



Heft  
9. Jahrgang  
März 2005

1

# MDK- Forum

Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

## In dieser Ausgabe

Alzheimer-Medikation:  
Wirksam oder unwirksam?

Seite 14

„Perspektiven Integrierter  
Versorgung“,  
Jahrestagung der SEG 3

Seite 17

Konsens und Evidenz in der  
Arzneimittelversorgung,  
Jahrestagung der SEG 6

Seite 22

„PV-Mobil“ – Mit dem Note-  
book zur Pflegebegutachtung

Seite 30

Sprechstunde zwischen  
Paradies und Hölle

Seite 34

ISSN 1610-5346

## Macht Arbeit krank?

### Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nehmen zu

## Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

in den vergangenen Wochen war viel von den Riesenüberschüssen der Krankenkassen zu lesen. Rund 4 Milliarden Euro haben die Kassen 2004 erwirtschaftet. Eine stolze Summe, die allerdings kaum Freude auslöste. Dafür gibt es Gründe.

Die Krankenkassen halten sich bedeckt und wollen nach langen Defizitjahren erst einmal den Himmel der Konsolidierung erblicken. Die Politik hätte normalerweise Anlass, die Sektkorken knallen zu lassen, beweist der Überschuss doch, dass trotz der viel verspotteten Gesundheitsreform im deutschen Gesundheitswesen etwas bewegt werden kann. Leider war die Entwicklung der Beitragssätze nach unten nicht groß genug. Der durchschnittliche Beitragssatz von 14,3 Prozent schrumpfte langsam nur um gut einen Punkt hinterm Komma. Versprochen war aber eine Senkung des Durchschnittssatzes auf 13,6 Prozent.

Auch bei den Arbeitgebern kam gute Stimmung nicht auf. Sie hatten eine deutliche Senkung der Beiträge erwartet und wurden enttäuscht. Doch Kopf hoch und ein wenig Geduld: Ab Juli werden die Versicherten allein für Krankengeld und Zahnersatz aufkommen müssen, was die Arbeitgeber entlastet.

Wären da noch die Versicherten. Nach einem Jahr Praxisgebühr und höheren Zuzahlungen ist ohnehin kaum Jubel zu erwarten. Die Ersparnis der Arbeitnehmer bewegt sich im Gegenwert einer Bratwurst mit Brötchen. Rein rechnerisch wird ein Angestellter mit einem Bruttogehalt von 3.500 Euro von der leichten Verringerung des Beitragssatzes jeden Monat mit etwa 1,75 Euro entlastet. Wären die Reformen nicht gekommen, lägen die Beitragssätze vermutlich schon über 15 Prozent und der Angestellte müsste sich überlegen, wie oft er sich überhaupt noch eine Bratwurst am Bahnhof leisten kann.

Gibt es denn überhaupt niemanden, der sich über die Kassenüberschüsse freuen kann? Doch, es gibt eine. Sie heißt Ulla Schmidt. Als die Schlagzeilen um die Auswirkungen der Gesundheitsreform Anfang 2004 nicht enden wollten, galt die Bundesgesundheitsministerin als Negativposten im Schröder-Kabinett. Das ist jetzt anders. Die Ministerin hat sich durchgesetzt und bewiesen, dass das Gesundheitssystem in unserem Land grundsätzlich reformfähig ist. Leider ist die Reform an den Strukturen des Systems nicht konsequent fortgesetzt worden. Noch immer ist zum Beispiel die Behandlungsqualität im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln fraglich. Noch immer gibt es Doppeluntersuchungen, die viel Geld verschlingen. Noch immer ist nicht klar, wie in Deutschland eine Evidenz-basierte Medizin Einzug in den Behandlungsalltag halten kann. Diese und andere Strukturfragen warten darauf, von der Ministerin genauso resolut verfolgt zu werden, damit es eben nicht nur bei einer Bratwurst bleibt.

Ihr

A handwritten signature in black ink that reads "Jörg Sträter".

Jörg Sträter

# Inhalt

2		<b>Schwerpunkt</b>
		<b>Macht Arbeit krank? . . . . . 2</b> <i>Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nehmen zu</i>
		<b>Keine Lust mehr auf die Firma . . . . . 8</b> <i>Interview mit Tina Gräfin Vitzthum, Gallup Deutschland GmbH</i>
10		<b>„Ohne die Leistung unserer Mitarbeiter hätten wir den Turn-around in den 90er Jahren nicht hinbekommen“ . . . . . 10</b> <i>Interview mit Dr. Harro Hamel, Personalvorstand Porsche AG</i>
14		<b>Kranken- und Pflegeversicherung</b>
		<b>Entbürokratisierung und Weiterentwicklung der Pflegequalität . . . . . 12</b> <i>Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“</i>
		<b>Alzheimer-Medikation: Wirksam oder unwirksam? . . . 14</b> <i>MDS bewertet aktuelle Studien</i>
17		<b>Neue Begutachtungsanleitung Heilmittel und Kriterienkatalog Fallauswahl Heilmittel . . . . . 16</b> <i>„Perspektiven Integrierter Versorgung“ . . . . . 17</i> <i>Jahrestagung der SEG 3 „Versorgungsstrukturen“ der MDK-Gemeinschaft</i>
20		<b>Sozialmedizinisches Expertenforum Rehabilitation . . . . . 20</b> <i>Bisherige Bilanz und Ausblick auf künftige Aufgaben</i>
22		<b>Konsens und Evidenz in der Arbeitsmittelversorgung . . . . . 22</b> <i>Große Resonanz auf Symposium der SEG 6 „Arzneimittelversorgung“</i>
		<b>Stationäres Einzelfallmanagement in der Psychiatrie . . . . . 24</b> <i>Instrumente zur Optimierung des Fallmanagements</i>
		<b>Organisation und Management</b>
		<b>Neues Zentralarchiv in Magdeburg . . . . . 27</b> <i>Erfolgreiche Kooperation zwischen MDK in Hessen und MDK Sachsen-Anhalt</i>
		<b>MDK im Dialog</b>
30		<b>Erfolgreiche Neuorganisation der Pflegebegutachtung . . . . . 28</b> <i>MDK Sachsen-Anhalt</i>
		<b>„PV-Mobil“ – Mit dem Notebook zur Pflegebegutachtung . . . . . 30</b> <i>MDK Schleswig-Holstein</i>
34		<b>Datenübermittlung an Krankenkassen und Finanzbehörden via Internet . . . . . 32</b> <i>MDK Sachsen</i>
		<b>Menschen und Nachrichten</b>
		<b>Sprechstunde zwischen Paradies und Hölle . . . . . 34</b>

# Macht Arbeit krank?

## Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nehmen zu

**D**er „Wind of Change“ dominiert den deutschen Unternehmensalltag und keine Branche ist von einschneidenden Veränderungen ausgenommen. Nicht immer ist der „Veränderungswind“ unbedingt rau. Aber allein, dass er den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beständig um die Nase weht, führt oft zu einer krankhaften Verunsicherung.

Kein Tag vergeht, an dem Annette Mahler (Name von der Redaktion geändert) ihr Job nicht zusetzt. Seit ihre beste Kollegin die Firma verlassen hat und die Stelle nicht neu besetzt wurde, fühlt sie sich überlastet. An Ersatz ist nicht zu denken, ließ ihr Vorgesetzter unmissverständlich durchblicken. Die Arbeit von ausgeschiedenen



Kollegen wird bei Mahlers Arbeitgeber im Team umverteilt und zum Teil neu zugeschnitten. Die Unternehmensleitung freut sich immer mehr mit dem Gedanken an, einfachere Tätigkeiten nach Osteuropa auszulagern. Annette Mahler schläft nachts schlecht, sie fühlt sich ausgelaugt und schwunglos.

### Hohes Arbeitstempo Grund für psychische Überforderung

Ein Einzelfall – oder geht es inzwischen den meisten Beschäftigten so? Nach einer aktuellen Studie der zum DGB gehörenden Hans-Böckler-Stiftung glauben mehr als 91 Prozent von 2000 befragten Betriebsräten, dass in deutschen Betrieben in den letzten fünf Jahren psychische Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, Arbeitsintensität und Verantwortungsdruck zugenommen haben. Mit welchen Folgen? Eine aktuelle Statistik der EU-Kommission zeigt, dass im Jahr 2000 rund 1,4 Millionen Beschäftigte in den damals 15 EU-Staaten an arbeitsbedingten psychischen Störungen litten. Das entspricht rund 18 Prozent aller befragten Arbeitnehmer. Diese Krankheitsbilder rangieren nach den chronischen Schäden des Knochen- und Bewegungsapparats auf dem vierten Platz der arbeitsbedingten Fehltageliste. Als Grund für psychische Überforderung am Arbeitsplatz wurde von den Befragten vor allem hohes Arbeitstempo genannt.

### Schrumpfende Fehlzeiten spiegeln Strukturwandel wider

Dass Frust und Arbeitsdruck am Arbeitsplatz auch zu physischen Störungen führen können, ist längst auch wissenschaftlich belegt. Unzufriedenheit am

Arbeitsplatz verdoppelt nach Studien von Verhaltensmedizinern das Risiko für Herz- und Kreislaufkrankheiten sowie depressive Leiden. „Wir konnten nachweisen, dass bei Menschen, die sich beruflich abstrampeln und keine Belohnung erfahren, Stresshormone und Blutdruck signifikant erhöht sind“, sagt Medizinsoziologe Prof. Johannes Siegrist vom Institut für Medizinische Soziologie an der Universität Düsseldorf. „Nach unseren Studien mit europaweit Tausenden von Probanden verdoppelt sich das Risiko, innerhalb von fünf bis zehn Jahren an stressbedingten Leiden zu erkranken oder zu sterben.“

Aus der Anzahl der ständig zurückgehenden Krankheitstage könnte man andere Schlüsse ziehen. Danach scheint es den Arbeitnehmern in Deutschland immer besser zu gehen. Verzichteten Arbeitnehmer aus Angst um den Arbeitsplatz auf eine Krankmeldung und kommen mit dem Kopf unter dem Arm an die Werkbank oder ins Büro? Zu kurz gedacht, sagen Analysen der Krankenkassen. Die schrumpfenden Fehlzeiten spiegelten auch den voranschreitenden Strukturwandel in der deutschen Wirtschaft wider. Immerhin arbeiten inzwischen knapp 70 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland in Dienstleistungsberufen. Gerade bei höher qualifizierten Dienstleistern ist die Krankheitsquote eher niedrig. EDV-Fachleute lassen allenfalls vier Tage lang im Jahr die Hände von der Tastatur. Selbst wenn sich diese Turbo-Mitarbeiter im Betrieb noch als voll leistungsfähig zeigen, kann es hinter der Fassade ganz anders aussehen. Wer körperlich gesund wirkt, muss es nicht auch im Inneren sein.

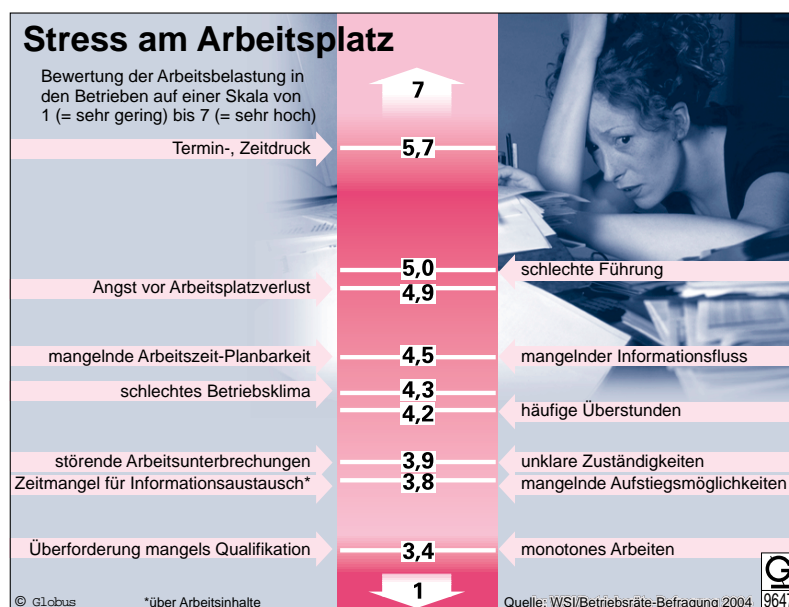
## 18 Millionen Fehltag durch „depressive Störungen“

Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) warnt eindringlich davor, dass psychische Störungen in den kommenden Jahren zum zentralen Thema im Gesundheitswesen werden. Nach DAK-Statistiken verdoppeln sich bei jungen Angestellten derzeit die Fallzahlen fast jährlich. Zunehmend Banker, Pflegefachkräfte und Facharbeiter füllen die Wartezimmer der Psychiater. „Eine Klientel, die wir früher so nicht hatten“, sagen Ärzte in der psychosomatischen Ambulanz der Technischen Universität in München. In vielen Betrieben werden zum Beispiel Depressionen bei Arbeitnehmern nicht ernst genommen und schon gar nicht als Krankheit akzeptiert. Nur selten wird offen und vorurteilsfrei darüber geredet. Depressionen sind eines der teuersten Tabus in deutschen Unternehmen. Dabei sollte den Firmen die Psyche ihrer Mitarbeiter schon aus Kostengründen nicht egal sein.

Nach Berechnungen der Bertelsmann-Stiftung kostete der Produktionsausfall durch Arbeitsunfähigkeit wegen depressiver Störungen in deutschen Betrieben und Behörden im Jahr 2001 knapp drei Milliarden Euro. Laut Techniker Krankenkasse führen „depressive Störungen“ zu 18 Millionen Fehltagen. Inzwischen leidet einer von zehn kranken Beschäftigten unter psychischen Störungen.

### „Der negative Stress hat zugenommen“

„Psychische Erkrankungen sind inzwischen ein Hauptgrund für die Frühverrentung, aber trotzdem wird das Problem weiter unterschätzt“, beklagt Prof. Karl Kuhn von der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin in Dortmund. Manche Fachleute meinen, dass dieser Anstieg einiges mit geänderten Härten des Erwerbslebens



zu tun hat. „Es haben mehr Menschen Angst um ihren Job. Außerdem sind die Anforderungen in vielen Büro-Berufen gestiegen, was die psychischen Belastungen erhöht. Der negative Stress hat zugenommen“, sagt Reinhard Legner, Leitender Arzt der Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz. Allerdings warnt er davor, alles auf die Lage am Arbeitsplatz zu schieben. „Die soziale Einbindung des Einzelnen ist schlechter geworden. Auch deshalb machen sich die Leute mehr Sorgen als früher.“

### Sorgenepidemie statt Epidemie depressiver Störungen

Die Meinungen der Experten gehen jedoch auseinander. „Ich glaube nicht, dass der psychische Druck so stark zugenommen hat“, sagt Dr. Tobias Kühn, Leiter des Ärztlichen Dienstes der Alten Leipziger Leben Versicherung. Eher habe es Verschiebungen zwischen den Krankheitsgruppen gegeben. „Rückenbeschwerden wurden früher üblicherweise den Skelett-Erkrankungen zugerechnet. Jetzt werden psychische Ursachen des Leidens viel öfter anerkannt.“ Dr. Nina Sonntag, Referatsleiterin „Ambulante Versorgung“

## Vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit

Die bereits länger zu beobachtende Entwicklung bei den psychischen Erkrankungen hat deren Bedeutung für die gesamte Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren dramatisch erhöht. Betrug ihr Anteil an den Krankheitstagen 1980 noch 2,5 Prozent, so waren es 1990 bereits 3,7 Prozent. Seither hat sich ihr Anteil nochmals verdoppelt und liegt bei Frauen mit 10 Prozent noch erheblich höher als bei Männern (5,6 Prozent). Psychische Erkrankungen sind inzwischen die vierthäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehltag. Bei den stationären Behandlungen verursachten psychische Störungen 14 Prozent aller Behandlungstage und stehen damit nach den Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems an zweiter Stelle.

Auszug aus: Peter Hernold: „Der historisch niedrigste Krankenstand spiegelt die sozialen Veränderungen“, erschienen in: Die BKK, 12/2004

beim MDK Hamburg, bestätigt Kühns Aussage. „Der Druck am Arbeitsplatz hat zugenommen, doch erklärt er keine Zunahme seelischer Erkrankungen. Es gibt keine Epidemie depressiver Störungen, wohl aber eine Sorgenepidemie“, meint ihre Kollegin Dr. Stéphanie Ambor, Fachärztin für Arbeitsmedizin. Mangelnde berufliche Perspektive, Probleme am Arbeitsplatz, Kündigung, Arbeitslosigkeit oder Motivationsstörung sind Gründe hierfür. „Wenn solche nicht-medizinischen Ursachen mit den so genannten „F-Diagnosen“ (Verhaltens- und psychische Störungen ICD 10) verschlüsselt werden, folgt daraus der Versuch einer medizinischen Behandlung.



Dr. Stéphanie Ambor (re.) und Dr. Nina Sonntag, MDK Hamburg, im Gespräch mit MDK-Forum-Redakteur Martin Dutschek

Diese kann das Grundproblem nicht lösen“, erklärt Dr. Sonntag. „Manche Versicherte schütten uns hier eimerweise ihre Probleme aus, die so gewaltig sind, dass sie für mehrere Personen reichen“, erzählt Dr. Sonntag aus der MDK-Begutachtungspraxis. „Wenn wir vom Patienten erfahren, warum er morgens den Wecker ausgestellt hat, nicht zur Arbeit gegangen ist und sich hat krank schreiben lassen, kommen wir der eigentlichen Ursache der Arbeitsunfähigkeit näher“, sagt

Dr. Sonntag. Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit spiele das bisherige Krankheitsverhalten eine größere Rolle als die aktuelle AU-Diagnose. Deswegen sei es wichtig, die Historie der krankheitsbedingten Fehlzeiten sorgfältig zu betrachten. Eine Zunahme der Fragestellungen an den MDK können Dr. Sonntag und Dr. Ambor dank der gut funktionierenden Fallauswahl der Krankenkassen nicht feststellen. Die neue Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA) unterstütze dies. Dennoch kommen Mobbing und andere mit der Arbeit zusammenhängende Phänomene täglich auf die MDK-Gutachter zu. Besonders Mitarbeiter von kleinen Unternehmen

mit schlechter Auftragslage oder von Betrieben, die nach amerikanischen Unternehmensphilosophien arbeiten, seien häufig betroffen.

Mobbing kann zu psychischen Funktionsdefiziten führen, bestätigt Clemens Firnenburg, Psychiater beim MDK Niedersachsen. Der MDK hat im Rahmen der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit viel mit diesem Problem zu tun. „Die Arbeitsunfähigkeit kann kurzfristig zur

Entlastung sogar sinnvoll sein“ sagt Firnenburg. Erwartungsangst, Ärger oder andere Missempfindungen seien hingegen angemessene Reaktionen auf Mobbing und begründeten keine Arbeitsunfähigkeit. Hier die Spreu vom Weizen zu trennen und die richtigen Empfehlungen für die Versicherten und Krankenkassen zu geben, ist ein an Bedeutung gewinnendes Betätigungsfeld vor allem für Arbeitsmediziner im Medizinischen Dienst.

### Angst als Druckmittel

Egal ob Zeiterscheinung oder nicht – immer mehr Menschen fühlen sich zumindest depressiv gestört. Es bleibt eine schwierige Frage, in welchem Maße dafür die Bedingungen am Arbeitsplatz mitverantwortlich sind. Richtig bedenklich wird es, wenn Angst ins Spiel kommt. „In zahlreichen Unternehmen wird mit Angst als Druckmittel regiert“, sagt Management-Coach und Buchautor Fred Maro. „Meist geschieht dies, weil die obersten Führungskräfte selbst Angst haben. Das Problem: Angst generiert zwar kurzfristig häufig höhere Leistung, langfristig führt sie jedoch eher zu Lähmungserscheinungen.“

Rückendeckung erhält Maro durch jüngste Aussagen von EU-Sozialkommissar Vladimir Spidla: „Die Motivation der Arbeitnehmer gibt es nicht gratis. Schon die alten Römer haben gewusst: Wer sich gefährdet fühlt, ist nicht mehr besonders kreativ. Wer Angst hat um seinen Arbeitsplatz, ist kein guter Arbeitnehmer mehr.“ Maro beschreibt die Folgen: „Die Angst vor Versagen – bei gleichzeitiger Überforderung – beschädigt unser Selbstverständnis und führt in weiterer Folge zu psychischen Notwehrreaktionen. Kommunikationskonflikte mit all ihren ungunstigen Auswirkungen wie Ehescheidungen, Mobbing oder innerer Kündigung sind die Folge.“

### Anwesenheitsbedingte Ausfälle mindern Produktivität

Doch welcher Arbeitnehmer lässt sich so etwas am Arbeitsplatz anmerken? Manche sind wahre Kompensationskünstler. Neue Studien aus den USA kommen zum Schluss, dass sich gerade solche Arbeitnehmer als wahre Produktivitätskiller erweisen. Nach einem kürzlich erschienenen Beitrag im Harvard Business Manager fanden Forscher heraus, dass der Produktivitätsverlust aufgrund von Depressionen und Schmerzen bei Beschäftigten, die weiter arbeiten, annähernd dreimal so hoch war wie der Produktivitätsverlust durch Fehltage, die durch diese Krankheiten bedingt waren. Ein Forscherteam in Pennsylvania rechnete „anwesenheitsbedingte“ Ausfälle für die USA auf 150 Milliarden Dollar jährlich hoch.

