

# MDK *forum*



Stationäre  
Versorgung:  
**Wunsch**  
und ...

Liebe Leserin, lieber Leser,

wer hierzulande ins Krankenhaus kommt und stationär behandelt werden muss, der sollte sich auf eines verlassen können – dass er die bestmögliche medizinische Versorgung erhält, eine Versorgung nach hohen Qualitätsmaßstäben, gerecht und finanzierbar.

Ist das nur ein frommer Wunsch oder gelebte Wirklichkeit? Wo setzen die Pläne der Gesundheitspolitik an? Warum bemängelt der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen Über-, Unter- und Fehlversorgung im Krankenhaus? Rechnet sich das System der Fallpauschalen? Und welche Aufgaben übernimmt der MDK jetzt und künftig in den Kliniken? Der aktuelle Schwerpunkt versucht eine Annäherung an das umfassende Thema der stationären Versorgung.

Daneben berichten wir über die Situation von Patientinnen und Patienten, die dauerhaft beatmet werden müssen. Wir stellen ein Modellprojekt vor, bei dem Pflegekräfte aus Vietnam angeworben werden, um Menschen in Deutschland zu pflegen. Und wir blicken zurück in die Medizingeschichte – erzählen in dieser und in weiteren Ausgaben unseres Magazins, wie historische Entdeckungen auch heute noch die Gesundheitsversorgung prägen. Den Auftakt bildet ein Beitrag zur künstlichen Befruchtung.

Ich wünsche Ihnen ein frohes Weihnachtsfest und viel Gesundheit und Glück fürs neue Jahr.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



## Aktuell

Die Gute Frage **Gespräche am OP-Tisch - wer sagt was? 1**

**Kurznachrichten 3**

Auch das noch **Schädliche Schlipse 32**

## Titelthema

**Stationäre Versorgung: Wunsch und Wirklichkeit 5**  
**Qualität kommt von Qual 6**

**Gleicher Preis für gleiche Leistung 8**

**Fallpauschalen: Rechnet sich das? 10**

Aufgaben des MDK **Den Blick auf Qualität und Kosten 12**

»Nicht nur Dekoration zwischen Arzt und Vanillepudding« **14**

**Damit Beatmung kein Dauerzustand bleibt 16**

Urteil des Bundesverfassungsgerichts **Fixiert statt frei 18**

## Wissen & Standpunkte

**Pflegekräfte aus der Ferne 20**

Gesundheitskompetenz **Lesen und Schreiben fördern - der Gesundheit zuliebe 22**

## Gesundheit & Pflege

**Mehr Wohnvielfalt im Alter 24**

Healing Architecture **Mit allen Sinnen gesunden 26**

## Weitblick

**Neue Heimat - ein Haus für Senioren in Armenien 28**

## Gestern & Heute

**Ein Baby aus dem Labor 30**

## Gespräche am OP-Tisch - wer sagt was?

Während ein Blinddarm womöglich unkompliziert in 20 Minuten raus ist, gibt es Operationen, die sich über den ganzen Tag hinziehen können. Was geschieht, während der Patient schlafend auf dem Operationstisch liegt? Worüber unterhalten sich Operateure und OP-Team? Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V., erzählt.

### Was passiert eigentlich bei einer Standard-Operation: Wie viele Menschen sind in der Regel im Operationssaal? Wie sieht das übliche OP-Team aus? Und wer übernimmt welche Aufgabe?

Das ist in Abhängigkeit des Eingriffs durchaus unterschiedlich. Klar braucht es immer den Operateur und in der Regel auch eine Assistenz am Tisch sowie einen Anästhesisten bei Narkoseeingriffen. Beide Teams brauchen jeder mindestens eine OP-Pflegekraft zum Instrumentieren und ganz wichtig einen sogenannten Springer, der von außen anreicht. Je größer der Eingriff und vor allem je technisch höher gerüstet braucht es weitere Assistenzen am Tisch, Techniker für Herz-Lungen-Maschinen, zur Bedienung von Robotern, von intraoperativen Bildgebungen wie Röntgen oder MRT. Also von einer Skatrunde bis zu einer Fußballmannschaft inklusive Bank ist die Bandbreite ziemlich groß.

### Bei einer Operation ist doch jeder Schritt genau festgelegt. Muss man da so konzentriert sein, dass man - wenn überhaupt - nur über die OP und das, was mit ihr im Zusammenhang steht, spricht? Oder gibt es die berühmten Ein-Wort-Anweisungen »Tupfer! Skalpell! Schere!« nur im Film?

Weil die Menschen verschieden sind, sind auch Operationen individuell unterschiedlich. Deshalb ist volle Konzentration extrem wichtig, um auf Abweichungen vom geplanten Vorgehen adäquat und vorausschauend reagieren zu können. Bei uns ist es wie im Cockpit eines Flugzeugs: Meist ist es undramatisch, aber es muss immer die Bereitschaft da sein, auf einen plötzlichen Notfall sofort zu reagieren. Es bleibt schon Raum für private Gespräche.

Ein Wort noch zu dem Image des Chirurgen im Film: Ein gutes Team braucht keine Anweisungen, da alle Beteiligten wissen, was gebraucht wird.

### Wie kann man sich die Atmosphäre im OP vorstellen? Wovon hängt sie ab?

Am besten lässt sich das mit dem Begriff steril verbinden. Soll ja auch so sein, denn das Wichtigste ist die Vermeidung von Infektionen. Das bedingt dann die entsprechende »Verkleidung« der Handelnden, aber auch bestimmte Bewegungsmuster und nicht zuletzt auch eine gewisse Schweigsamkeit. Ansonsten ist es ein technikdominierter Arbeitsplatz, der zunächst etwas abweisend wirkt, aber in dem Moment, da der Patient in die Mitte des Raums gebracht wird, urplötzlich einen Fokus bekommt, auf den sich alles konzentriert.

### Wenn sich eine Operation über Stunden hinzieht, der Gesundheitszustand des Patienten stabil ist und die Situation es zulässt, redet man dann auch schon mal über Wetter, Weltpolitik und Wochenende? Darf gelacht und über Privates geredet werden?

Eins vorweg: Unter dem Gesichtspunkt der Minderung des Infektionsrisikos sollte möglichst wenig gesprochen werden, jedenfalls nicht direkt in die offene Operationswunde hinein. Aber ein Schweigegebot gibt es deswegen nicht. Je nachdem wird also schon über Dinge außerhalb der eigentlichen Operation gesprochen. Das hat gar nicht mal was mit der Dauer einer Operation zu tun. Es gibt immer Phasen, in denen eher Routinetätigkeiten ohne großes Risiko anfallen. Da kann dann schon auch das letzte Bundesligaspiel Thema sein. Wie schon gesagt, wir sind durchaus vergleichbar mit Piloten, die auch nicht permanent den Steuerknüppel umklammern, aber jederzeit für Notfallsituationen gerüstet sind. Aus eigenem Erleben kann ich sagen, dass meine Narkoseärztin viel geredet hat. Sobald sie still wurde, wusste ich, dass es ein Problem gab, und konnte selber reagieren.

**Stichwort »Patient hört mit«: Eine besondere Situation ist es doch bestimmt, wenn Patienten nicht unter Vollnarkose operiert werden und mehr oder weniger alles mitbekommen, was um sie herum passiert. Gibt es »Verhaltensregeln« für solche Fälle?**

Grundsätzlich sollte man sich so verhalten, als würde der Patient bei vollem Bewusstsein alles mitbekommen. Das ist wie im sonstigen Leben eine Grundprämisse, bei der es keine besonderen Verhaltensregeln geben muss. Wenn ich allerdings höre, was im öffentlichen Raum, zum Beispiel in Großraumwagen der Bahn so alles ohne jede Diskretion am Handy besprochen wird, frage ich mich, ob das nicht ein allgemeines Problem der privaten Zurückhaltung ist.

**Zum Schmunzeln: Wollte schon mal ein Patient mitreden? Gibt es eine Anekdote?**

Anekdoten gibt es sicher. Bei mir persönlich ist es eher so, dass ich bei Eingriffen in örtlicher Betäubung mit den Patienten ganz gerne über Privates spreche, um sie ein wenig von ihren Ängsten abzulenken.

**An vielen Arbeitsplätzen, an denen mehrere Menschen gemeinsam in einem Raum arbeiten, gehören diese derselben Hierarchie-Ebene an. Im OP ist das anders. Wirkt sich das auch auf die Kommunikation aus?**

Ist so gar nicht zutreffend. Jedem im OP ist klar, dass ein gutes Ergebnis nur im Team möglich ist. Natürlich gibt es einen Endverantwortlichen, der andererseits gut beraten ist, die Anwesenheit weiterer Personen als das zu werten, was sie

ist, nämlich eine unverzichtbare Hilfe. Es gelten also wie im wirklichen Leben auch die Grundsätze der Höflichkeit, auch wenn die gegenseitige freundschaftliche Verunglimpfung zwischen OP-Team und Anästhesie nach außen grenzwertig erscheint. Beide Partner nehmen das aber nicht ernst und nutzen so etwas auch zum Stressabbau.

Nicht vergessen darf man im Übrigen, dass im OP auch Ausbildung stattfindet, die naturgemäß ein Mindestmaß an Kommunikation erfordert.

