusprophylaxe und der Schmerzerfassung ist. Der Fokus muss auf den zentralen Kriterien der Versorgung liegen. Der Einfluss

der Pflegeanbieter auf die Transparenz muss zurückgefahren werden.

forum Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind Grundlage der Pflegenoten. Wie wird von den Prüfern die Versorgungsqualität überhaupt festgestellt?

Pick Kern der MDK-Prüfung ist die Inaugenscheinnahme bei jedem zehnten Heimbewohner. Dabei wird der Gesundheitszustand der Betroffenen bewertet: Wie ist der Allgemeinzustand? Wie ist es um die Körperpflege

bestellt? Wie sieht es mit der Dekubitusprophylaxe aus? Wie ist die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit? Und ist die Medikamentenversorgung sachgerecht? Und wir prüfen, ob die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden. Dazu greifen wir auf die Pflegedokumentation zurück, befragen die verantwortlichen Pflegekräfte und die Pflegebedürftigen. Aus der Inaugenscheinnahme, der Pflegedokumentation und der Befragung ergibt sich dann die MDK-Bewertung.



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

NBA: Praxistest bestanden

Ziel war es, die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zu untersuchen. Sind sie inhaltlich angemessen und in der Praxis umsetzbar? Die Ergebnisse der Praktikabilitätsstudie zeigten: Das NBA ist gut geeignet, die Pflegebedürftigkeit eines Menschen im Sinne eines erweiterten Verständnisses abzubilden.

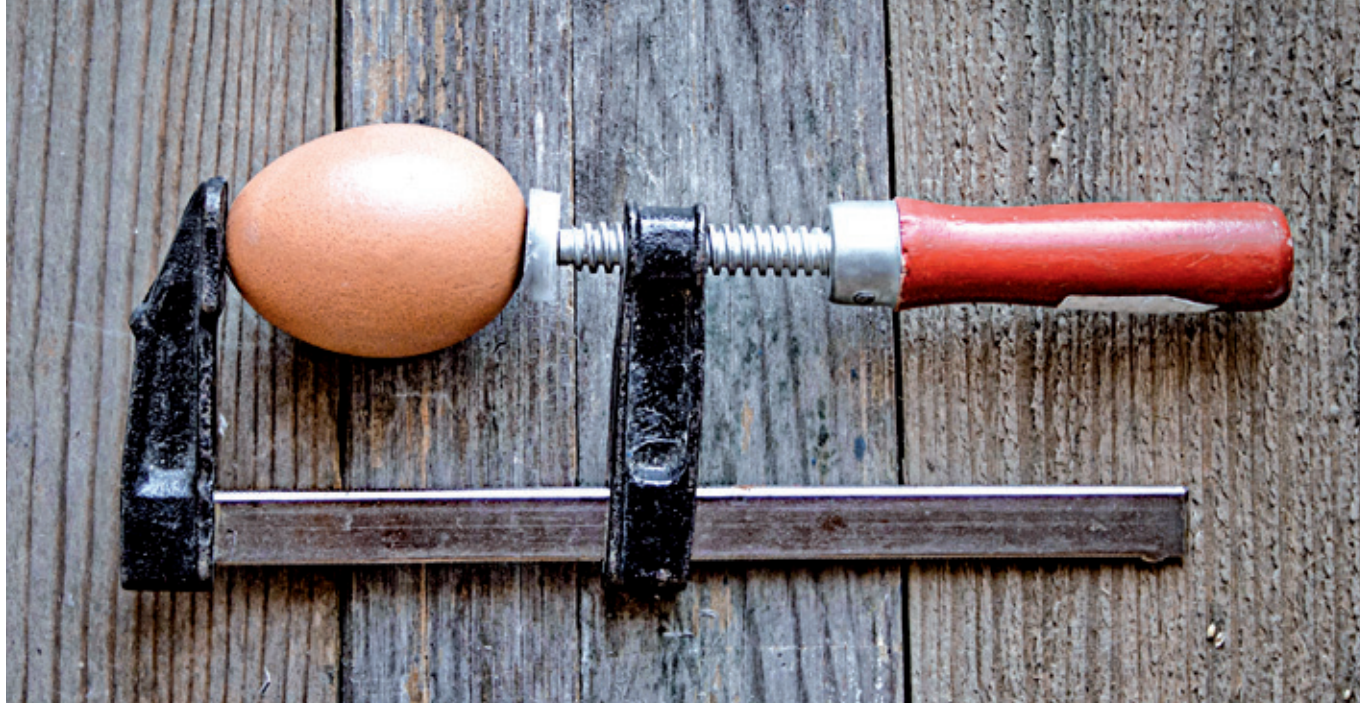
UNTER DER LEITUNG des MDS und der Beteiligung aller Medizinischen Dienste, des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der Knappschaft und des Gutachterdienstes der privaten Pflegeversicherung Medicproof wurde das neue Begutachtungsverfahren einer bundesweiten praktischen Überprüfung unterzogen. Wissenschaftlich begleitet wurden die Arbeiten von der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

Umdenkprozess hat begonnen

Die Studie sollte neben dem Praxistest auch wichtige Hinweise für den anstehenden Implementierungsprozess des NBA aus Sicht der Medizinischen Dienste liefern. 86 Gutachterinnen und Gutachter aus allen Medizinischen Diensten, SMD und Medicproof haben das NBA bei insgesamt 1700 er-

wachsenen Antragstellern und 297 Kindern angewandt.

Ihre Erfahrungen sind insgesamt positiv. Die Tatsache, dass zukünftig die Selbständigkeit des Versicherten im Fokus steht und nicht mehr der in Minuten gemessene Pflegeaufwand, sehen alle an der Studie beteiligten Personen als klare Verbesserung des Begutachtungsprozesses. »Die individuelle Situation der Antragsteller kann mit dem NBA umfassender als bislang beschrieben werden«, erklärt Dr. Barbara Gansweid, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) »Pflege« der MDK-Gemeinschaft: »Die kognitiv-psychischen, kommunikativen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen wie auch der notwendige personelle Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen können nun differenziert erfasst werden. Außerdem erheben wir erstmals Aspekte wie die



Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Diese lassen sich im derzeitigen Verfahren nicht abbilden.« Dies bedeutet in der Konsequenz auch eine größere Wertschätzung der Versicherten und ihrer Angehörigen und könne nach Aussagen der studienteilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter zu einer guten Akzeptanz des neuen Begutachtungssystems in der Bevölkerung führen.

Antworten auf offen gebliebene Fragen

Soll ein pflegebedürftiger Mensch, der nicht mehr in der Lage ist, seine Arme und Beine zu benutzen, immer in den höchsten Pflegegrad eingestuft werden? Dies hatte beispielsweise der Expertenbeirat empfohlen. In der Praxis zeigte sich, dass diese Regelung inhaltlich angemessen und praktikabel ist. Außerdem musste eine weitere Empfehlung des Beirats überprüft werden, nämlich ob pflegebedürftige Säuglinge und Kleinkinder im Alter von 0 bis 18 Monaten mehr als einmal begutachtet werden sollen, weil sich ihr personeller Unterstützungsbedarf in dieser Zeit ändern kann. Hier haben die Erfahrungen aus der Praxis gezeigt, dass *eine* Begutachtung ausreichend ist. Wenn dabei Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, gilt sie pauschal bis zur Vollendung des 18. Lebensmonats.

Die praktische Anwendung des NBA innerhalb einer repräsentativen Stichprobe von Antragstellern zeigte zusätzliche Anpassungsbedarfe des Instruments und seiner Manuale. So sollten beispielsweise zukünftig bei den Merkmalen des Moduls 6 zur Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte die Auswirkungen motorischer und kognitiver Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt werden können. Der Abschlussbericht der Praktikabilitätsstudie enthält deshalb einen Vorschlag für das entsprechend überarbeitete Manual.

Das große Engagement aller Beteiligten ging weit über die Ziele der Praktikabilitätsstudie hinaus. Daher gilt ein besonderer Dank allen Gutachterinnen und Gutachtern, den Versicherten und ihren Angehörigen, die die Studie unterstützt und damit einen wertvollen Beitrag zum Gelingen geleistet haben. Die gewonnenen Erkenntnisse sind für die

Vorbereitung des Implementierungsprozesses nicht hoch genug einzuschätzen. Es ist für das deutsche Sozialversicherungssystem der vergangenen Jahrzehnte beispiellos, dass man mit so großer Sorgfalt die Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens vorbereitet. »Gleichzeitig sind unsere Gutachterinnen und Gutachter jetzt für die neue Begutachtungsphilosophie sensibilisiert – der notwendige Umdenkprozess in den Medizinischen Diensten hat damit begonnen«, so Gansweid.



Dr. Andrea Kimmel (links)
ist Projektleiterin beim MDS
a.kimmel@mds-ev.de

Olga Schiebelhut (rechts),
MDK Westfalen-Lippe
o.schiebelhut@mdk-wl.de

Neues aus der virtuellen Akademie

Auch in diesem Jahr bietet der MDS ergänzend zu seinem bundesweiten Seminarprogramm die Möglichkeit, Vorträge per Videoübertragung auf dem MD-Campus live zu verfolgen:

21.04.2015 **Die Praktikabilitätsstudie zur Umsetzung des NBA: Ziele, Methoden und Ergebnisse**

Dr. Andrea Kimmel (Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, MDS) und Olga Schiebelhut (MDK Westfalen-Lippe)

An der Praktikabilitätsstudie zur Umsetzung des neuen Begutachtungssassessments (NBA) nahmen 86 Gutachter/innen der MDK, des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft und von Medicproof teil. Sie wandten das NBA bei ca. 2000 Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung an und erhielten wertvolle Hinweise für den Routineinsatz des neuen Begutachtungsverfahrens. Das Webinar informiert über Inhalte, Ablauf und Ergebnisse der Studie.

19.05.2015 **Pflegestärkungsgesetz – Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen**

Hans-Jörg Sandrock (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel)

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz sind im Januar 2015 umfangreiche Änderungen im Pflege-Leistungsrecht in Kraft getreten. Das Webinar gibt einen Überblick über Neuregelungen und erläutert ausgewählte Leistungsarten und Kombinationsmöglichkeiten.

09.06.2015 **Expertenstandard Dekubitusprophylaxe verändert die pflegerische Praxis**

Gerhard Schröder (Lehrer für Pflegeberufe, Journalist, Mitglied der Expertengruppe Dekubitusprophylaxe in der Pflege (DNQP), Göttingen)

Das Webinar zeigt die aktuellen Veränderungen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, wie beispielsweise die Risikerkennung aufgrund der neuen Erkenntnisse der Pathophysiologie eines Dekubitalulcus. Es erklärt, wie dies in der Praxis konkret umgesetzt werden soll und was nun in den Dokumenten richtig ist.

29.09.2015 **Kommunikation unter Nutzung moderner Kommunikationshilfen auf Tablet- und iPad-Basis**

Jörg Betton-Mentges (Staatl. gepr. Medizintechniker, Team Hilfsmittel, MDS)

Ergänzend zur Einführungsveranstaltung 2014 stellen wir verschiedene Kommunikationshilfen der PC 16 detaillierter vor. Themen sind: Kommunikationshilfen auf iPad-, Android- und Tablet-PC-Basis. Ausgewählte Apps im Rahmen der Kommunikation, leistungsrechtliche Aspekte dieser Produktgruppe sowie die Vorstellung ausgewählter Adaptionshilfen zur Ansteuerung von Kommunikationshilfen.

27.10.2015 **Reha-Bedarfsfeststellung im Rahmen der Pflegebegutachtung (Refresher-Angebot)**

Dipl.-Med. Katrin Breuninger (Ärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin, MDS)

Bei jeder Pflegebegutachtung prüfen die Gutachterinnen und Gutachter, ob eine Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation besteht. Seit Januar geschieht dies nach dem optimierten Begutachtungsstandard (obs). Das Webinar dient der Auffrischung von wesentlichen obs-Schulungsinhalten, wie der Abgrenzung von Heilmittel-Therapie versus Rehabilitation oder der Rehabilitationsfähigkeit für geriatrische Leistungen.