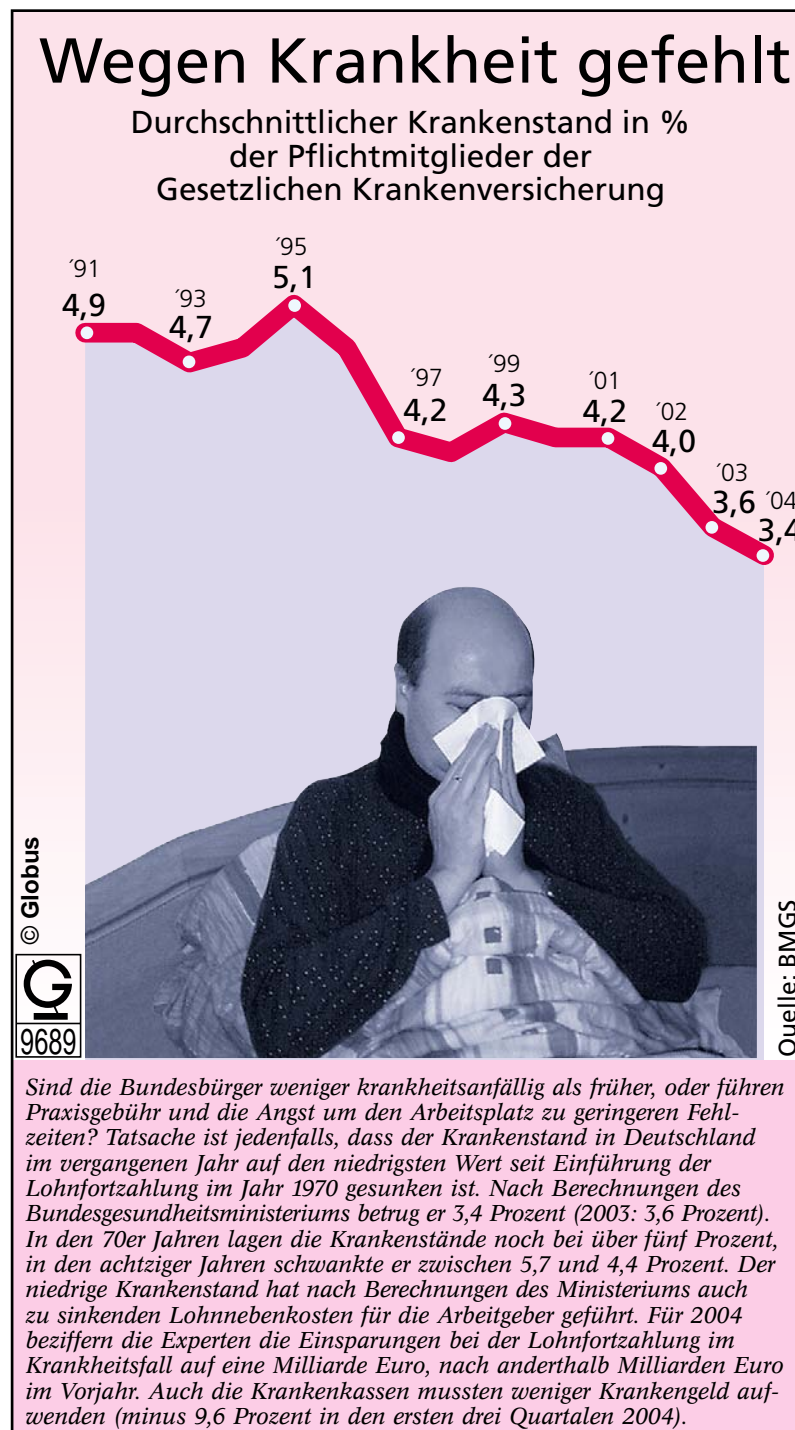
Zurück nach Deutschland. Noch nie war der Krankenstand hierzulande so niedrig wie im Jahr 2004. Doch Arbeitgeber irren, wenn sie den Gesundheitszustand ihrer Belegschaft am ständig schrumpfenden Krankenstand festmachen. Chefs, denen wirklich etwas am Wohl ihrer Arbeitnehmer liegt, sollten nicht nur die Fehlzeiten im Blick haben, sondern mehr auf die präsenten Kranken schauen. Investitionen in Prävention und Gesundheitsmanagement einer Firma zahlen sich langfristig aus.

### Projekt „Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben“

Wie das Projekt „Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben“ zeigt, ist betriebliche Gesundheitsförderung weniger aufwändig als man denkt. Das seit 2002 in einer Kooperation zwischen dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und der Familie-Selbsthilfe-Psychiatrie des Bundesverbands Angehöriger psychisch Kranker e.V. (BAPK) bestehende Projekt zielt auf die Information und Unterstützung

durch Angehörige der Arbeitnehmer. Projektleiterin Marlies Hommelsen vom BAPK in Bonn hält allerdings fest, dass es keine Einheitslösungen gibt: „Die ultimative Präventionsmaßnahme, welche die Unternehmen einfach einkaufen können, gibt es nicht.“ Da psychisch Kranke

ohnehin als eine klassische Zielgruppe für Selbsthilfe gelten, war es konsequent, nach Wegen zu suchen, Selbsthilfeangebote in Unternehmen einsetzen zu können. Ziel des Projektes ist es, zunächst über die Erkrankungen und den Umgang mit den Kranken zu informieren. „Das Entstigmatisieren“



matisieren psychischer Erkrankungen war dabei ein wichtiger Ansatz“, sagt Hommelsen.

Die Projektleiterin bezog Angehörige von Erkrankten ein, weil sie „aus eigener direkter Erfahrung besonders glaubhaft über Probleme und Bewältigungsstrategien im Alltag berichten können.“ So wurden zunächst 25 ehrenamtliche „Gesundheitsbeauftragte“ durch Schulungen auf ihre Arbeit vorbereitet, um die Betriebe in Zweiergruppen aufzusuchen. Die Berater bieten Personalverantwortlichen konkrete Handlungshilfen an, zum Beispiel wie sie die Rückkehr von Erkrankten in den Betrieb vorbereiten können und mit Krisensituationen umgehen können. Zuvor wird Aufklärungsarbeit über verschiedene Krankheitsbilder wie Manien, Ängste und Depressionen geleistet. „Wer weiß, wie sich bestimmte Krankheiten anbahnen oder verlaufen, kann Frühwarnsymptome erkennen“, erklärt Hommelsen. Das Projekt kommt an. Wie eine Befragung ergab, honorieren die Teilnehmer das Beratungsangebot durch Angehörige. „Offensichtlich werden Angehörige von Mitarbeitern der Unternehmen weitaus besser akzeptiert als professionelle Dienstleister“, meint Hommelsen.

Inzwischen nahmen 21 Unternehmen an dem Projekt teil. Zu ihnen gehören unter anderem die REWE Zentral AG, die Kölner Stadtparkassen, das ZDF oder die Opel-Werke in Eisenach und Rüsselsheim. Geschult wurden bisher rund 350 Teilnehmer, hauptsächlich Betriebs- und Personalräte, Führungskräfte, Personalentwickler und Kollegen von Betroffenen. Die Nachfrage reißt nicht ab. „Die Tatsache, dass Unternehmen immer wieder Zeit für weitere Veranstaltungen bereitstellen, lässt vermuten, dass sich das Prinzip Selbsthilfe dauerhaft auch auf betrieblicher Ebene etablieren kann.“

### Schweden mit konzertierter Aktion

Dass auch der Staat hier unterstützend wirken kann, zeigt das Beispiel Schweden. Während sich in Deutschland der Staat für das Thema relativ wenig interessiert, hat die Regierung in Schweden ein Programm zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz verabschiedet. Der hohe Krankenstand von aktuell 15 Prozent soll bis zum Jahr 2008 halbiert werden – bei gleichzeitiger Senkung der Sozialleistungen. Als Gründe für die vielen Krankmeldungen werden auch das „anstrengende Arbeitsleben“ und ein „verschlechtertes psychosoziales Arbeitsumfeld“ genannt. „Wir müssen diese hohen Zahlen senken, denn wir können es uns nicht mehr leisten, einen so hohen Anteil kranker Beschäftigter zu haben“, sagte Gerda Kuylerterna, schwedische Botschafterin in Berlin, in einem Zeitungsinterview. Für die Regierung in Stockholm bedeutet dies: Alle Beteiligten – Betriebe, Beschäftigte, Sozialversicherungsträger und Sozialverbände – müssen an einem Strang ziehen. Von solcher Einigkeit ist man in Deutschland noch weit entfernt.

### Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland moderat

Rein ökonomisch betrachtet, bedarf es in Deutschland womöglich gar nicht dieser Kraftanstrengung. Zu diesem Schluss könnte man kommen, wenn man sich die Ergebnisse der Studie „Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich“ vom Oktober 2004 anschaut. Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin (IGES) und die Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung in Augsburg (BASYS) fanden heraus, dass der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelas-

tung in Relation zu den gesamten Produktionskosten nur eine sehr untergeordnete Bedeutung zukommt. Infolge dessen könne auch kein Zusammenhang gezeigt werden zwischen einer unterschiedlichen Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten und der Entwicklung der Beschäftigung in Branchen, die im internationalen Wettbewerb stehen.

Mit 3,2 Prozent vom Produktionswert an gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung steht Deutschland im internationalen Vergleich gut da. „Die Arbeitgeberbelastung ist in Deutschland keineswegs höher als in anderen Ländern. Insofern entspricht die Diskussion über die absolute Belastungshöhe in Deutschland nicht der tatsächlichen Problemlage“, heißt es in der Studie. Allerdings erhöhe jede Reduktion der Arbeitgeberbelastung die Chancen für mehr Beschäftigung. „Dabei genügt es nicht, ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung abzustellen.“

### In der Führung liegt ein Schlüssel zum Erfolg

Kostenvermeidung fängt in den Betrieben an. Natürlich trägt jeder Beschäftigte durch seine Lebensweise und sein persön-

#### Weitere Informationen:

Mehr über die Studie „Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland“ finden Sie auf der Website des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin (IGES): [www.iges.de](http://www.iges.de)

Außerdem über die Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung in Augsburg (BASYS): [www.basys.de](http://www.basys.de)

Informationen zum Projekt „Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben“ liefert Ihnen die Website des Bundesverbands Angehöriger psychisch Kranker e.V. (BAPK): [www.bapk.de](http://www.bapk.de)

liches Umfeld selbst einen großen Teil zur Krankheitsvermeidung bei. In den Betrieben sind es vor allem die Führungskräfte, die in der Verantwortung stehen. Was Mitarbeiter krank macht, ist oft eine chronisch gestörte Kommunikation im Betrieb (siehe auch Interview mit Tina Gräfin Vitzthum von Gallup Deutschland, Seite 8). „Einige Unternehmen begehen hier zurzeit dramatische Fehler, indem sie mit Mitarbeitern nicht selten umgehen, wie mit

Menschenmaterial. Dies wird sich rächen. Druck erzeugt immer Gegendruck“, sagt Berater Fred Maro. Es sei eine Binsenweisheit, dass Führungskräfte nur dann erfolgreich sind, wenn die Mitarbeiter mitziehen. „Führen heißt coachen, anleiten und unterstützen und nicht erpressen und drangsalieren.“ Eine Führungskraft müsse also dafür sorgen, dass auch Druck weggenommen wird. „Wenn ich zum Beispiel von Mitarbeitern etwas

fordere, was langfristig deren Gesundheit beeinträchtigt, werde ich scheitern“, sagt Maro. So gesehen ist konsistentes Führungsverhalten die beste Maßnahme der innerbetrieblichen Gesundheitsfürsorge. Vermutlich würde dies der eingangs erwähnten Annette Mahler und vielen tausend Arbeitnehmern in Deutschland am meisten weiterhelfen.

(dt/sa)

## Fred Maro: „Mitarbeiter sind so verletzlich“



Fred Maro arbeitet als erfolgreicher Management-Coach, Buchautor und Dozent. Seine „Fred Maro Gruppe“ berät mit ihren Teams Unternehmen und Organisationen aller Größen in Management- und Kommunikationsfragen.

Nach Maro ist Kommunikation Pflichtfach für Führungskräfte: „Führungskräfte sollen „führen“! Nicht mehr und nicht weniger. Die Schwierigkeit liegt darin, dass man „Kommunizieren“ immer nur nachmacht! Jemand macht irgendetwas erfolgreich vor – und alle machen es nach. Nicht selten hat der „Vormacher“ es nie selbst ausprobiert – und trotzdem folgen ihm alle. Ge-

nügend Beispiele von „Managementgurus“ mit Null eigener praktischer Erfahrung gibt es! Kommunizieren kann man nicht in einem Seminar mit ein paar markigen Sprüchen und auf keiner Universität dieser Erde lernen. Dort holt man sich höchstens die Werkzeuge.“

### Gefahrlos Fehler begehen können

Maros Betriebsanleitung für bessere Kooperation: „Einander besser kennen zu lernen! Je besser man sich in einem Unternehmen kennt – und je gefahrloser man auch mal Fehler begehen kann – desto besser harmonieren die Menschen in diesem Unternehmen. Führungskräfte, welche nicht nur anordnen, sondern auch erklären, warum sie was tun oder möchten, haben selten mit großen Widerständen zu rechnen – vorausgesetzt, die Mitarbeiter haben wirklich verstanden, worum es geht. Das Problem dabei: Ängste und alte Gewohnheiten müssen rasch überwunden werden.“

### Ego überbewertet

Nach Maros Ansicht wird das Ego in unserer Gesellschaft überbewertet: „In unserer Gesellschaft zählt inzwischen „Schein“

wesentlich mehr als „Sein“. Titel, Status und Karriere gehen vor dem „Miteinander“. Wir hauen uns persönliche Statements, Anordnungen und Pseudo-Diskussionsbeiträge um die Ohren, ohne dem Anderen wirklich zuzuhören. Es ist erschreckend zu beobachten, wie selten Menschen auf das antworten, was ihr Gegenüber gerade angemerkt oder gefragt hat. In den meisten Fällen geht es nur darum, die eigenen Ansichten loszuwerden.“

### Buchtipps

Maros Buch „Mitarbeiter sind so verletzlich“ (Walhalla Fachverlag, 4/2000, 192 Seiten, Paperback, ISBN 3-8029-4554-9, 5,95 €) behandelt Kommunikation und Verhalten im Unternehmen. Schluss mit überflüssiger Motivation! Auszeichnungen und Belohnungen sind gut, aber ständig optimierte Kommunikation ist besser: Lernen Sie, eine Kommunikationskultur gezielt aufzubauen und zu pflegen, von der alle profitieren.

Unmotivierte Mitarbeiter sind teure Mitarbeiter. Maro erklärt nach jedem Negativbeispiel die Wirkung auf die Mitarbeiter und macht Vorschläge, wie solche Situationen vermieden werden können.

(sa)

# Keine Lust mehr auf die Firma

Interview mit Tina Gräfin Vitzthum,  
Gallup Deutschland GmbH

**D**ie Deutschen haben keine Lust mehr auf ihre Firma. Motivationslöcher überall. Fast neun von zehn Arbeitnehmern in Deutschland fühlen sich dem eigenen Job nicht richtig verpflichtet. Rund 70 Prozent machen Dienst nach Vorschrift und 18 Prozent haben sich innerlich schon von ihrem derzeitigen Arbeitgeber verabschiedet. Das zeigt der aktuelle „Engagement Index 2004“ der Gallup Deutschland GmbH (Berlin). Die seit 2001 jährlich von diesem Wirtschaftsfor schungsunternehmen durchgeführte Studie misst die emotionale Bindung deutscher Arbeitnehmer anhand von zwölf Aussagen (Q12) zum Arbeitsplatz.

**?** MDK-Forum:

Den gesamtwirtschaftlichen Schaden aus fehlendem Mitarbeiterengagement schätzen Sie im Jahr 2004 auf knapp 250 Milliarden Euro. Was sollen Unternehmen akut zur Schadensbegrenzung unternehmen?

**!** Gräfin Vitzthum:

Zunächst sollte sich das Unternehmen konkret mit dem Problem auseinandersetzen. Dann sollte es messen, wie die Mitarbeiterbindung im eigenen Unternehmen aussieht. Unternehmen werden auf Arbeitsgruppenebene unterschiedliche Ergebnisse erreichen und innerhalb dieser Arbeitsgruppen wird es unterschiedliche Begründungen für mangelnde Mitarbeiterbindung geben. In jedem Unternehmen werden wiederum auch phantastische Abteilungen existieren, die diese ganze Problematik überhaupt nicht haben, die hervorragende Mitarbeiterbindung

besitzen, die unter genau den gleichen Umständen und in genau der gleichen Situation arbeiten wie alle anderen, aber die durch ihr Verhältnis in der Arbeitsgruppe schon auf einem sehr guten Weg sind. Messen Sie und leiten Sie die Ergebnisse an die Abteilungen und Arbeitsgruppen weiter. Lassen Sie sich mit diesem Ergebnis selbst helfen und sich selbst im kleinen Kreis damit beschäftigen, was besser werden muss. Schulen Sie Ihre Führungskräfte. Viele Führungskräfte sind hoffnungslos überfordert mit ihren Führungsaufgaben und sie brauchen dringend Hilfsinstrumente und Anleitungen für ihre Tätigkeit. Häufig sind bereits Ahnungen vorhanden, was man besser machen könnte und es bedarf letztlich nur einer Zusatzinformation, um das Ganze zielführend zu gestalten.

**?** MDK-Forum:

Hat Gallup in „schlechten“ Unternehmen, in denen Mitarbeitermotivierende Maßnahmen stattgefunden haben, die Studie wiederholt? Wenn ja: Mit welchem Ergebnis?

**!** Gräfin Vitzthum:

Mit einer Befragung ist es nicht getan. Es ist eine Unternehmensentwicklung, die man anstößt. Mitarbeiterbefragung ist ein Prozess, den man jährlich wiederholen muss, um Führungskräften und Mitarbeitern zu zeigen, wie ernst es dem Unternehmen mit dieser Thematik ist. Wir haben keine Unternehmen erlebt, bei denen sich zwischen den Befragungen nicht etwas eindeutig verbessert hat. Wir haben Unternehmen, die von 15 Prozent engagierten und emotional gebundenen Mitar-



Tina Gräfin Vitzthum

beiteern auf über 25 Prozent gesprungen sind. Natürlich wird es eine gewisse Verteilung geben, es wird immer Mitarbeiter geben, die eine negative Einstellung zu ihrem Unternehmen behalten. Das Ziel sollte aber sein, eine Verteilung von 40 Prozent hochengagierten, hochemotionalen Mitarbeitern zu maximal 10 Prozent mit einer negativen Einstellung zu erreichen. Wenn man damit die negative Energie in einem Unternehmen auffangen kann, dann ist man gut aufgestellt und hat ein ausreichendes Potenzial an wirklich positiver, produktiver Einstellung, um das Unternehmen nach vorne zu bringen.

**?** MDK-Forum:

Hält nur die schlechte Konjunktur in Deutschland – und die damit verbundene Angst vor Arbeitsplatzverlust – die Arbeitnehmer an ihrem Platz? Wie sieht es in anderen Ländern mit besseren konjunkturellen Daten aus?

**!** Gräfin Vitzthum:

In unseren internationalen Umfragen können wir an diese „Q 12“ noch weitere Fragen anschließen. In Deutschland bestätigt sich, dass viele nicht engagierte Mitarbeiter aufgrund der schlechten Arbeitsmarktlage

momentan erst einmal bei ihrem Arbeitgeber bleiben. Weil der Arbeitsmarkt schlecht und die Fluktuationszahlen „gut“ sind, spüren die Unternehmen den eigentlichen Druck noch nicht. Auf internationaler Ebene zeigt sich der große Unterschied von gesellschaftlichen Strukturen und kulturellen Einflüssen auf das Arbeitsleben und die emotionale Mitarbeiterbindung. In den USA finden wir erheblich flachere Hierarchien, so dass hier ein Arbeitsplatzwechsel als positiver Wechsel durchaus begünstigt wird. Sie finden dort eine wesentlich höhere Mitarbeiterbindung. Wir können auch nachweisen, dass in den Ländern, die noch starrere Strukturen und Hierarchien haben als Deutschland, das Mitarbeiterengagement noch schlechter ausfällt. Aber generell gibt es auch in den Ländern, die in unseren Studien erheblich besser abschneiden, ein großes Verbesserungspotenzial.