**In den USA haben Psychologen untersucht, ob und wie Konflikte in Operationssälen ausgetragen werden. Sie fanden heraus, dass Konflikte nur einen Bruchteil der Kommunikation ausmachen. Wenn, dann seien es eher die Männer, die zu Zank neigen, und häufig gingen die Streitigkeiten von der Person mit dem höheren Status aus. Lassen sich diese Ergebnisse Ihrer Erfahrung nach auf deutsche Operationssäle übertragen?**

Wir haben meist gar keine Zeit im OP, um uns großartig zu zanken. Immer steht der Patient im Mittelpunkt, und wie schon gesagt, immer hat auch der Operateur die Endverantwortung. Wenn es mal unterschiedliche Meinungen geben sollte, so werden diese hinterher diskutiert. Im Extremfall, und das dann auch im Interesse des Patienten, übernimmt der Erfahrenere den Eingriff, wenn der Operateur nicht weiterkommt. Das geschieht ohne laute Worte, weil alle wissen, dass es immer und ausschließlich um das Wohl des Patienten geht.

*Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.*

**Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg**



# Kurznachrichten

## Pflegepersonal-Stärkungsgesetz tritt zum 1. Januar in Kraft

Der Deutsche Bundestag hat am 9. November das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (ppsc) beschlossen und damit das Sofortprogramm Pflege umgesetzt. Ab 2019 sollen 13 000 zusätzliche Stellen in der stationären Altenpflege geschaffen werden. Auch in Krankenhäusern ist geplant, Pflegepersonal aufzustocken und zu refinanzieren. Die Kosten für die Stellen in Pflegeheimen, die auf 700 Millionen Euro jährlich geschätzt werden, sollen über einen laufenden Zuschuss von der gesetzlichen Krankenversicherung und durch einen Zuschuss der privaten Krankenversicherung getragen werden.

Darüber hinaus wurden auch neue Leistungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beschlossen. So erhalten Angehörige einen leichteren Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen. Die pflegebedürftige Person kann dann gleichzeitig in die Reha-Einrichtung aufgenommen und dort betreut werden. Soll der Pflegebedürftige anderweitig untergebracht werden, so ist von den Kranken- und Pflegekassen die Betreuung zu organisieren. Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3 und Menschen mit Behinderungen erhalten künftig einfache Taxifahrten zu einer ambulanten Behandlung – die Fahrten gelten mit der ärztlichen Verordnung als genehmigt.

Mit dem ppsc werden auch Neuregelungen für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen, so zum Beispiel auch für die Abrechnungsprüfungen, die Krankenkassen beim MDK beauftragen können. Für sie gelten ab Januar kürzere Fristen: Rückleistungsansprüche von Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern verjähren dann bereits nach zwei und nicht mehr nach vier Jahren.

## Neue MDK-Qualitätsprüfung ab Ende 2019

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auch beschlossen, dass ab Oktober 2019 das von Wissenschaftlern im Auftrag des Pflegequalitätsausschusses entwickelte neue System der Qualitätsprüfung und -darstellung für die vollstationäre Altenpflege umzusetzen ist. Pflegeheime sind dann verpflichtet, sogenannte Ergebnisindikatoren für ihre Bewohnerinnen und Bewohner zu erheben und eine noch zu schaffende Datenauswertungsstelle zu übermitteln. Die MDK-Qualitätsprüferinnen und -prüfer werden die Versorgungsqualität in Heimen ab 1. November 2019 nach einem grundlegend neuen Verfahren prüfen. Der MDK muss die Regelprüfung in Zukunft einen Tag vorher anmelden. Für teilstationäre Einrichtungen und ambulante Dienste ändert sich an der bisherigen Qualitätsprüfung noch nichts, da die damit verbundenen wissenschaftlichen Vorarbeiten noch nicht abgeschlossen sind. Der MDS hat zur neuen Pflegequalitätsprüfung einen ersten Fragen- und Antwortenkatalog erarbeitet, der unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) abrufbar ist.

## Terminservice- und Versorgungsgesetz

Mit dem Ziel, die Versorgung zu verbessern und eine schnellere Vergabe von Arztterminen für gesetzlich Krankenversicherte zu erreichen, hat das Bundeskabinett den Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (tsvg) auf den Weg gebracht. Der Gesetzentwurf sieht unter anderem vor, die Aufgaben der Terminservicestellen deutlich zu erweitern und das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen. In unterversorgten Gebieten müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig eigene Praxen eröffnen oder Versorgungsalternativen anbieten. Außerdem werden die Krankenkassen verpflichtet, spätestens ab 2021 elektronische Patientenakten für ihre Versicherten anzubieten. Das Gesetz soll voraussichtlich zum 1. April 2019 in Kraft treten und ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig.

## Pflegende Angehörige

2,5 Millionen Menschen (darunter rund 1,65 Millionen Frauen) pflegen Angehörige zu Hause. Laut dem Pflegereport 2018 der Barmer sind 185 000 von ihnen kurz davor, die Betreuung einzustellen. Die meisten wollen nur mit mehr Hilfe weiterpflegen, knapp ein Prozent will dies auf keinen Fall länger tun. Nach einer repräsentativen Befragung von mehr als 1900 pflegenden Angehörigen wünschen sich fast 60% weniger Bürokratie bei der Beantragung von Leistungen. Nur ein Drittel der pflegenden Angehörigen geht arbeiten, jeder Vierte aber hat seine Arbeit wegen der Pflege reduziert oder ganz aufgeben müssen. Bei 85% der Befragten bestimmt die Pflege tagtäglich das Leben. Die Hälfte von ihnen kümmert sich mehr als zwölf Stunden täglich um die pflegebedürftige Person. Infos auch unter [www.barmer.de](http://www.barmer.de)

## Operationen im Krankenhaus

38% (7,1 Millionen) der insgesamt 18,9 Millionen Patientinnen und Patienten in allgemeinen Krankenhäusern sind 2017 auch operiert worden. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) hat sich dieser Wert gegenüber 2016 nicht verändert. Gut die Hälfte der Patienten war 60 Jahre und älter. Die meisten Operationen in dieser Altersgruppe betrafen Eingriffe am Darm (261 300), gefolgt von endoskopischen Operationen an den Gallengängen (209 100) und Implantationen einer Endoprothese am Hüftgelenk (199 300).

Bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren waren Operationen im Zusammenhang mit Entbindungen am häufigsten (349 700). Bei Männern in dieser Altersgruppe wurde mehrheitlich ein Eingriff an der Nasenmuschel vorgenommen (62 800). Bei Kindern bis 14 Jahren gehörten das Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle (34 500) sowie die Entfernung der Rachenmandeln (34 100) zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen.

**Informationspflicht bei Befunden**

Ärzte müssen ihre Patienten über bedrohliche Befunde informieren. Das gilt auch dann, wenn der Behandlungsvertrag beendet wurde und der Patient lange nicht mehr in der Praxis war, hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden (Az. VI ZR 285/17).

Im konkreten Fall verlangte ein Mann Schmerzensgeld und Schadensersatz von seiner Hausärztin. Sie hatte ihn wegen Schmerzen im Bein an einen Facharzt überwiesen. Es schloss sich eine OP im Krankenhaus an, bei der eine Geschwulst in der Kniekehle entfernt wurde. Dass die Geschwulst ein bösartiger Tumor war, teilte die Klinik ausschließlich der Hausärztin mit, nicht dem Facharzt. Die Hausärztin sprach den Mann eineinhalb Jahre später darauf an, als dieser nach langer Zeit in anderer Sache wieder zu ihr kam. Er benötigte danach weitere Krankenhausaufenthalte und Operationen.

Nachdem das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf die Klage des Patienten abgewiesen hatte, urteilte der BGH anders. Dem Arztbrief, der nur an die Hausärztin ging, habe die Frau unschwer entnehmen können, dass die Klinik sie irrtümlicherweise für die behandelnde Ärztin hielt. Gerade in ihrer koordinierenden Funktion als Hausärztin hätte sie laut Urteil die Information weitergeben müssen. Das OLG Düsseldorf muss den Fall nun neu verhandeln und entscheiden.

**Ärztemonitor 2018**

90% der Ärztinnen und Ärzte sowie 97% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind mit ihrer Arbeit zufrieden. Das ist ein zentrales Ergebnis des Ärztemonitors 2018. Dabei wurden im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des NAV-Virchow-Bundes rund 11 000 niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu ihrer Arbeitssituation befragt. 57% der Befragten bemängelten, dass sie zu wenig Zeit für die Patienten zur Verfügung hätten. Gleichzeitig habe der Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten nach der Sprechstunde zugenommen. Auch seien immer mehr Ärzte angestellt. Viele von ihnen wünschten sich eine bessere Work-Life-Balance und arbeiteten daher in Teilzeit. Jeder vierte Arzt gab an, schon einmal körperlich angegriffen oder physisch bedroht worden zu sein.