03.11.2015 **Vielfalt aus einer Hand – die Umsetzung eines Gesamtversorgungskonzeptes**

Andreas Kutschke (Pflegerwissenschaftler und Fachbuchautor)

Die Strategie und Idee im Gesamtversorgungskonzept ist es, pflegerische, betreuende und auch hauswirtschaftliche Leistungen auf kurzem Weg bürokratiearm Hilfesuchenden im Quartier anzubieten. Sogenannte Quartiersmanager koordinieren die verschiedenen Leistungen und sorgen dafür, dass Hilfesuchende ein passendes Angebot bekommen. In dieser Konzeption sind auch Hausärzte, Apotheker sowie Kirchengemeinden wichtige Akteure.

01.12.2015 **Rechtliche Grundlagen der Qualitätsprüfung**

Jürgen Butzke (MDK Niedersachsen)

Die Qualitätsprüfungen des MDK in der ambulanten und stationären Pflege basieren auf dem 11. Kapitel des SGB XI. Darüber hinaus sind eine Reihe anderer gesetzlicher und vertraglicher Regelungen für die Qualitätsprüfungen relevant. Das Webinar liefert einen Überblick über diese Regelungen und aktuelle Entwicklungen dazu.

Die Webinare finden an den genannten Terminen jeweils in der Zeit von 15 bis 16 Uhr statt. Wer den Livetermin verpasst hat, kann sich die Aufzeichnung in der Mediathek anschauen.

Die Anmeldung erfolgt, wie bei allen anderen Seminaren des MDS, über die Fortbildungsbeauftragten bzw. Personalstellen der MDK. Weitere Informationen finden Sie unter www.md-campus.de



Sebastian Kauf
ist Mitarbeiter im Team
»Bundesweite Fortbildung« beim MDS.
s.kauf@mds-ev.de

Lebensqualität in der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter

Wer erkennt, dass sich ein gepflegter Mensch wohlfühlt, weiß, dass seine Arbeit erfolgreich war. Die Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in der stationären Altenpflege zu erfassen, ist allerdings schwierig. Ein neues Projekt der Universität Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem MDS unter Einbeziehung weiterer wissenschaftlicher Experten, das vom GKV Spitzenverband finanziert wird, soll hier helfen.

ZIEL DES IM NOVEMBER 2014 gestarteten Projektes »Lebensqualität in der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter« ist es, ein praxistaugliches Instrument zu entwickeln. Es soll zum einen valide und reliable Aussagen darüber ermöglichen, wie zufrieden einzelne Heimbewohnerinnen und -bewohner zum aktuellen Zeitpunkt sind und wie ihr individuelles Wohlbefinden ist. Zum anderen soll es aber auch konkrete Hinweise darauf liefern, wie sich beides steigern beziehungsweise verbessern lassen würde. Das Tool soll handhabbar für den täglichen Einsatz sein, im Rahmen der Qualitätsprüfungen des MDK wie auch in der internen Qualitätssicherung. Deshalb hat es nicht nur den beratungsorientierten Prüfansatz im Blick, sondern auch die Nutzerperspektive und erfasst Daten aus der Befragung sowie aus der Beobachtung.

Demenzerkrankungen häufig medizinisch nicht diagnostiziert

Entwickelt für Heimbewohner mit Demenz

Im Fokus stehen Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung – insbesondere einer fortgeschrittenen Demenz. Sie sind in aller Regel mit Einbußen im Bereich der verbalen Kommunikationsfähigkeit konfrontiert: Vor allem in späten Erkrankungsphasen verfügen Demenzkranke fast gar nicht mehr über die Fähigkeit, sich verbal mitzuteilen, weshalb die Ergebnisse einer reinen Zufriedenheitsbefragung nur begrenzte Aussagekraft besäßen.

Pflegende stehen also vor der Herausforderung, das subjektive Befinden eines demenzkranken Bewohners anhand geeigneter Verfahren zu ermitteln, um daraus geeignete Maßnahmen ableiten zu können. Gleichzeitig steht der MDK vor der Aufgabe, die Eignung dieser Maßnahmen im Rahmen seiner Prüfung beurteilen zu müssen.

Nachfolge von H.I.L.DE-MDK

Gemeinsam mit Pflegenden aus der Praxis entwickelte Prof. Dr. Andreas Kruse vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg ein »Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker« (H.I.L.DE). Demnach ist Lebensqualität mehrdimensional über medizinisch-pflegerische, soziale und emotionale Aspekte definiert. Im Projekt H.I.L.DE-MDK entstand daraufhin mit Unterstützung erfahrener MDK-Qualitätsprüfer ein Erhebungsinstrument, mit dem Pflegende ihre eigenen pflegerischen Maßnahmen im Hinblick auf das Wohlbefinden des Bewohners einschätzen und prüfen können. Es nutzte die noch vorhandenen Fähigkeiten selbst schwer demenzkranker Menschen, nämlich ihr emotionales Ausdrucksverhalten, um ihr Wohlbefinden im Sinne erlebter Lebensqualität einschätzen zu können. Damit lag der Fokus in der Pflege des demenzkranken Menschen nicht mehr nur auf den krankheitsbedingten Defiziten, sondern auf seinen erhaltenen Ressourcen und Kompetenzen.

Genaueres Hinschauen gefragt

H.I.L.DE-MDK zeigt, dass der Beobachtung eine wichtige Rolle zuzuschreiben ist: Sie ermöglicht konkrete Einblicke in den Alltag von Menschen mit Demenz und ihre subjektive Befindlichkeit. Dies äußert sich vor allem in der Interaktion zwischen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Pflegenden.



Bernhard Fleer, MDS
Team »Pflege« des MDS
b.fleer@mds-ev.de

Hannelore Kötter, MDS
Team »Pflege« des MDS
h.koetter@mds-ev.de



MDK Kongress



Der Medizinische Dienst ist kein Wunschkonzert

Gesundheitspolizei? Leistungsverweigerer? Handlanger der Krankenkassen? In den vergangenen 25 Jahren haben Kritiker dem MDK manches Etikett verpasst. Akteure von gestern und heute diskutierten unter der Moderation von Katrin Brand, ARD-Journalistin, über die Rolle der MDK in der Gesundheits- und Pflegepolitik.

»Der Vorgänger des Medizinischen Dienstes (MD) war der Vertrauensärztliche Dienst. Aufgabe des vAD war Krankenkontrolle und Überwachung – das entsprach überhaupt nicht einem modernen Gesundheitssystem. Deshalb war es notwendig, einen Medizinischen Dienst für die gesetzliche Krankenversicherung zu schaffen«, erklärte **Dr. Manfred Zipperer**, seinerzeit Referatsleiter im Arbeits- und später im Gesundheitsministerium. Eine Zäsur sei die Einführung der Pflegeversicherung 1995 gewesen. »Die Pflegeversicherung hat die Medizinischen Dienste vor völlig neue Aufgaben gestellt. Gutachter mussten geschult und neue Organisationsstrukturen aufgebaut werden. Die Pflege ist für die MD eine Erfolgsgeschichte geworden. Daher haben die Dienste immer mehr Aufgaben von der Politik übertragen bekommen. Der MD hat das Fachwissen, um das Gesundheitssystem zu verbessern.«

Dem stimmte **Stefan Grüttner**, Sozialminister von Hessen, zu: »Heute geht es um Qualitätssicherung, darum, wie die beste Versorgung für die Versicherten zu gewährleisten ist. Gleichwohl muss es sich der MDK zu eigen machen, seine Entscheidungen gegenüber den Patienten zu begründen und zu erklären. Nur dann ist es gerechtfertigt, die Menschen auch zu enttäuschen, wenn sie Leistungen erwarten, die nicht gewährt werden können.«

Gutachter in der Zwickmühle

»Die Rolle des MDK ist nicht Wunschkonzert. Der MDK dient dem Sozialstaat und der Sicherung von Leistungen«, sagte **Prof. Herbert Rebscher**, Vorstandsvorsitzender der DAK. Er beschrieb die Zwickmühle, in der sich die MDK immer wieder befinden: »Es gibt ein paar Jobs, in denen man nicht auf Popularität schießen sollte. Dazu zählt, Teil eines Gutachterdienstes zu sein. Bei der Einführung der Pflegeversicherung war die Sorge verbreitet, dass das Geld nicht ausreichen könnte. Deshalb hatte man Angst, dass die MDK zu positiv begutachten. Die Bundesregierung wollte, dass nicht zu viel begutachtet wird. Und die Kommunen wollten das Gegenteil: »Möglichst viele Pflegebedürftige sollten Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Denn das entlastete die Kommunen. Dazwischen saßen die Gutachter, die eigentlich nur Fehler machen konnten.«

Und welche Rolle spielt die Unabhängigkeit?

»Die Unabhängigkeit der Dienste ist im Gesetz verankert. Sie ist der Dreh- und Angelpunkt für ihre Glaubwürdigkeit. Ich finde die kassenunabhängige und -übergreifende Finanzierung ausgesprochen förderlich dafür. Das haben wir bei der Schaffung der MDK gut gemacht«,

sagte Manfred Zipperer. Auch für Herbert Rebscher kann es keine Alternative zur Unabhängigkeit geben: »Wir Kassen stehen so im Wettbewerb untereinander, dass wir uns nie über eine einheitliche Begutachtung einig würden. Bundesweites Leistungsrecht ist außerhalb des Wettbewerbs. Die Grundidee des MD ist eine wettbewerbsunabhängige und faire Begutachtung für die Patienten aller Kassen.« Und Stefan Grüttner machte deutlich, dass die MDK im Dienste der Krankenversicherung und nicht der Krankenkassen stünden. »Trotz aller Beschwerden ist klar, dass der Medizinische Dienst den Menschen dient.«



Moderatorin Katrin Brand (ARD)

Der Blick nach vorn

Wie sieht die Zukunft der Medizinischen Dienste aus? Nach Manfred Zipperer kommen viele neue Felder hinzu – sei es im Bereich Qualitätssicherung, bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Behandlungsfeldern und vielem anderen mehr. Die Dienste seien dafür gut aufgestellt. Aber auch ein neuer Trend sei unvermeidbar: »Patientenvertreter wollen zunehmend in Gremien des Gesundheitssystems mitbestimmen. Der Druck ist aufgrund des neuen Patientenselbstverständnisses dafür groß.« Für Herbert Rebscher wird der MDK aufgrund der demografischen Entwicklung weiter an Bedeutung gewinnen: »Der Versorgungsbedarf ändert sich. Der MDK-Gutachter ist derjenige, der die Menschen in der Pflegesituation aufsucht. Wir brauchen die MDK als Anker für eine verlässliche, gemeinsame Leistungsentscheidung.« **Michaela Gehms / MDS**

Medizinische Dienste sind für neuen Pflegebegriff vorbereitet

Was ist neu am neuen Pflegebegriff? Wie wird er sich auf die MDK-Begutachtung auswirken? Welche Verbesserungen bringt er den Versicherten? Welchen Beitrag leisten die Medizinischen Dienste für eine qualitativ hochwertige Pflege? Diese Fragen beantworteten Dr. Peter Pick und Dr. Ulf Sengebusch bei einer Pressekonferenz im Rahmen des MDK-Kongresses.