### ! MDK-Forum:

Alle Unternehmen verkünden unisono, dass das „menschliche Kapital“ die eigentlich tragende Unternehmenssäule sei. Eine glatte Lüge?

### ! Gräfin Vitzthum:

Wir stellen in unseren Studien ganz klar fest, dass der Schlüssel zur Mitarbeiterbindung beim direkten Vorgesetzten liegt. Je größer das Unternehmen wird, desto weniger Einfluss hat die Unternehmensleitung auf die Mitarbeiterbindung in den einzelnen Arbeitsgruppen. Wenn wir uns anschauen, wie Beförderungen in Unternehmen ablaufen, sind wir mit dem gegenwärtigen Stand nicht zufrieden. Wir müssen fragen, ob diese Menschen, die zu Führungskräften befördert werden, auch wirklich die Eigenschaften, Stärken und Talente besitzen, um eine geeignete Führungskraft zu sein. Wir müssen weggehen von einer reinen Personalkostenbetrachtung, einer Personalverwaltung zu einer strategischen Ausrichtung des Human-

kapitals. Denn das ist das größte Potenzial eines Unternehmens im steigenden Wettbewerb.

### ! MDK-Forum:

Welche Handlungen oder Unterlassungen führen nach Ihrer Erfahrung am stärksten zur Motivation bzw. Demotivation von Mitarbeitern?

### ! Gräfin Vitzthum:

Wir können gerade auf Arbeitsgruppenebene, dort, wo die eigentliche Mitarbeiterbindung stattfindet, feststellen, dass sich alles um die Kommunikation, um den Dialog dreht. Ohne Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Führungskräften kann keine Motivation und keine emotionale Bindung entstehen. Also ist die Kommunikation auch der stärkste Motivator zwischen Führungskraft und Mitarbeiter, ausgerichtet auf bestimmte Ziele. Zunächst muss der Mitarbeiter seine Aufgaben kennen, wissen, was von ihm erwartet wird, er muss die nötigen Arbeitsmittel zur Verfügung haben. Dann geht es darum, dass er Unterstützung von seiner Führungskraft benötigt hinsichtlich Feedback und Anerkennung. Er muss zu spüren bekommen, ob er auf dem richtigen Weg ist, ob er vielleicht etwas justieren muss oder ob er von der Zielerreichung weit entfernt ist.

### ! MDK-Forum:

Der ehemalige BDI-Präsident Hans-Olaf Henkel schreibt in seinem 2004 erschienenen Buch „Die Kraft des Neubeginns“ ungeniert über die Schlamper-Republik Deutschland. Teilen Sie seine Ansicht?

### ! Gräfin Vitzthum:

Wir haben immer wieder ein interessantes Phänomen: Wenn wir in einer Befragung feststellen, dass die emotionale Bindung sehr niedrig ist, und gleichzeitig die Frage stellen, ob der befragte Mitarbeiter trotz eines Millionen-gewinns im Lotto noch weiterarbeiten würde, dann erhalten wir

## Der Gallup-Fragenkatalog (Q12)

Wie würden Sie Ihre Arbeitszufriedenheit auf einer Skala von 1 bis 5 einordnen? (5 = außerordentlich zufrieden, 1 = überhaupt nicht zufrieden)	5	4	3	2	1
1 Ich weiß, was bei der Arbeit von mir erwartet wird					
2 Ich habe die Materialien und Arbeitsmittel, um meine Arbeit richtig zu machen					
3 Ich habe bei der Arbeit jeden Tag die Gelegenheit, das zu tun, was ich am besten kann					
4 Ich habe in den letzten sieben Tagen für gute Arbeit Anerkennung und Lob bekommen					
5 Mein/e Vorgesetzte/r oder eine andere Person bei der Arbeit interessiert sich für mich als Mensch					
6 Bei der Arbeit gibt es jemanden, der mich in meiner Entwicklung unterstützt und fördert					
7 Bei der Arbeit scheinen meine Meinungen und Vorstellungen zu zählen					
8 Die Ziele und die Unternehmensphilosophie meiner Firma geben mir das Gefühl, dass meine Arbeit wichtig ist					
9 Meine Kollegen streben danach, Arbeit von hoher Qualität zu leisten					
10 Ich habe eine/n sehr guten Freund/in in der Firma					
11 In den letzten sechs Monaten hat jemand in der Firma mit mir über meine Fortschritte gesprochen					
12 Während des letzten Jahres hatte ich bei der Arbeit die Gelegenheit, Neues zu lernen und mich weiterzuentwickeln					

Weitere Informationen zum Engagement-Index 2004 unter [www.gallup.de](http://www.gallup.de)

zur Antwort, dass über 70 Prozent der Arbeitnehmer in Deutschland auf jeden Fall weiterarbeiten würden. Dies beweist das Bedürfnis nach einer produktiven Arbeit, nach einer Beteiligung an der Gesellschaft, an der Wertschöpfung schlechthin. Hier sieht man, dass das Potenzial für Produktivität und damit auch für wirtschaftlichen Erfolg vorhanden ist. Es wird nur nicht richtig umgesetzt. Dieses gesamte Potenzial wird nicht wirklich dort von den Führungskräften abgeholt, um es in zielführende Produktivität zu transferieren.

(sa/dt)

# „Ohne die Leistung unserer Mitarbeiter hätten wir den Turn-around in den 90er Jahren nicht hinbekommen“

**D**ie Porsche AG schreibt eine Erfolgsstory nach der anderen. Der Erfolg beruht hauptsächlich auf den Mitarbeitern des schwäbischen Automobilherstellers, sagt Dr. Harro Harmel, Vorstand Personal und Sozialwesen der Porsche AG, in einem Interview mit MDK-Forum.



Dr. Harro Harmel,  
Personalvorstand Porsche AG

## **?** MDK-Forum:

Welchen Stellenwert hat Mitarbeiterorientierung bei Porsche?



**!** Dr. Harro Harmel:  
Dass die Mitarbeiterorientierung bei Porsche einen besonderen Stellenwert hat, geht auf den

Gründer unseres Unternehmens Ferry Porsche zurück. Er hat sich in den schwierigen Nachkriegsjahren immer wieder persönlich um die Belange seiner Mitarbeiter gekümmert. Dieser Geist ist bei Porsche bis heute lebendig geblieben. Wenn wir sagen, dass die Mitarbeiter unser größtes Kapital sind, ist das kein Lippenbekenntnis, sondern ernst gemeint – ohne ihre Leistung hätten wir den Turn-around in den 90er Jahren so nicht hinbekommen. Deshalb beteiligen wir unsere Mitarbeiter auch am Unternehmenserfolg: Letztes Jahr haben alle Mitarbeiter – wie schon im Jahr zuvor – zusätzlich zu anderen übertariflichen Leistungen eine Erfolgsprämie von 3.000 Euro erhalten.

## **?** MDK-Forum:

Das Wirtschaftsforschungsunternehmen Gallup Deutschland (siehe auch Seite 8) schockt mit Studienergebnissen zum häufig fehlenden Mitarbeiterengagement die Öffentlichkeit. Ist schlechtes Engagement der Mitarbeiter für Porsche ein Thema?



**!** Dr. Harro Harmel:  
Nein, überhaupt nicht. Die Begeisterung und Motivation der Porsche-Mitarbeiter ist hoch, was natürlich auch mit unseren emotionalen Produkten zusammenhängt. Wie leistungsfähig unsere Belegschaft ist, zeigt die Tatsache, dass die Zahl der Mitarbeiter von 1992 bis heute zwar leicht gestiegen ist, die Zahl der produzierten Fahrzeuge im gleichen Zeitraum sich fast versiebenfacht hat. Eine solche Produktivitätssteigerung schafft ein Unternehmen nur mit einer motivierten und qualifizierten Belegschaft, die ihr Ziel genau kennt.



## **?** MDK-Forum:

Auch Qualitätseinbußen, hohe Nachbesserungskosten und Imageverlust sind auf schlechtes Mitarbeiterengagement zurückzuführen. Porsche hat keine Qualitätsprobleme. Zeigt sich auch hier ein hohes Mitarbeiterengagement?



**!** Dr. Harro Harmel:  
Ja, aber Engagement allein reicht da nicht aus – es muss auch die Methode stimmen. Der hohe Qualitätsstandard unserer Fahrzeuge ist eng verbunden mit der Kaizen-Philosophie, das heißt der Lehre vom kontinuierlichen Verbesserungsprozess (japanisches Managementkonzept: das Gute ändern, mit dem Ziel, es zu verbessern). Damit konnten wir unsere Produktivität erheblich steigern, gleichzeitig aber auch unsere hohen Qualitätsstandards absichern. Wir durchleuchten die Prozesse in allen Bereichen wie Entwicklung, Einkauf oder Vertrieb systematisch und richten sie immer wieder neu aus. Wir nennen das „Porsche-Verbesserungs-Prozess“, kurz PVP – ein System, das heute im gesamten Porsche-Konzern gelebt und permanent weiterentwickelt wird. Auch wir müssen unsere Qualität permanent im Auge behalten.



## **?** MDK-Forum:

Das Magazin FOCUS schrieb im Februar 2004 über das notwendige „Bündnis für Freude“ zwischen Chefs und Mitarbeitern. Ist Porsche auf dem Weg zur „Glücks-AG“?



**!** Dr. Harro Harmel:  
Gibt es in einem Unternehmen etwas Schöneres, als gemeinsam Erfolg zu haben? Bei Porsche ist

das zum Glück schon seit einigen Jahren der Fall, und deshalb kommen unsere Mitarbeiter auch gerne zur Arbeit. Trotzdem, eine „Glücks-AG“ sind wir nicht und wollen das auch nicht werden. Wenn jeden Tag 11.700 Menschen zusammenarbeiten, gibt es natürlich Konflikte und Auseinandersetzungen, um Methoden, um Kompetenzen, um die richtige Strategie. Die Frage ist dann: Wie effizient lösen wir diese Konflikte, und wie schnell kommen wir zu Lösungen, die alle mittragen? Die stringente Unternehmenspolitik von Porsche in den letzten Jahren zeigt, dass wir auch in diesem Punkt eine Methode gefunden haben, die sehr gut funktioniert.

#### **?** MDK-Forum:

Das Excellence Barometer 2004 (Benchmarkstudie zur Leistungsfähigkeit der deutschen Wirtschaft) zeigt, wie stark der unternehmerische Erfolg von innerbetrieblicher Kommunikation abhängt. Wie geht man generell bei Porsche mit dem Thema Kommunikation um?

#### **!** Dr. Harro Harmel:

Im Vergleich mit den großen Automobilkonzernen haben wir den Vorteil, dass wir uns durch eine überschaubare Unternehmensgröße mit flachen Hierarchien auszeichnen, die eine direkte Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern ermöglichen. Daneben verfügen wir über eine ganze Reihe von Kommunikationsmedien wie Führungskräfteinformationen, Werkszeitung oder Carrera TV, um alle Mitarbeiter schnell und gezielt über wichtige Vorgänge zu informieren. Hervorheben möchte ich auch, dass es sich der Vorstand nicht nehmen lässt, persönlich zu den Mitarbeitern zu sprechen.

#### **?** MDK-Forum:

Mit dem Satz „Ohne Wirtschaftlichkeit schaffen wir es nicht, ohne Menschlichkeit ertragen

wir es nicht“ schloss Prof. Dr. Arthur Wollert (Institut für angewandte Betriebswirtschaftslehre und Unternehmensführung Universität Karlsruhe) einen Vortrag vor führenden deutschen Unternehmen im September 2004. Welchen Rat können Sie anderen Unternehmen mit auf den Weg geben?

**!** Dr. Harro Harmel:  
Ich fühle mich nicht berufen, anderen Unternehmern Ratschläge zu erteilen. Aber ich denke, dass uns bei Porsche der Spagat

zwischen ökonomischen Notwendigkeiten und einem vernünftigen, fairen Umgang miteinander sehr gut gelingt. Dies betrifft insbesondere eine ebenso vertrauensvolle wie konstruktive Zusammenarbeit mit der Arbeitnehmervertretung. Die niedrige Fluktuation in unserem Unternehmen zeigt meines Erachtens am besten, dass sich die überwiegende Zahl der Mitarbeiter in unserem Unternehmen sehr wohl fühlt.

(sa)

## Angst um den Job – eine Sparbüchse für Arbeitgeber

Die hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland führt zu enormen Ängsten, sagt Prof. Hinderk Emrich, Direktor der Abteilung Klinische Psychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Prof. Hinderk stellt zwei Begriffe in einen Zusammenhang: Stressor und Sinn. „Stressoren können psychische Erkrankungen hervorrufen. Um solch einen Stressor – nämlich die Arbeitslosigkeit – in Schach zu halten, braucht man seelische Gegenkräfte. Man braucht Urvertrauen, Geborgenheit.“ Doch das Arbeitsklima wird immer kälter. Der zweite Aspekt: Der Sinn. Gerade der deutsche Arbeitnehmer verbindet seine Lebensidentität mit seiner Arbeit. „Fällt die Arbeit weg – kann dies eine Sinnkrise hervorrufen“, sagt Prof. Emrich. Die Angst um den Arbeitsplatz führe zu seltsamen Erscheinungen. „Die Leute schleppen sich zur Arbeit, auch wenn sie krank sind. Um nicht negativ aufzufallen, arbeiten viele bis zum Doppelten der bezahlten Arbeitszeit.“

### Arbeitgeber sparen Lohnfortzahlungskosten

Die Unternehmen in Deutschland müssen immer weniger Geld für die Krankheit ihrer Mitarbeiter ausgeben. Nach Berechnungen des Institutes der deutschen Wirtschaft (IW) in Köln kostete deutschen Firmen die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall im Jahr 2003 zufolge fast 30 Milliarden Euro. Das sind 5,5 Prozent oder 1,75 Milliarden Euro weniger als im Vorjahr. Die Ausgaben für Krankengeld gingen um 8,5 Prozent zurück. Der Krankenstand hat in Deutschland im vergangenen Jahr einen Tiefstand erreicht. Nachdem Arbeitnehmer 2003 rund 3,6 Prozent ihrer Arbeitszeit fehlten, waren es nach vorläufigen Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) nur noch 3,4 Prozent. In den 70er Jahren, als die Lohnfortzahlung eingeführt wurde, waren es noch mehr als fünf Prozent. Damit dürften die Unternehmen 2004 nach einer Schätzung des BMGS von Ende vergangenen Jahres im Vergleich zum Vorjahr bei der Lohnfortzahlung nochmals rund eine Milliarde Euro an Ausgaben gespart haben.

(dt)

# Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“: Entbürokratisierung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Von Uwe Brucker

**A**uf Basis aller Ergebnisse der im zweiten Halbjahr 2003 durchgeführten Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste hat der MDS den ersten „Bericht zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ erarbeitet und im November 2004 vorgelegt. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen waren auch Ausgangspunkt für die Erarbeitung der Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“, die Ende 2004 fertiggestellt wurde.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen belegen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zum Teil erheblicher Optimierungsbedarf hinsichtlich der Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses besteht.

## Unterstützungsbedarf bei Einrichtungen

Schon seit geraumer Zeit arbeiten die Pflegeeinrichtungen in Deutschland an einer Etablierung des Pflegeprozesses. Einrichtungen, die dieses Instrument bereits erfolgreich einsetzen, berichten vor allem von einer Qualitätsverbesserung der Pflegeleistungen und einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter. Diskussionen über die „Entbürokratisierung“ in der Pflege im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation sind dort überflüssig geworden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste belegen aber auch, dass die Einrichtungen gerade bei der

Der **Pflegeprozess** ist eine dynamische Arbeitsmethode in der Pflege, die systematisch Probleme beschreibt, Maßnahmen zu deren Lösung plant und umsetzt und diese regelmäßig evaluiert; ggf. wird dann der Prozess angepasst. Dieser Problemlösungsprozess gestaltet auch maßgeblich die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigem. Vorbild für diese Methode war die in anderen Produktions- und Dienstleistungsbereichen bewährte 4-stufige Arbeitsmethode PDCA (Plan, Do, Check, Act), die im Sinne eines kybernetischen Regelkreises Verbesserungen bei Produktions- und Dienstleistungsprozessen herstellen hilft. Die Grundstruktur des PDCA-Zyklus findet sich adaptiert auf die Besonderheiten der Pflege im Pflegeprozess wieder.

In der **Pflegedokumentation** wird die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht. Die Pflegedokumentation ist nicht nur ein Instrument zur Sicherstellung des innerbetrieblichen Informationsflusses, auch andere von außen kommende Professionen erfahren daraus wichtiges Handlungswissen. Nicht zuletzt dient die Dokumentation zur transparenten Gestaltung der Pflege gegenüber den Auftraggebern.

Etablierung und Umsetzung des Pflegeprozesses Unterstützung und Begleitung brauchen.

## Inhalte des Pflegeprozesses

Ziel der Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“ ist es, den Mitarbeitern und Trägern der Pflegeeinrichtungen sowie den Mitarbeitern der Medizinischen Dienste eine praxisverbessernde und „entbürokratisierende“ Arbeitshilfe anzubieten. Sie basiert auf dem Stand des Wissens zum Thema Pflegeprozess

und den gesetzlichen Regelungen vor dem Hintergrund der zunehmenden Eigenständigkeit der Pflege.

Die momentane Diskussion über Entbürokratisierungspotenziale bei der Planung und Dokumentation von Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen ist nicht neu. In einigen Bundesländern werden derzeit erhebliche Anstrengungen zur Neugestaltung der Dokumentationssysteme unternommen. Die Grundsatzstellungnahme der Medizinischen Dienste legt je-

doch im Unterschied dazu den Fokus bewusst auf die inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation. Sie flankiert damit die bereits in einigen Bundesländern existierenden Papiere zur Pflegedokumentation.

Seit Jahren beschäftigen sich auch Pflegepraktiker und Pflegewissenschaftler mit der Systematisierung der Pflege und bieten zu den Themenkomplexen Pflegeprozess und Pflegedokumentation Schulungen für Pflegekräfte an. Die gelungene Umsetzung des Pflegeprozesses an der Basis blieb trotz aller Bemühungen hinter den Erwartungen zurück und führte oft zu einer unübersehbaren Formularvielfalt, an der nicht zuletzt die Kritik an der überbordenden Dokumentation aufgehängt wird.

### Ziel: Verbesserung der Pflegequalität

Das Positionspapier setzt daher an den zentralen Problemen der schriftlichen Umsetzung des Pflegeprozesses und einem häufig „unpraktikablen“ Aufbau gängiger Dokumentationssysteme an. Ziel ist es, möglichst kurzfristig und praxisorientiert konkrete Verbesserungen der Pflege- und Dokumentationsqualität und des Umfangs der notwendigen Dokumentation zu erreichen, um eine vollständige, systematische und übersichtliche Verlaufsdokumentation der Pflege zu ermöglichen. Mit dieser Stellungnahme tragen die Spitzenverbände der Pflegekassen und die MDK-Gemeinschaft konstruktiv zur „Entbürokratisierung“ und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege bei.

**Download in Kürze unter  
[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)**

*Uwe Brucker  
leitet das Fachgebiet Pflege  
beim MDS  
E-Mail: [u.brucker@mds-ev.de](mailto:u.brucker@mds-ev.de)*

## Gute Pflege wird geplant, durchgeführt, dokumentiert und bei Bedarf angepasst



Professionelle Pflege wird stets geplant, auf ihre Wirkung hin bewertet und immer wieder bedarfs- und bedürfnisgerecht angepasst. Dem Pflegeprozess Pate gestanden hat der PDCA-Zyklus, der nicht nur in der Pflege, sondern z.B. auch in der Industrie ein gängiger Standard ist: Die Großbuchstaben stehen für die englischen Begriffe „Plan“, „Do“, „Check“ und „Act“ und beschreiben den Ablauf der Pflege: von der Festlegung der Pflege-Ziele über deren Ausführung und Ergebnisbewertung bis hin zu einer ggf. erforderlich gewordenen Änderung und Anpassung bei der Zielsetzung. Der PDCA-Zyklus ist ein fortlaufender Prozess, der niemals vollständig abgeschlossen ist, weil er die Planungen und Maßnahmen immer wieder auf ihre Wirkungen hin evaluiert und anpasst.

Konkret auf den Pflegeprozess übertragen bedeutet dies: Gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und anhand aller verfügbaren Informationen werden beispielsweise die tägliche Trinkmenge sowie die individuellen Trinkgewohnheiten vereinbart und verbindlich festgelegt („Plan“). Jeder gereichte („Do“) Becher Saft oder Tee wird so dokumentiert. Durch regelmäßige Kontrollen und Befragungen („Check“) wird überprüft, ob der ursprüngliche Plan noch aktuell ist oder ob neue Ziele zu formulieren sind. Sollten sich die Trinkgewohnheiten oder der persönliche Bedarf des Pflegebedürftigen ändern, muss die Pflegefachkraft die Ziele immer wieder neu anpassen („Act“).