**Tattoos entfernen**

Mit Lasertechnik Tätowierungen oder Permanent-Make-up entfernen dürfen in Deutschland in Zukunft nur noch Ärztinnen und Ärzte und nicht mehr wie bisher auch private Kosmetikstudios. Nach einer Entscheidung des Bundesrats im Oktober 2018 sollen alle approbierten Ärzte berechtigt sein, sofern sie über die entsprechende Fachkunde verfügen. Die Neuregelung soll Ende 2020 in Kraft treten. Der Regierungsentwurf der Strahlenschutzverordnung sah ursprünglich vor, dass künftig nur Dermatologen und plastische Chirurgen Tattoos per Laser entfernen sollten. Der Bundesrat erweiterte diesen Kreis jedoch. Schätzungen zufolge ist jeder vierte Deutsche tätowiert. Jeder Zehnte ist angeblich unzufrieden mit seinem Tattoo. 1,2 Millionen Menschen, so mutmaßen Experten, nehmen jedes Jahr eine Laserbehandlung zur Tattoo-Entfernung in Anspruch.

**Online-Portal zur Gesundheitsförderung**

Das gkv-Bündnis für Gesundheit, eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, informiert ab sofort auch online über seine Aktivitäten und Schwerpunkte. Unter [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de) erhalten insbesondere Fachkräfte aus Kitas, Schulen oder kommunalen Lebenswelten konkrete Praxishilfen und Informationen rund um das Engagement der gesetzlichen Krankenkassen für gesunde Lebenswelten.

**Niedrige Lebenserwartung**

Wer heute in Deutschland geboren wird, erreicht ein durchschnittliches Alter von 80,6 Jahren – und ist somit am jüngsten im Vergleich zu allen 22 Ländern der WHO-Region Westeuropa. Das sagen aktuelle Zahlen der WHO-Studie *Global Burden of Disease 2017*. Für Frauen und Männer zusammen betrug die Lebenserwartung nach den Zahlen der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2017 in Westeuropa im Durchschnitt 81,9 Jahre. Seit 2005 hat sie um fast zwei Jahre zugenommen, in Deutschland stagnierte sie in den vergangenen zehn Jahren weitgehend. Am längsten leben in Europa Männer in der Schweiz mit 82,1 Jahren und Frauen in Spanien mit 85,8 Jahren.

**Fiktiv genehmigte Operation auf Kosten der Krankenkasse**

Entscheidet eine Krankenkasse nicht zeitgerecht über einen Antrag auf Hautstraffungsoperation und lehnt sie es ab, im Nachhinein die fiktiv genehmigte Leistung für ihren Versicherten zu übernehmen, muss sie dem Versicherten die entstandenen Kosten erstatten. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte sich die entsprechende Leistung im Ausland selbst beschafft hat, urteilte das Bundessozialgericht (Az. B 1 KR 1/18 R).

Im konkreten Fall hatte ein Patient bei seiner Krankenkasse beantragt, ihn nach massiver Gewichtsabnahme mit einer Hautstraffungsoperation an Brust und Bauch zu versorgen. Die Kasse entschied nicht zeitgerecht. In diesen Fällen gilt die Leistung als fiktiv genehmigt. Der Kläger ließ sich daraufhin privat in einer Klinik in der Türkei operieren und zahlte hierfür 4200 Euro. Doch die Kasse verweigerte die Übernahme der Kosten. Der Versicherte klagte zunächst beim Sozialgericht Gießen. Dieses wies die Klage ab, auch die Berufung beim Hessischen Landessozialgericht wurde abgelehnt. Zu Unrecht, wie das Bundessozialgericht (BSG) entschieden hat: Der Kläger habe sich die beantragte Operation privatärztlich selbst verschaffen dürfen, weil die beklagte Krankenkasse die fingierte Genehmigung missachtet und die OP nicht gewährt habe. Der Patient sei nicht verpflichtet gewesen, sich die fiktiv genehmigte Leistung nur in Deutschland zu verschaffen. Auch habe er die Bedingungen einer Auslandsversorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei der selbstbeschafften Operation in der Türkei nicht einhalten müssen.

Bei einer rechtswidrigen Leistungsablehnung fehle ein innerer Grund, den Kreis der Leistungserbringer entsprechend einzuschränken, so das BSG. Auch Ärzte im Ausland würden grundsätzlich die Gewähr für eine ordnungsgemäße Leistungserfüllung bieten, denn auch sie unterlägen Sorgfalts- und Schadensersatzpflichten.



**Stationäre Versorgung:  
Wunsch und Wirklichkeit**

## Qualität kommt von Qual

Aus Sicht vieler Kliniken ist die Debatte um Qualitätssicherungsmaßnahmen vor allem ein Instrument, Standorte in Bedrängnis zu bringen. Entsprechend verhärtet sind bei dem Thema inzwischen die Fronten, die Selbstverwaltung gerät an ihre Grenzen. Immerhin: Die *Qualitäts-offensive Krankenhaus* kommt voran, wenn auch nur schleppend.

VOR LANGEWEILE fürchtet sich Prof. Dr. Elisabeth Pott, seit Juli unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), nicht. »Die Herausforderungen beim Ausbau der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung«, sagt sie, »sind weiterhin so umfangreich und komplex, dass der G-BA in der laufenden Legislaturperiode sehr gut damit beschäftigt ist«. Qualitätssicherung (QS) ist ihr Thema. Es nimmt in der Gesundheitspolitik der zurückliegenden Jahre immer mehr Raum ein, entsprechend steigt die Frequenz der Arbeitsaufträge an den G-BA. Vor allem die Kliniken stehen dabei im Mittelpunkt. Doch hinter der Qualitätsdebatte

### Zu viele Kliniken, zu viele Behandlungen, zu hohe Kosten

steht häufig eine viel grundsätzlichere Fragestellung: Gibt es in Deutschland zu viele Kliniken, die für unzureichende Leistungen zu viel Geld bekommen? Entsprechend reserviert reagiert man daher bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) inzwischen auf Qualitätsdebatten, während die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) immer energischer auf Strukturreformen drängen. Diese drei Akteure im G-BA zusammenzubringen dürfte zu den »Herausforderungen« gehören, von denen Elisabeth Pott spricht.

### Mehr Behandlungen in weniger Kliniken

Die Kliniken haben in der Debatte einen wichtigen Punkt: Sie werden seit den frühen 90er Jahren kontinuierlich weniger, aktuell gibt es 1942. Auch die Verweildauer ist seitdem um etwa die Hälfte gesunken, auf mittlerweile 7,3 Tage. Allerdings ist die Zahl der Krankenhausbehandlungen laut Statistischem Bundesamt seit 1991 um mehr als 30% auf aktuell 19,4 Millionen gestiegen. Doch schlägt sich die sinkende Zahl der Kliniken nicht in Einsparungen nieder. Laut Berechnungen des Ersatzkassenverbandes stiegen die Kosten für die stationäre Versorgung von umgerechnet 37 Milliarden

Euro im Jahr 1991 auf knapp 88 Milliarden Euro in 2016. Kritiker des deutschen Kliniksystems sehen diese deutlich steigenden Zahlen nicht in einem wirklichen medizinischen Bedarf begründet, sondern vor allem im Anliegen der Betreiber, möglichst viele Fälle und damit Zuweisungen zu generieren. In der Folge werde zu viel operiert, und viel zu selten ambulant. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) etwa konstatierte 2014 einen im internationalen Vergleich niedrigen Stand ambulanter Operationen in Deutschland.

### Erst einmal wird es teurer

Das für die Kliniklandschaft prägendste Gesetzesprojekt der vergangenen Jahre war zweifelsohne das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das 2016 auf den Weg gebracht wurde und den G-BA beauftragte, die sogenannte »Qualitäts-offensive Krankenhaus« umzusetzen. Doch auch das KHSG führte zunächst erst einmal zu steigenden Kosten. Laut Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums fallen dieses Jahr 2,2 Milliarden Euro zusätzlich an, nächstes Jahr 2,4 Milliarden und 2020 sogar 2,5 Milliarden Euro. 90% davon tragen die GKV-Beitragszahler. Allerdings erhoffe man sich auch, so heißt es im Gesetz, eine Verringerung von Eingriffen, was die Kostensteigerung etwas dämpfen könnte. Doch bis davon etwas zu spüren ist, dürfte es noch dauern.

Einen Großteil der Aufgaben hat der G-BA bereits umgesetzt. So liegen die Indikatoren für Qualitätsabschläge und -zuschläge vor, die aber noch auf Anwendung warten. Und auch den ersten Bericht über die Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hat der G-BA Ende Oktober veröffentlicht. »Es bleibt nun abzuwarten, wie die Landesplanungsbehörden mit diesen Ergebnissen umgehen«, meint Elisabeth Pott. Soll heißen: Die Länder müssten dann auch den Mut haben, schlechte Häuser vom Netz zu nehmen, mit dem Risiko, Kommunen (und Wähler) damit in helle Auf-

regung zu versetzen. Bislang gibt es Qualitätsergebnisse nur für gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie, aufbereitet in Form von schwer verdaulichen Excel-Tabellen. Das zum G-BA gehörende Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) werde aber, so Pott, in Kürze beauftragt, ein »Qualitätsportal zu entwickeln«, bei dem »besonderes Augenmerk auf allgemeinverständliche Informationen« gelegt werde.