»In Zukunft wird es nicht nur darum gehen, mehr pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Es wird vor allem darum gehen, den Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen in allen relevanten Lebensbereichen zu erfassen und damit eine individuelle Leistungsgestaltung zu ermöglichen. Das bisherige Begutachtungsverfahren wird den Menschen nur unzureichend gerecht«, erklärte **Dr. Peter Pick**, Geschäftsführer des MDS. Das neue Verfahren werde künftig alle Dimensionen der Pflegebedürftigkeit erfassen. Viele Betroffene – insbesondere mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Einschränkungen – erhielten einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Mit Blick auf das neue Pflegestärkungsgesetz sagte Pick: »Der Medizinische Dienst begrüßt die Verbesserungen, die damit auf den Weg gebracht werden. Positiv ist vor allem, dass die Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege erweitert und flexibler kombiniert werden können. Das trägt zur Entlastung der pflegenden Angehörigen bei.«

Dr. Ulf Sengebusch, Geschäftsführer des MDK-Sachsen machte deutlich, dass sich die Medizinischen Dienste als serviceorientierte Partner der Versicherten verstünden. »Erste Auswertun-

gen der Versichertenbefragung zeigen: 86% der Befragten sind mit der Begutachtung und Beratung durch unsere Mitarbeiter zufrieden. Insbesondere die Kompetenz, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der MDK-Gutachter überzeugte.« Dies sei angesichts der 1,4 Millionen Pflegebegutachtungen im Jahr von entscheidender Bedeutung. Ein weiteres Arbeitsfeld der Medizinischen Dienste seien die Qualitätsprüfungen in den Pflegeheimen und ambulanten Diensten. Jährlich würden über 22500 Einrichtungen und Dienste geprüft. »Die MDK-Gutachter sehen sich dabei die Qualität der Pflege an den Menschen an. Diese Prüfungen waren und sind unverzichtbar, um die Versorgungsqualität zu verbessern und zu sichern«, erklärte Sengebusch. **Michaela Gehms / MDS**

Pressekonferenz anlässlich des MDK-Kongresses 2014: (v. l.) Dr. Ulf Sengebusch, Dr. Peter Pick, Michaela Gehms



Die Unabhängigkeit des MDK

Der Referenten-Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz sieht die Reform der MDK-Verwaltungsräte vor: Patientenvertreter und Vertreter der Pflegeberufe sollen Stimmrecht erhalten. Hermann Gröhe diskutiert mit Vertretern der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes.

Ich bin versucht zu sagen: Revolution statt Evolution«, kommentierte **Dr. Volker Hansen**, Verwaltungsratsvorsitzender des MDS das Gesetzesvorhaben. »Der MDK wurde vor 25 Jahren als unabhängiger Dienst der Krankenversicherung ins Leben gerufen. Für die Selbstverwaltung ist die Unabhängigkeit ein hohes Gut. Sie ist unverzichtbar, damit der MDK seine Aufgaben erfüllen kann. Das geplante Gesetz schlägt aber einen ganz anderen Weg ein. »Wer den unabhängigen MDK zu einem abhängigen machen will, der muss die Gremien für die Leistungserbringer öffnen, die vom Geld der Beitragszahler und der Krankenkassen leben«, so Dr. Hansen. »Die haben nichts zu suchen in den Gremien der MDK.«

K für Krankenversicherung

Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** vertrat dagegen die Auffassung, dass die Reform die Unabhängigkeit der MDK stärken könne: »Ja, das K in MDK steht für Krankenversicherung und nicht für Krankenkasse. Wir sind der Überzeugung, dass das Einbeziehen des Sachverständigen von Betroffenen die Unabhängigkeit stärkt. Das ist das Ziel, das wir mit dem Versorgungsstärkungsgesetz verfolgen. Selbstverständlich werden wir darüber auch weiterhin Gespräche führen.« Ausdrücklich lobte Bundesminister Gröhe das Engagement des MDK bei der Studie zur Erprobung des Begutachtungsverfahrens zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Gröhe unterstrich an diesem

Beispiel die Bedeutung des Medizinischen Dienstes für das Gesundheitswesen. Durch seine vielfältigen Begutachtungs- und Beratungsleistungen für die Kranken- und Pflegeversicherung und deren Versicherte trage der Medizinische Dienst zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland bei. Der Gesundheitsminister hob auch hervor, dass die Arbeit der MDK in den vergangenen 25 Jahren immer wichtiger geworden sei und dass die Mitarbeiter der MDK heute auch dafür stünden, dass durch Pflegebegutachtung und Qualitätssicherung 2,6 Millionen Menschen in Deutschland gute und angemessene Pflege erhielten.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes blickte in ihrem Beitrag auf die Entstehungsgeschichte des MDK vom Vertrauensärztlichen Dienst hin zum modernen, dienstleistungsorientierten Begutachtungs- und Beratungsdienst zurück. »Die Aufgaben des MDK umfassen weit mehr als die eines Prüfdienstes. Er ist sozialmedizinischer Dienstleister für die Krankenkassen. Dazu brauchen wir die Unabhängigkeit, das fachliche Fundament und bundesweit einheitliche Bewertungen für Leistungen durch das MDK-System«, stellte Frau Dr. Pfeiffer klar.

Unparteilichkeit sei wichtig, wenn künftig medizinische und pflegerische Versorgung nach den allgemeinen sozialgesetzlichen Grundsätzen der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit finanzierbar bleiben sollen, betonte **Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy**, Geschäftsführer des MDK Hessen, in seinem Beitrag. **Jan Gömer / MDK Nord**



Dr. Ulf Sengebusch und Dr. Peter Pick mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Dr. Volker Hansen (v. l. n. r.)

Qualitätssicherung der Zukunft in der Pflege

Interne und externe Qualitätssicherung der Pflege stehen vor Veränderungen: Ergebnisindikatoren für die stationäre Pflege werden diskutiert, die Transparenzvereinbarungen stehen in der Kritik und externe MDK-Prüfungen müssen überprüft werden. Wohin geht die Reise?

Ziel der Veranstaltung war es, einen Ansatz der internen Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen den Prüfaufgaben des MDK gegenüberzustellen und Schnittstellen anzuschauen. In diesem Zusammenhang stellte **Dr. Heidemarie Kelleter**, Referentin für Qualitätsberatung beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, erste Erfahrungen ihres Verbandes mit dem Projekt EQisA (Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe) vor.

Nachhaltige Pflegequalität mit EQisA

EQisA ist ein Gemeinschaftsprojekt des Caritas Verbandes mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld. Beim ersten Praxistest nahmen 145 stationäre Pflegeeinrichtungen in acht Bundesländern teil, d. h. 50 verschiedene Träger und 13 600 Bewohnerinnen und Bewohner. Seit dem Start im Januar 2012 wurden bisher sechs Messungen durchgeführt. Hauptziel ist die Sicherung einer nachhaltigen Pflegeergebnisqualität: »Wir wollen die Erfolge von Pflege messen«, betonte Kelleter. Dazu werden in den Pflegeeinrichtungen gesundheitsbezogene Indikatoren erhoben und extern ausgewertet. Experten überprüfen die Ergebnisqualität auf Nachvollziehbarkeit.

Pflegeeinrichtungen wollen die ergänzende MDK-Prüfung

Schon während der Erhebung der Daten zeigten sich positive Effekte: Die Mitarbeiter fühlen sich durch ihre Einbindung in ihrer Fachlichkeit bestärkt. Die Ergebnisse wurden reflektiert und es wurde nach Ansätzen zur Qualitätsverbesserung gesucht. Mit Blick auf den nachfolgenden Vortrag vertrat Kelleter die Auffassung, dass auch bei der Indikatorenerhebung durch die Pflegeeinrichtungen externe Prüfungen durch den MDK weiterhin notwendig bleiben.

MDK-Qualitätsprüfung – mehr als Noten

Jürgen Brüggemann vom Team Pflege des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDs) griff anfangs Kritik an den externen Qualitätsprüfungen des MDK auf. Er führte aus, dass hinter der Kritik oft Informationsdefizite stünden. Denn die Prüfung umfasse weit mehr, als die veröffentlichten Transparenz-Ergebnisse darstellten. So sei eine Kernfunktion die Vertragsprüfung. Dabei gehe es darum, ob die vertraglichen Anforderungen erfüllt werden. Der Schutz der Versicherten sei ein weiterer wichtiger Aspekt. Darüber hinaus berate der MDK die Einrichtungen während der Prüfungen.

Die Pflegequalität sei nicht zuletzt aufgrund der regelmäßigen

Veröffentlichungen der MDK-Prüfungen ein öffentliches Thema geworden. Richtig sei zudem gewesen, dass man von Anfang an auf die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen gesetzt habe. Der MDK decke immer wieder Risikopotenziale und Verbesserungsmöglichkeiten auf. Die Versorgungsqualität habe sich Schritt für Schritt verbessert, beispielsweise bei der Ernährung und dem Medikamentenmanagement. »Der Mix aus Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität hat sich bewährt. Und die Einrichtungen profitieren zudem von der Beratung mit Blick auf Entbürokratisierungspotenziale«, erklärte Brüggemann. Neben den jährlichen MDK-Prüfungen hätten auch die Veröffentlichungen der Pflegenoten nachhaltige Veränderungen in der Pflege ausgelöst.

Gleichwohl sei es erforderlich, die Qualitätsprüfungen des MDK weiterzuentwickeln: Es gehe jetzt darum, sie auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten. Dabei müsse noch einmal reflektiert werden, welcher Qualitätsbegriff der Pflegeversicherung zugrunde liege. »Bei der Weiterentwicklung des Prüfinstrumentariums für die stationäre Pflege ist sowohl die Prüfpraxis als auch pflegewissenschaftliches und methodisches Know-how einzubeziehen. Ebenso sind die Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen«, erläuterte Brüggemann.

Es geht um eine gute Versorgung der Versicherten

Dr. Monika Kücking, Leiterin der Abteilung Gesundheit beim GKV-Spitzenverband, betonte in der anschließenden Diskussion, dass beim Abschluss der erstmaligen Transparenzvereinbarung zu wenig Zeit war, auf der Basis einer gemeinsam getragenen Definition von Pflegequalität ein rundum fundiertes System zu entwickeln. Sie wünsche sich eine schrittweise Weiterentwicklung und flächendeckende Verbreitung von Ergebnisindikatoren. Parallel dazu sei die unabhängige externe Qualitätsprüfung unverzichtbar. Kücking appellierte an die verantwortlichen Akteure in der Pflege, im Interesse einer guten Versorgung der Versicherten konstruktiv zusammenzuwirken.

Der Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege **Dr. Gerhard Timm** sah in den Ergebnisindikatoren ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung der Pflegequalität. Sie böten eine gute Basis für ein vergleichendes Benchmarking. Er forderte eine Stärkung der Selbstverwaltung, um schneller Entscheidungen fällen zu können. Die alleinige Richtlinienkompetenz der Pflegekassen lehnte Timm ab. Die Verbraucherinnen und Verbraucher sollten zudem stärker eingebunden werden.

Hendrik Haselmann / MDK Berlin-Brandenburg

Im Fokus – Versorgungsqualität im Krankenhaus

Übereinstimmend sagen die beiden ersten Referenten: Für die Beschreibung der bestehenden Problemlage bei der Versorgungsqualität im Krankenhaus könnten sie Folien von Präsentationen aus der Jahrtausendwende oder sogar früher relativ unverändert weiternutzen.

Durchaus provozierende Fragen des Moderators belebten die gut besuchte Veranstaltung derart, dass schließlich sogar drei Referenten spontan auf die vorbereitete Präsentation verzichteten und einen freien Vortrag hielten.

Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, erklärte, dass es kein Erkenntnisproblem gäbe, wenn Lösungen für unzweifelhaft noch bestehende Qualitätsprobleme gesucht würden. »In Deutschland besteht noch heute eine 1973 festgeschriebene Krankenhausstruktur, aus der sich die Medizin aber herausentwickelt hat – das passt nicht mehr.«



Prof. Dr. Axel Ekkernkamp

Weitere Datenerhebungen zwecklos

Sowohl **Prof. Dr. Axel Ekkernkamp**, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin, als auch **Dr. Stefan Etgeton**, Senior Expert der Bertelsmann Stiftung schlossen sich der Meinung an, dass weitere Datenerhebungen und -veröffentlichungen im gegenwärtig geübten Stil keinen Sinn machen. Etgeton: »Die Blockadehaltung von Akteuren hinsichtlich der Datenveröffentlichung wird mehr und mehr aufgegeben. Stattdessen wird die Öffentlichkeit mit Daten zugeschüttet, was ebenfalls zur Intransparenz führt. Weniger ist mehr!«

Ekkernkamp bemerkte zur Qualität der heute erhobenen Daten noch: »Wir dokumentieren inzwischen auch akribisch falsche Endpunkte, wie z. B. die Wundheilungsstörung beim Leistenbruch im Krankenhaus. Die kann dort während des kurzen stationären Aufenthaltes von Patienten gar nicht mehr auftreten.«

Wenn also nach übereinstimmender Meinung Zahlen und Daten bislang zu keinen relevanten Fortschritten der Versorgungsqualität geführt haben – was hilft dann?