# Alzheimer-Medikation: Wirksam oder unwirksam?

## MDS bewertete aktuelle Studien

**D**er Nutzen von Alzheimer-Medikamenten wurde in den vergangenen Monaten immer wieder kontrovers diskutiert. Im Herbst 2004 wurde der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) beauftragt, sich mit den Aussagen von neuen Untersuchungen zu befassen und legte dazu im Januar seine Bewertungen vor. MDK-Forum sprach mit Prof. Dr. med. Jürgen Windeler (Leitender Arzt, stellvertretender Geschäftsführer und Bereichsleiter Evidenz-basierte Medizin beim MDS) und Stefanie Thomas (Mitarbeiterin im Bereich Evidenz-basierte Medizin) über die Studien und deren Ergebnisse.

### ! MDK-Forum:

Herr Prof. Windeler: Wie viele Alzheimer-Kranke gibt es in Deutschland – und wie werden sie üblicherweise behandelt?



Stefanie Thomas, Mitarbeiterin im Fachbereich Evidenz-basierte Medizin

**!** Prof. Jürgen Windeler: Rund 950.000 Menschen in Deutschland leiden derzeit nach Angaben des Robert Koch-Instituts an Alzheimer. Deutsche und internationale Leitlinien, z.B. der Fachgesellschaften, empfehlen zur Behandlung unter anderem so genannte „Acetylcholin-Esterase-Hemmer“. Das sind zugelassene Medikamente, die das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen sollen.

### ? MDK-Forum:

Was genau bewirken diese Medikamente, wie helfen sie den Patienten?

**!** Prof. Jürgen Windeler: In den Zulassungsstudien der Medikamente wurde unter anderem anhand bestimmter Tests gezeigt, dass die Hirnleistung der Patienten unter Einnahme der Substanzen stabilisiert werden konnte. Man geht davon aus, dass diese Stabilisierung einem Aufschub des Fortschreitens der Erkrankung von ca. einem halben Jahr entspricht. Dennoch wurde die Wirksamkeit der Mittel in den vergangenen Monaten aufgrund aktueller Studien kontrovers diskutiert – eine Diskussion, die sich auch massiv in den Medien niederschlug und die Gemüter erhitze (siehe z.B. „Der Spiegel“ 33/2004). Aus diesem Grund wurde der MDS beauftragt, die Aussagen der Studien zu überprüfen. Wir haben damit unser Gutachten aus dem Jahr 2002 ergänzt.

### ? MDK-Forum:

Um welche Studien handelte es sich, was war der Ausgangspunkt Ihrer Bewertungen?

**!** Stefanie Thomas: Auslöser der Diskussionen waren vor allem zwei Publikationen aus dem Jahr 2004, in denen es speziell um das Medikament Donepezil – einen der drei derzeit verfügbaren „Acetylcholin-Esterase-Hemmer“ – geht. Eine der Publikationen<sup>1</sup> beschreibt die Ergebnisse einer großen britischen Studie, an der 565 Patienten teilnahmen.

**!** Prof. Jürgen Windeler: Bei der zweiten Veröffentlichung handelt es sich um eine zusammenfassende methodische Bewertung von insgesamt zehn Studien, die teilweise zur Zulassung des Medikamentes Donepezil beigetragen haben<sup>2</sup>. Beide Publikationen kamen zu dem Ergebnis, dass eine klinisch relevante Wirksamkeit des Präparates nicht nachgewiesen werden könne.

**? MDK-Forum:** Welche Auswirkungen hatte dies auf die Ärzte, Krankenkassen und letztlich auf die Patienten?

**!** Prof. Jürgen Windeler: Vor allem im vergangenen Jahr gab es viele kritische Presseberichte und dementsprechend viele Anfragen bei Ärzten und bei den Kassen. Solche Berichte können dazu führen, dass in Einzelfällen Ärzte vorsichtshalber auf eine Verordnung dieser Medikamente verzichten. Gegen diese Entwicklung lief unter anderem die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. Sturm: Mit einer Presse-Aktion und der markanten Aussage „Sie helfen doch!“ machte sie im vergangenen August vehement auf die Bedürfnisse von demenziell

Erkrankten aufmerksam und beschrieb den Nutzen der in die Kritik geratenen Medikamente.

**? MDK-Forum:**

Zu welchem Ergebnis kommen denn Ihre Bewertungen?

**! Stefanie Thomas:**

Die bisher vorliegenden Studien belegen die Wirksamkeit dieser Medikamente anhand üblicher Wirksamkeitskriterien. Natürlich kann man die Frage stellen, ob die beobachteten Verzögerungen relevant sind und man kann sich auch Belege wünschen, dass z.B. die Heimeinweisung verzögert wird.

**! Prof. Jürgen Windeler:**

In dieser ansonsten alternativen Behandlungssituation erscheinen uns jedoch die nachgewiesenen Ergebnisse ausreichend. Die beiden von uns bewerteten Untersuchungen rechtfertigen jedenfalls zweifellos nicht, auf diese Alzheimer-Medikamente zu verzichten. Nur wenn sich ein relevantes Schadenpotenzial ergäbe, müsste diese Bewertung überdacht werden. Wie weit sich die aktuellen Meldungen zu kardiovaskulären Risiken bestätigen, bleibt abzuwarten.

**? MDK-Forum:**

Welche Details – negativ oder positiv – haben Sie im Rahmen Ihrer Analyse festgestellt?

**! Stefanie Thomas:**

An der britischen Studie haben wir vor allem gravierende methodische, aber auch medizinische Fragwürdigkeiten festgestellt, welche die Aussagekraft dieser Studie schmälern: Statt der geplanten 3.000 Patienten, die ursprünglich untersucht werden sollten, wurden letztlich nur 565 Patienten in die Studie eingeschlossen. Ein bzw. drei Jahre später – relevante Zeitpunkte für die Auswertung – war von diesem ursprünglichen Studienkollektiv nur noch ein Bruchteil übrig: Einfach zu wenig, um

eine fundierte Aussage treffen zu können. Positiv vermerken lässt sich, dass die Kriterien für die Wirksamkeit neu waren gegenüber den üblichen Studien: Es gab sehr klare und praktisch relevante Endpunkte (Kriterien wie „Einlieferung ins Heim“: ja/nein bzw. „zu welchem Zeitpunkt?“), doch ein theoretisch vorhandener Effekt auf diese Endpunkte hatte sozusagen gar keine Chance, statistisch eindeutig nachgewiesen zu werden.

**? MDK-Forum:**

Herr Prof. Windeler, Sie haben die zusammenfassende Stellungnahme zu den erwähnten zehn Studien zur Wirksamkeit von Donepezil verfasst. Zu welchen weiteren Schlüssen sind Sie gelangt?

**! Prof. Jürgen Windeler:**

Die Untersuchung, die von einer Hamburger Arbeitsgruppe durchgeführt wurde, behauptet für die gesichteten Studien eine Reihe von relevanten Mängeln. Die behaupteten Mängel beruhen auf fehlerhaften Interpretationen oder Zahlenangaben der Arbeitsgruppe selbst. Für einen als wesentlich behaupteten Mangel – den Umgang mit ausgeschiedenen Patienten – ist die Relevanz nicht näher beschrieben und aufgrund anderer Daten sehr zweifelhaft. Die Untersuchung ist ein Beispiel dafür, wie man grobe Fehler in der Studienbewertung machen kann und damit zu einer falschen Bewertung kommt.

**? MDK-Forum:**

Wem stehen Ihre Bewertungen nun zur Verfügung und was geschieht weiter mit den Ergebnissen?

**! Prof. Jürgen Windeler:**

Unsere Bewertungen sind – wie alle solche Stellungnahmen – zur Information der Gutachter im Medizinischen Dienst sowie der Mitarbeiter der GKV auf allen Ebenen gedacht. Auf diesem Wege besteht indirekt auch die Möglichkeit, einen Beitrag zu



*Prof. Dr. med. Windeler, Leitender Arzt und Bereichsleiter Evidenzbasierte Medizin beim MDS*

einer angemessenen Patienteninformation zu leisten.

Um dies noch einmal klar zu stellen: Die Medikamente können Alzheimer nicht heilen und die Progression auch nicht wirklich stoppen. Sie können aber nach heutigem Erkenntnisstand ein sinnvoller Baustein in einer umfassenden Alzheimerbehandlung sein.

(ast)

**Quellen:**

<sup>1</sup> Long-term Donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double blind trial. *Lancet*, Band 363, S. 2.105-2.115

<sup>2</sup> Kaduszkiewicz, H. et al. (2004): Fragliche Evidenz für den Einsatz des Cholinesterasehemmers Donepezil bei demenziellen Erkrankungen – Eine systematische Übersichtsarbeit. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, Band 72, S. 557-563

# Neue Begutachtungsanleitung Heilmittel und Kriterienkatalog Fallauswahl Heilmittel

Von Dr. Friedrich Kruse

**I**m vergangenen Jahr haben die Medizinischen Dienste mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine neue Begutachtungsanleitung Heilmittel erarbeitet. Ergänzt wird sie durch die Arbeitshilfe „Kriterienkatalog Fallauswahl Heilmittel“. MDK-Forum fasst die wesentlichen Aufgaben der neuen Arbeitsinstrumente zusammen.

Die Verordnung von Heilmitteln richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Ziel der 2004 in Kraft getretenen Heilmittel-Richtlinien ist, Fehlentwicklungen bei den Verordnungsmengen entgegenzuwirken und Ressourcen zielgerichtet einzusetzen.

## Steigende Inanspruchnahme des MDK

Die Richtlinien sehen u.a. vor, dass bestimmte Verordnungen (VO außerhalb des Regelfalls) der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen sind. Versicherte erhalten die verordneten Heilmittel nach Vorlage der Verordnung so lange, bis die Krankenkasse ihre Genehmigung ausdrücklich versagt. Mit der medizinischen Prüfung einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls kann der Medizinische Dienst beauftragt werden. Der Beratungs- und Begutachtungsbedarf der Krankenkassen und damit die Inanspruchnahme der MDK nimmt zu. Dies erforderte die Erstellung einer Begutachtungsanleitung „Heilmittel“ für alle Bereiche.

## Arbeitsinstrument zwischen Kassen und MDK

Begutachtungsanleitungen sind im täglichen Umgang zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten ein unverzichtbares Element zur Systematisierung der Zusammenarbeit. Sie regeln die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten und strukturieren die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK. Die Begutachtungsanleitung Heilmittel enthält einheitliche Kriterien für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung. Darüber hinaus gibt sie Hinweise und Anregungen für die Fallauswahl der Krankenkassen.

## Arbeitshilfe ergänzt Begutachtungsanleitung

Die Auswahl der zu begutachtenden Fälle (Fallauswahl) bei der Krankenkasse und die sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK nehmen eine entscheidende Stellung ein. Um die Fallauswahl zu optimieren, wurde – ergänzend zu den Hinweisen in der Begutachtungsanleitung – die Arbeitshilfe „Kriterienkatalog Fallauswahl Heilmittel“ erstellt. Diese gibt den Mitarbeitern der Krankenkasse die Möglichkeit, neben den formalen Kriterien für eine sachgerechte Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls auch die inhaltliche Plausibilität der Verordnung zu prüfen. Ergeben sich hierbei medizinische Auffälligkeiten, die einer Genehmigung außerhalb des Regelfalls entgegenstehen,

kann die Krankenkasse entsprechend den Regelungen der Begutachtungsanleitung Heilmittel die Verordnung in der SFB vorlegen und vom MDK medizinisch prüfen lassen.

Der MDK-Gutachter prüft und bewertet die Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls medizinisch dahingehend, ob der Behandlungserfolg durch die verordneten Heilmittel, durch andere Heilmittel oder ggf. auch durch andere Maßnahmen zu erreichen ist. Seine Ergebnisse teilt der MDK der Krankenkasse schnellstmöglich in Form einer sozialmedizinischen Empfehlung mit.

Letztlich sollen die neue „Begutachtungsanleitung Heilmittel“ und der „Kriterienkatalog Fallauswahl Heilmittel“ die Qualität der Heilmittelversorgung sicherstellen und dazu beitragen, die in den letzten Jahren stark gestiegenen Ausgaben der Krankenkassen für Heilmittel zu stabilisieren.

*Dr. Friedrich Kruse  
leitet das Fachgebiet  
Koordination und Gremien-  
beratung im Bereich Evidenz-  
basierte Medizin  
beim MDS  
E-Mail: f.kruse@mds-ev.de*

*Die neue „Begutachtungsanleitung Heilmittel“ finden Sie als pdf-Datei im Download-Bereich der Internet-Seite des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. ([www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)).*

## Jahrestagung der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Versorgungsstrukturen“ (SEG 3) der MDK-Gemeinschaft

# „Perspektiven Integrierter Versorgung“

Von Dr. Michael Dziuk

**F**ür viele Fachleute gilt die „Integrierte Versorgung“ als der wesentliche Baustein des Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetzes (§§ 140a ff SGB V). Die darin enthaltenen Möglichkeiten bilden einen Arbeitsschwerpunkt der SEG 3. Hierzu wurden im Rahmen der Jahrestagung der SEG 3 am 18. Januar 2005 Vertreter der Gesundheitspolitik, der Wissenschaft, der Kostenträger, der Leistungserbringer, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Versicherten eingeladen.

Mit dem Thema „Perspektiven Integrierter Versorgung“ fand nach einem Jahr Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) im Abgeordnetengebäude des Landtages Rheinland-Pfalz in Mainz die Jahrestagung der SEG 3 mit 130 Teilnehmern statt.

Die Experten der Jahrestagung waren sich einig – Integrierte Versorgung hat erst begonnen, sich „auf den Weg zu machen“. Dieser Weg ist die gesetzlich geschaffene Möglichkeit, um im Sinne der Patienten medizinische Leistungen effektiv, wirtschaftlich und unter qualitätssichernden Bedingungen interdisziplinär fachübergreifend oder sektorübergreifend zu gestalten. Wettbewerb ist hierbei politisch gewollt.

### Aus der Arbeit der SEG 3

Die von der MDK-Gemeinschaft im Rahmen der Kompetenzbündelung initiierte SEG 3 beschäftigt sich jedoch nicht nur mit dem Thema „neue Versorgungsstrukturen“, insbesondere



Podiumsdiskussion mit (v.l.) Prof. Günther Neubauer, Bernd Beyrle, Johannes Reimann, Dr. Martin Danner und Dr. Michael Dziuk

„Integrierte Versorgung“, sondern ebenso mit Themen der „ambulant und stationären Versorgung“. Ziel der Tagung war es daher, Teile der Ergebnisse aus der Arbeit der SEG 3 des vergangenen Jahres der Öffentlichkeit vorzustellen und speziell das Thema „Perspektiven Integrierter Versorgung“ mit externen Referenten zu erörtern.

Zum Thema „Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche“ stellte PD Dr. Thomas Böhler (MDK Baden-Württemberg) die Entwicklung der Grundsatzgutachten zu diesem Thema in der MDK-Gemeinschaft vor und berichtete über Ergebnisse der Bewertung von entsprechenden Schulungsprogrammen durch die von ihm geleitete Arbeitsgruppe. Dass es keinen Nutzen einer regelmäßigen Spülung eines liegenden transurethralen oder suprapubischen Katheters gibt, war die

Kernaussage des Vortrages von Dr. Christoph von Zastrow (MDK Niedersachsen). Dr. Wolfgang Deetjen (MDK in Hessen) berichtete zum Sachstand der Überarbeitung der Arbeitshilfe Schlafapnoe. Über die Erfahrungen mit der Erstellung von Behandlungspfaden am Beispiel des Akuten-Coronar-Syndroms sprach Dr. Gudrun Aulmann-Körner (MDK Baden-Württemberg).

Dr. Volker Raum (MDK Rheinland-Pfalz) stellte die Herausforderung beim Krankheitsbild Rückenschmerz vor und berichtete über Möglichkeiten im Rahmen einer Integrierter Versorgung von Rückenschmerzpatienten. Die Notwendigkeit für Modelle Integrierter Versorgung im Bereich Psychiatrie zeigte Dr. Bernhard van Treeck (MDK Nordrhein) in seiner Präsentation auf. Abschließend referierte Dr. Manfred Nosper

(MDK Rheinland-Pfalz) über ein Projekt zur Integrierten Versorgung bei Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Störungen.



*Unterstrich die Bedeutung der Integrierten Versorgung: Malu Dreyer, Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz*

### **Integrierte Versorgung schon lange gefordert**

Seit über drei Jahrzehnten wird die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung in unserem Gesundheitssystem betont und auch immer wieder gefordert. Die Kritikpunkte, die Prof. Erwin Jahn bereits 1975 als Grundlage der Notwendigkeit einer Integrierten medizinischen Versorgung vorbrachte, gelten heute immer noch unverändert (WSI-Forum 25./26.04.1975). Tatsache ist, dass sich bei überdurchschnittlich hohem Ressourceneinsatz (gemessen am Bruttoinlandsprodukt) die Gesundheitsergebnisse nicht gleichwertig abbilden lassen. Die Bedeutung neuer Versorgungsformen für die Politik unterstrich mit ihrem Eröffnungsvortrag Malu Dreyer, Staatsministerin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und

Gesundheit Rheinland-Pfalz. Die Gesundheitsministerin verdeutlichte die Entwicklung, die politische Intention und die Möglichkeiten des GMG zur optimierten Versorgung der Versicherten. Insbesondere lobte sie hierbei die Bereitschaft der Akteure im Gesundheitswesen für Veränderungen und betonte, dass die Weiterentwicklung dieser Prozesse gesundheitspolitisch mit großem Interesse beobachtet und unterstützt werde.

### **Erfahrungen mit bisherigen Versorgungsstrukturen**

Berichte von Projekten zu Versorgungsformen aus früheren Jahren existieren nur vereinzelt und lassen nicht immer sichere Rückschlüsse zu. Als Hindernisgründe im Rahmen von Praxisnetzen werden genannt: Die Komplexität des Netzes, die mangelnde Netztreue der Versicherten, die Ablehnung der beteiligten Ärzte, Zielvereinbarungen einzugehen sowie ein unprofessionelles Netzmanagement. Erfahrungsberichte aus der ehemaligen DDR zeigen, dass Gesundheitszentren mit mehr als 30 Ärzten problematisch waren, da sie sich als schlecht überschaubar und steuerbar erwiesen hatten.

Das Gesundheitsnetz „Prosper“ der Bundesknappschaft<sup>1</sup> gibt Ersparnisse von bis zu 10 Prozent an, wobei eine Übertragbarkeit auf das GKV-System nur schwer möglich ist. Versorgungsmodelle aus dem Ausland zeigen vor allem Einsparpotenziale im Krankenhausbereich auf.

### **Spannungsfeld Qualität und Ökonomie**

In der Medizin wie auch in der Betriebswirtschaft ist das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens bekannt. Bei steigendem Einsatz von Ressourcen steht ab einem bestimmten Punkt diesem Einsatz nur noch eine sehr geringe Steigerung der Leistung gegen-

über. Prof. Neubauer, Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomik, München, zeigte aus gesundheitsökonomischer Sicht Lösungsmöglichkeiten, aber auch Grenzen auf. Er schlussfolgerte, dass der bekannte kontraproduktive Konflikt zwischen den Leistungserbringern als Vertreter der Qualität und den Krankenkassen als Vertreter der Ökonomie in einen produktiven Leistungswettbewerb von Interessengemeinschaften um Versicherte und Patienten umgeleitet werden muss. Der Zwiespalt zwischen „Ethik und Monetik“ wird indes sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Kostenerstatter bestehen bleiben.

### **Vorläufige Ergebnisse aus der Praxis**

Durch die Möglichkeiten, die das GMG geschaffen hat, ist die Vertragskompetenz der Krankenkassen im Sinne einer wettbewerblichen Ausrichtung erweitert worden. Hausarztzentrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Integrierte Versorgung aus der Sicht der KV und der niedergelassenen Ärzteschaft stellte Johannes Reimann, Referat für gesundheitspolitische Grundsatzfragen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dar. Bei den bisher geschlossenen Verträgen der Integrierten Versorgung macht die Bezeichnung „quick and dirty“ die Runde. Gründe hierfür sind zum einen die Bestrebungen, Verträge schnellstmöglich abschließen zu wollen und zum anderen die mangelnde Transparenz der Verträge, deren Inhalte häufig nicht genau bekannt werden. Zum überwiegenden Teil beinhalten die bislang bekannten Verträge endoprothetische Leistungen oder stationärsersetzende Maßnahmen (ambulante Operationen). Eine integrative Weiterentwicklung über das derzeit bereits bestehende Versorgungsmaß hinaus wird hierdurch nicht oder kaum

<sup>1</sup> „Integrierte Versorgung“ innerhalb des Knappschaftssystems

realisiert. Gleichwohl muss berücksichtigt werden, dass komplexe Verträge inhaltlich, fachlich, zeitlich und organisatorisch Kapazitäten benötigen, so dass mit einer nicht unerheblichen Dauer bei der Vertragsgestaltung zu rechnen ist.