### Regional statt sektoral

Ein grundsätzliches Problem für die Qualitätssicherung sieht Prof. Dr. Matthias Schrappe in der Trennung des ambulanten und stationären Sektors. Für Schrappe, der an der Uni Köln unter anderem das Thema Patientensicherheit lehrt und Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit war, gilt es vielmehr, »die Qualität der regional organisierten Versorgung zum Mittelpunkt zu machen«, zum Beispiel in Ärztenetzen. »Hier spielt die Musik der zukünftigen Versorgungsstrukturen. Die Qualitätsfrage muss hier ihren Schwerpunkt setzen.« QS sei in Deutschland noch immer viel zu »technisch angelegt«. Statt Endergebnisse wie Mortalität und Komplikationsraten zu erheben, sollte patientenorientiert gemessen werden – ob also etwa kontinuierliche Arzt-Patienten-Kontakte stattfänden oder Arztbriefe zeitig

### Mehr Personal für die Pflege

genug verschickt würden. »Qualitätssicherung richtet sich aus historischen Gründen viel zu sehr auf die operative

Akutmedizin«, beklagt Schrappe.

Tatsächlich gibt es erst seit 2016 im Qualitätsreport des IQTIG ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren, und zwar im Bereich der Herzkatheter. 2017 kam ein zweites hinzu, hier geht es um die Vermeidung nosokomialer Infektionen. Der Report für das Jahr 2017 wurde gerade veröffentlicht, für eine Trendfeststellung bei der sektorenübergreifenden QS ist es deshalb noch viel zu früh.

Von der Qualität der stationären Versorgung – hier gibt es 24 QS-Verfahren – zeigt der Bericht ein durchwachsendes Bild:

Besonderen Handlungsbedarf gibt es demnach unter anderem in der Geburtshilfe, bei Hüftendoprothesen und vor allem auch bei der Dekubitusprophylaxe. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schloss aus dem Bericht, der nur in 168 von 271 Indikationen keinen Handlungsbedarf konstatierte, indes, dass die Kliniken eine »herausragende Qualität« ablieferten.

### Gute Aussichten?

Mehr Qualität, mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen – auch mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PPSG) soll künftig vieles besser werden. Es verspricht eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege und zielt damit auf die Behebung des Fachkräftemangels und die Qualitätsverbesserung der pflegerischen Versorgung. Die Verbesserung der Pflege am Krankenbett für Patienten und Pflegenden ist ein richtiges und wichtiges Anliegen des Gesetzes, findet auch der GKV-Spitzenverband. Allerdings würden zentrale Probleme der stationären Versorgung damit nicht angegangen. Dazu zählen aus Sicht des GKV-SV eine nicht funktionierende Krankenhausplanung, die ungenügende Investitionsfinanzierung der Länder sowie die im internationalen Vergleich sehr hohen stationären Verweildauern und Fallzahlen. Der GKV-SV betont, dass der spürbare Mangel an Pflegekräften im Kontrast zu der Tatsache stehe, dass die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege in Deutschland weit über dem EU-Durchschnitt liege, sowohl was das Verhältnis an der Bevölkerung als auch die Wachstumsrate betrifft.

Um sich dem EU-Schnitt anzunähern – wo es fast ausnahmslos mehr Pflegekräfte pro Klinikpatient gibt und durchgehend weniger Krankenhausbetten pro Einwohner –, kommt man hierzulande an einer deutlichen Ausdünnung der Kliniklandschaft nicht vorbei. Das würde wohl nicht nur den Beitragszahlern nützen, sondern auch den Patienten.

### Mehr Qualität für Patienten

Die Fallzahlen sind hoch,  
aber Ihre Chancen steigen



Thomas Trappe ist Journalist und Buchautor. Einer seiner Themenschwerpunkte ist die Gesundheitspolitik.  
trappe.tt@gmail.com

## Gleicher Preis für gleiche Leistung

780 Seiten umfasst das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel »Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung«. Der Befund: Nach wie vor gibt es sowohl Unter-, Über- als auch Fehlversorgung in der medizinischen Versorgung.

ZU DEN ALTFÄLLEN gehört die Integrierte Versorgung, die die Sachverständigen seit gut 20 Jahren anmahnen. Die Fortschritte seien minimal, beklagen sie. Noch immer gebe es eine unsichtbare hohe Mauer zwischen Kliniken und Praxen. Ihr Vorschlag: Krankenhäuser, Krankenkassen und Ärzte sollten sich auf einen Katalog ambulanter Leistungen einigen, die, unabhängig vom Ort des Eingriffs, ambulant und stationär gleich vergütet werden. Um die Verluste der Kliniken klein zu halten, sollten die »Preise« anfangs über dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) liegen.

### Zu wenig Kooperation, zu viele Kliniken

Enttäuscht äußern sich die Gutachter auch über den Zustand der 2012 eingeführten Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die die sektorenübergreifende Kooperation von Klinikärzten und niedergelassenen Fachärzten im Bereich schwerer und seltener Erkrankungen exemplarisch voranbringen sollte. Sie kritisieren bürokratische Antragsverfahren und eine negative Grundstimmung bei Arzt- und Klinik-Verbänden, die dazu geführt habe, dass es nach wie vor keine ASV-Gebührenordnung gibt und bislang nur acht der ursprünglich geplanten 25 Krankheiten vom Gemeinsamen Bundesausschuss definiert wurden. Das Fazit des Gutachtens: »Gut konzipiert, aber schlecht umgesetzt.«

Unverdrossen hält der Sachverständigenrat (svr) außerdem an seinem Urteil fest, dass es zu viele Krankenhäuser gibt. Die Idee der Gutachter: Der Strukturfonds, der 2015 eingeführt wurde, sollte die Schließung kleiner Häuser mit Stilllegungsprämien forcieren. Die Finanzierung des Strukturfonds will der svr komplett dem Steuerzahler übertragen. Anstelle des Gesundheitsfonds soll sich der Bund, zusätzlich zu den Ländern, beteiligen und im Gegenzug Mitsprache bei der Krankenhausplanung bekommen. Anstelle der Länder, die ohnehin säumige Zahler sind, sollen die Krankenkassen die Betriebs- und Investitionskosten übernehmen.

### Rechenexempel Fallpauschalen

Deutliche Worte findet der svr auch für das Fallpauschalensystem. Die Gutachter kritisieren falsche Anreize zur Mengenausweitung. Ihr Vorschlag: Kleine Kliniken auf dem Land sollten mit Pauschalen für die Vorhaltung bedarfsnotwendiger Leistungen und Uniklinken für die Vorhaltung hoch spezialisierter Medizin honoriert werden. Vor *mengenanfälligen* Operationen, die für Kliniken besonders attraktiv sind, sollte immer erst die Zweitmeinung eines anderen Arztes eingeholt werden.

Das Gutachten widmet sich außerdem der Notfallversorgung, die auch nach Ansicht des svr nicht bedarfsgerecht organisiert ist. Ihr Vorschlag: eine bundeseinheitliche Rufnummer und eine »Notfallversorgung aus einer Hand« mit Integrierten Leitstellen und Integrierten Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern, die gemeinsam von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus getragen werden.



Interview mit Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

**forum** Hätten Sie etwas gegen die folgende saloppe Zusammenfassung (eines Teils) des SVR-Gutachtens: Es gibt noch immer zu viele Krankenhäuser. Außerdem wird zu oft einzig aus Kostengründen operiert. Die Konkurrenz zwischen Praxen und Kliniken blockiert zudem jegliche Reformen.

**Ferdinand M. Gerlach** Das ist sehr pointiert formuliert, aber im Kern durchaus richtig.

**forum** Was tun? Sie wollen die Schließung kleinerer Häuser über den Strukturfonds forcieren. Was sagen Sie zu dem Einwurf von DKG-Präsident Gaß, es gebe zwar regionale Überkapazitäten, aber immer mehr Patienten?

**Gerlach** Vorweg, kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum wollen wir, soweit diese bedarfsnotwendig sind, keineswegs schließen. Es geht um nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser. Diese liegen zumeist in Ballungszentren und haben oft eine geringe Betriebsgröße. Für die Qualität der Versorgung wäre ein Abbau von zweifellos vorhandenen Überkapazitäten und eine Konzentration auf Zentren mit hoher Expertise besser. Auch im internationalen Vergleich wird deutlich, dass Deutschland zu viele Kliniken hat, in denen, bezogen auf die Bevölkerung, sehr viele, zum Teil auch unnötige Eingriffe ausgeführt werden.

**forum** Was versprechen Sie sich von einer stärkeren Rolle des Bundes bei der Krankenhausplanung?

**Gerlach** Der Bund könnte eine koordinierende Rolle einnehmen. Insbesondere in bundeslandübergreifenden Regionen (etwa

zwischen Berlin und Brandenburg) und bei der hoch spezialisierten Versorgung (etwa bei Transplantationen oder Zentren für seltene Erkrankungen) wäre mehr Abstimmung für alle Beteiligten ein Vorteil.

**forum** Auch die Krankenkassen sollen bei der Klinikfinanzierung (Investitionen) mehr Verantwortung und mehr Macht (über Einzelverträge) bekommen. Erwarten Sie dadurch rigorosere Schließungen?

**Gerlach** Wir schlagen – statt der jetzt, durch zu niedrige Investitionsquoten, bereits bestehenden »schleichenden« Monistik – eine »differenzierte Monistik« vor, bei der Krankenkassen kollektiv kontrahieren würden. Einzelverträge mit über 100 zum Teil sehr kleinen Krankenkassen sind weder sinnvoll noch praktikabel. Wir erwarten, dass – zusammen mit einer an Qualitäts- und Zugänglichkeitskriterien orientierten Rahmenplanung – dann eine Konzentration auf leistungsstarke Kliniken erfolgen würde und kleine, nicht bedarfsnotwendige Kliniken geschlossen oder umgewandelt werden können.