In mehr oder weniger großer Übereinstimmung wurden drei wesentliche Punkte genannt:

Abbau der bestehenden Überversorgung (Krankenhausschließungen), normative Festlegungen und eine stärkere Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Indikationsstellung statt auf Prozess- und Ergebnisqualität.

Es gibt zu viele Betten, die bewirtschaftet werden wollen

Gerade der Vertreter der Leistungserbringer formulierte unverblümt, dass eines der Grundübel der deutschen Krankenhausqualität die Überversorgung durch zu viele zu bewirtschaftende Krankenhausbetten sei, hier gab es keine Widersprüche.

Patient ist kein Homo oeconomicus

Sowohl Straub als auch Etgeton forderten mehr Mut zu normativen Festlegungen von den Mandatsträgern der Patienten, die sie neben der Politik auch bei den Krankenkassen und den Fachgesellschaften verorten. Bislang überließen diese Mandatsträger noch immer zu viele Entscheidungen dem Patienten, der aber z. B. kein Homo oeconomicus sei, statt über eine mutige und konsequente Strukturpolitik und Festlegung von Qualitätsmerkmalen sowie Mindestmengen Wirkung zu erzielen. Hier wünschte sich Ekkernkamp eher noch etwas Zeit, den in seinen Augen bereits begonnenen Weg zu gehen, durch echte transparente Benchmarkprozesse unter Kliniken Qualitätsmerkmale von Indikationsstellung und Behandlung zu eruieren, zu konsentieren und umzusetzen. Dass dabei die Frage nach dem Nutzen einer jeden Behandlung kritisch gestellt werden müsse, dürfe in Deutschland nicht weiterhin Lippenbekenntnis sein, sondern müsse Praxis werden.

Die Rolle des MDK im Krankenhaus

PD Dr. Matthias Mohrmann, leitender Arzt des MDK Baden-Württemberg, stellte zum Abschluss die vielfältigen Begutachtungsfelder dar, in denen der MDK bereits heute in die Qualitätssicherung von Krankenhausbehandlungen eingebunden ist, auch wenn dies bislang noch nicht so wahrgenommen wird und die Ergebnisse aktuell fast nur den Krankenkassen zur Verfügung stehen. Mit Ausblick auf die im Koalitionsvertrag genannte Qualitätsprüfung im Krankenhaus durch den MDK verfolgt er das Ziel, »den MDK als wertschätzenden Partner auf Augenhöhe mit beratender Funktion für die geprüften Krankenhäuser wahrnehmbar zu machen.«

Dr. Annette Busley / MDS

Wie sicher soll die Medizin der Zukunft sein?

Zwei hochkarätige Experten für die Themen Patientensicherheit und Nutzenbewertung lieferten unter diesem Titel ihre Impulsvorträge. Damit setzten sie die Startpunkte für fokussierte Gespräche der Teilnehmer in Kleingruppen an den einzelnen Tischen.

Patientensicherheit

Im ersten Teil der insgesamt knapp dreistündigen Veranstaltung fokussierte **Andreas Meyer**, Leiter Risikomanagement / Versicherungen bei der Helios Kliniken GmbH, unter dem Titel »Patientensicherheit – ein nationales Gesundheitsziel! Aber wie?« auf die Sicherheit der Versorgung. Eindrucksvoll hielt er eine Grafik mit einer deutlich abfallenden Kurve in die Höhe: Sie zeigte die Zahl der Verkehrstoten innerhalb der letzten Jahrzehnte, die trotz zunehmenden Verkehrsaufkommens von etwa 20 000 auf nunmehr unter 4000 abgesunken ist. Und das nicht von ungefähr. Unfallforschung, zahlreiche Verbesserungen technischer oder organisatorischer Art und konkrete Regeln und Vorschriften haben dazu beigetragen.

Im Straßenverkehr sprechen wir von Unfällen, in der Medizin (häufig hoch emotionalisiert) von Fehlern. Auch einem Verkehrsunfall liegt letztlich irgendwo ein Fehler zugrunde, der vermeidbar ist oder dessen schwerwiegende Folgen abgemildert werden können. Meyer schlug vor, auch in der Medizin den Denkansatz zu ändern und besser vom *Behandlungsunfall* zu sprechen. Wie im Straßenverkehr bedarf es gemeinsamer Anstrengungen und Transparenz über konkrete Ereignisse, um das System Gesundheitsversorgung sicherer zu machen. Dazu braucht es eine nationale Behandlungsunfallstatistik angelehnt an die Entwicklung im Straßenverkehr. Anknüpfungspunkte sollten von Patienten geltend gemachte Behandlungsfehlervorfälle (»Haftpflichtfälle«) sein. Aus dieser überschaubaren Zahl von Fällen könnten strukturierte Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden oder sie könnten Ansatz für eine weitere Bewertung sein. Auf lokaler Ebene sollten diese Informationen im Rahmen des Risikomanagements um Erkenntnisse aus den Berichts- und Lernsystemen (CIRS, Fehlermeldesysteme) ergänzt werden. Ziel müsse eine neue Sicherheitskultur sein, in der *Behandlungsunfälle* systematisch vermieden werden.

An den Teilnehmertischen wurde im Anschluss unter der Moderation von **Prof. Dr. Egon Endres** von der Katholischen Stiftungsfachhochschule München diskutiert. Fazit: Es besteht kein prinzipielles Dilemma zwischen Erfordernissen der Patientensicherheit und ökonomischen Bestrebungen. Die Verdeutlichung dieser Tatsache jedoch, die resultierende Einsicht aller Beteiligten und die Umsetzung in Bezug auf kurzfristige Entscheidungen seien das Problem. In konkreten Situationen könne deshalb sehr wohl eine scheinbare Schieflage zwischen Ökonomie und Sicherheit hervortreten.

Nutzenbewertung

Im zweiten Teil lieferte **Josef Hecken**, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in seinem Impulsvortrag »Nut-



zenbewertung und Patienteninteressen – Wie passt das zusammen?« ein energisches Plädoyer für die bedeutsame Arbeit des G-BA. Die Schwierigkeit in der Nutzenbewertung bestehe vor allem im Spagat zwischen der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz einer neuen Methode und ihrem innovativen Potenzial. Einerseits möchte man nutzbringende neu entwickelte Methoden den Patienten nicht vorenthalten, andererseits sollten diese – oftmals teuren – Entwicklungen auch tatsächlich erfolgversprechender bzw. letztlich erfolgreicher sein. Leider bestehe durchaus die Erfahrung, dass von der Industrie auch Versuche unternommen werden, weniger erfolgreiche Innovationen nach einer langen und kostenintensiven Entwicklungsphase dennoch in die Versorgung einzuführen. Die Aufgaben des G-BA gingen dabei weit über die vorgelagerte Zulassung hinaus. So wurden im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) bisher 92 entsprechende Bewertungsverfahren durchgeführt. Für die Glaubwürdigkeit und den Erfolg dieses Verfahrens spricht laut Hecken auch, dass bisher noch in keinem Fall gegen das Ergebnis Klage eingereicht wurde. Immerhin in 18 Fällen habe der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen bescheinigen können, so dass ein Arzneimittel früher in die Versorgung kam. Es handele sich hier also um ein Vorgehen im Sinne der Versorgungsqualität und der Sicherheit der versicherten Patientinnen und Patienten – keinesfalls um ein bloßes *Kostendämpfungsinstrument*, wie manche Kritiker behaupteten.

Weitgehende Übereinstimmung bestand im Auditorium, dass das geschilderte Vorgehen im G-BA und die Grundlagen (z. B. AMNOG) richtig und zielführend sind: Der regelhaft eher hilflose Patient habe Anspruch auf diese Art der Unterstützung. Die Patientenorientierung hin zu Aspekten der Lebensqualität und dem, »was Patienten wirklich wollen«, müsse hingegen sogar noch verstärkt werden. **PD Dr. Max Skorning / MDS**



Die neue Begutachtungssystematik in der Pflege

Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen sollen demnächst Grundlage für eine gerechte Zuordnung von Leistungspauschalen der Pflegeversicherung sein. Ein Paradigmenwechsel soll es werden, da sind sich – auch in dieser Diskussionsveranstaltung – alle Beteiligten einig.

Dr. Barbara Gansweid, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Pflege« der MDK-Gemeinschaft, stellte zunächst das Neue Begutachtungsassessament (NBA) vor und erklärte, dass es vieles einfacher, gerechter und besser mache.

Die neue Begutachtungsphilosophie berücksichtigt Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher und psychischer bzw. kognitiver Beeinträchtigungen und bezieht beispielsweise den allgemeinen Betreuungsbedarf sowie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ein. »Der neue Maßstab ist der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen«, erklärte Gansweid: »Wir messen den Grad der Selbständigkeit statt den Zeitaufwand. Das bedeutet, es gibt keine Minutenzählerei mehr!«

Das neue Begutachtungsassessament bietet die Grundlage für ein einheitliches Verständnis von Pflegebedürftigkeit und für eine gemeinsame Sprache für Gutachter und Pflegendende.

Der lange Weg zum NBA

Die Schritte der Pflegereformen, die auf dem Weg zum NBA zurückgelegt wurden, stellte **Martin Schölkopf**, Unterabteilungsleiter Pflegeversicherung im BMC, vor. Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNeG) hätte bereits zentrale Maßnahmen beinhaltet wie zum Beispiel Leistungsverbesserungen in Höhe von rund einer Milliarde Euro, insbesondere für an Demenz Erkrankte, eine Flexibilisierung des Angebots, mehr Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige und die Stärkung der Serviceorientierung von MDK und Kassen. »Die Statistik der Pflegekassen zeigt, dass die Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ankommen«, so Schölkopf. »Außerdem schafft es der MDK weitaus überwiegend, innerhalb der gesetzlichen Frist die Begutachtung durchzuführen.«

Auch mit Blick auf die *Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege*, die *Allianz für Menschen mit Demenz* und schließlich auf das *Projekt zur Entbürokratisierung in der Pflege* zeigte sich Schölkopf zuversichtlich: »In der Koalitionsvereinbarung hat die Pflege erkennbar einen besonderen Stellenwert. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll nach Erprobung noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden.

Wie dies tatsächlich aussehen könnte und was dabei nicht außer Acht gelassen werden darf, damit befassten sich im Anschluss drei Impulsreferate zum NBA. Zunächst erklärte die Projektleiterin der Praktikabilitätsstudie **Dr. Andrea Kimmel** aus dem Team »Pflege« des MDS, wie die neue Begutachtung der MDK umgesetzt wird, und stellte die Studie vor.

Geprüft auf Herz und Nieren

Ziel sei es, nicht nur das NBA auf Praktikabilität zu überprüfen, sondern auch die Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahr 2013. »Die Rückmeldungen waren durchweg positiv«, so Kimmel. »Die Gutachterinnen und Gutachter konnten sich besser als bislang auf die individuelle Situation des Versicherten einstellen, weil die Fragen des NBA näher am Leben seien. Viele fanden es positiv, dass das Zählen von Minuten zukünftig entfällt und Ressourcen und Beeinträchtigungen umfassender als bislang abgebildet werden.« Vor allem Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen werde man mit dem NBA besser gerecht.

Anschließend ergänzte **Prof. Dr. Heinz Rothgang** vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (zes) die Frage: Wie spiegeln sich tatsächlich die Pflegeaufwände in den neuen Pflegegraden? Dazu wurden gesundheitliche, betreuende und pflegerische Leistungen bei mehr als 1700 Bewohnerinnen und Bewohnern in 38 stationären Einrichtungen unter die Lupe genommen. »Wir wollen Aussagen machen können über die Art und den Umfang von bezogenen gesundheitlichen, pflegerischen und betreuenden Leistungen im Kontext der bisherigen Pflegestufen und im Kontext der zukünftigen Pflegegrade«, erklärte Rothgang.

Eine Reform auch für die Pflegebedürftigen?