### Positionierung der Vertragsärzte

Über Praxisverbände und Ärztenossenschaften versuchen Vertragsärzte sich in dem Gebiet der Integrierten Versorgung zu positionieren. Ärztliche Berufsverbände beteiligen sich mittlerweile an der Gestaltung integrierter Modelle. Auch bei den Krankenkassen existieren bereits Eckpunkte für integrierte Versorgungsmodelle, die von Leistungserbringern entsprechend ausgestaltet werden können.

Die Krankenkassen sind dabei daran interessiert, möglichst umfassende Verträge abzuschließen. Dabei werden „Insellösungen“ genauso in Betracht gezogen wie Pilotprojekte zur späteren Flächenanwendung. Auch bilden sich Kooperationen und Partnerschaften zwischen Krankenkassen, erläuterte Bernd Beyrle, Fachbereichsleiter stationäre Versorgung und sonstige Vertragspartner, Techniker Krankenkasse, Hamburg.

Da letztlich nur eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung effektiv sein kann, sollten nach Dr. Martin Danner, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., Leistungserbringer und Krankenkassen den Patienten ins Zentrum ihrer Interessen und Bemühungen stellen.

Die Telematik<sup>2</sup> kann die Integrierte Versorgung durch die Möglichkeiten des zeitnahen und umfassenden Informationsaustausches weiter voranbringen. Qualitätsgesichtspunkte in Form von Ergebnisqualität und deren Nachhaltigkeit müssen im Bemühen um den „Kunden“ an Bedeutung gewinnen. In diesem

## Integrierte Versorgung – IV §§ 140 a ff SGB V

- ▶ „Wettbewerbsfeld“ ohne Wettbewerbsordnung bzw. übergeordnete Versorgungssteuerung
- ▶ Anschubfinanzierung mit bis zu 1 Prozent der Gesamtvergütung und der Rechnungen für voll- und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus (ca. 680 Mio. Euro/Jahr)
- ▶ Laufzeit bis 31.12.2006
- ▶ Kein Genehmigungsverfahren wie bei DMP notwendig
- ▶ Prüfung der Verträge obliegt den Krankenkassen (Ziele, Inhalte, Qualitätssicherung, etc.)
- ▶ IV-Verträge sollen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gemeldet werden (keine Inhalte im Detail)
- ▶ „Nähere Auskünfte“ (keine rechnungsbegründenden Unterlagen) zu IV-Verträgen durch die BQS nur Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zugänglich
- ▶ KVen als Vertragspartner der IV nicht vorgesehen
- ▶ Bis Ende 2004 an die BQS gemeldet: ca. 239 Verträge mit einem Vergütungsvolumen von etwa 100 Mio. Euro

Sinne berät und unterstützt die SEG 3 die Arbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände.

### Fazit

Unter Berücksichtigung der demographischen, medizinisch-technischen und wirtschaftlichen Situation in unserem Land müssen zukunftsorientiert neue Versorgungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, wie z.B. in Form der Integrierten Versorgung, gestaltet werden. Es handelt sich um einen langfristig angelegten, lernenden Entwicklungsprozess, der sich flexibel anpassen muss.

Integrierte Versorgung wird vorerst für alle Beteiligten wenig transparent, aufwändig, kompliziert und risikobehaftet bleiben. Letztlich ist jedoch jeder Schritt zu mehr Effektivität und Wirtschaftlichkeit unter Berücksichtigung qualitätssichernder Maßnahmen (vor allem hinsichtlich der Ergebnisqualität und Nachhaltigkeit) bereits eine Verbesserung. Erfolgreiche Konzepte werden sich herauskristalisieren

und die Grundlage für Weiterentwicklungen bilden. Eine Grundvoraussetzung ist der aufgeklärte und eigenverantwortlich mitwirkende Versicherte.

Parallel sollte die Versorgungsforschung intensiviert werden, um valide Aussagen zur derzeitigen Versorgungssituation zu ermöglichen und die Ergebnisse von Integrierten Versorgungsprojekten daran messen zu können. Unsere Bemühungen müssen darauf abzielen, mit einem definierten Ressourceneinsatz nachweislich den größtmöglichen Nutzen für den Patienten zu erzielen. In diesem Sinne wird die SEG 3 die Entwicklung, Bewertung und Evaluation von bestehenden und neuen Versorgungsstrukturen konstruktiv bearbeiten und innovativ mitwirken.

*Dr. Michael Dziuk,  
MDK Rheinland-Pfalz,  
ist Leiter der Sozialmedizinischen  
Expertengruppe „Versorgungsstrukturen“ (SEG 3) der  
MDK-Gemeinschaft  
E-mail: michael.dziuk@  
mdk-rlp.de*

<sup>2</sup> Telematik – Kunstwort aus den Worten Telekommunikation und Informatik; bezeichnet ein umfassendes technisches System zur Informationsverarbeitung und dem Datenaustausch

## Sozialmedizinisches Expertenforum Rehabilitation in Berlin

# Bisherige Bilanz und Ausblick auf künftige Aufgaben

**M**edizinische Rehabilitation in der GKV – Was ist erreicht, was ist zu tun?": Bei einem Sozialmedizinischen Expertenforum, zu dem der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) eingeladen hatte, wurde am 7. März in Berlin bilanziert, diskutiert und es wurden Denkanstöße für die kommenden Jahre geliefert. Rund 100 Teilnehmer waren zur Veranstaltung angeeignet, überwiegend Ärzte, Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie Krankenkassenmitarbeiter.

Die medizinische Rehabilitation gehört seit 30 Jahren zu den originären Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die GKV hat dabei ein immer größeres Aufgabenspektrum übernommen, z.B. die Erweiterung von der stationären zur ambulanten Rehabilitation und von der indikationsspezifischen (krankheitsgruppenspezifischen) zur indikationsübergreifenden (z.B. geriatrischen) Rehabilitation.

### Zwischenbilanz der vergangenen 10 Jahre

Nach einer Einführung durch Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS, spannte zunächst Edelinde Eusterholz, Leiterin der Abteilung Prävention und Rehabilitation beim Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassenverband (VdAK), einen Bogen über die zurückliegenden zehn Jahre. Sie riss markante politische Stationen an und benannte relevante Papiere, Empfehlungen und Vereinbarungen.

„Der Gesetzgeber macht die Rehabilitation gern zum Spielball“, kritisierte Eusterholz, „dabei ist sie ein wichtiges Instrument zur medizinischen Versorgung, gerade in Anbetracht der künftigen demographischen Entwicklung“.

### Weiterentwicklung der Reha durch die ICF

„Unter Nutzung neuer Klassifikationskonzepte wurde die Rehabilitation laufend weiterentwickelt“, beschrieb im Anschluss daran Doz. Dr. Klaus Leistner, Fachgebietsleiter Rehabilitation beim MDS, in seinem Vortrag über die Neuerungen durch die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). „Dies schlug sich unter anderem in den Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V nieder, die am 1. April 2004 in Kraft traten“, so Leistner, „außerdem in der aktuellen Entwurfsfassung der Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge/Rehabilitation der Spitzenverbände der Krankenkassen, in die auch eine Begutachtungshilfe geriatrische

Rehabilitation integriert wurde“. Abschließend wünschte sich Leistner eine „nationale Implementierungsstrategie für die ICF“. Thematisch ergänzt wurden seine Ausführungen durch einen Beitrag von Dr. Elisabeth Nüchtern vom Referat Rehabilitation/Heilmittel beim MDK Baden-Württemberg und Dr. Hans-Martin Beyer, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Ihr Vortrag befasste sich ausführlich mit den Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V.

Die Evidenz für die Veränderung des Krankheitsverlaufs – abhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgte – thematisierte Prof. Dr. Wilfried Mau, Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: „Hinsichtlich verschiedener Outcome-Parameter sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Rehabilitation festzustellen“, so Prof. Mau bezüglich der Ergebnisse verschiedener Studien.



Doz. Dr. Klaus Leistner, MDS



Edelinde Eusterholz, VdAK



Auf dem Podium (v.l.): Ulrich Vömel, Prof. Dr. Ludger Pientka und Dr. med. Hans-Martin Beyer



Moderator Bernd Seguin (rechts) im Gespräch mit Prof. Dr. Wolfgang Seger, stellvertretender Geschäftsführer und Leitender Arzt des MDK Niedersachsen

### Versorgungsforschung und Frührehabilitation

Für eine bessere Verbindung von Rehabilitation und Versorgungsforschung sprach sich Prof. Dr. Ludger Pientka, Direktor der Medizinisch-Geriatriischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum und Marienhospital Herne, aus. Anhand der weit verbreiteten „Schenkelhalsfraktur“ und deren Folgen veranschaulichte er in seinem Vortrag „Rehabilitation und Versorgungsforschung am Beispiel der Geriatrie“ die deutliche Unterversorgung älterer Patienten in Deutschland. Pientka: „Kluge Antworten werden wir nur bekommen, wenn wir ausreichend investieren, deshalb brauchen wir eine gute Versorgungsforschung“.

Dr. Thomas Hagen, MDK in Bayern, befasste sich mit den Optionen einer möglichst früh einsetzenden Rehabilitation. Der Fokus seines Vortrags „Integrative Betrachtung – DRGs – Rehabilitation“ lag auf den Ergebnissen der Methodengruppe „Frührehabilitation im Krankenhaus“, einem Zusammenschluss Sachverständiger aus verschiedenen Bereichen. „Auch die Frührehabilitation muss nach rehabilitationswissenschaftlichen Konzepten erbracht werden, denen die Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und

Individualität zugrunde liegen“, so Hagen. Künftig ist aus Sicht der Veranstaltungsteilnehmer vor allem eine höhere Bedarfsgerechtigkeit erstrebenswert: „Wir wünschen uns eine konsequentere Flexibilisierung und Individualisierung der medizinischen Rehabilitation“, sagte K. Dieter Voß, Vorstandsmitglied des BKK-Bundesverbandes, der die Sichtweise der GKV unter anderem im Rahmen einer Podiumsdiskussion vertrat. „Die Rehabilitation muss ein selbstverständlicher Bestandteil von Disease-Management-Programmen und von Verträgen zur Integrierten Versorgung werden“, forderte er und ergänzte: „Fehlende Rehabilitation bedeutet auch einen Verlust an Humanität“.

### Mittel wirksamer einsetzen

Die Perspektive der Leistungserbringer stellte Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten, dar. Bublitz präsentierte ausgewählte Zahlen zur Entwicklung der Rehabilitationsausgaben und forderte: „Wir müssen den Zugang zur Rehabilitation offen gestalten und finanzielle Spielräume behalten“. Das geplante Präventionsgesetz sei in diesem Zusammenhang kontraproduktiv. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurde von

Ulrich Vömel, stellvertretender Geschäftsführer der BAR, repräsentiert: „Wir sollten künftig noch sparsamer und wirksamer mit vorhandenen Mitteln umgehen“, so Vömel. Prof. Dr. Wolfgang Seger, stellvertretender Geschäftsführer und Leitender Arzt des MDK Niedersachsen, ergänzte: „Der richtige Patient muss zur richtigen Zeit in die richtige Klinik. Behandlungen müssen in rationaler Weise gewählt werden, um einen Krankheitsverlauf rechtzeitig in die richtige Richtung zu lenken“.

Abschließend dankte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, den Referenten für ihre eingebrachten Positionen und Perspektiven: „Die heutige Diskussion hat deutlich gemacht, dass eine weitere Profilierung und Vernetzung nötig ist“, fasste er zusammen und kündigte an, dass der MDS sich auch weiterhin intensiv mit dem Thema Rehabilitation befassen werde. Im Laufe des Tages gingen außerdem immer wieder Dank, Lob und gute Wünsche für die Zukunft an Doz. Dr. Klaus Leistner, der Ende März seine über zehnjährige Tätigkeit für den MDS beendet und in den Ruhestand wechselt.

(ast)

Große Resonanz auf Symposium der SEG 6  
„Arzneimittelversorgung“

## Konsens und Evidenz in der Arzneimittelversorgung

Von Dr. Lili Grell und Magda Geldmacher

**Ü**ber 100 Gäste aus Wissenschaft, Industrie, Ärzteschaft und Vertreter der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und des Gemeinsamen Bundesausschusses folgten am 16. Dezember 2004 der Einladung des MDK Westfalen-Lippe ins Maritim-Hotel Gelsenkirchen. Dieser MDK ist federführender Koordinator der bundesweiten Sozialmedizinischen Expertengruppe „Arzneimittelversorgung“ (SEG 6) der Medizinischen Dienste.

Nach der Begrüßung durch den Geschäftsführer, Dr. Holger Berg, und den Leitenden Arzt, Dr. Ulrich Heine, vom MDK Westfalen-Lippe diskutierten die Teilnehmer unter der Tagungsleitung von Magda Geldmacher, Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Arzneimittelcontrolling des MDK Baden-Württemberg, über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

### Ausschließlich Akzeptanz von Studien hoher Evidenzgrade?

Notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich: Diese gesetzlichen Anforderungen des SGB V für die Versorgung gelten auch für die Arzneimittelversorgung. Kern der auf fachlich hohem Niveau geführten Diskussion war die Frage, ob nur Studien hoher Evidenzgrade als Nachweis akzeptiert werden können oder ob in bestimmten Fällen auch ein medizinischer Konsens ohne umfassende wissenschaftliche Publikation von



Gastgeber vom MDK Westfalen-Lippe (v.l.): Dr. Ulrich Heine, Dr. Holger Berg, Dr. Martin Rieger und Peter Post (Vorsitzender des Verwaltungsrates)

Wirksamkeitsbelegen für die Leistungsentscheidung der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend sein kann. Für die MDK-Gemeinschaft führte Dr. Lili Grell, Leiterin der SEG 6, in die Thematik ein. Sie stellte anschaulich dar, in welchem Spannungsfeld sich die Medizinischen Dienste bewegen, wenn sie sich bei der Begutachtung zwischen den unterschiedlichen Interessenlagen von Versicherten, Ärzten, Krankenkassen, Wissenschaftlern und nicht zuletzt der Pharmazeutischen Industrie wiederfinden. Ziel des MDK kann es also auch bei der Nutzenbewertung der Arzneimittelversorgung nur sein, gemeinsam mit den Auftraggebern – den Krankenkassen – einen Standard zu entwickeln, der die Konflikte aufnimmt und in ein transparentes Begutachtungsverfahren einbezieht.

Diese Transparenz forderte Prof. Dr. Peter Sawicki vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in der anschließenden Diskussion auch für Deutschland. Im Ausland sei es bereits lange üblich, Interessenkonflikte offen zu legen, während sich diese Kultur in Deutschland erst allmählich etabliere.

### „Breiter Konsens“ bedeutet häufig: wenig wissenschaftliche Evidenz

Der Leitende Arzt des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Prof. Dr. Jürgen Windeler, führte anschließend aus, dass sich ein wissenschaftlicher Konsens nicht immer in breiter medizinischer Anwendung widerspiegelt und dass die Formulierung „breiter Konsens“ in

der Regel eher bedeutet, dass wenig wissenschaftliche Evidenz vorhanden ist. An Beispielen zeigte er, dass die Interpretation von Studienergebnissen selbst bei Fachleuten nicht einheitlich sei. Insbesondere bestehe Dissens bei der biometrischen Bewertung bezüglich der Feststellung von Qualitätsmängeln im Studiendesign und bei der Einschätzung der klinischen Relevanz erkannter Fehler.

Dass die Wertigkeit einzelner Studienparameter unterschiedlich beurteilt wird, zeigte auch die nachfolgende Diskussion. So forderte Prof. Dr. Joachim Boos, außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, dass mit den Studien auch die Studienprotokolle veröffentlicht werden müssen. Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik, Leiter des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie, ergänzte, dass die Berichte über klinische Studien oft zu kurz seien, um darauf eine eigenständige Bewertung aufzubauen.

### Qualitativ hochwertige Therapieleitlinien erkennen

Zur Frage, woran man qualitativ hochwertige Therapieleitlinien erkennt, referierte Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Aus seiner Sicht darf Konsens nicht „berufspolitischen Kontaminationen“ unterliegen. Je weiter sich Leitlinien von der wissenschaftlichen Wahrscheinlichkeit entfernen, desto kritischer seien sie zu hinterfragen. Konsens im Sinne einer „Demokratisierung“ findet nach seiner Auffassung seine Grenzen an der wissenschaftlichen Plausibilität. Wissenschaftliche Integrität und Unabhängigkeit sollten für eine Institution wie die AkdÄ, aber auch für wissenschaftliche Fachgesellschaften und ärztliche Berufsgruppen unabdingbar sein.

### Zulassung für Immunglobuline bei MS wird angestrebt

Über die Grundlagen der Arzneimittelzulassung referierte Dr. Gabriele Schäffner vom Paul-Ehrlich-Institut. Am Beispiel der Immunglobuline zur Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) zeigte sie, dass es prinzipiell die Möglichkeit gibt, für die so genannten „established indications“ auf der Grundlage eines „proof of principle“ Arzneimittel zuzulassen. Als Basis ist ein Konsens wissenschaftlicher Fachgesellschaften vorgesehen – ohne die sonst im Zulassungsverfahren zwingend erforderlichen Studien hoher Evidenzgrade, z.B. zur statistischen Signifikanz, ohne Kontrollgruppe in der Studie und mit begrenzten Daten für die Verträglichkeit. Eine solche Zulassung für Immunglobuline in der Indikation MS sei jedoch bisher nicht erfolgt, da für die Anwendung ein europäischer Konsens derzeit nicht zu erkennen sei. Aus diesem Grund fordern die Zulassungsbehörden klinische Prüfungen entsprechend des Standards der Arzneimittelprüfrichtlinien ein.

Reinhard Steege, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, berichtete über die Urteilsfindung in Rechtsstreitigkeiten zwischen GKV und Versicherten um nicht zugelassene oder für die beanspruchte Indikation nicht zugelassene Arzneimittel. Er führte aus, dass das Sozialgesetz zunächst auf die Anerkennung einer Methode in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen und damit auf Konsens abstellt. Allerdings sei damit das Kriterium der Evidenz nicht aus dem Spiel. Der Konsens müsse sich auf durch publizierte Studien belegte Wirksamkeit und belegten therapeutischen Nutzen stützen. Für einen Juristen stelle sich auch die Frage, welche wissenschaftliche Gruppierung oder Berufsgruppe die rechtliche Legitimation besitzt, für die entsprechende Fachrichtung zu



Moderierte das Symposium: Dr. Magda Geldmacher, Leiterin der Arbeitsgruppe „Arzneimittelcontrolling“ beim MDK Baden-Württemberg

sprechen. Der Gesetzgeber sei deshalb zunehmend dazu übergegangen, die Bewertungen als Grundlage für Leistungsentscheidungen in der GKV auf die sachkundigen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen zu verlagern.

Wolfgang Hartmann-Besche vom BKK Landesverband in Bayern stellte fest, dass eine konsensbasierte Medizin insbesondere im Bereich der besonderen Therapierichtungen im Gegensatz zu den sonstigen Qualitätsansprüchen existiert – trotz gegenteiliger Datenlage und nicht selten politisch motiviert. Letztlich führe dies zu inkonsistenten Entscheidungen. Aus Sicht der Selbstverwaltung müssen gleiche und gerechte Voraussetzungen kassen- und ländergrenzenübergreifend sichergestellt sein. Dabei würden sich Kosten-Nutzen-Entscheidungen zwischen Versorgungsbedeutung, Patientenutzen und Wirtschaftlichkeit bewegen.

### Pharma-Industrie wünscht sich: Miteinander statt Gegeneinander

Dr. Reinhard Hoferichter vom Pharmaunternehmen Sanofi-Aventis stellte die Bemühungen der Pharma-Industrie dar, den unterschiedlichen Anforderungen der Akteure gerecht zu wer-

den, ohne dabei die Qualität der wissenschaftlichen Grundlagen aus den Augen zu verlieren. Er appellierte an die Beteiligten, Beispiele ungenügender Grundlagen gepaart mit unsachgemäßen Werbeaussagen nicht zum Anlass zu nehmen, auch Unternehmen mit hohem wissenschaftlichen Standard ausschließlich Profitdenken zu unterstellen. Insbesondere im Bereich der Forschung und der breiten Vermittlung des Stands der medizinischen Erkenntnisse seien die besten Lösungen nicht gegeneinander, sondern mitein-

ander zu finden. Die Relevanz der Thematik, die interessanten Vorträge und die intensive Diskussion zwischen den hochqualifizierten Teilnehmern der Veranstaltung und den Referenten führten dazu, dass der Tagungssaal am Ende der Veranstaltung noch genauso gefüllt war wie zu Beginn.

Auch die Posterausstellung zu den Aufgaben der SEG 6 und dem Projekt Arzneimittelclearing des MDK Baden-Württemberg waren in den Pausen dicht umlagert und die intensiven Nach-

fragen an die Aussteller zeugten von hohem Interesse an den Themen.