**forum** Nordrhein-Westfalen hat bereits angekündigt, dass man die Aufgabe der Daseinsvorsorge nicht abgeben werde. Haben Sie Signale aus anderen Ländern?

**Gerlach** Diesen Reflex nehmen wir auch in anderen Ländern wahr. Wobei wir die Vorgehaltung notwendiger, aber im DRG-System nicht wirtschaftlich erbringbarer Angebote beziehungsweise eine Daseinsvorsorge, etwa im Rahmen der Notfallversorgung, sehr genau im Blick haben und hier keinen Widerspruch zu unseren Vorschlägen erkennen können.

**forum** Die Integrierte Versorgung ist ein Dauerbrenner. Sie ist erwünscht, aber wird nicht umgesetzt. Ist die ewige Blockade nicht ermüdend?

**Gerlach** Ja, in der Tat geht es hierviel zu langsam voran. Es ist aber erfreulich, dass die negativen Folgen der strikten sektoralen Trennung in Deutschland zunehmend erkannt werden und die Politik gegensteuern will. Mehrere Vereinbarungen im Koalitionsvertrag der Bundesregierung, unter anderem die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, zielen auf eine Überwindung der Mauer zwischen den Sektoren. Es gibt also noch Hoffnung.

**forum** Sie fordern vom Gesetzgeber neue Spielregeln für die sektorenübergreifende Versorgung, die so gestaltet sind, dass niedergelassene Ärzte und Kliniken die Zusammenarbeit nicht mehr blockieren können. Wie müssen diese Regeln aussehen?

**Gerlach** Am Beispiel der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung konnte man beobachten, wie es nicht funktioniert. Hier haben sich die Selbstverwaltungspartner, zum Teil aus Angst vor der eigenen Courage, gegenseitig blockiert. Wenn jetzt aber zum Beispiel ein Katalog von ambulanten erbringbaren Leistungen mit festen *Hybridpreisen* definiert würde, die unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gleich hoch sind, würden wir mit größeren Schritten vorankommen. Andere Regelungsbereiche wie eine integrierte Bedarfsplanung benötigen mehr Zeit und Energie.

**forum** War die Einführung der Fallpauschalen ein Fehler?

**Gerlach** Nein. Ihre heutige Ausgestaltung erfordert allerdings dringende Korrekturen. Die DRGs haben zu mehr Transparenz geführt, sind inzwischen aber von einem eigentlich beabsichtigten Pauschalsystem zu einem umfassenden Einzelleistungssystem mit zu starken Mengenanreizen geworden. Von 2003 bis heute hat sich ihre Zahl auf aktuell 1292 bis heute hat sich ihre Zahl auf aktuell 1292 DRGs fast verdoppelt. Das DRG-System muss also neu ausgerichtet und in seinem zu hohen Gewicht für die Klinikfinanzierung stärker begrenzt werden.



**Gabi Stief** hat viele Jahre als Hauptstadt-korrespondentin für die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* geschrieben und arbeitet als freie Journalistin in Hannover. [gabi-stief@gmx.de](mailto:gabi-stief@gmx.de)

## Fallpauschalen: Rechnet sich das?

*Lege artis* – nach den Regeln der ärztlichen Kunst mögen Mediziner praktizieren. Von den Regeln der Marktwirtschaft ist nicht die Rede. Zunehmend wächst aber der Vorwurf, Behandlungen im Krankenhaus orientieren sich eher an ökonomischen Anreizen als am Patientenwohl. Großen Anteil daran habe das DRG-System.



LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS werden hierzulande seit fast 15 Jahren als Fallpauschalen und Zusatzentgelte vergütet. Die Krankenkassen zahlen nicht mehr pro Tag für belegte Betten, sondern nur noch für Leistungspakete – Fallgruppen, die sich aus einzelnen Diagnosen und Leistungsschlüsseln nach dem System der Diagnosis Related Groups (DRGs) zusammensetzen. Damit wird die Behandlung jeder Krankheit genormt. Die diagnosebasierte Eingruppierung beruht auf der Erkenntnis, dass 80% aller Krankheiten vergleichbar therapiert werden.

### DRG-System besser als sein Ruf?

Das DRG-System ist prospektiv. Es legt die Vergütungshöhe fest, bevor die Leistung erbracht wird. Damit liegt das Kostenrisiko bei den Krankenhäusern. Das schafft den Anreiz, die Kosten der Behandlung so gering wie möglich zu halten, zum Beispiel über eine möglichst kurze Verweildauer. Tagesgleiche Pflegesätze verleiteten vor Einführung der Fallpauschalen zu möglichst langen Aufenthalten und führten im internationalen Vergleich zu extrem langen Verweildauern.

Lag die durchschnittliche Verweildauer eines Krankenhausaufenthaltes 2005 noch bei 8,6 Tagen, ist das Niveau mehr als 10 Jahre später in 2017 auf 7,3 Tage gesunken, meldet das Statistische Bundesamt. Allerdings gehe diese Entwicklung nicht ursächlich auf das DRG-System zurück, so die langjährige Forschungsgruppe um Prof. Dr. Norbert Roeder von der Uniklinik Münster. Die Verkürzung der Verweildauern wurde laut seinen Analysen mehr durch den medizinischen Fortschritt als durch die Fallpauschalen getrieben und habe schon vor 2004 begonnen. Allgemein sprechen die Experten der DRG-Research-Gruppe dem System aber zu, es sei besser als sein Ruf. Die beobachtende Begleitforschung hat bis heute keine Hinweise ergeben, dass die Fallpauschalen die Qualität der Versorgung in relevanten Punkten verschlechtert hat.

### Ökonomisierung der Medizin?

Die mit den Fallpauschalen auf die Krankenhäuser übertragene Kostenverantwortung wird jedoch zunehmend moniert. In der öffentlichen Diskussion manifestiert sich der Eindruck, Wettbewerb und Kosteneffizienz stünden über dem Patientenwohl. Dies stützt eine qualitative Studie der Universität Bremen aus dem vergangenen Jahr. Eine Befragung in deutschen Krankenhäusern ergab, dass mitunter unnötige Eingriffe empfohlen werden. Patienten würden ohne medizinischen Grund im Krankenhaus behandelt. In Interviews und Diskussionen gaben die befragten Ärzte und Klinikgeschäftsführer an, dass Entscheidungen über Aufnahme, Behandlungsart und Entlassung eines Patienten ohne Kostendruck häufig anders ausfallen würden. Hieraus erklären sich womöglich auch medizinisch nicht begründbare Zunahmen bestimmter Operationen oder fragwürdige regiona-



**Mandy Paraskewopulos-Ostwald** ist Referentin  
Fachbereich Personal / Recht / Kommunikation  
beim MDK Sachsen-Anhalt.  
mandy.paraskewopulos@mdk-san.de

le Versorgungsunterschiede bei einzelnen Leistungen. Die Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen beispielsweise ist die häufigste Leistung der HNO-Abteilungen in Deutschland. Die vollstationäre Operation wird je nach Wohnort unterschiedlich oft durchgeführt. Der Faktencheck Mandeloperation der Bertelsmann Stiftung 2013 hat Unterschiede bei den OP-Zahlen bis zum Achtfachen festgestellt. Die verfügbaren Daten lassen es jedoch bisher nicht zu, solche Versorgungsunterschiede in einen direkten Zusammenhang mit dem DRG-System zu bringen. Varianzen können auch durch fehlende Leitlinien oder bestehende Versorgungsstrukturen bedingt sein. Einigkeit findet sich in allen Diskussionen um die aktuelle Vergütungssystematik aber darüber, dass die Schere zwischen Über- und Unterversorgung durch erlösorientierte Fehlanreize weiter aufklappt.

Die Wahl des Behandlungsverfahrens nach ökonomischen und nicht nach medizinischen Kriterien spielt nach Einschätzung vieler Experten auch in der Geburtshilfe eine große Rolle. Vereinfacht gesagt gilt: Je komplizierter eine Geburt desto höher die Vergütung. Eine komplikationslose natürliche Entbindung ist wirtschaftlich nicht unbedingt das beste Los einer Klinik. Unweigerlich drängt sich der Verdacht auf, dass der Anstieg von operativen Eingriffen in der Geburtshilfe kein Zufall ist. Jede dritte Frau in Deutschland bringt ihr Kind mittlerweile per Kaiserschnitt zur Welt.

### Zeit für ein neues System?

Jüngst eröffnete der Leiter des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (INEK) Frank Heimig seine Ausführungen zur *G-DRG Weiterentwicklung 2019* mit den Worten: »Kritisieren Sie das DRG-System, solange Sie es noch haben.« Schließlich hat die Große Koalition mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen jüngst erheblich ins System eingegriffen. Ausreichend sei das nicht, so der Marburger Bund. Die gewerkschaftliche, gesundheits- und berufspolitische Interessenvertretung aller angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland fordert aktuell eine grundlegende Reform der Fallpauschalenvergütung, denn der betriebswirtschaftliche Druck fördere schlechte Arbeitsbedingungen und den Abbau von Personal zulasten der Patientenversorgung. Eine gänzliche Abwendung von Fallpauschalen lehnt ein Großteil der Akteure im Gesundheitswesen allerdings ab. Der GKV-Spitzenverband beispielsweise sieht eher die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung kritisch. Klar scheint bei aller Diskussion lediglich eines: Frei von Fehlanreizen ist kein Vergütungssystem. Bleibt also die Frage nach einer Alternative, die vor allem jenen zugutekommt, die es zu schützen gilt: den Patienten.