Ob das NBA denn auch eine Reform für die Pflegebedürftigen bedeute, fragte **Jens Kaffenberger**, der Bundesgeschäftsführer des Sozialverbands vdk Deutschland e. V. Und beantwortete seine Frage gleich mit einem eindeutigen Ja: Das NBA biete für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen viele Vorteile, wie zum Beispiel bessere Leistungen für Menschen mit Demenz, psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Auch setzten die Leistungen früher ein, wie eine Wohnraumanpassung und niedrigschwellige Hilfen schon im Pflegegrad 1. Allerdings führe eine Höherstufung im stationären Bereich zu höheren Eigenanteilen und Kosten für die Sozialhilfeträger. »Deshalb müssen die Pflegesätze angepasst werden. Höhere Eigenanteile werden von den Pflegebedürftigen nicht als Verbesserung erlebt«, forderte Kaffenberger. Der vdk werde weiter Druck machen, dass das NBA in dieser Legislaturperiode tatsächlich kommt. 20 Jahre Erfahrung seien Erfahrung genug. **Dr. Martina Koesterke / MDS**

Wenn der MDK kommt ...

Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste stehen im Spannungsfeld zwischen Einzelinteressen der Betroffenen und sozialrechtlichen Vorgaben: Können sie den Erwartungen gerecht werden? Darüber diskutierten Experten auf dieser Forumsveranstaltung.

Prof. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, beleuchtete die rechtliche Stellung des MDK. Er machte deutlich, dass der MDK einerseits im gesetzlichen Auftrag der Kranken- oder Pflegekassen handle. In der Hand der Kassen liege letztlich auch die Entscheidung über die Anträge der Versicherten. Dementsprechend sei es aus der Perspektive der Versicherten und ihrer Angehörigen schwierig, zwischen MDK und Pflege- oder Krankenkasse zu differenzieren. Auf der anderen Seite käme den Gutachterinnen und Gutachtern eine wesentliche Rolle als unabhängige Experten zu, denn beim Erstellen der Gutachten bestehe keine Weisungsbefugnis gegenüber den Gutachtern. Die Kassen folgten in ihrer Entscheidung in der Regel dem MDK-Vorschlag. Gerade im Rahmen der Pflegebegutachtung sei der Stellenwert der Gutachter sehr hoch. »Die Gutachter sind in dem gesamten Prüfverfahren diejenigen, die bei den Versicherten vor Ort waren und sich ein Bild über die Situation gemacht haben. Auch über die Empfehlung einer Pflegestufe hinaus können die Gutachter Versicherte beraten, etwa in Fragen zu Hilfsmitteln und die entsprechenden Empfehlungen an die Kassen weitergeben«, erläuterte Wenner.

In seiner Rolle als Patienten- und Versichertenvertreter betonte **Fritz Schösser**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bayern, wie unverzichtbar ein verlässlicher Begutachtungsprozess für die Betroffenen sei. »Die einheitliche Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste ist ein hohes Gut, denn sie gibt für alle Beteiligten die not-

wendige Rechtssicherheit«, so Schösser. Dafür sei eine kontinuierliche Qualitätssicherung unentbehrlich. Rückmeldungen der Versicherten zeigten, wie wichtig es zudem sei, das Begutachtungsverfahren für sie transparent zu machen. Häufig führten mangelnde Kenntnisse über Abläufe und Zuständigkeiten zu Beschwerden der Versicherten. »Kassen und MDK sind gleichermaßen gefragt, wenn es um Transparenz und Kommunikation über MDK-Gutachten und Leistungsentscheidungen geht«, sagte Schösser.

Von den ersten Ergebnissen der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des MDK berichtete **Dr. Ina Bossow**, Geschäftsführerin des MDK Mecklenburg-Vorpommern. 86% der Versicherten seien mit der Begutachtung zufrieden. Das sei ein sehr positives Echo, so Bossow, aber zugleich ein Ansporn, noch besser zu werden. Im Qualitätsverständnis der Medizinischen Dienste spielten die Patienten- und Versichertenorientierung eine immer wichtigere Rolle. »Versicherte können erwarten, dass Leistungsentscheidungen nachvollziehbar sind«, stellte Bossow fest. Speziell bei ablehnenden Entscheidungen bleibe es eine wesentliche Herausforderung für die Medizinischen Dienste, deutlich zu machen, dass die Gutachten der Pflegefachkräfte und Ärzte auf der Grundlage von sozialrechtlichen Vorgaben entstehen. Es bleibe eine wesentliche Aufgabe der Medizinischen Dienste, ihre Entscheidungsgrundlagen für Versicherte transparent zu machen. Das sei ein wichtiger Schritt zu einer größeren Akzeptanz des MDK und seiner Aufgaben. **Dr. Barbara Marnach / MDK Nordrhein**

Dr. Ina Bossow, GF des MDK Mecklenburg-Vorpommern, mit Moderator Jürgen Zurheide (wDR)



Pflege der Zukunft

»Der eigene Körper wird irgendwann zu einem Rätsel, das macht die Verletzlichkeit, die Vulnerabilität von Menschen im hohen Lebensalter aus«: Die Abschlussveranstaltung begann mit einem einfühlsamen, ethisch geprägten Impulsreferat von Prof. Dr. Andreas Kruse, dem Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Demnach sei die Pflegebedürftigkeit oft nicht kontinuierlich progressiv, sondern sie verlaufe oszillierend, vor allem bei älteren Menschen. Einer verbesserten Rehabilitation und Prävention misst **Prof. Dr. Andreas Kruse** eine große Bedeutung zu, da sie die Widerstands- und Leistungsfähigkeit fördern: »Wir müssen die rehabilitative Pflege stark machen, weil wir bemerkenswerte Schnittmengen haben«, fordert er. Ziel seien neben einer Stärkung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung sowie der Teilhabe, für die eine barrierefreie Umwelt gut erreichbar sein müsse, auch sorgende Gemeinschaften. Zukünftig werden Kruse zufolge dementielle Erkrankungen dominieren, wobei auch die kognitive Verletzlichkeit steige und psychiatrische und neurologische Perspektiven eine wesentliche Rolle spielen. »Menschenwürde und Lebensqualität lassen sich nicht von außen bestimmen. Wir können Rahmenbedingungen schaffen. Aber bestimmt wird vom Individuum selbst«, so Kruse.

Prof. Dr. Andreas Kruse



Zitate der anschließenden Podiumsdiskussion:

»Es ist eine andere Generation, die alt wird. Die jetzt Hochbetagten gehören zur Kriegsgeneration und nehmen viel in Kauf, um zu Hause bleiben zu können. Das Problem ist die Einsamkeit über den Tag, wenn der Körper zum Gefängnis wird. Hier müssen wir angemessene Strukturen schaffen. Die nachfolgende Generation wird sicherlich anders alt – aber der Gesetzgeber sollte die Wohnform nicht vorschreiben.«

**Karl-Josef Laumann, Staatssekretär im BMG, CDU,
Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege**

»Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist eine Oase in der Ferne, in die viel Hoffnung hineinprojiziert wird. Wir wären mutiger und schärfer herangegangen. Unsere Befürchtung ist, dass das Geld nicht ausreicht. Ich glaube, am Pflegealltag wird sich nichts ändern, die Pflegenden werden weiterhin hetzen und vor Ort wird nicht viel ankommen. Diesen Etikettenschwindel haben die Menschen nicht verdient.«

**Elisabeth Scharfenberg, MdB, Pflegepolitische Sprecherin
der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen im Bundestag**

»Die Pflegereform ist viel mehr ein Flickenteppich als ein Richtungswechsel. Ohne eine grundsätzliche Neuausrichtung und eine umfassende Finanzierung der Pflegeversicherung wird der neue Pflegebegriff am Ende nur eine große Worthülse sein. Deshalb fordern wir eine solidarische Bürgerversicherung, in die alle in Deutschland lebenden Menschen Beiträge entsprechend ihres Einkommens einzahlen – ohne Beitragsbemessungsgrenze.«

**Pia Zimmermann, MdB, Pflegepolitische Sprecherin
der Fraktion DIE LINKE im Bundestag**

»Prof. Kruse hat uns ein Menschenbild gezeigt, das wir anstreben sollten. Die gesellschaftlichen Einstellungen haben sich geändert und die Aufmerksamkeit ist gestiegen. Den ersten Schritt, den die Regierung getan hat, muss man wertschätzen. Aber wir müssen auch an den anderen Baustellen arbeiten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wirkt auf vielen Ebenen, aber er führt nicht ins Paradies.«

**Gernot Kiefer,
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes**

»Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringt sicherlich große Vorteile. Auch wenn er nicht alle Probleme lösen wird, bietet er doch eine neue Basis. Mit einem alten Begriff kann man nicht in eine neue Richtung marschieren. Das System wird mit dem NBA auf eine neue Grundlage gestellt. Ob das Geld reicht? Es sind in der Tat viele Kostenschätzungen unterwegs. Ich frage mich, woher die Menschen diese Zahlen kennen, da wir doch noch gar nicht mit dem neuen Verfahren arbeiten. Erst wenn die Ergebnisse der Erprobungsstudien vorliegen, kann seriös gerechnet werden.«

**Dr. Peter Pick,
Geschäftsführer des MDS**

Zusammengestellt von Dr. Martina Koesterke / MDS

Schlusswort

Für die Medizinischen Dienste, deren Aufgabe es oft ist, kritische Fragen zu stellen, gehört es zum Selbstverständnis, sich dem Dialog mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu stellen. Das schafft Akzeptanz und hilft Lösungen zu finden, auf die die Versicherten in jedem Einzelfall setzen.

Wir beziehen Position für hohe Versorgungsqualität, Patientensicherheit und eine gute Pflege. »Gesundheit und Pflege der Zukunft« brauchen den Dialog der Akteure. Die Medizinischen Dienste suchen diesen Dialog und werben dabei für eine rational begründete Gesundheitsversorgung und Pflege.

Einen Dialog schafft man jedoch nie allein. Deshalb möchte ich mich bei allen bedanken, die den heutigen Tag mit Leben erfüllt haben, vor allem den Besucherinnen und Besuchern des MDK-Kongresses für Ihre engagierte Diskussionsbereitschaft. Ohne Sie wäre alles nichts gewesen.

Ich danke allen Vertreterinnen und Vertretern aus der Politik, und hier ganz besonders Herrn Bundesminister Gröhe und Herrn Staatssekretär Laumann, für ihre Beiträge, mit denen sie auch ihre Wertschätzung für die Arbeit der Medizinischen Dienste zum Ausdruck gebracht haben.

Mein Dank gilt auch allen Referentinnen und Referenten für ihre sachkundigen und anregenden Beiträge und allen Moderatorinnen und Moderatoren dafür, dass sie den roten Faden nicht aus den Augen gelassen haben.

Ich danke auch allen Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und der MDK für ihren Besuch und ihre Unterstützung und last but not least danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Medizinischen Dienste, die durch ihren hervorragenden Einsatz bei der Vorbereitung und Durchführung diesen Kongress erst möglich gemacht haben.

Damit schliesse ich den MDK-Kongress 2014.

Allen einen guten Heimweg und auf Wiedersehen!

**Dr. Stefan Gronemeyer, leitender Arzt
und stv. Geschäftsführer des MDS**

Dr. Stefan Gronemeyer



Große Dinge werfen ihre Schatten voraus

23 Seiten dicht beschrieben mit recht konkreten Vorschlägen und ein Bundesminister für Gesundheit, der in dieser Legislaturperiode politische Pläne mit der Präzision eines Schweizer Uhrwerkes und der Ausdauer eines deutschen Autos zu Gesetzen werden lässt. Wer wollte da ernsthaft bezweifeln, dass Bewegung in die Landschaft der stationären Versorgung kommt?

ANFANG DEZEMBER 2014 wurden die Eckpunkte der geplanten Krankenhausreform 2015 veröffentlicht. Es folgte das zu erwartende mediale Getöse der betroffenen Beteiligten. Für die Krankenhaussseite waren es zu wenig Unterstützung und zu viel Restriktion. Den Kassen wird es zu teuer und sie wünschen sich mehr Durchgriff. Die beteiligten Politiker lobten sich für ihren Mut und ihre Weitsicht. Und mancher Analyst konnte keinen großen Wurf erkennen.