*Dr. Lili Grell,  
MDK Westfalen-Lippe,  
ist Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe  
„Arzneimittelversorgung“ (SEG 6)  
der MDK-Gemeinschaft  
E-mail: LGrell@mdk-wl.de*

*Magda Geldmacher  
ist Leiterin der Arbeitsgemeinschaft  
Arzneimittelcontrolling  
des MDK Baden-Württemberg  
und Mitglied der SEG 6  
E-mail: m.geldmacher@mdkbw.de*

Welche Instrumente können das Fallmanagement der Krankenkassen optimieren?

## Stationäres Einzelfallmanagement in der Psychiatrie

Von Clemens Firnenburg

**S**eit dem Beginn der Psychiatrie-Reform (Psychiatrie-Enquête des Bundestages 1975) sind in Deutschland erhebliche Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung erzielt worden. In einer EntschlieÙung kennzeichnete der Bundestag 2002 weiteren Handlungsbedarf: Vermehrte Anwendung des Prinzips „ambulant vor stationär“ und die Berücksichtigung des besonderen Behandlungsbedarfs von jungen chronisch psychisch Kranken. Um diese Ziele zu erreichen, kommt dem Fallmanagement der Krankenkassen besondere Bedeutung zu.

Die Versorgungssituation in psychiatrischen Krankenhäusern wird heute nicht mehr durch so genannte „Langzeitlieger“ bestimmt. Das Bild kennzeichnen vielmehr kurzfristige Überschreitungen der regulären Verweildauer. Sie resultieren in erster

Linie aus Planungs- und Qualitätsmängeln in der Versorgung.

Unter anderem vor diesem Hintergrund waren Probleme bei der Prozessqualität der Planung psychiatrischer Einzelfallhilfen und bei der Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfeleistungen Themen von Tagungen, die mit Beteiligung des MDK Niedersachsen unter dem Dach der Akademie für Sozialmedizin Hannover zuletzt im zweiten Halbjahr 2004 angeboten wurden. Aus dem fachlichen Diskurs lassen sich zur besseren Vernetzung des Einzelfallmanagements der Krankenkassen zwei wichtige Notwendigkeiten ableiten:

1. die Koordination bedarfsgerechter Hilfen in den gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen und
2. die personenzentrierte Hilfeplanung.

Das psychiatriekompetente Casemanagement der Krankenkassen (CMK) sollte im Zentrum derartiger Bemühungen stehen. Was ist den Krankenkassen zu empfehlen? Zum einen, um dem Prinzip „ambulant vor stationär“ mehr Rechnung zu tragen, sollten durch eine geeignete statistische Vorauswahl auffällige Behandlungseinheiten (nach Möglichkeit auf Stationsebene) herausgefiltert werden, mit dem Ziel, die Patienten gezielt bei der Suche nach weniger kostenintensiven, aber bedarfsgerechten außerklinischen Versorgungsangeboten zu unterstützen. Zum anderen sollten die Patienten, die ein hohes Risiko für eine überdurchschnittlich lange stationäre Aufenthaltsdauer tragen, schon möglichst frühzeitig erkannt und in das CMK zur Unterstützung der personenzentrierten Hilfeplanung im psychiatrischen Versorgungssystem einbezogen werden. Dies alles

verlangt vom Fallmanagement ein an der Person des jeweiligen Patienten ausgerichtetes, psychiatrierelevant vernetztes Denken, Wissen und Können.

### Neue Instrumente zur Fallidentifizierung

Hilfreich sind die Ergebnisse aus der gemeinsamen Förderung der Versorgungsforschung von gesetzlicher Krankenversicherung und Bundesministerien. In diesem Rahmen wurde an der Psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig ein „Screening zur Prädiktion starker Inanspruchnahme stationärer Versorgung“ (SPSI) entwickelt. Ab einem bestimmten Wert kann mit dem SPSI ein hoher Prozentsatz der Patienten mit starker Inanspruchnahme richtig vorhergesagt werden. Das SPSI ist empirisch bzw. testtheoretisch abgesichert.

### Anwendungsvorschlag: Psychosozialer Risikoscore

Zur Unterstützung des Case-managements eignet sich insbesondere der „Psychosoziale Risikoscore“ (PSRS, siehe Kasten). Vergleichbar dem SPSI, aber praktikabler in der Anwendung mit Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, misst der PSRS die Schwere und Chronizität einer psychiatrischen Erkrankung sowie die soziale Desintegration des Patienten. Das Risiko für einen ungünstigen Verlauf steigt mit der Höhe des PSRS an. In der Summe aller acht Merkmale (Gewichtung jeweils 1 bis 4) kann er einen Maximalwert von 32 annehmen.

Im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover wird der PSRS mit Unterstützung der Medizinischen Hochschule Hannover zur regionalen Psychiatrieberichterstattung als Mittel der systematischen Qualitätsentwicklung eingesetzt. Bei der empirischen Überprüfung

## Dimensionen und Werte des „Psychosozialen Risikoscore“ (PSRS)

### 1. Hauptdiagnose (ICD-10)

- 1= neurotische oder psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5)
- 2= Suchterkrankung (F1x.1/2/8); Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6)
- 3= schizophrene/wahnhaftige Störung (F2); affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3)
- 4= organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7)

### 2. Alter bei Ersterkrankung

- 1= 65 und mehr Jahre
- 2= 45 bis unter 65 Jahre
- 3= 25 bis unter 45 Jahre
- 4= unter 25 Jahre

### 3. Dauer seit Ersterkrankung

- 1= unter 1 Jahr
- 2= 1 bis unter 5 Jahre
- 3= 5 bis unter 10 Jahre
- 4= 10 und mehr Jahre

### 4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt

- 1= 10 und mehr Jahre
- 2= 5 bis unter 10 Jahre
- 3= 1 bis unter 5 Jahre
- 4= unter 1 Jahr/gegenwärtig in Klinik

### 5. Wohnsituation

- 1= eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft
- 2= Alleinwohnen in eigener Wohnung
- 3= Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers
- 4= ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung)

### 6. Arbeitssituation

- 1= Vollzeitätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung
- 2= Teilzeitätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze
- 3= beschützte Arbeit (z.B. Werkstatt für Behinderte, Arbeitstherapie), medizinisch-berufliche Rehabilitation (z.B. Rehabilitation psychisch Kranker), Sonderschule o.ä.
- 4= ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit

### 7. Häufigkeit sozialer Kontakte

- 1= in der Regel täglich
- 2= mindestens wöchentlich
- 3= mindestens monatlich
- 4= sporadisch oder nie

### 8. Vorrangiger Lebensunterhalt

- 1= eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG)
- 2= Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosenunterstützung
- 3= durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen
- 4= Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stationärer Jugend- bzw. Eingliederungshilfe

Quelle: Medizinische Hochschule Hannover, Sozialmedizinisches Qualitätsmanagement

über zehn Jahre hinweg erwies sich der PSRS als geeignet. Ab einer Schwelle von 20 identifizierte der PSRS das erhöhte Risiko für einen stationären Langzeitaufenthalt bereits bei Erstkontakt eines Patienten mit allgemeinspsychiatrischer Erstdiagnose.

**Beispiel Versorgungsqualität von jungen Männern mit funktionellen Psychosen**

Ein weiterer Vorteil des PSRS liegt in der einfachen Aufbereitung von Kennzahlen, die zur internen Verlaufskontrolle von Maßnahmen des Casemanagements genutzt werden können. Ebenso ist ein externes Benchmarking von Versorgungseinrichtungen möglich. Mit Hilfe des PSRS kann zudem angezeigt werden, ob ein Versorgungsziel erreicht wurde.

Zur Veranschaulichung kann das Beispiel der Versorgungsqualität von jungen Männern mit einer funktionellen Psychose herangezogen werden. Bei ihnen verläuft die Erkrankung häufig chronisch und schwer. Oft brechen gerade junge Männer ambulante Hilfsmaßnahmen ab. Das Risiko für langfristige Klinikaufenthalte ist hoch. Im Sozialpsychiatrischen Verbund Hannover ist geplant, dass alle

psychiatrischen Versorgungseinrichtungen der Region den sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) benachrichtigen, wenn ein Mann unter 25 Jahren mit einer funktionellen Psychose die Betreuung beendet hat, ohne dass die weitere Versorgung trotz Notwendigkeit gesichert ist. Ein Mitarbeiter des SpDi wird dann für den jungen Patienten und seine Bezugspersonen langfristig ansprechbar und verliert ihn nicht aus den Augen. Der Erfolg eines solchen Programms kann über die Auswertung spezieller Erhebungsbögen (Datenblätter) in der regionalen psychiatrischen Gesundheitsberichterstattung gemessen werden (siehe Tabelle 1).

Man erkennt in dieser Tabelle, dass für die Zielgruppe der jungen Männer mit funktionellen Psychosen die Quartale ambulanter Betreuung geringer und die Anteile klinisch Behandelte höher als in der Vergleichsgruppe aller Patienten mit einer funktionellen Psychose sind. Innerhalb eines 5-Jahreszeitraumes sollten sich bei Wirksamkeit des skizzierten Programms die Werte der Zielgruppe dem Durchschnitt aller Personen mit funktionellen Psychosen angeglichen haben (erhöhte ambulante Betreuungskontinuität bei einem geringeren Anteil pro Jahr in der Klinik behandelte Personen).

Mit Einführung und sachgerechter Anwendung eines solchen Instruments kann also auf Seiten der Krankenkassen die aktuelle Forderung des Bundestages nach dem Vorrang der ambulanten Versorgung und besonderen Bedarf der jungen chronisch psychisch Kranken zum Wohle der Versicherten und der Solidargemeinschaft wirkungsvoll unterstützt werden.

*Clemens Firnenburg  
ist Psychiater und ärztlicher  
Gutachter im Geschäftsbereich  
Stationäre Versorgung  
im MDK Niedersachsen  
E-Mail:  
clemens.firnenburg@mdkn.de*

**Weitere Informationen:**

Ergebnisse des Workshops zur Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfeleistungen vom 21. September 2004 finden Sie unter: [www.mdkn.de](http://www.mdkn.de) im Downloadbereich.

Mehr über die Forschungsgruppe „Evaluation Sozialpsychiatrischer Praxis“ an der Medizinischen Hochschule Hannover erfahren Sie unter [www.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html](http://www.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html)

**Tabelle 1: Psychiatrieberichterstattung der Region Hannover zum Problem der Versorgung von jungen Männern mit funktionellen Psychosen**

	alle Patienten mit Datenblatt (Gesamtzahl)			alle Patienten mit funkt. Psychose			Männer < 25 Jahre mit funkt. Psychose		
Berichtsjahr	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Zahl Datenblätter	2.219	2.471	4.450	831	917	1.458	32	52	69
Quartale ambulanter Betreuung	2,5	2,6	2,3	3,2	3,1	2,7	2,2	2,6	2,0
Anteile klinisch Behandelte	34%	40%	39%	30%	38%	37%	61%	75%	56%

Quelle: Sozialpsychiatrischer Plan 2005 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

# Neues Zentralarchiv in Magdeburg

## Erfolgreiche Kooperation zwischen den MDK in Hessen und MDK Sachsen-Anhalt – Von Dr. Jens Andersen

**I**m Rahmen seiner Organisationsentwicklung hat der MDK in Hessen auch die Archivierung von Versichertenunterlagen geändert. Alle neuen Versichertenunterlagen werden seit Jahresbeginn 2004 in einem elektronischen Archiv abgelegt. Die bestehenden dezentralen Papierarchive hat der MDK Hessen in einem neuen Zentralarchiv beim MDK Sachsen-Anhalt in Magdeburg zusammengeführt, eine für beide MDK vorteilhafte Kooperation.

### Organisationsänderung gab neuen Impuls

Im Rahmen seiner Organisationsentwicklung unter dem Motto: MDK in Hessen – Zukunftsfähig! hat der MDK in Hessen die Zahl seiner Standorte deutlich reduziert. Statt ausschließlich in eigenen Beratungsstellen führt er in kleineren Orten die Begutachtungen nun in Räumen anderer Träger durch. Dadurch ist der MDK in Hessen unverändert im ganzen Bundesland präsent, die Kompetenz ist aber auf Schwerpunkte konzentriert, wie es für die Kassen erforderlich ist, und es fallen weniger Kosten an. Die bereits zuvor angestrebte Zentralisierung der Archive in den Beratungsstellen und die Umstellung auf ein elektronisches Archiv bekamen durch diese organisatorische Änderung zusätzliche Impulse.

### Vorhandene Erfahrungen nutzen

Bei der Umsetzung konnte der MDK in Hessen von den Erfahrungen des MDK im Bundesland Sachsen-Anhalt profitieren. Der MDK Sachsen-Anhalt hatte

bereits ein elektronisches Archiv und damit verbunden eine zentrale Archivierung eingeführt. Das dabei erworbene Know-how bot er dem MDK in Hessen an. Aus dieser Zusammenarbeit entwickelte sich der Ansatz, die Papierarchive des MDK in Hessen in die Hauptverwaltung des MDK Sachsen-Anhalt nach Magdeburg zu verlegen. Dort standen entsprechende Räumlichkeiten und erfahrenes Personal für die Archivbetreuung zur Verfügung. Nachdem alle datenschutzrechtlichen Aspekte geklärt waren, begann der MDK in Hessen im ersten Halbjahr 2004 mit der Verlegung der Versichertenunterlagen ins Zentralarchiv nach Magdeburg. Seit 2004 legt der MDK in Hessen keine Papierakten über Versicherte mehr an. Statt dessen wird eine elektronische Akte eingerichtet.

### Zugriff auf die Unterlagen

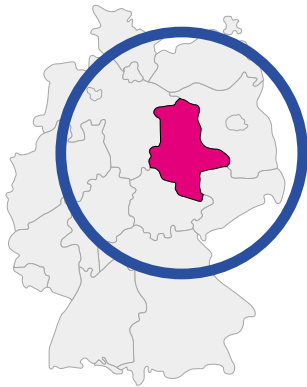
Diese elektronische Akte ist für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter/innen in ganz Hessen erreichbar. Vorteil: Ein Gutachter kann sich schnell informieren, ob zu derselben Person bereits ein Gutachten zu einer anderen Fragestellung (z.B. zu einem Krankenhausaufenthalt oder zur Pflegebedürftigkeit) erstellt wurde. Wenn der MDK in Hessen einen neuen Begutachtungsauftrag bekommt, kann sehr einfach überprüft werden, ob bereits Unterlagen zu der entsprechenden Person vorliegen. Wenn schon Unterlagen in elektronischer Form vorliegen, können diese direkt abgefragt werden. Sofern Papierunterlagen in Magdeburg vorhanden sind, werden diese von den Mitarbeiterinnen

dort nun eingescannt und dem Anfragenden am gleichen Tag elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Papierunterlagen werden im Anschluss vernichtet, da eine den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende elektronische Akte erstellt ist.

Alle neuen Versichertenunterlagen gelangen mit Abschluss der Begutachtung in das elektronische Archiv. Der Gutachter oder die Gutachterin legt fest, welche Schriftstücke für die Akte relevant sind und eingescannt werden sollen. Im MDK erstellte ISmed-Gutachten werden als Datei direkt übernommen. Erwünscht, aber noch nicht realisiert, ist auch die direkte Übernahme der Gutachten zur Kodierqualität von Krankenhausaufenthalten, die über DRGs abgerechnet wurden (diese Gutachten werden derzeit nicht in ISmed erstellt).

Die Zusammenarbeit bringt beiden Medizinischen Diensten Vorteile: Freie Räume in Magdeburg konnten genutzt und mussten nicht in Hessen angemietet werden, der MDK in Sachsen-Anhalt konnte Arbeitsplätze sichern und in Hessen konnten Assistenzkräfte für die Begutachtungsunterstützung bereitgestellt werden. Die elektronische Akte trägt zu kürzeren Bearbeitungszeiten bei, da sie für alle, die sie brauchen und zugriffsberechtigt sind, kurzfristig am Arbeitsplatz erreichbar ist.

*Dr. Jens Andersen  
Stab der Geschäftsführung  
beim MDK in Hessen  
E-Mail: j.andersen@  
mdk-hessen.de*



## MDK Sachsen-Anhalt Erfolgreiche Neu- organisation der Pflegebegutachtung

Von Thorsten Zöfeld

**Z**um Jahresbeginn 2003 hat der MDK Sachsen-Anhalt größere Veränderungen im Bereich seiner Pflegebegutachtungen vorgenommen. Durch den Einsatz einer zentralen Tourenplanung und mobiler Eingabegeräte für die Pflegegutachter konnten die Bearbeitungszeiten deutlich reduziert werden. Auch die Anfangsinvestitionen haben sich – das zeigen zwei Jahre Praxis – bereits ausgezahlt.

Im Mittelpunkt der Änderungen stand der Wechsel von der bisher dezentralen zur zentralen Organisation der Pflegebegutachtungen. Das Herzstück bildete eine

eBusiness-Lösung für den gesamten Workflow vom Eingang eines Auftrags zur Pflegebegutachtung bis zum Versand des Gutachtens. Die wichtigsten Tools dabei waren eine zentrale Tourenplanung in ISmed („Frei verschiebbarer Gutachtenkomplex“) und die Ausstattung der Pflegefachkräfte mit Tablet-PCs und Laptops für die Haus- und Heimbegutachtungen.

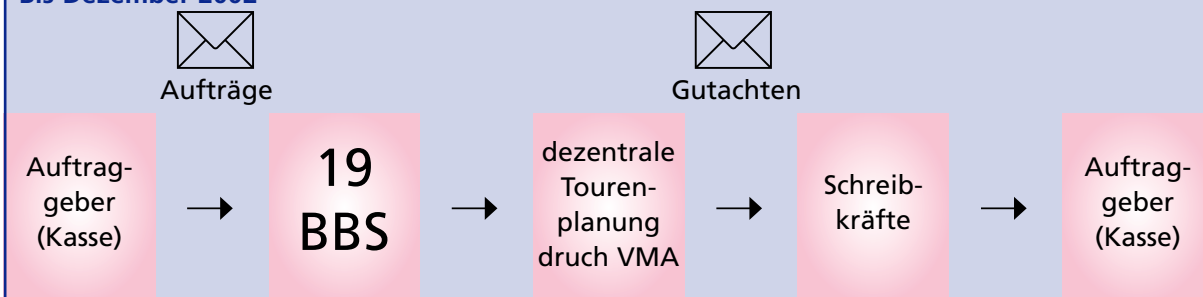
### Zentrale Auftragskoordination

Zur Unterstützung der Gutachterinnen und Gutachter hat der MDK Sachsen-Anhalt zum Jahresbeginn 2003 als neues Organisationsteam die Zentrale Auf-

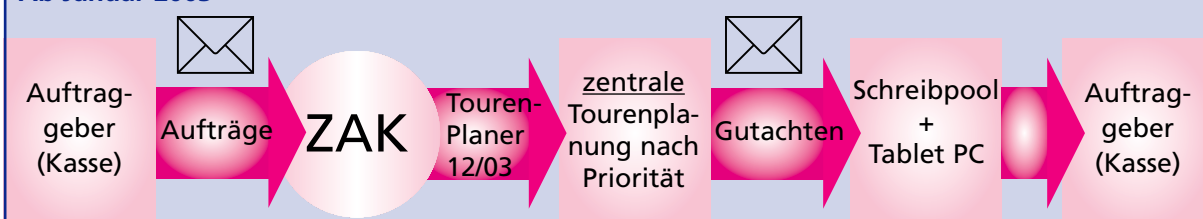
tragskoordination (ZAK) etabliert. Herzstück der ZAK ist die zentrale landesweite Tourenplanung. Für die Tourenplanung werden alle Pflegegutachten (Typ 16) und Sonstige Pflegegutachten (Typ 09) täglich aus ISmed in eine Access-Datenbank eingelesen. Anschließend erfolgt eine Datenbereinigung in Access zur Vorbereitung für den Tourenplaner. Mit Hilfe der Software eines externen Partners wurden die Touren optimiert und somit Fahrkosten und Fahrzeiten gespart. Durch diese Einsparungen haben sich die Softwarekosten in kurzer Zeit amortisiert. Auch auf regionale Auftragschwankungen konnte der MDK Sachsen-

## ZAK – Zentrale Auftragskoordination

Bis Dezember 2002



Ab Januar 2003



Quelle: MDK Sachsen-Anhalt

Anhalt durch die zentrale Ressourcensteuerung besser reagieren.