## Drei Fragen an ...

**Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin**

### Woran krankt die stationäre Versorgung in Deutschland?

Zuallererst krankt sie an der hohen Krankenhaus- und Betten-dichte, die mit vielen kleinsten und kleinen Krankenhäusern und häufig unzureichender medizintechnischer und personeller Ausstattung zu steigenden Fallzahlen und drei zusammenhängenden Problemen führt: zu viele Patienten, die oft in personell und technisch nicht adäquat ausgestatteten Krankenhäusern behandelt werden, wobei das Betreuungsverhältnis Personal pro Patient sehr niedrig ist. Zwar ist inzwischen bekannt, dass Deutschland besonders viele akute Krankenhausbetten hat, weniger bekannt ist allerdings, dass der Bettenabbau in der Vergangenheit bei uns weniger stark war als anderswo. Dadurch hat sich der Abstand zum EU15-Mittelwert von +45% auf +65% vergrößert. 2017 verfügten von den 1329 akuten Plan-Krankenhäusern 61% über keine Koronarangiographie, 31% über keinen Computer-Tomographen und 19% hatten kein einziges Intensivbett. Wie Patienten in diesen Häusern diagnostiziert und therapiert werden, bleibt ein Rätsel. Diskutiert werden sollte auch, warum steigende Fallzahlen (+30% in 20 Jahren) aufgrund von Demografie, neuen Behandlungsmethoden und Patientenerwartungen für gerechtfertigt gehalten werden, obwohl sie im gleichen Zeitraum im EU15-Schnitt konstant geblieben sind (in Dänemark sind sie sogar um 30% gesunken). Die hierzulande niedrige Personalausstattung pro Patient, insbesondere beim Pflegepersonal, wird vor allem durch die hohen Fallzahlen erklärt, während wir pro Kopf der Bevölkerung mehr Pflegekräfte im Krankenhaus haben als zum Beispiel die Niederlande.

### Wo müsste eine Reform ansetzen?

Wir sollten unsere Krankenhausversorgung komplett neu ausrichten. Orientierungspunkte sind für mich: Bettenabbau um 40%, aber alle Betten in vernünftig ausgestatteten Krankenhäusern, Reduktion der Fallzahlen um 30%, Verbesserung der Personal-Patienten-Relation um 50% und damit eine spürbare Qualitätsverbesserung (de facto ein Beibehalten des heutigen klinischen Personals, aber für weniger Patienten bzw. Patiententage). Wenn das zu radikal klingt: Wir würden uns gerade mal in Richtung heutiger EU15-Schnitt bewegen. Schweden, Norwegen, Spanien oder Dänemark hätten immer noch weniger Fälle und eine bessere Pflegekraft-Patienten-Relation. Auch das Gegenargument, dass dies die Versorgung auf dem Land gefährden würde, zieht nicht: Viele der zu schließenden Krankenhäuser sind in Ballungszentren.

### Brauchen wir (dafür) ein neues Finanzierungssystem?

Jedes Vergütungssystem hat Vor- und Nachteile, insofern erscheint eine komplette Umstellung nicht zielführend. Aber es gibt viele änderungsbedürftige Punkte. Zum Beispiel ist es für Krankenhäuser finanziell zu attraktiv, Patienten aus den Notaufnahmen stationär aufzunehmen – die Notaufnahmen sollten also über Budgets finanziert werden. Und für Kurzlieger bräuchten wir 24- oder 48-Stunden-Beobachtungs-DRGs mit Relativgewichten von zum Beispiel 0,1 und 0,2. Eine weitergehende stationäre Behandlung müsste dann der MDK regelhaft überprüfen.



## Den Blick auf Qualität und Kosten

Bei der Krankenhausversorgung hat der MDK zwei Aufgaben, die sich zu widersprechen scheinen: Er prüft Rechnungen hinsichtlich einer korrekten Abrechnung und er kontrolliert Qualität. Bei fehlender Systemkenntnis könnte man vermuten, dass damit bestenfalls die beste Behandlungsqualität fürs wenigste Geld erreicht werden soll. Doch diese Rechnung geht nicht auf.

KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN werden in Deutschland seit 2004 mit einer einheitlichen Pauschale für vergleichbare Behandlungsfälle vergütet: Jedes Krankenhaus erhält zum Beispiel für eine Blinddarmentfernung ohne Komplikationen denselben Preis (Fallpauschale). Die Höhe dieser Preise / Erlöse wird aus einer großen repräsentativen Stichprobe von zurückliegenden Behandlungsfällen und deren dokumentierten Kosten ermittelt. Diese Erlöse entsprechen daher nicht dem Wunschenken der Kostenträger, sondern der Realität in der Leistungserbringung.

### Richtig (ab)gerechnet?

Welche Fallpauschale im konkreten Fall abgerechnet wird, ermitteln die Krankenhäuser über die Verschlüsselung/Kodierung von Diagnosen und Behandlungsprozeduren. Dabei gelten die Regeln der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). Die Einhaltung dieser Regeln schützt die Krankenkassen und ihre Mitglieder vor ungerechtfertigten Ausgaben und die Krankenhäuser untereinander vor Vorteilsnahmen von Mitbewerbern auf dem nicht unkomplizierten Krankenhausmarkt. Somit müssten alle Seiten ein Interesse an korrekten Krankenhausabrechnungen haben. Umso mehr erstaunt es, dass die Abrechnungsprüfung von der Krankenseite immer wieder in Misskredit gebracht und verurteilt wird.

Bei der Prüfung der korrekten Abrechnung von Krankenhausleistungen geht es um die Frage, ob die von der Selbstverwaltung konsentierten Abrechnungsregeln eingehalten werden; es geht nicht um einen Preisfindungsprozess. Die Abrechnungsregeln sind bekannt, ebenso das Wirtschaftlichkeitsgebot des §12 SGB V als Verpflichtung für alle am System Beteiligten.

### In Zahlen - am Beispiel

Dass all dies nicht ausreicht, um die korrekte Abrechnung von Krankenhausbehandlungen sicherzustellen, sondern die Überprüfung der Rechnungen durch den MDK notwendig ist, zeigt der Blick in die Zahlen: Im Jahr 2017 hat der MDK insgesamt 2,8 Millionen Einzelfälle aus dem Bereich Krankenhausleistungen bearbeitet. Dabei geht es überwiegend um die Überprüfung von Abrechnungen. Aber auch Fragen danach, ob die stationäre Behandlung eines Patienten überhaupt erforderlich war, ob die Verweildauer angemessen war und ob die Kodierung der gestellten Diagnosen und der erbrachten Leistungen korrekt war, muss der MDK beantworten. Die Abrechnungsprüfungen zeigen, dass in jeder zweiten geprüften Rechnung Korrekturbedarf gesehen wird. Das reduziert den Rechnungsbetrag um durchschnittlich 1000 Euro.

Korrekturbedarf ergibt sich in der Regel in vier Bereichen: Das sind neben fehlerhaften Mengenangaben – zum Beispiel von Beatmungstunden oder teuren Medikamenten – auch unwirtschaftliche Fallführungen. So werden häufig Patienten, bei denen ein kleiner operativer Eingriff durchgeführt werden soll (z. B. OP bei Leistenbruch), bereits einen Tag vor der OP stationär aufgenommen, ohne dass dies medizinisch erforderlich ist. Nicht selten werden auch die Kodierrichtlinien missachtet, insbesondere bei sogenannten konkurrierenden Hauptdiagnosen. Zum Beispiel bei einem Patienten mit Hirnblutung und Kieferbruch: Wurde die Hirnblutung per Computertomografie zwar diagnostiziert, war aber klein und musste nicht behandelt werden, während der Kieferbruch aufwendig operiert wurde, dann ist der Kieferbruch die Hauptdiagnose, die Hirnblutung die Nebendiagnose. Würden beide Diagnosen bei der Abrechnung vertauscht, wäre die Rechnung deutlich höher. Schließlich finden die MDK-Prüfer viele andere Fehler, zum Beispiel schwere allergische Hautreaktionen, die als Verbrennung kodiert werden,



kleine operative Eingriffe, die mit falschem Prozedurenkode als große Operationen abgerechnet werden, Medikamente, die der Patient nie bekam.

Die MDK-Prüfungen sollen bundesweit nach gleichen Maßstäben erfolgen. Daher erarbeitet die Sozialmedizinische Expertengruppe »Vergütung und Abrechnung« der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) unter anderem Begutachtungsanleitungen und -hilfen sowie die öffentlich zugänglichen SEG 4-Kodierempfehlungen.

### Qualität auf dem Prüfstand

Auch Qualitätsnormen bedürfen Kontrollen, um ihre durchgängige Einhaltung zu gewährleisten – leider, wobei der Begriff der Qualitätsnorm in der Krankenhausbehandlung nicht durchgehend klar definiert ist. Der Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Krankenbehandlung wird bereits in den Berufsordnungen der beteiligten Berufsgruppen formuliert. Die Erarbeitung von Behandlungsleitlinien dient diesem Ziel ebenso wie die vielfältigen Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflegende.