Der rote Faden

Das Thema Qualität zieht sich wie ein roter Faden durch das Papier. Aber nicht als Theorem, sondern unterlegt mit Zusagen zur Bereitstellung finanzieller Mittel wie Zentrumszuschläge, einem Pflegestellenförderprogramm, Sicherstellungs-

zuschlägen oder der Finanzierung klinischer Sektionen. Außerdem finden sich klare Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Entwick-

lung von Qualitätsindikatoren und zur Einführung des Zweitmeinungsverfahrens. Ebenso geregelt werden soll eine zukünftige Kontrolle von G-BA-Vorgaben wie auch der Dokumentation zur externen Qualitätssicherung durch unangemeldete MDK-Kontrollen in den Krankenhäusern.

Unerforschte Welten

Hier tut sich allerdings Neuland für alle Beteiligten auf. Zwar konnte der MDK bisher bereits nach Beauftragung durch Krankenkassen die Einhaltung von G-BA-Vorgaben prüfen. Diese Prüfungen wurden von den Kassen auch beauftragt – aber nicht überall, nicht regelmäßig und nicht flächendeckend. Genau das ist übrigens auch zukünftig nicht geplant: Prüfungen sollen unangemeldet und durch Anhaltspunkte begründet durchgeführt werden. Sie sollen zudem aufwands-

arm für MDK und Krankenhäuser ausgestaltet werden. Die Prüfergebnisse sollen neben den Organen der Selbstverwaltung auch den Landesbehörden (und zwar sowohl den für die Planung als auch den für die Aufsicht zuständigen) zur Verfügung stehen.

Zucht einer eierlegenden Wollmilchsau?

Zum jetzigen Zeitpunkt lassen Überlegungen zur Ausgestaltung dieses Prüfverfahrens vielleicht Assoziationen zum Zuchtvorhaben der eierlegenden Wollmilchsau aufkommen. Es darf aber getrost erwartet werden, dass die Gesetzesformulierung den Auftrag so konkretisiert, dass er umsetzbar wird.

Die Medizinischen Dienste sollten die Chance nutzen, bei der Entwicklung dieser neuen Prüfung gestalterisch mitzuwirken. Die großen, mitunter auch durchaus leidvollen Erfahrungen aus der Qualitätsprüfung in der stationären Pflege sowie aus allen bereits praktizierten Prüftätigkeiten an den Krankenhäusern stellen einen Wissensschatz dar, aus dem geschöpft werden kann und sollte.

Dieses neue Prüfinstrument von der Politik beim MDK verortet zu finden stellt eine Anerkennung dar, die unser Ansporn sein wird.

Stichprobenartige Prüfungen – durch Anhaltspunkte begründet



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

Die vergessenen Emotionen

Kaum jemand spricht darüber. Doch Gefühle wie Ekel und Scham gehören in der Pflege zum Alltag wie kaum in einem anderen Beruf. Allerdings gelten sie als unprofessionell, werden verdrängt und totgeschwiegen. Die Folgen können fatal sein.

DAS KLIMA IST OFT RAU im Altenheim. Den Alltag prägt häufig eine zur Schau getragene Unempfindlichkeit gegen alles, was Außenstehende als peinlich und kaum erträglich ansehen würden. Berufsanfänger, die Ausscheidungen und Erbrochenes abstoßend finden, erfahren schnell, dass solche

Scham gehört zur Würde

Empfindungen zum beruflichen Selbstverständnis gehören, auch wenn sie in der Regel nicht in ausreichendem Maße thematisiert werden. Doch diese Gefühle

lassen sich nicht einfach vor die Tür setzen. Scham und Ekel verschwinden nicht dadurch, dass sie ignoriert und für unzulässig erklärt werden. Sie gehören zu uns, seit wir denken können: »Scham ist ein universelles Gefühl, im Alten Testament erleben es schon die allerersten Menschen«, sagt die Pflegewissenschaftlerin Ursula Immenschuh, die Berufspädagogik an der Katholischen Hochschule Freiburg lehrt.

Scham ist die Emotion, die für menschliche Würde zuständig ist. Wer sich in seiner Würde verletzt fühlt, der schämt sich. Und in der Pflege, besonders in der Altenpflege, ist dieses Muster beinahe strukturimmanent. Das gilt für die Helfer ebenso wie für die Hilfebedürftigen.

Schamgefühle auf beiden Seiten

Gebrechliche und alte Menschen schämen sich unweigerlich in einer Gesellschaft, deren Ideale Jugendlichkeit, Leistung und Unabhängigkeit sind. Pflegenden schämen sich, in normalerweise abgeschirmte, intime Bereiche vordringen zu müssen. Krankheit, Alter und Behinderung können dazu führen, dass Menschen anders aussehen, riechen oder sich verhalten, so dass sich andere vor ihnen ekeln und ihnen am liebsten aus dem Weg gehen möchten. »Pflegekräfte müssen täglich mit dem umgehen, was gesellschaftlich als minderwertig gilt: Schwäche, Schmutz, Verunreinigung, Altern und Krankheit«, erklärt Immenschuh. Kommt es dann zu einer konkreten Beschämung – etwa weil der männliche Patient die Intimwäsche durch eine weibliche Kraft erdulden muss; oder umgekehrt, weil die Pflegerin anzügliche Bemerkungen

eines Heimbewohners zu hören bekommt – dann beginnt schnell ein Kreislauf aus Verletzung und Aggressivität, aus dem die Beteiligten häufig nicht mehr herausfinden.

Zur Gewalt ist es nur ein kleiner Schritt

Verletzte Schamgefühle münden häufig in Gewalt. Das ist nicht etwa Ausdruck einer Charakterschwäche, sondern hängt mit elementaren Hirnfunktionen zusammen. Neurowissenschaftler konnten zeigen, dass heftige Scham einen Schock auslöst, der höhere Gehirnfunktionen zum Entgleisen bringt. Er aktiviert primitive Hirnregionen (das sogenannte Reptilienhirn oder Stammhirn). Damit löst Scham einen der drei archaischen Schutzmechanismen aus, deren einziges Ziel es ist, der Angstquelle zu entkommen: Verstecken, Flucht oder Angriff. Dies nutzen beispielsweise militärische Organisationen: Neuankömmlinge werden gezielt gedemütigt und beschämt, um bei ihnen Gewaltbereitschaft zu erzeugen. Es ist also kein Zufall, das in schambesetzten Situationen fast nie rationale Argumente ausgetauscht werden: Unser Gehirn ist dafür in solchen Momenten nicht bereit.

Wegschauen ist gefährlich

Auch wenn in der psychiatrischen Pflege die Reflexion des eigenen beruflichen Handelns und Umgang mit Gefühlen inzwischen durchaus zur professionellen Pflege gehört, ist Immenschuh überzeugt: »Der Mythos, in der Pflege und Medizin müsse man sich Gefühle abgewöhnen, ist oft noch sehr präsent. Er ist aber nicht nur falsch, sondern auch gefährlich.« Falsch, weil es gar nicht möglich sei, sich angeborene Gefühle abzugewöhnen. Und gefährlich, weil ihre Unterdrückung Frustration und Aggression auslösen könne. Zwar folgt nicht auf jedes unterdrückte Schamgefühl eine Aggression. Doch es spricht einiges dafür, dass Übergriffe auf Pflegeheimbewohner oder Fälle von Vernachlässigung, die immer wieder Schlagzeilen machen, hier ihre verborgene Triebfeder haben können.



Wer ist Täter und wer Opfer?

Weit weniger bekannt in der Öffentlichkeit sind Übergriffe auf Pflegekräfte. Eine Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat ergeben, dass bis zu 78% der befragten Fachkräfte von einem der ihnen anvertrauten Senioren verbal angegriffen wurden. Opfer der Attacken sind besonders häufig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Und dies betrifft immerhin ein Drittel aller Beschäftigten in der Pflegebranche. Nicht selten werden sie als »Polackenschwein«, »Scheißtürke« oder »Russenhure« beschimpft. Auch sexuelle Aggression gegen weibliche Kräfte – wie anzügliche Bemerkungen oder Betatschen – kommt immer wieder vor. Es gibt demnach kein einfaches Täter-Opfer-Schema, in dem der Hilfebedürftige stets der Verlierer ist. Auch die Würde der Pflegenden ist immer wieder aufs Neue gefährdet.

Typisch sind im Pflegealltag allerdings nicht die massiven Grenzüberschreitungen, die von den Medien aufgegriffen werden. Eine würdige Pflege beginnt nicht erst bei gravierenden Fragen wie der Fixierung altersverwirrter Menschen oder der ungewollten Lebensverlängerung. Sie beginnt bei Routinehandlungen wie Körperpflege oder Nahrungsaufnahme. Dabei ist Pflege per definitionem grenzverletzend. Das Regulieren von Nähe und Distanz in schambesetzten Situationen muss ebenso erlernt und eingeübt werden wie das pflegerische Handwerk. Doch in der Praxis geschieht meist das Gegenteil.

Nähe und Distanz wollen gelernt sein

Immenschuh möchte dazu beitragen, das Bewusstsein der Pflegekräfte und pflegenden Angehörigen zu schärfen. Auch außerhalb der Hochschule, an der sie lehrt, hält sie Kurse, Weiterbildungen und Vorträge zum Thema Würde und Scham. Nicht selten macht sie dabei die Erfahrung, dass Pfleger dem Thema gegenüber reserviert und skeptisch sind. »Dahinter stecken große Ängste«, sagt die Professorin. Niemand möchte sein Innerstes nach außen kehren in einer Gruppe. Keiner will sich als Sensibelchen outen, Schwäche zeigen und sich so angreifbar machen.

Die Einrichtung muss mit ins Boot

Manchmal ist es aber auch die Leitung der Einrichtung, die das Angebot solcher Fortbildungen ablehnt, wenngleich aus ganz anderen Gründen. Der Kostendruck lässt überall

sparen, da gilt die Arbeit an den eigenen Gefühlen als verzichtbarer Luxus. Doch diese Rechnung greift zu kurz, findet Immenschuh. »Wenn Praktiker den reflektierten Umgang mit Emotionen nicht lernen, entstehen Folgekosten, die sehr viel höher sein können.« Idealerweise, so die Pflegewissenschaftlerin, bräuchten Fachkräfte regelmäßige Supervision, um in der Praxis die nötige Reflexion und Distanz zu entwickeln.

Andere Länder wie die Schweiz oder der skandinavische Raum legten mehr Gewicht auf die Qualität der Pflege. Deutschland hingegen verfolge weiterhin einen eher handwerklichen Ansatz. Im Vordergrund stehen Verrichtungen – Blutdruck messen, Insulin verabreichen –, ein kritisches Bewusstsein der eigenen Rolle interessiert kaum. Doch das bräuchten Pflegekräfte, um beispielsweise zu erkennen, dass die Aggression eines Heimbewohners oder Angehörigen nicht der eigenen Person gilt. Sie resultiert oft aus deren Ängsten und Frustrationen.

Deutschland hinkt den Emotionen hinterher

Die Pflege in der Familie macht keine Ausnahme

Auch im häuslichen Bereich bei der Pflege hilfebedürftiger Angehöriger ist der Umgang mit Schamgefühlen ein entscheidender Faktor für die Qualität der Beziehung. Einen nahestehenden Menschen zu pflegen, ist oft extrem belastend. Ihn nackt zu sehen, ihm bei Ausscheidungen und der Körperpflege helfen zu müssen, kann die Grenzen aller Beteiligten – der Pflegenden wie des auf Hilfe Angewiesenen – übersteigen. Werden Grenzen verletzt, kann dies dazu führen, dass alte, versteckte Konflikte und offene Rechnungen aufbrechen. Auch in der familiären Pflege ist Gewalt keine Seltenheit. Und ebenso wie in der professionellen Pflege kann sie von beiden Seiten ausgehen. »Pflegende Angehörige brauchen Unterstützung«, sagt Immenschuh. Infrage kommen Selbsthilfegruppen, in denen sich Menschen, die den Partner oder einen Elternteil pflegen, gegenseitig stützen können. Beratungsangebote haben auch viele Pflegekassen.



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

EU verschärft Regeln für Landeplätze an Kliniken

Den Absturz vermieden

Eine neue EU-Verordnung zum Luftverkehr bedrohte im Herbst vergangenen Jahres die Hubschrauberlandeplätze an deutschen Krankenhäusern. Schärfere Sicherheitsanforderungen an die Technik hätten entweder das Aus oder Millionenkosten für den Umbau erfordert. Eigentlich. Denn die Hubschrauber kreisen noch.