### Laufzeiten deutlich gesunken

Die Auftragsverwaltung wurde landesweit gebündelt. Auftragsübertragung und gutachterliche Rückgabe erfolgen in elektronischer Form an 40 Heimarbeitsplätze der Gutachterinnen und Gutachter. Zur Begutachtung benötigte Vorgutachten können durch eine elektronische Archivlösung ebenfalls zeitnah eingesehen werden. Mit diesem Workflow konnten die Laufzeiten der Pflegegutachten im Jahresvergleich 2003/2004 um 23 Prozent gesenkt werden. Im Monat Dezember 2004 lag die durchschnittliche Laufzeit mit 24 Kalendertagen sogar unterhalb der angestrebten Zielmarke. Die Aufgaben des 12-köpfigen ZAK-Teams umfassen die

- Sichtung der Auftragsunterlagen auf Vollständigkeit
- ggf. Anforderung weiterer Unterlagen
- Erfassung des Auftrags in ISMed
- ggf. Mahnungen nach Befundanforderungen
- telefonische Terminvereinbarungen/schriftliche Terminbestätigung
- Tourenplanung nach Priorität
- Ersatztermine für ausgefallene Hausbesuche eintakten
- Termin sichern
- Scannen zu archivierender Unterlagen
- Gutachtenausdruck/Postlauf/Versand
- Archivierung

### Landesweiter digitaler Datenaustausch mit der AOK

Zum eBusiness-Workflow im Geschäftsbereich Pflege gehört ebenso der landesweite digitale Datenaustausch „digidaus“ zwischen dem MDK und der AOK Sachsen-Anhalt seit Mitte des Jahres 2004. Jeden Monat fließen ca. 3.000 Gutachtaufträge von der AOK zum MDK und als fertige Produkte an die AOK zurück. Der damit bisher verbundene

### eBusiness: Workflow der Tourenplanung

1. Versichertentabelle aktualisieren
2. Aufträge mit Begutachtungsdatum löschen
3. Falsch geschriebene Straßennamen filtern und bereinigen
4. Aufenthaltsadressen aktualisieren
5. **Priorität** wird gesetzt:  
**Priorität A** – alle Kurzzeitpflegen und Altdaten  
**Priorität B** – alle Aufträge älter 14 Tage (Eingangsdatum)  
**Priorität C** – alle Aufträge jünger 14 Tage (Eingangsdatum)
6. **Besuchsdauer** setzen:  
  - **20 Minuten** – alle Aufträge zu Pflegehilfsmitteln, alle Aufträge zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
  - **60 Minuten** – alle Erstaufträge, Folgeaufträge
  - **90 Minuten** – alle Widersprüche, alle Kinder bis 11 Jahre
7. Versicherte mit gleicher Anschrift erhalten gleiche Priorität
8. Ehepaare/Geschwister filtern, erhalten gleiche Priorität
9. Orte/Teilorte mit PLZ-Datenbank vergleichen, Fehler filtern
10. Fehlerhafte Gutachter-Nummern selektieren
11. Widersprüche filtern und zuordnen
12. Altdaten nach Posteingangsdatum und Vergabe A-Priorität filtern
13. Kurzzeitpflegen zur Überwachung filtern
14. Ist-Besuche (z.B. Kinder-Begutachtung nur in den Ferien) werden gefiltert
- 15./16. Abgleich mit Gutachteranwesenheit (elektronische Zeiterfassung) und Gutachterwünschen

Die fertig bearbeiteten Daten werden in den Tourenplaner übernommen und elektronisch vertourt. Problem: Neubaugebiete, Baustellen, Fähren.

Quelle: MDK Sachsen-Anhalt

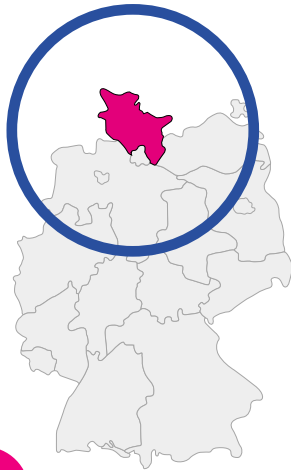
hohe Zeitaufwand für die manuelle Datenbereinigung wird mittlerweile durch Qualitätsgespräche mit der AOK sukzessive geringer.

### Zentrale Steuerung von GKV-Aufträgen in Planung

Nach zwei Jahren Praxis kann sich im MDK Sachsen-Anhalt niemand mehr andere organisatorische und technische Lösungen im Geschäftsfeld Pflege vorstellen. Auch die Kunden nahmen die organisatorische Lösung schnell an. Darauf aufbauend sind zahlreiche neue Ideen in der Pipeline. So plant der MDK Sachsen-Anhalt beispielsweise, die Dienstfahrzeuge seiner Pflegefachkräfte mit einer Navigationslösung auszustatten, die eine elektronische Erfassung der Fahrstrecken, Kilometerleistung und Fahrzeiten

zulässt. Um dem Datenschutz gerecht zu werden, ist der individuelle Einsatz dieser Lösung natürlich freiwillig. Effizienzvorteile reichen hier bis hin zur Verwaltung, z.B. durch den Wegfall der manuellen Reisekostenabrechnung. Eine zentrale Lösung zur administrativen Steuerung aller Aufträge der gesetzlichen Krankenversicherung ist ebenfalls in Arbeit. Für detaillierte Informationen zur Administration Pflegebegutachtung steht die Geschäftsbereichsleiterin Pflege, Kerstin Steinke, unter der Rufnummer 0391/5661-260 gern zur Verfügung.

*Thorsten Zöfeld  
ist Leiter der Innenrevision  
beim MDK Sachsen-Anhalt  
E-Mail:  
info@mdk-sachsen-anhalt.de*



## MDK Schleswig-Holstein „PV-Mobil“ – Mit dem Notebook zur Pflegebegutachtung

Von Dr. Dirk Melcher  
und Matthias Göpfert

**D**en Einsatz mobiler EDV-Technik zur Unterstützung der Begutachtung von Versicherten gab und gibt es an einigen Stellen in der MDK-Gemeinschaft. Die Pflegebegutachtung drängt sich geradezu auf als Feld für den intelligenten IT-Einsatz, da sie von der Aufgabenstellung und vom Ablauf her einen hohen Standardisierungsgrad besitzt.

**Technische Hilfe darf nicht zusätzlich Aufmerksamkeit binden**

Doch die Umsetzung einer – aus Sicht der Informatik einfachen – Datenbanklösung birgt in der

konkreten Begutachtungssituation ungeahnte Klippen: Die Gutachterinnen und Gutachter müssen Informationen aus vorherigen Begutachtungen und aus der laufenden Begutachtung verarbeiten und gleichzeitig die Interaktion mit den Versicherten in ihrer häuslicher Umgebung handhaben. In dieser komplexen Anforderungssituation darf eine technische Hilfe keine zusätzliche Aufmerksamkeit binden und muss sich dem Arbeitsablauf optimal anpassen, um gegenüber den herkömmlichen Arbeitsmitteln punkten zu können. Dieses Ziel sieht der MDK Schleswig-Holstein mit seiner Lösung

„PV-Mobil“ erreicht. Nach Abschluss der mehrmonatigen Pilotphase mit rund 2.500 „Testbegutachtungen“ ist der neue Arbeitsablauf als Kombination von Notebook-Einsatz und einer spezifischen Eingabe- und Bearbeitungssoftware in den Routinebetrieb übergegangen.

**Fachübergreifende Programm-entwicklung für eine praxisnahe Lösung**

Um die Pflegebegutachtung und ihre Dokumentation mit dem Notebook so praxisnah wie möglich zu gestalten, wurde die Erfassungssoftware „PV-Mobil“ in enger Zusammenarbeit zwischen den Informatikern und der Abteilung Pflegeversicherung des MDK Schleswig-Holstein entwickelt. Mit der zeitnahen Rückkopplung zwischen der Programmentwicklung und der Fachebene konnten Fehler aus den ersten praktischen Anwendungen heraus behoben werden.

**Herzstück von PV-Mobil: die zweistufige Plausibilitätsprüfung**

Durch den automatischen Import der Stammdaten (Krankenkasse, Versicherter, Gutachter, etc.) bei der Auftragserfassung wird zunächst der Eingabeaufwand minimiert. Optionale Textbausteine, die selbsttätig und kontextbezogen angelegt werden können, unterstützen die weitere Erstellung des Gutachtens. Zentraler Bestandteil der Lösung ist eine zweistufige Plausibilitäts-



*Iris Gotthard, Leiterin des Fachbereichs Pflegebegutachtung beim MDK Schleswig-Holstein, testet den Notebook-Einsatz in der Begutachtungspraxis*

prüfung. Sie unterstützt den Eingabevorgang und schützt das Pflegegutachten vor formalen Fehlern. Wenige Vorgaben des Gutachtenfalles (z.B. ambulante oder stationäre Pflege, Erst- oder Folgegutachten) verändern in aktiver Weise das Bearbeitungsformular: Nur die für den aktuellen Gutachtenfall relevanten Eingabefelder werden freigegeben bzw. sichtbar. Bei der eigentlichen Plausibilitätsprüfung wird der Benutzer schrittweise zu unstimmmigen Angaben geführt und das Ergebnis der Prüfung erläutert (s. Abb. 1 rechts).

### PV-Mobil verringert die Laufzeiten erheblich

Durch diesen vollständig softwareunterstützten Korrekturprozess ist es jetzt möglich, das Gutachten direkt freizugeben und auszudrucken. Dies verkürzt die Laufzeit des Gutachtens erheblich um bis zu zwei Wochen (s. Abb. 2). Hinzu kommen die eingesparten Ressourcen für den Austausch zwischen Begutachtungspersonal und Schreibdienst. Auch kommen die Fachkräfte nicht mehr in die Verlegenheit, sich im Korrekturverfahren in eine zurückliegende Begutachtungssituation hineinreden zu müssen. Bereits nach

einem Schulungsaufwand von 0,5 Tagen und einer Einarbeitungszeit von ca. 4 Wochen – so die Erfahrungen aus der Pilotphase – arbeiten die Gutachter/innen mit dem Notebook ebenso schnell wie mit dem Papierformular. Das wird von dem Umstand begünstigt, dass der Laptop-gestützte Arbeitsablauf dem der klassischen „Paper-and-pencil“-Version weitgehend entspricht. Den Gutachter/innen bleibt der nötige Freiraum, um im Gespräch mit Versicherten, Angehörigen und Pflegepersonal angemessen Kontakt herzustellen. Überhaupt zeigt sich die „Kundenseite“ vom Laptop-Einsatz am wenigsten irritiert, so die Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen.

Die Ergebnisse der Pilotphase zeigten weitere Optimierungsmöglichkeiten des Begutachtungsablaufes durch den Einsatz von „PV-Mobil“. Zukünftig könnten neben den Begutachtungsaufträgen auch die fertigen Gutachten per verschlüsselter E-Mail an die Pflegekassen übermittelt werden. Der Bearbeitungsfluss ließe sich dann unabhängig

Abbildung 1:  
Screenshot aus „PV-Mobil“



Quelle: MDK Schleswig-Holstein

vom Besuch der Gutachterinnen und Gutachter in der MDK-Beratungsstelle steuern.

### Freiwillige Lösung mit mehr Unabhängigkeit und Eigenverantwortung

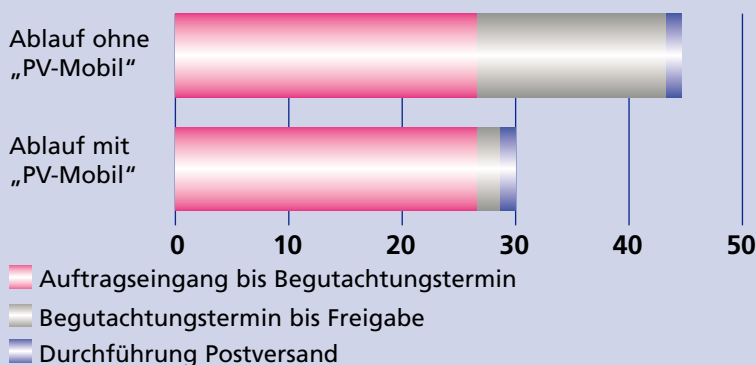
Die erhöhte Produktivität schlägt sich – über die Arbeitsergebnisse einzelner Gutachterinnen und Gutachter hinaus – bereits in einer Absenkung des allgemeinen Laufzeitniveaus nieder. Die mit dem Notebook-Einsatz erhöhte Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit kann als ein weiterer ursächlicher Faktor hierfür angesehen werden. Und auch die Freiwilligkeit des Umstiegs auf die rechnergestützte Lösung dürfte das ihre zu der Quote von mittlerweile 50 Prozent Notebook-bewehrten Gutachterinnen und Gutachtern beigetragen haben.

*Dr. Dirk Melcher,  
Biometrisches Zentrum Nord  
beim MDK Schleswig-Holstein  
E-Mail: dirk.melcher@  
mdk-sh.de*

*Matthias Göpfert ist Referent  
für Öffentlichkeitsarbeit  
beim MDK Schleswig-Holstein  
E-Mail: matthias.goepfert@  
mdk-sh.de*

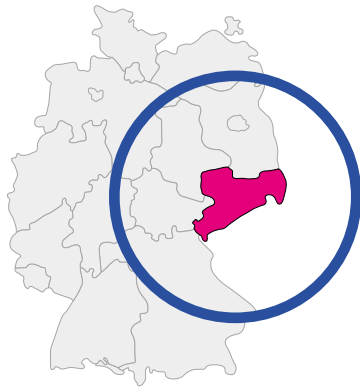
Abbildung 2:

### Durchschnittliche Laufzeiten von Pflegebegutachtungen im MDK Schleswig-Holstein in Kalendertagen



Ergebnisse von 186 Pflegebegutachtungen ohne Einsatz von „PV-Mobil“ und 199 Pflegebegutachtungen mit Einsatz von „PV-Mobil“

Quelle: MDK Schleswig-Holstein



MDK Sachsen

## Datenübermittlung an Krankenkassen und Finanzbehörden via Internet

Von Rainer Nitschke und  
Irene-Sabine Sauer

**A**b 2005 müssen die Arbeitgeber der Finanzverwaltung die Lohnsteuerbescheinigungen und die Lohnsteueranmeldungen auf elektronischem Wege melden. So schreibt es das Steueränderungsgesetz 2003 vor.

Bereits Mitte 2004 begann der MDK Sachsen mit den Vorbereitungen für eine Datenübermittlung per Internet. Da die Krankenkassen bereits seit einigen Jahren die zu meldenden Daten im Email-Verfahren entgegennehmen, beschloss der MDK Sachsen, zuerst die Kommunikation mit den Krankenkassen umzustellen, um dabei Erfahrungen für die Datenübertragung an die Finanzbehörden zu sammeln.

### Erfolgreiches Pilotprojekt

Mit dem Outsourcing-Rechenzentrum wurde vereinbart, gemeinsam beide Verfahren – die Kommunikation via Internet mit den Krankenkassen und die Kommunikation via Internet mit den Finanzbehörden – zu pilotieren. Für die Entgeltabrechnung nutzt der MDK Sachsen das SAP System R/3 Release 4.6 C. Die EDV-technischen Systemvoraussetzungen für die Kommunikation waren damit bereits vorhanden. Die benötigte Infrastruktur (Mail-Server etc.) wurde von der SAP SI AG kostenfrei

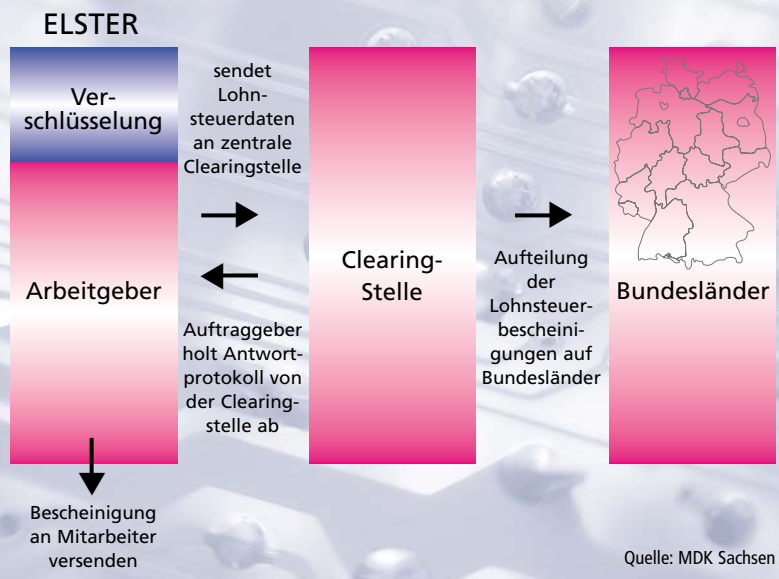
für den Test zur Verfügung gestellt. Gemeinsam wurde das Email-Gateway aus dem R/3 eingerichtet und der sichere Email-Verkehr geprüft.

### Datenaustausch mit den Krankenkassen

Bei der Datenübermittlung via Internet muss der Absender gewährleisten, dass die Daten vor Manipulation und unbefugter Kenntnisnahme geschützt sind. Der Empfänger muss die Identität des Absenders ermit-

teln bzw. überprüfen können. Aus diesem Grund müssen die Daten mit einem Verschlüsselungszertifikat versehen werden. Für den Datenaustausch per Email mit den Annahmestellen der Krankenkassen ist der Email-Verschlüsselungsstandard PEM vorgegeben. Da SAP keine eigene Verschlüsselungssoftware einsetzt, wurde diese bei der Firma Applied Security GmbH erworben und auf dem R/3-Server installiert. Damit konnte beim Trust-Center der Informationstechnischen Servicestelle

### Kommunikation mit der Finanzbehörde/ Lohnsteuerbescheinigung



der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) das Verschlüsselungszertifikat beantragt werden. Nach der Freigabe des Zertifikates und der Publikation des öffentlichen Schlüssels durch die ITSG wurde die Übermittlung der DEUV-Meldungen und der Beitragsnachweise via Internet mit dem Rechenzentrum der AOK Sachsen erfolgreich getestet. Seit November 2004 wird sie produktiv für den Datenaustausch mit den Krankenkassen eingesetzt.

### Datenaustausch mit der Finanzverwaltung (ELSTER)

Die technischen Vorgaben für den elektronischen Datenaustausch mit den Übermittlungsstellen der Finanzverwaltung (Clearingstellen) sind über das ELSTER-Verfahren spezifiziert. Die Daten werden mit einer speziellen Software verschlüsselt. Die systemseitig notwendigen technischen Voraussetzungen wie das Installieren der SAP-eigenen Verschlüsselungsbibliothek (SAP-Cryptolib), das Erzeugen eines eigenen Schlüssel-paares und das Ablegen in der

persönlichen Sicherheitsumgebung (PSE-Datei), das Einlesen des öffentlichen Schlüssels der Clearingstelle sowie weitere basisseitige Aktivitäten hat die SAP SI AG für den MDK Sachsen als Pilotkunden geschaffen.

Die Clearingstelle bestätigt mit einer Ticketnummer den Empfang der übertragenen Daten. Mit dieser Nummer kann das endgültige Protokoll bei der Clearingstelle innerhalb von fünf Tagen abgeholt werden. Da die Finanzverwaltung schon im laufenden Jahr 2004 Lohnsteuerbescheinigungsdaten auf elektronischem Wege annahm und im R/3-System 4.6 C ab „Support Package“ der elektronische Datenaustausch unterstützt wird, konnte die Übertragung der Lohnsteuerbescheinigungen bereits im vergangenen Jahr getestet werden. Die Tests zur elektronischen Übermittlung der Lohnsteuerbescheinigungen verliefen erfolgreich.

Seit Ende 2004 ist auch im R/3-System 4.6 C die Komponente für die elektronische Übertragung der Lohnsteueranmeldungen zur Nutzung freigegeben. Im Gegen-

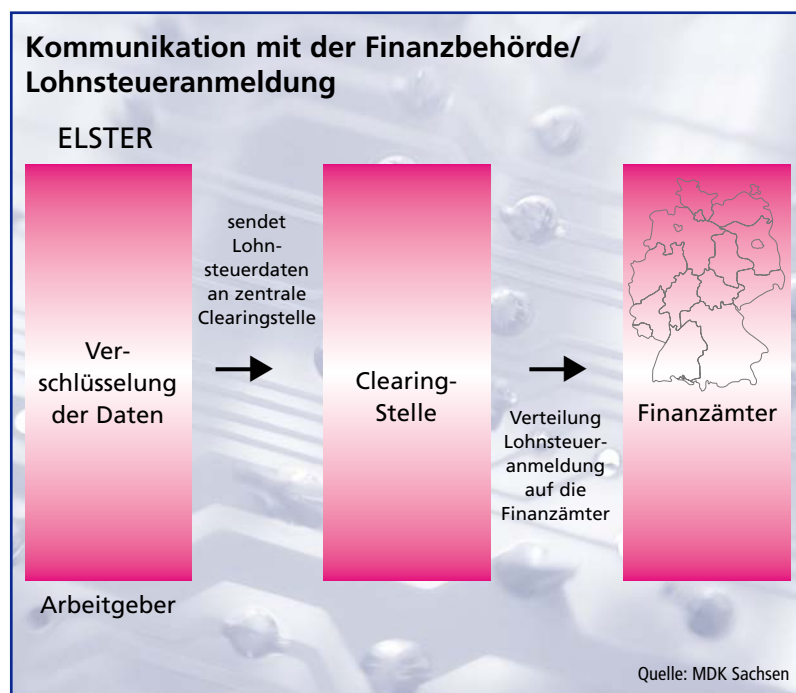
satz zur Lohnsteuerbescheinigung erhält der Arbeitgeber hierbei von der Clearingstelle direkt ein Empfangsprotokoll, welches bestätigt, dass die Daten formal und inhaltlich korrekt übertragen wurden. Ein späteres Abholen des Protokolls entfällt somit. Auch hier verliefen die Tests erfolgreich. Eine Übertragung von echten Lohnsteueranmeldedaten nach dem ELSTER-Verfahren nimmt die Finanzbehörde erst seit Januar 2005 entgegen.