Bestimmte Leistungen dürfen nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, wenn definierte Qualitätskriterien eingehalten werden. Während sich im ambulanten Bereich die Kassenärztlichen Vereinigungen um die Einhaltung von Qualitätsnormen kümmern, werden nur im Krankenhausbereich die Qualitätskriterien durch die Kostenträger geprüft – konkret durch einen Prüfauftrag der Krankenkasse an den MDK.

Sind Qualitätsnormen in Komplexkodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) definiert, kann ihre Einhaltung nicht grundsätzlich geprüft werden, da bis heute eine gesetzliche Grundlage dafür fehlt.

### Mit hoher fachlicher Expertise

Wesentlicher Normgeber für Qualität im deutschen Gesundheitswesen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der Qualitäts-Richtlinien für alle Leistungsbereiche des Gesundheitswesens erarbeitet und beschließt. Die »Bank« der GKV wird hierbei vom Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ) der MDK-Gemeinschaft beraten und unterstützt. Somit sind MDK-Experten nicht nur an der Kontrolle, sondern auch maßgeblich an der

Entwicklung sinnvoller und funktionierender Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt.

Die besondere Wertschätzung dieser G-BA-Qualitätsrichtlinien durch Politik und Gesetzgeber wurde Ende 2015 durch mehrere Regelungen im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) deutlich. Das Gesetz will die Krankenhausplanung und die Vergütung stationärer Leistungen stärker daran binden, dass die Kliniken bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Beschlossen wurde, die Kontrollen der Richtlinien durch den MDK zu fördern und Konsequenzen bei Nichteinhaltungen von Qualitätsanforderungen einzuführen.

Qualitätsrichtlinien des G-BA für die Krankenhäuser gibt es schon lange. Auch MDK-Prüfungen in Kliniken finden bereits heute statt, jedoch in unterschiedlicher Intensität in den Bundesländern und ohne gesetzliche Verpflichtung. Neu ist, dass die MDK-Qualitätskontrollen zukünftig bundesweit auf einer einheitlichen gesetzlichen Grundlage durchgeführt werden können, wenn Krankenhäuser bestimmte Auffälligkeiten in den Qualitätsaspekten aufweisen. Wollen Kliniken bestimmte Behandlungen durchführen, zum Beispiel in der Kinderonkologie, müssen sie Mindeststandards zu Anzahl und Qualifikation des Personals sowie technischer Ausstattung erfüllen. Gibt es konkrete Anhaltspunkte dafür, dass sie solche oder andere Qualitätsanforderungen des G-BA nicht einhalten, kann der MDK von den gesetzlichen Krankenkassen, vom G-BA oder von Qualitätssicherungsgremien auf Bundes- und Landesebene den Auftrag erhalten, zu prüfen.

### Auch Qualität wird geprüft

Verstößt ein Krankenhaus gegen die Qualitätsvorgaben, müssen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergriffen werden. Andernfalls drohen Konsequenzen wie zum Beispiel die Minderung der Vergütung.

Die MDK-Qualitätskontrollen werden das Aufgabenspektrum des MDK auf einem für die Versicherten relevanten Gebiet erweitern. Eine hochwertige Qualität der medizinischen Versorgung wird nicht weiterhin nur postuliertes Ziel aller Systembeteiligten sein, sondern sich zunehmend auch geprüft darstellen oder – wo nötig – sanktionieren lassen.



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

## »Nicht nur Dekoration zwischen Arzt und Vanillepudding«

Die Pflege stärken – das fordern Politiker, um dem Personalmangel zu begegnen. Dagegen stehen die realen Arbeitsbedingungen in Kliniken und Pflegeheimen, weshalb viele, die gerne pflegen würden, aufgeben oder nur in Teilzeit arbeiten. Was muss sich ändern? MDK *forum* hat Patricia Drube, Präsidentin der neuen Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, gefragt.

Als gelernte Altenpflegerin hat Patricia Drube lange selbst in der Pflege gearbeitet. Sie hat unter anderem einen ambulanten Pflegedienst geleitet, berufsbegleitend Wirtschaftswissenschaften studiert und ist heute hauptberuflich Referentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe Nordwest e.V. (DBfK) in Lübeck. Außerdem ist sie im Beirat des MDK Nord tätig. Im April wurde Patricia Drube zur ersten Präsidentin der neugegründeten Pflegeberufekammer Schleswig-Holsteins gewählt, der zweiten Kammer in einem Bundesland nach Rheinland-Pfalz.

**forum** Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz will der Bundesgesundheitsminister einige Verbesserungen in der Pflege erreichen. Setzt diese Maßnahme denn jetzt nach Ihrer Ansicht an der richtigen Stelle an?

**Patricia Drube** Grundsätzlich ja. Wir brauchen mehr Personal, die Finanzierung muss sichergestellt werden, ebenso die tarifliche Entlohnung. Die Idee ist richtig, Pflege nicht als Kostenfaktor im System zu sehen, sondern als einen eigenständigen Bestandteil der Gesundheitsleistung. Auch wenn diese Idee noch nicht konsequent durchgesetzt wird.

**forum** Ist der sogenannte »Spahn-Quotient« in Krankenhäusern, der ja kommen soll, aus Ihrer Sicht der richtige Weg, weil man damit auch eine Sanktionsmöglichkeit hat?

**Drube** Es ist vom Grundsatz her richtig, dass man irgendwo mal eine Linie zieht. Wenn eine Personalausstattung auf einer Krankenhausstation so ist, dass ich da wahrscheinlich

mit mehr Schäden wieder weggehe, als ich hingekommen bin, dann muss das doch auch irgendeine Konsequenz haben! Von daher ist es für mich schon vom Grundsatz her nachvollziehbar. Was jetzt diese Pflegepersonaluntergrenzen angeht, habe ich damit allerdings Bauchschmerzen, wenn Kliniken daraufhin ihr Personal hin und her verschieben, die Untergrenzen zu Obergrenzen werden und am Ende Pflegende wieder Infusionsständer putzen, damit die Zahlen pro Abteilung stimmen. Also zumindest muss auch nachgewiesen werden, dass nicht an anderer Stelle Personal abgebaut wird.

**forum** Was hätten Sie und Ihr Berufsverband denn für einen Vorschlag, um das System zu verbessern?

**Drube** Was wir brauchen, ist ein vernünftiges Personalbemessungssystem. Untergrenzen sind ja auch erstmal nur Zahlen. In der Pflegefachkraft / Patient-Relation liegen wir in Deutschland weit unter der Relation anderer Nachbarländer und daran muss sich grundlegend etwas ändern. Was jetzt dafür erforderlich ist, ist ein System, das einen Personalbedarf auf der Grundlage der Anforderungen in den einzelnen Tätigkeitsbereichen entwickelt.

**forum** Was sollte passieren, um die Motivation von Pflegefachkräften jetzt nachhaltig zu fördern?

**Drube** Das ist genau das, wo jetzt auch die Politik gefragt ist. Bisher hatten wir in unserer Berufsgruppe immer das Gefühl, dass alles eher halbherzig gemacht wurde. So wie: Jetzt müssen wir auch mal irgendetwas für die

Pflege machen und geben mal irgendeine Zahl raus, 8000 Stellen oder so. Uns als Pflegenden würde es motivieren, wenn wir sagen könnten, dass verstanden worden ist, was wir für einen Stellenwert haben im Gesundheitswesen, dass wir eine tragende Säule sind. Das wäre aber auch nur dann so, wenn man uns als eigenverantwortliche Berufsgruppe ansieht, respektiert und eben nicht als die *Hiwis*.

**forum** Krankenhauskonzerne werben bereits im großen Stil Pflegefachkräfte im Ausland an, neuerdings in Vietnam. Birgt das für Sie neue Risiken?

**Drube** Wir sind eine multikulturelle Gesellschaft und das darf sich gerne in unserer Berufsgruppe widerspiegeln. Man muss aber im Einzelfall gucken, was das ethisch bedeutet. Was passiert in den Herkunftsländern? Ich glaube auch, in der Berufsgruppe stößt negativ auf, wenn ganz viel Geld dafür ausgegeben wird, Personal aus dem Ausland zu akquirieren. Viele Kollegen sagen: Wenn ihr dieses Geld in bessere Rahmenbedingungen bei uns stecken würdet, dann würde ich auch wieder auf Vollzeit gehen oder Kollegen kennen, die dann auch wieder Lust hätten, zurück in die Pflege zu kommen, statt im Kodierbüro zu sitzen.

**forum** Welcher Rahmenbedingungen bedarf es, um junge Menschen für Ihren Beruf zu begeistern?

**Drube** Die Rahmenbedingungen sind das eine. Natürlich muss es eine bessere personelle Ausstattung geben. Es muss auch die Ausbildung so gestaltet werden, dass richtig ausgebildet wird, nicht dass Auszubildende

wahrnehmen, dass sie eigentlich nur »verwertet« werden. Es geht aber auch darum, das Ansehen des Berufes anders zu gestalten. Das hat etwas mit den Bildern zu tun, die gezeigt werden und die man mit dem Beruf assoziiert. Da sehen wir ständig die Krankenschwester, die am Krankenbett sozusagen als Dekoration zwischen dem Arzt – ganz wichtig mit Stethoskop – und dem Vanillepudding steht. Oder wir sehen im ambulanten Bereich eine Pflegeperson, die jemandem den Rücken wäscht, weil der Angehörige damit überfordert ist. Solange das die Bilder sind, die man mit dem Beruf verbindet, gibt es andere Berufe, die attraktiver sind.