DAS WÄRE TEUER GEWORDEN. Die neue EU-Verordnung 695/20012 verbietet es Hubschrauberpiloten, auf anderen als speziell genehmigten Landeplätzen zu landen. Nun müssen sich die Länder Europas eigentlich nach der Decke strecken. So auch Deutschland. Wäre tatsächlich alles seinen europäischen Gang gegangen, so hätten von den rund 1600 Hubschrauberlandeplätzen auf Klinikdächern in Deutschland rund 1200 verlegt oder verändert werden müssen, weil sie den neuen Erfordernissen nicht entsprechen. Eigentlich.

Und die Umbauten hätten Millionen von Euro verschlungen. Eigentlich. Aber das Bundesverkehrsministerium unter Alexander Dobrindt (CSU) hat mit einem juristischen Kniff ermöglicht, dass die bisherigen Hubschrauberlandeplätze weiter angefliegen werden können.

Die neue Verordnung

Ein Rettungshubschrauber ist gut 14 Meter lang, der Rotor hat einen Durchmesser von 11 Metern. Er braucht also entsprechend Platz. Mehr noch. Ein geeigneter Landeplatz muss auch in bestimmten Winkeln anfliegbar sein. All das berücksichtigt die neue EU-Verordnung. Unter Umständen hätte darum manches Krankenhaus Nebengebäude abreißen oder im besten Falle nur Bäume fällen müssen, um den vorgeschriebenen Platz zu schaffen. Und eine neue, moderne Feuerlöschanlage wäre unter Umständen auch fällig gewesen.

Aber – die EU-Verordnung 695/20012 liefert den juristischen Kniff gleich mit, mit dem man sie aus den Angeln heben kann. Denn sie legt fest: Piloten dürfen auch auf ungenehmigten Plätzen landen, solange diese sogenannte »Public Interest«-Plätze sind, also im öffentlichen Interesse liegen. »Ein solcher Platz ist zum Beispiel eine Weide in der Nähe einer Unfallstelle. Besteht also so ein öffentliches Interesse, ist der sogenannte Flugplatzzwang aufgehoben«, erklärt Jochen Beelitz, Bereichsleiter Ost der ADAC-Luftrettung.

Die Ausnahme wird zur Regel

Um nun der neuen EU-Ordnung ohne Umschweife entsprechen zu können, hat das Bundesverkehrsministerium in die Trickkiste der Juristen gegriffen: Bisherige Landesstellen, also auch die an Krankenhäusern, werden nun in »Landstellen von öffentlichem Interesse« (Public Interest Sites) umgewandelt – »im Interesse der Notfallvorsorge«, wie das Bundesverkehrsministerium erklärt. Also wie die Weide an einem Unfallort. »Mit dem Zukunftsplan sichern wir den hohen Standard der Luftrettung in Deutschland«, sagt dazu Bundesverkehrsminister Dobrindt. »Die Notfallversorgung wird auch weiterhin schnell und sicher erfolgen. Wir erhalten deshalb alle Hubschrauberlandstellen an Krankenhäusern, nicht eine muss geschlossen werden.«

In der Tat wäre es fatal gewesen. Die jährlich rund 100 000 Einsätze der Luftretter hätten drastisch reduziert werden müssen, einfach weil genehmigte Landeplätze gefehlt hätten. Patienten, die von Klinik zu Klinik transportiert werden müssen, hätten auf langen Fahrten mit dem Rettungswagen kutschiert werden müssen. Immerhin erledigt ein Hubschrauber einen Krankentransport im Umkreis von 60 Kilometern in rund 15 Minuten, sagt Petra Hentschel, Sprecherin der DFR-Luftrettung, neben dem ADAC und der Bundespolizei der dritte große Anbieter von Luftrettungsflügen. »Wenn dagegen ein Rettungswagen 60 Kilometer durch den Schwarzwald fährt, dann dauert das natürlich!«

Abgesehen von den Stockungen vor allem beim Krankentransport hätten die Anbieter auch mit großen Einbußen rechnen müssen. Bei einem Flugminutenpreis eines Hubschraubers von € 40 bis € 60 gehen ausgefallene Flüge schnell ins Geld. Um solche Probleme zu umgehen, hat Dobrindt also eine Ausnahme zur Regel gemacht.

**60 Kilometer in
15 Minuten schafft
kein Krankenwagen**



Nachgezählt: 1200 Hubschrauberlandeplätze an Kliniken

Kurios: Schon immer galten die meisten Heliports an deutschen Kliniken quasi als Public-Interest-Plätze, denn sie wurden in der Regel auf Basis von §25 Absatz 2, Nummer 2, Luftverkehrsgesetz betrieben. Dort heißt es, dass eine Landung zur »Abwehr von Gefahr für Leib und Leben« sowie der anschließende Wiederstart auch außerhalb von genehmigten Flugplätzen erfolgen dürfen, wenn der Pilot dies »für durchführbar und sicher hält«, teilt das Bundesverkehrsministerium mit.

Aufgrund dieser Regelung hat zumindest niemand die Plätze moniert. Allerdings gab es dafür auch gar keine besonderen Genehmigungen, sondern pauschal die »Erlaubnis zur Außenlandung«, wie das Bundesverkehrsministerium mitteilt.

Man wusste nicht einmal, wie viele Plätze es eigentlich sind.

Als die neue EU-Regel kam, haben Bundespolizei, der ADAC und die DFR Nägel mit Köpfen gemacht und sämtliche Landeplätze katalogisiert, und sie sind auf jene rund 1200 Plätze gekommen. »Den kompletten Katalog haben wir dem Luftfahrtbundesamt zur Genehmigung vorgelegt«, berichtet Beelitz. Und das Amt genehmigte mit Datum vom 27. Oktober 2014. »Es handelt sich dabei um die Plätze, welche die Luftrettungsunternehmen in Absprache mit den Krankenhäusern nutzen möchten. Diese Liste und die Flugverfahren sind Teil einer zusätzlichen Genehmigung des Luftfahrtbundesamtes (LBA) für das jeweilige Luftrettungsunternehmen«, teilt das Bundesministerium auf Anfrage mit.

Hat nun alles seine Ordnung? Fast. Denn »Deutschland wäre nicht Deutschland, wenn an die Genehmigung nicht einige Bedingungen geknüpft wären«, sagt Beelitz. So muss

ein Windfang her, eine spezielle Beleuchtung und das H muss richtig herum auf den Platz gepinselt werden. Das Bundesministerium für Verkehr und Infrastruktur kommentiert: »Damit wird den Krankenhäusern und Luftrettungsunternehmen Gelegenheit gegeben, die bislang als Außenlandestellen genutzten Gelände für den sicheren Betriebsablauf zur Nutzung als Public-Interest-Site herzurichten.«



Christian Beneker
ist Journalist im »Bremer Medienbüro«

Hebammenmobil bekommt Zuwachs

»Geburtsort Straßenecke« – so stellten wir im *MDK forum* 3/2011 das Hebammenmobil von Tanja Hock und ihrem Team vor. In einer umfunktionierten mobilen Postbank-Filiale hilft die deutsche Hebamme obdachlosen Schwangeren. 5 Jahre später ist das Projekt zu einer kleinen Anlage gewachsen, in der im vergangenen Jahr mehr als 10 000 Menschen behandelt wurden.

INZWISCHEN LEBT TANJA HOCK mit ihren beiden Kindern Fanilo und Fifaliana neben der Krankenstation in Ambovo. An drei Abenden in der Woche fährt sie mit dem Hebammenmobil in die Hauptstadt Antananarivo. Dort, wie auch in zwei Buschdörfern, einem Schülerwohnheim und einer Schule im Busch versorgt sie mit ihrem Team regelmäßig all die Menschen, die dringend medizinische Hilfe benötigen.

Kleiner Kreißsaal auf vier Rädern

Seit Herbst 2009 ist das Hebammenmobil im Einsatz. Mit einem Sauerstoffgerät und einem Transport-Inkubator ist es beinahe so gut ausgestattet wie ein Kreißsaal. In dem Fahrzeug mit der Aufschrift »Sage-femme mobile« (mobile Geburtshelferin) und dem Bild des Klapperstorchs befinden sich außerdem eine Klimaanlage, Strom und Wasser. »Wir betreuen derzeit etwa 2000 Frauen und Kinder, auch einige Männer, die auf der Straße leben und schlafen. Und es kommen wöchentlich neue Notleidende hinzu«, erklärt die gelernte Hebamme aus Aschaffenburg.

Geburt an der Straßenecke oder am Flussufer

Hilfesuchende Menschen kommen inzwischen auch in die Krankenstation in Ambovo, die vormittags geöffnet und nachmittags mit mindestens einer medizinischen Mitarbeiterin aus dem 15-köpfigen Team oder dem madagassischen Allgemeinarzt besetzt ist. »Nach einem viermonatigen Abenteuer mit falsch herum eingebauten Türgriffen, schiefen Fliesen und ähnlichen für Madagassen weit weniger wichtigen Kleinigkeiten als für uns konnten wir einziehen. Wir haben Wasser aus einem Brunnen, der allerdings aufgrund der geringen Regenfälle in der vergangenen Regenzeit von Mai bis November trocken war. Mit Hilfe der Deutschen Botschaft haben wir als Kleinstprojekt einen neuen Brunnen bohren lassen und sind nun meist entweder durch die Solarpumpe oder durch die elektrische, die jedoch nur zu den

Zeiten pumpt, zu denen der Generator läuft, mit sauberem Wasser versorgt«, erklärt Tanja Hock. Strom gibt es noch nicht. Morgens und abends läuft ein Generator und lädt dabei auch Batterien, so dass am Nachmittag Computer, Drucker und Internet zur Verfügung stehen.

Ganz normaler (All-)Tag auf Madagaskar

Im Oktober vergangenen Jahres erhielt sie in der Station einen Anruf mit der Bitte, innerhalb der nächsten Stunde in den Busch zu fliegen, um bei einer komplizierten Geburt zu helfen. »Mit der Tasche unter dem Arm, in die ich mit meinen Hebammen schnell das womöglich benötigte Material zusammengepackt habe, ging es los. Wir nahmen zwei Ärzte mit, falls die Geburt nicht mit Hebammenhilfe allein zu schaffen wäre«, erinnert sie sich. Das Dorf lag etwa eine Stunde Fußmarsch von der Landebahn entfernt. Doch als das Team aus dem Flugzeug stieg, erhielt es die Nachricht, dass die Frau beim Überqueren des Flusses auf dem Einbaum verstorben war. »Es war ein Schock. Wir waren einfach zu spät«, erinnert sich Tanja Hock.

Ihr blieb nicht viel Zeit, um diesen Schock zu verarbeiten. Eine Hebamme aus dem nahegelegenen Distriktkrankenhaus berichtete von einem weiteren Notfall. Eine 18-Jährige war bereits Mutter eines 5-jährigen Kindes. Drei Tage lang hatte ihr Weg auf dem Einbaum über den Fluss ins Krankenhaus gedauert. »Wir erkannten bald, dass wir es mit einer Bauchhöhlenschwangerschaft zu tun hatten, und bereiteten einen Kaiserschnitt vor. Das Material hatten wir mitgebracht«, so Hock. Das Distriktkrankenhaus ist ein fast leeres Gebäude. Auf Strohmatten liegen die Patienten auf dem Boden. Im Behandlungszimmer stehen eine rostige Liege, eine Packung Handschuhe und ein Blutdruckmessgerät. Das Licht im Operationssaal schaltet man ein, indem man zwei Drähte zusam-

Licht im OP durch zwei zusammengehaltene Kabel



menhält. »Die Patientin wog kaum 40 Kilogramm. Wir holten ein 2,5 Kilogramm schweres, totes Baby und einen Tumor mit mehr als einem Kilogramm aus ihrem Bauch. Sie verlor sehr viel Blut. Doch sie schaffte es«, sagt Tanja Hock. Nach zwei Wochen im Krankenhaus trat die Frau die Heimreise auf dem Einbaum an.