Im MDK Sachsen wurden mit Unterstützung des Outsourcing-Rechenzentrums die Voraussetzungen dafür geschaffen, um fristgerecht produktiv zu werden. Zur Unterstützung des elektronischen Datenaustauschs wurde im SAP-R/3-System der B2A-Manager (Business-Administration) eingerichtet. Damit können die Personalbeschäftigte die Daten auf eine sehr komfortable Weise verschlüsseln und an die Behörden versenden. Der gesamte Prozess läuft im Hintergrund ab; der B2A-Manager gibt jedoch stets einen Überblick über den aktuellen Stand der Kommunikation.

Mit der frühzeitigen Umsetzung beider Verfahren konnte der MDK Sachsen auf eine zeitgemäße Form der Kommunikation mit Behörden „umsteigen“. Intern entfällt das Versenden von Drucklisten und Disketten, der Arbeitsaufwand für diese Prozesse sinkt. Der Einsatz der SAP-Personalabrechnungssoftware bietet eine sichere Basis, schnell neue gesetzliche Vorschriften umsetzen zu können.

*Rainer Nitschke ist  
Teamleiter EDV  
beim MDK Sachsen  
E-mail: rainer.nitschke@  
mdk-sachsen.de*

*Irene-Sabine Sauer  
ist Hauptsachbearbeiterin  
im Team EDV  
E-mail: irene-  
sabine.sauer@mdk-sachsen.de*



## Sprechstunde zwischen Paradies und Hölle

**P**oint Pedro hat es schwer erwischt. Dr. Wolfgang Riske faltet eine Landkarte auseinander und zeigt auf die kleine Stadt im Nordosten Sri Lankas. Sie liegt im District Jaffna. „Die ganze Region ist vom Tsunami schwer getroffen“, sagt er. Der Landarzt aus dem niedersächsischen Meinersen traf am Tag nach der Katastrophe als einer der ersten Helfer in der Krisenregion ein. Für den 61-jährigen Allgemein- und Rettungsmediziner war es nicht der erste Katastropheneinsatz. Doch das Ausmaß der Flutwelle überstieg selbst seine Vorstellungskraft.

### Von der Kirche in die Katastrophe

Dr. Riske kam am zweiten Weihnachtsfeiertag gerade aus dem Gottesdienst, als er vom Seebeben in Südostasien erfuhr. Seine Tochter eilte ihm mit dem Handy entgegen. Die Humedica-Zentrale war am Apparat. Dr. Riske glaubte erst an einen fröhlichen Weihnachtsgruß. Tatsächlich war es sein Einsatzauftrag nach Sri Lanka. Was ihn

dort erwartete, konnte Dr. Riske noch nicht ahnen. Seine Erfahrungen von anderen Brennpunkten der Welt im humanitären Einsatz sagten ihm: „Die ersten gemeldeten Opferzahlen werden immer viel geringer eingeschätzt. Wenn zum Beispiel von 3.000 Toten die Rede ist, muss man in jedem Fall von der zehnfachen Zahl ausgehen.“ Erst nach Wochen wurde klar: Die Flutwelle in Südostasien forderte fast das Hundertfache an Toten.

### „Auf so eine Katastrophe war niemand vorbereitet“

Wie die Tasche einer Hochschwangeren, die die Geburt ihres Kindes erwartet, ist Dr. Riskes „Blue Box“ ständig einsatzbereit. Mit dem blauen Notfallrucksack machte sich Dr. Riske drei Stunden nach dem Anruf der Humedica-Zentrale auf den Weg zum Düsseldorfer Flughafen. Um 20.00 Uhr hob eine LTU-Maschine mit Ziel Colombo ab. Die Akteure am Flughafen in Düsseldorf hatten die Lage im Griff. Besonders für die Fluggesellschaft LTU und den Bundesgrenzschutz ist Dr.



Riske vollen Lobes. Humedica hatte in Colombo inzwischen die UNO, die alle Hilfseinsätze koordiniert, und die deutsche Botschaft über das Ankommen der Helfer informiert. Erst bei seiner Ankunft am Flughafen in

## Wie sollte ein Einsatzhelfer sein?

Voraussetzung für einen Hilfseinsatz im Ausland ist die Akzeptanz, Gast zu sein und sich „auch als Helfer so zu benehmen“, sagt Dr. Wolfgang Riske. Wer als Einsatzhelfer in Katastrophengebieten Hilfe leisten will, braucht Teamfähigkeit. „Das bedeutet: freundlich, bescheiden und demütig zu sein.“ Alle im Team zählen. „Der Fahrer, der uns zu den Einsatzorten fährt, ist genauso wichtig, wie der Arzt oder Ret-

tungssanitäter. Jeder einzelne ist gleichberechtigt und muss bereit sein, alle erforderlichen Handlungen zu übernehmen.“ So müssen Ärzte auch Handlangerarbeiten – wie Kisten tragen – übernehmen. Jeder im Team sollte „Harmoniespender“ sein. Um spontan einen Einsatz übernehmen zu können, müssen Einsatzhelfer „durchgeimpft“ sein und über ausreichende Englischkenntnisse verfügen und körperlich leistungsfähig sein. Für einen

Hilfseinsatz ist eine hohe Frustrationsschwelle erforderlich: Oft halten mangelnde Infrastruktur oder organisatorisches Durcheinander die Helfer von ihrer Arbeit ab. „Ausgebremst wird man auch durch die so genannten „meetings“. Wenn man jemanden erreichen will, der zu entscheiden hat, heißt es, er sei in irgendeinem meeting. Man muss geduldig warten können“, beschreibt Dr. Riske.



*Dr. Wolfgang Riske im Hilfeinsatz nach der Tsunami-Katastrophe im Norden Sri Lankas*

Colombo stand fest: Dr. Riskes Einsatzgebiet liegt in dem vom Bürgerkrieg in Mitleidenschaft gezogenen Gebiet im Norden Sri Lankas. Für Humedica ist Sri Lanka kein Neuland. Seit Jahren betreibt die christliche Hilfsorganisation dort Krankenhäuser, Kinderheime und eine Dentalstation.

### „Ich habe bisher nie geweint“

In Sri Lanka waren die Behörden völlig überfordert mit der Organisation der Hilfsprojekte. Dr. Riske zeigt Verständnis: „Auf so eine Katastrophe konnte niemand vorbereitet sein.“ Das Einsatzgebiet war nicht einfach zu erreichen. „Autobahnen wie in Deutschland gibt es nicht.“ Viele Straßen waren durch Schutt, Schlamm, gestrandete Boote oder beschädigte Fahrzeuge nicht passierbar. Die Ver-

sorgungslage vor Ort war chaotisch. „Man darf sich darunter aber kein unkoordiniertes Handeln vorstellen. Wir mussten unsere Logistik erst selbst aufbauen“, so Dr. Riske.

Die vordringlichste Aufgabe der Helfer bestand darin, die Verletzten in den Aufnahmecamps zu behandeln. Im District Jaffna überlebten rund 3.000 Menschen die Flutwelle nicht. Etwa 19.000 Verletzte brauchten Hilfe. „In den ersten zwei Wochen hat jeder im ärztlichen Hilfsteam täglich 120-150 Patienten gesehen“, erzählt Dr. Riske, der Wunden, Prellungen und Knochenbrüche versorgte, Schmerzmittel und Antibiotika verabreichte und Infusionen legte. Nach der Akutphase „kamen ganz normale Erkrankungen, wie Magen-Darm-Beschwerden und Pneumonien hinzu.“

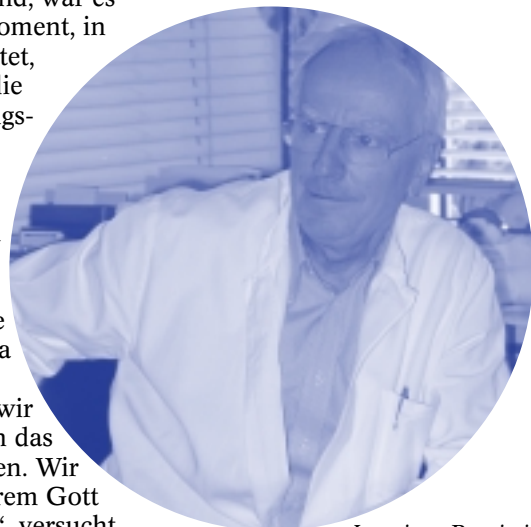
Ebenso schwer wog das seelische Leid. „Diese Schicksale haben uns alle stark belastet.“ Jeden Tag erlebte der Doktor das stumme Entsetzen von Kindern, deren Eltern verschwunden waren. Während seines zweiwöchigen Aufenthalts auf der Tropeninsel hat ihn das besonders erschüttert. „Ich habe noch nie bei Katastropheneinsätzen geweint, doch als ich an der Küste Sri Lankas stand, war es anders. In diesem Moment, in dem man nicht arbeitet, überwältigen einen die Bilder, der Verwesungsgeruch und einzelne menschliche Tragödien.“ Ohne seinen christlichen Glauben würden ihn diese Bilder wohl noch heute verfolgen. „Die Helfer von Humedica beten jeden Morgen und Abend. So sind wir uns nah und ertragen das Leid besser zusammen. Wir fühlen uns von unserem Gott geleitet und gestärkt“, versucht Dr. Riske das zu erklären, was ihm die tägliche Kraft gibt.

### Medizinstudenten als Dolmetscher

Eine große Hilfe waren die Dolmetscher. Nur wenige der tamilisch sprechenden Bevölkerung verstehen Englisch. „Die Situation war brillant gelöst. Medizinstudenten aus den Universitäten mit hervorragendem Ausbildungsstand unterstützten uns.“ Und das mit einem nützlichen Nebeneffekt: „Es entstand ein fachlicher Austausch, zum Beispiel über das Dosieren von Medikamenten. Zum Beispiel wird ein Antibiotikum mit geringerer Konzentration gegeben. Von diesen Erfahrungen konnten wir auch etwas mitnehmen.“

### Vom Tsunami-Einsatz zum KV-Rundschreiben

Die Rückkehr nach Deutschland 14 Tage später fiel schwer: „Wenn Sie aus so einem Einsatz wiederkommen und müssen 41 doppelt beschriebene DIN A4 Seiten eines KV-Rundschreibens lesen oder sich mit dem neuen EBM plus auseinandersetzen, geraten Sie bei dem perfiden deutschen Gesundheitssystem an Grenzen des Selbstverständnisses als Arzt.“ Dr. Riske kommt kaum noch klar damit. Den immer noch frischen Bildern aus dem Tsunami-Gebiet steht die



*In seiner Praxis in Meinersen: Dr. Wolfgang Riske hadert mit dem deutschen Gesundheitssystem*

Wirklichkeit des deutschen Behandleralltags gegenüber.

### „Meine Frau ist die tragende Säule“

Dr. Riskes Augen glänzen, wenn er auf den nächsten Hilfeinsatz angesprochen wird. Bis voraussichtlich November wird er in seiner Landarztpraxis bleiben. Danach ruft der zweite geplante Einsatz auf den Philippinen. Schon im vergangenen Jahr leistete Dr. Riske auf den Philippinen in Gefängnissen ärztliche Hilfe. „Meine zeitweise Unterstützung für Humedica-Projekte ist in erster Linie meiner Frau zu verdanken. Ich kann diese Arbeit nur machen, weil sie die tragende Säule ist.“

(dt)

## Die Hilfsorganisation Humedica

Der jüngste Arbeitszweig der vor 25 Jahren gegründeten christlich motivierten Hilfsorganisation ist medizinische Hilfe in Form von ehrenamtlichen Ärzteteams. Humedica unterhält eine Datenbank, in der sich derzeit mehr als 450 medizinische Fachkräfte registriert haben, die bereit sind, nach einer Katastrophe innerhalb kürzester Zeit in den Einsatz zu gehen.

Die Hilfe in der Tsunami-Region ist auf Dauer angelegt. Gespendet werden kann auf das Konto von Humedica:

**Sparkasse Kaufbeuren**

**Kontonummer: 4747**

**BLZ: 734 500 00**

**Stichwort: „humedica-Ärzte-Team“**

Weitere Informationen im Internet: [www.humedica.de](http://www.humedica.de)

## Impressum

MDK-Forum · Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

### Herausgeber:

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.

### Verantwortlicher Redakteur:

Jörg Sträter (st),  
MDK Hamburg, V.i.S.d.P.

### Redaktion:

Martin Dutschek (dt),  
MDK Niedersachsen  
Wolfgang Nafziger (na),  
MDK in Bayern  
Dr. Uwe Sackmann (sa),  
MDK Baden-Württemberg  
Andrea Steidle (ast), MDS

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

### Bildredaktion:

Elke Grünhagen, MDS

### Erscheinungsweise:

vierteljährlich

### Lay-out:

BestPage Kommunikation  
GmbH & Co. KG  
45481 Mülheim an der Ruhr

### Druck:

asmuth druck + crossmedia  
gmbh & co. kg  
50829 Köln

### Fotonachweis:

Gallup Deutschland GmbH: S. 8  
Globus Infografik: S. 3, 5  
Caroline Jung, MDS: S. 20, 21  
Fred Maro und Partner: S. 7  
Katja Marquering, MDK Niedersachsen: S. 35  
MDS/Rupert Warren: S. 15  
Monika Meyer, MDK Hamburg: S. 4  
Photothek: Titelbild, S. 2  
Porsche AG: S. 10  
Privat: S. 34/35  
MDK Rheinland-Pfalz/Axel Schmitz: S. 17, 18  
MDK Schleswig-Holstein: S. 30  
Andrea Steidle, MDS: S. 14  
vario-press/Rainer Unkel: S. 13  
MDK Westfalen-Lippe: S. 20, 21

### Redaktionsanschrift:

Redaktion MDK-Forum  
MDS e. V.  
z. Hd. Andrea Steidle  
Lützowstraße 53  
45141 Essen  
Telefon (02 01) 83 27-115  
Telefax (02 01) 83 27-31 15  
E-Mail: [a.steidle@mds-ev.de](mailto:a.steidle@mds-ev.de)

# Die Medizinischen Dienste

## Baden-Württemberg

MDK Baden-Württemberg  
Ahornweg 2  
77933 Lahr  
Telefon: 078 21/9 38-0  
Telefax: 078 21/9 38-2 00  
Geschäftsführer: Karl-Heinz Plaumann  
E-Mail:  
info@mdkbw.de

## Bayern

MDK in Bayern  
Putzbrunner Straße 73  
81739 München  
Telefon: 089/6 70 08-0  
Telefax: 089/6 70 08-1 14  
Geschäftsführer: Reiner Kasperbauer  
E-Mail:  
Hauptverwaltung@mdk-in-bayern.de

## Berlin-Brandenburg

MDK Berlin-Brandenburg e.V.  
Konrad-Wolf-Allee 1-3 TH III  
14480 Potsdam  
Telefon: 03 31/5 05 67-0  
Telefax: 03 31/5 05 67-11  
Geschäftsführer: Dr. Rolf Matthesius  
E-Mail:  
info@mdk-bb.de

## Bremen

MDK im Lande Bremen  
Falkenstraße 9  
28195 Bremen  
Telefon: 04 21/16 28-0  
Telefax: 04 21/16 28-1 15  
Geschäftsführer: Wolfgang Hauschild  
E-Mail:  
postmaster@mdk-bremen.de

## Hamburg

MDK Hamburg  
Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg  
Telefon: 040/2 51 69-0  
Telefax: 040/2 51 69-509  
Geschäftsführer: Jörg Sträter  
E-Mail:  
info@mdkhh.de

## Hessen

MDK in Hessen  
Zimmersmühlenweg 23  
61440 Oberursel  
Telefon: 061 71/6 34-00  
Telefax: 061 71/6 34-5 55  
Geschäftsführer: Martin Benzell  
E-Mail:  
info@mdk-hessen.de

## Mecklenburg-Vorpommern

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Lessingstraße 31  
19059 Schwerin  
Telefon: 03 85/74 40-100  
Telefax: 03 85/74 40-199  
Geschäftsführer: Dr. Karl-Friedrich Wenz  
E-Mail:  
info@mdk-mv.de

## Niedersachsen

MDK Niedersachsen  
Loccumer Straße 55  
30519 Hannover  
Telefon: 05 11/87 85-0  
Telefax: 05 11/87 85-1 99  
Geschäftsführer: Jürgen Vespermann  
E-Mail:  
Unternehmensbereichsleitung@mdkn.de

## Nordrhein

MDK Nordrhein  
Bismarckstraße 43  
40210 Düsseldorf  
Telefon: 02 11/13 82-0  
Telefax: 02 11/13 82-1 99  
Geschäftsführer: Wolfgang Machnik  
E-Mail:  
post@mdk-nordrhein.de

## Rheinland-Pfalz

MDK Rheinland-Pfalz  
Albiger Straße 19d  
55232 Alzey  
Telefon: 067 31/4 86-0  
Telefax: 067 31/4 86-2 70  
Geschäftsführer: Gundo Zieres  
E-Mail:  
post@mdk-rlp.de

## Saarland

MDK im Saarland  
Dudweiler Landstraße 5  
66123 Saarbrücken  
Telefon: 06 81/9 36 67-0  
Telefax: 06 81/9 36 67-33  
Geschäftsführer: Dr. Gerhard Minkenber  
E-Mail:  
mdk-saarland@t-online.de

## Sachsen

MDK im Freistaat Sachsen e.V.  
Alfred-Althus-Straße 2-2a  
01067 Dresden  
Telefon: 03 51/49 85-30  
Telefax: 03 51/4 96 31 57  
Geschäftsführer: Dr. Ulf Sengebusch  
E-Mail:  
dgottfried@mdk-sachsen.de

## Sachsen-Anhalt

MDK Sachsen-Anhalt e.V.  
Allee-Center, Breiter Weg 19c  
39104 Magdeburg  
Telefon: 03 91/56 61-0  
Telefax: 03 91/56 61-1 60  
Geschäftsführer: Rudolf Sichel  
E-Mail:  
info@mdk-sachsen-anhalt.de

## Schleswig-Holstein

MDK Schleswig-Holstein  
Katharinenstraße 11a  
23554 Lübeck  
Telefon: 04 51/48 03-0  
Telefax: 04 51/48 03-2 96  
Geschäftsführer: Peter Zimmermann  
E-Mail:  
info@mdk-sh.de

## Thüringen

MDK Thüringen e.V.  
Richard-Wagner-Straße 2a  
99423 Weimar  
Telefon: 036 43/5 53-0  
Telefax: 036 43/5 53-1 20  
Geschäftsführer: Franz Schmelzer  
E-Mail:  
Kontakt@mdk-th.de

## Westfalen-Lippe

MDK Westfalen-Lippe  
Burgstraße 16  
48151 Münster  
Telefon: 02 51/53 54-0  
Telefax: 02 51/53 54-2 99  
Geschäftsführer: Dr. Holger Berg  
E-Mail:  
info@mdk-wl.de

## MD Bundeseisenbahnvermögen

Hauptverwaltung  
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 2  
53175 Bonn  
Telefon: 02 28/30 77-0  
Telefax: 02 28/30 77-160  
Geschäftsführer: Burkhard Nette  
E-Mail:  
bonn@bev.bund.de

## See-Krankenkasse

Reimerstwierte 2  
20457 Hamburg  
Telefon: 0 40/3 61 37-0  
Telefax: 0 40/3 61 37-7 47  
Geschäftsführer: Nicolai Woelki  
E-Mail:  
krankenversicherung@see-krankenkasse.de

## Bundesknappschaft

Pieperstraße 14-18  
44789 Bochum  
Telefon: 02 34/3 04-0  
Telefax: 02 34/3 04-80 04  
Geschäftsführer: Dr. Georg Greve  
E-Mail:  
DIEBUNDESKNAPPSCHAFT@bundesknappschaft.de

## MDS e.V.

Lützowstraße 53  
45141 Essen  
Telefon: 02 01/83 27-0  
Telefax: 02 01/83 27-31 00  
Geschäftsführer: Dr. Peter Pick  
E-Mail:  
office@mds-ev.de

Die MDK-Gemeinschaft  
im Internet:  
[www.mdk.de](http://www.mdk.de)