Glückliche Momente

Wenige Wochen später erwartete eine Frau in der Krankenstation in Ambovo ihr viertes Baby. Tanja Hock stellte sich auf eine schnelle und unkomplizierte Geburt ein. Doch es kam anders. Sie versuchte, einen Arzt für einen Kaiserschnitt zu erreichen: »Leider ist das Montagmittag in Madagaskar nicht so einfach, erst der sechste Arzt war bereit dazu. Im Rettungswagen tröstete ich die Frau, dass sie keine Sorgen haben brauche und wir ihr helfen würden. Wie wahr meine Worte waren, wusste ich zu dem Zeitpunkt noch nicht«, sagt die Hebamme. Während der Vorbereitung für den Kaiserschnitt erlitt die schwangere Frau plötzlich einen Herzstillstand. Die überraschten Ärzte hatten weder Medikamente noch einen Beatmungsbeutel zur Hand und waren wie erstarrt. »Erst auf meinen Zuruf, das Kind sofort rauszuholen, begannen die Chirurgen ihre Arbeit«, sagt Hock, die in der Zwischenzeit mit dem medizinischen Material aus ihrem Rettungswagen die Mutter wiederbelebte. »Zwei Tage später besuchten wir beide im Krankenhaus und waren von der uns anstrahlenden Frau mit Baby im Arm zutiefst bewegt. Jedes Mal, wenn sie jetzt zu uns kommt, habe ich Tränen in den Augen«, so Hock.

Medizinische Hilfe zieht weite Kreise

Die Arbeit von Mobile Hilfe Madagaskar geht inzwischen weit über die Hebammenarbeit hinaus. Derzeit ist ein deutsches Ärzteteam von Interplast vor Ort. Die Mediziner kommen einmal im Jahr nach Madagaskar, um ehrenamtlich

Lippen- und Gaumenspalten, Bewegungseinschränkungen nach Verbrennungen, angeborene Fehlbildungen sowie Leisten- oder Nabelbrüche zu operieren. Für Tanja Hock bedeutet das Einsatz rund um die Uhr: »Wir bereiten alles vor, sichten die Patienten bereits vor der Anreise der Ärzte, vergeben Termine für die Operationen und koordinieren den Ablauf des Einsatzes, erledigen alle Verwaltungsarbeit mit dem Gesundheitsministerium und dem Ärzteverband. Es ist so schön, dass wir jedes Mal erleben können, wie Menschen lebensverändernde Operationen erhalten.«

Auch das Hebammenmobil hat Zuwachs bekommen: Ein Zahnarztmobil und ein Rettungswagen aus Deutschland stehen dem Team zur Verfügung. Allerdings gefährdet der schlechte Zustand der Straßen häufig die sensiblen zahnmedizinischen Geräte. Deshalb bringt ein Bus regelmäßig rund 100 der 250 Schulkinder aus Mahavelona zum Mobil und zur Zahnärztin in die Krankenstation, die anschließend mit einer neuen Zahnbürste und Zahnpasta nach Hause gehen.

Für ihren Einsatz auf dem Inselstaat ist das Team auf Spenden angewiesen. In 2013 kostete eine Behandlung beispielsweise € 9,34. »Damit sind unsere Patienten komplett behandelt, operiert, im Rettungswagen transportiert und mit kostenlosen Medikamenten versorgt. Und als Nebeneffekt haben wir dabei 15 madagassischen Familien ein Auskommen ermöglicht, denn auch die Gehälter unserer Mitarbeiter sind in diesen € 9,34 enthalten«, erklärt die deutsche Hebamme. Weitere Informationen finden Sie unter www.mobile-hilfe-madagaskar.de.

Dr. Martina Koesterke

Ein Ärzteteam von Interplast operiert ehrenamtlich

Ein Recht auf Nicht-Wissen ?



Werdende Eltern hören beim Besuch des Arztes einen Satz immer wieder: »Sie müssen diese Untersuchung nicht machen, aber es geht doch um ihr Kind.« Und dann werden zusätzliche Ultraschalluntersuchungen gebucht und weitere Tests vereinbart. Alles für das Wohl des Nachwuchses. Wer möchte sich schon vorwerfen lassen, nicht genug dafür getan zu haben.

DOCH SPÄTESTENS die Überlegung, wie man sich eigentlich im Fall einer wahrscheinlichen Behinderung verhält, überfordert viele Eltern. Lange war die vorgeburtliche Diagnostik ein Thema, mit dem Schwangere und Partner eher allein gelassen wurden. Vor allem die Fortschritte in der Gendiagnostik haben aber dazu geführt, dass über Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert wird. Doch viele Fragen sind noch offen.

Intensive PID-Debatte führt zum neuen Gesetz

Es war der Bundesgerichtshof, der im Sommer 2010 mit einem Urteil zur Präimplantationsdiagnostik (PID) eine intensive Debatte über die ethische Dimension der vorgeburtlichen Diagnostik auslöste, die am Ende im Bundestag zur Verabschiedung eines neuen Gesetzes führte. Bis dahin hatte ein Paar, das von seiner erblichen Vorbelastung für lebensbedrohliche Krankheiten wusste, nur die Möglichkeit, ein schwerkrankes Kind bis kurz vor der Geburt abtreiben zu lassen. Ein Berliner Frauenarzt wollte das nicht hinnehmen und half drei Paaren mit der PID. Dabei werden im Reagenzglas erzeugte Embryonen vor der Einpflanzung in den Mutterleib auf etwaige Krankheiten untersucht und eventuell verworfen. Diese vorgeburtliche Auswahl galt allerdings in Deutschland im Gegensatz zur Spätabtreibung als illegal. Um auf die aus seiner Sicht grobe Ungerechtigkeit hinzuweisen, hatte sich der Gynäkologe selbst angezeigt.

Selbstanzeige eines Arztes sorgt für Überraschung

Der Fall landete vor dem fünften Strafsenat des Bundesgerichtshofes in Leipzig, der für eine handfeste Überraschung sorgte. Die Richter stellten nämlich fest, dass die PID nach dem 1991 in Kraft getretenen Embryonenschutzgesetz erlaubt ist und bestätigten damit den Freispruch des Arztes durch das Berliner Landgericht. Sie wiesen darauf hin, dass es widersprüchlich wäre, einerseits die belastenden Schwanger-

schaftsabbrüche straffrei zu lassen und andererseits die PID, »die auf einem weitaus weniger belastenden Weg dasselbe Ziel verfolgt, bei Strafe zu untersagen«.

Emotionen und Sachlichkeit im Bundestag

Umgehend forderten Bundestagsabgeordnete von CDU und CSU ein sofortiges Verbot der PID. Von einer »TÜV-Gesellschaft, die Selektion betreibt« war die Rede oder von »Designerbabys«. Der damalige Behindertenbeauftragte Hubert Hüppe (CDU) argumentierte, die PID sei eine inakzeptable Diskriminierung von Behinderten. Vor allem die FDP als damaliger Koalitionspartner hielt dagegen, tatsächlich verliefen die Fronten aber quer durch alle Parteien.

Die Parlamentarier schafften es, zu einer sachlichen Auseinandersetzung zurückzukehren. Wie in ethischen Fragen üblich, wurde der Fraktionszwang aufgehoben, was nach übereinstimmender Meinung der Abgeordneten zu einer Sternstunde des Parlamentes führte. Am Ende lagen drei Anträge vor, die jeweils von Abgeordneten aller Fraktionen unterstützt wurden: Zwei Gruppen wollten die PID mit unterschiedlichen Bedingungen zulassen, ein Antrag zielte auf das komplette Verbot. Nach einer vierstündigen, sehr emotional geführten Debatte beschloss der Bundestag im Sommer 2011 den Gesetzentwurf, der von Anfang an die meisten Unterstützer hatte: Die PID ist seitdem nach verpflichtender Aufklärung und Beratung sowie dem positiven Votum einer Ethikkommission zulässig, wenn ein oder beide Elternteile die Veranlagung für »eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist«.

Der Bundestag hat einen klugen Weg beschritten. Paaren, die die körperlich belastende PID-Prozedur auf sich nehmen, geht es nicht darum, ein Baby mit bestimmten Eigenschaften zu designen. Häufig haben sie Fehlgeburten hinter sich oder ein schwerkrankes Kind zu pflegen. Ohne die PID würden sie sich im Zweifel gegen ein weiteres Kind entscheiden.

Ein Bluttest rührt alles wieder auf

Seit dem Inkrafttreten haben mehrere Hundert Paare in Deutschland die PID in Anspruch genommen. Doch die Debatte um pränatale Gentests verstummte nicht. Knapp ein Jahr später brachte die Konstanzer Firma LifeCodexx einen Bluttest auf den Markt, durch den weitgehend risikolos das Down-Syndrom festgestellt werden kann. Die bei der PID-Debatte unterlegenen Politiker fühlten sich bestätigt, sprachen von einer drohenden »routinemäßigen Selektion menschlichen Lebens« und verlangten ein Verbot des Tests.

Glücklicherweise konnten sich die radikalen Gegner nicht durchsetzen. Für den »PraenaTest« reicht das Blut der Mutter, die für den Embryo gefährliche Fruchtwasseruntersuchung ist nicht mehr notwendig. Die Sicherheit der Vorhersage ist zudem deutlich größer als bei den bisher gängigen Methoden. Insofern ist der Test eine echte Verbesserung für die Paare, die für sich entschieden haben, kein behindertes Kind zur Welt bringen zu wollen. Es ist das Recht der Eltern, sich gegen ein behindertes Kind zu entscheiden, wenn sie sich seelisch oder körperlich überfordert fühlen. Es ist auch folgerichtig, dass nun darüber diskutiert wird, dass der Test künftig von den Kassen bezahlt wird. Einige gesetzliche und private Kassen tun das bereits.

Ende gut, alles gut?

Mitnichten. LifeCodexx hat den Test inzwischen erweitert. Neben dem Down-Syndrom lassen sich nun auch die Trisomien 13 und 18 – sie führen zu einem frühen Tod – sowie das Ulrich-Turner-Syndrom (Kleinwuchs und ausbleibende Pubertät bei Mädchen) und das Klinefelter-Syndrom (unterentwickelte Hoden) bestimmen. Und der Fortschritt wird weitere Krankheiten erkennbar machen. Die vielbeschworene Gefahr von Designerbabys besteht zwar in Deutschland nach wie vor nicht. Denn die vorgeburtliche Untersuchung wird nach dem Gendiagnostikgesetz auf die Feststellung genetischer Eigenschaften begrenzt, die die Gesundheit des Fötus oder Embryos vor oder nach der Geburt beeinträchtigen können. Das schließt die Bestimmung von Geschlecht oder Haarfarbe aus.

Gleichwohl ist die Entwicklung aus einem anderen Grund besorgniserregend. Ärzte und Behindertenverbände argumentieren völlig zu Recht, dass der Druck auf die Eltern immer größer wird, ihren ungeborenen Nachwuchs komplett durchleuchten zu lassen. Aber es gibt eben nicht nur das Recht auf Wissen, sondern auch das auf Nichtwissen. Angesichts der neuen Diagnosemethoden wird es für die Eltern immer komplizierter, dieses Recht auch wirklich wahrzunehmen. Viel schwerer dürften es künftig aber vor allem die Eltern haben, die eine bewusste Entscheidung für ein erkranktes oder behindertes Kind treffen.

Wie man angesichts des medizinischen Fortschritts mit diesen Fragen umgeht, ist längst nicht ausdiskutiert. Die Debatte über die PID kann erst der Anfang gewesen sein.

IMPRESSUM

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

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

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

Redaktionsbüro

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

Gestaltung und Layout de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger Medien Centrum

Bildnachweis

S. 2 Photocase / knallgrün; S. 13 Photocase / pip;
S. 15 Photocase / nenaz112; S. 18 Photocase / pencake;
S. 35 Photocase / Fotopoet; S. 37 Photocase / k74.
Kongress-Bilder von bildschön, Berlin.
Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



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



MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,
66123 Saarbrücken
Geschäftsführer **Jochen Messer**
Telefon 0681.93667-0
Telefax 0681.93667-33
E-Mail infomdk@mdk-saarland.de

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1
01067 Dresden
Geschäftsführer **Dr. Ulf Sengebusch**
Telefon 0351.4985-30
Telefax 0351.4963-157
E-Mail dgottfried@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