Ich sehe Pflege als eine eigenständige Profession, gerade wenn es um die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum geht. Meine Vision wäre zum Beispiel, dass es dort Pflegepraxen gibt, die bestimmte heilkundliche Tätigkeiten auch eigenständig übernehmen.

Wir stehen ja als Berufsgruppe auch im Wettbewerb und wissen, dass ein großer Teil der Schulabgänger mit Realschulabschluss und Abitur von der Schule gehen. Diese brauchen auch in der Pflege Aufstiegs- und Entwicklungsperspektiven.

**forum** Meinen Sie damit, dass es junge Menschen abhält, weil sie erkennen, dass sie in eine Sackgasse hinein lernen?

**Drube** Es gibt im Moment nicht so wenig Schulabgänger, die keinen Medizinstudienplatz bekommen. Die machen dann erstmal eine Krankenpflegeausbildung. Und wenn sie dann aber zwischendurch einen Studienplatz bekommen, dann studieren sie Medizin. Das zeigt, dass in der Medizin die Ka-

riere oder Entwicklungsmöglichkeiten immer noch höher angesiedelt sind. In der Pflege muss das auch möglich sein. Also ich muss durch Weiterqualifikation die Möglichkeit haben, auf ein Level zu kommen, das aus Sicht der Schulabgänger gleichwertig ist.

**forum** Was für ein grundsätzliches Missverständnis oder welche Sichtweise ärgern Sie und möchten Sie gerne korrigieren?

**Drube** Was mir immer querschlägt, ist diese Haltung: Ich finde das ja toll, dass Du das machst, aber ich könnte das nicht. Hier wird klar, was gesamtgesellschaftlich immer noch mit Pflege verbunden wird: Das sind nicht so ganz intelligente Leute, die aber ein gutes Herz haben, irgendwie auch sehr leistungsfähig sind und die Gabe haben, auch unangenehme Tätigkeiten zu machen – was dann auch wieder von großem Wert ist. Ich frage mich dann immer, wie ich das in die Köpfe reinbekomme, dass wir eine qualifizierte Ausbildung haben, dass wir diejenigen sind, die dafür sorgen, dass Menschen so selbstbestimmt wie möglich leben. Auch dass wir ihnen helfen, sich in diesem Gesundheitssystem zurechtzufinden, ihnen medizinische Informationen übersetzen oder sie darin unterstützen, auf dieser Grundlage eine mündige Entscheidung zu treffen. Diese Qualifikationen werden noch zu oft ausgeblendet in der öffentlichen Wahrnehmung.

*Das Interview führte Jan Gömer,  
Pressesprecher des MDK Nord*



## Damit Beatmung kein Dauerzustand bleibt

Stetig steigt die Zahl derer, die nach einer OP, einer Reanimation, einem Unfall oder wegen einer schweren Erkrankung dauerhaft beatmet werden müssen. Auch die Zahl der Kliniken mit speziellen Entwöhnungsstationen wächst und die ambulante Versorgung rückt zunehmend in den Fokus. Schwachpunkt bleibt der Übergang zwischen den Versorgungssektoren.

T3 – wenn man es so sagen will, hat Johannes Schäfermayer\* eine verhältnismäßig gute Tumor-Diagnose. Der Krebs in seiner Speiseröhre, dicht am Magen, hat noch keine Lymphknoten befallen und noch keine Metastasen gebildet. Im Entwicklungsstadium T3 ist der Tumor gut operativ zu entfernen. Doch der 84-Jährige hat wie viele alte Menschen eine ganze Reihe von »Nebendiagnosen«, darunter auch eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung.

Diese COPD ist das Problem. Denn um den Tumor entfernen zu können, müssen die Chirurgen bei der Operation einen Lungenflügel außer Funktion setzen. »Wir wollen deshalb so weit wie möglich sichergehen, dass Sie dem Eingriff körperlich gewachsen sind und Ihre Lunge nach dem Eingriff wieder selbstständig arbeitet. Sonst besteht die Gefahr, dass Sie dauerhaft künstlich beatmet werden müssen«, erläutert Prof. Dr. Andreas Pascher dem Patienten im OP-Vorgespräch. Für den medizinischen Leiter der als Krebszentrum zertifizierten Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Münster ist deshalb der Lungenfunktionstest mit entsprechend guten Werten eine wesentliche Bedingung für die Operation.

### Schattenseite des medizinisch Machbaren

Die Vorsicht ist begründet. Der medizinische Fortschritt rettet und verlängert Leben, hat aber eine Schattenseite: Mit der Zahl der Intensivpatienten steigt seit Jahren die Anzahl von Menschen, die dauerhaft beatmet werden müssen. Die Beatmungstherapie ist wesentlicher Bestandteil der modernen Intensivmedizin. Nach Zahlen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin werden pro Jahr etwa 410 000 Menschen vorübergehend beatmet – ein Fünftel der jährlich mehr als zwei Millionen Intensivpatienten.

Für viele entwickelt sich die Beatmung zu einem Dauerzustand. Die stationäre Versorgung ist zeitlich begrenzt. Pa-

tienten werden deshalb häufig mit einer Trachealkanüle in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause entlassen. Für ein Tracheostoma, die operativ angelegte Öffnung der Luftröhre, gibt es viele Ursachen. Häufig handelt es sich um eine chronische Erkrankung des Bronchialsystems oder die Folgen eines Unfalls, eines Schlaganfalls, einer schweren Operation oder Infektion. Hinzu kommen Erkrankungen wie Parkinson oder Nerven- und Muskelerkrankungen wie die bisher nicht heilbare Amyotrophe Lateralsklerose (ALS). Besonders bei älteren Patienten erfolgt die »künstliche Beatmung« oft nach einer Reanimation.

### Betreuung in »Beatmungs-WGs«

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) nennt unter Berufung auf Krankenkassenstatistiken die Zahl von 15 000 Patienten, die ambulant betreut werden. Nach einer Studie der Berliner Charité gibt es bis zu 20 000 dauerhaft außerklinisch betreute Beatmungspatienten. Sie werden in Pflegeheimen und immer öfter auch in sogenannten Beatmungs-WGs versorgt. Dort betreuen ambulante Pflegedienste mehrere Betroffene zusammen. Auch die Zahl derjenigen steigt, bei denen die medizinische Intensivpflege rund um die Uhr zu Hause stattfindet.

Diese Entwicklung spiegelt sich in der »Auftragslage« von Dr. Wilhelm Rehorn. Der Facharzt für Anästhesiologie begutachtet für den MDK Nordrhein im Auftrag der Krankenkassen, wie Beatmungspatienten weiterbetreut werden können, wenn es nicht möglich war, die Kanüle bis zum Ende der Krankenhausbehandlung zu entfernen. 2015 hat Rehorn 110 Gutachten erstellt, 2018 waren es bis Ende Oktober schon 460. »Es sind zu viele Fälle« – darin ist sich Rehorn einig mit Dr. Abdel Hakim Bayarassou. Der Mediziner vom MDK und der Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Kardiolo-

**Mehr als 400 000 Patienten werden vorübergehend beatmet**



gie, Schlaf- und Beatmungsmedizin am Malteser-Krankenhaus in Bonn besprechen regelmäßig, wie es mit Beatmungspatienten weitergeht, deren Entlassung aus der Klinik ansteht.

### **Zu wenig Zeit zur »Entwöhnung«**

Bei etwa einem Viertel seiner Begutachtungsfälle besteht laut Rehorn die Chance, die Kanüle noch im Krankenhaus zu entfernen. »Je länger eine Kanüle liegt, umso schwerer sind mögliche Folgeschäden und umso schwieriger wird eine Entfernung«, sagt Dr. Bayarassou. Doch für das Dekanülieren bleibt in nicht spezialisierten Kliniken kaum Zeit. Zudem sind für die »Entwöhnung« (Weaning) spezielle Behandlungstherapien erforderlich. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung hat deshalb 2017 die dringende Empfehlung ausgesprochen, entsprechende Patienten in Kliniken zu verlegen, die über eine Weaning-Station verfügen.

Bundesweit gibt es derzeit 43 zertifizierte Weaningzentren. Nordrhein-Westfalen ist mit 14 Zentren, darunter das Bonner Malteser-Krankenhaus, vergleichsweise gut versorgt. Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein verfügen nur über jeweils eine spezialisierte Klinik; im Saarland, in Bremen und in Brandenburg gibt es gar keine. Ob ein Patient die Chance erhält, ohne Kanüle entlassen zu werden, hängt somit auch vom Wohnort ab.

Wenn die »Entwöhnung« aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist, befürwortet der Gutachter medizinische Intensivpflege. Sie wird bei gesetzlich versicherten Patienten von deren Krankenkasse bezahlt. Die Kosten der 24-Stunden-Pflege für Beatmungspatienten liegen zwischen rund 250 000 Euro pro Jahr für die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung und rund 360 000 Euro für die 1:1-Betreuung zu Hause.

### **Größter Wachstumsmarkt in der Pflege**

Die außerklinische Intensivpflege gilt als derzeit größter Wachstumsmarkt im Gesundheitswesen. Nach Markteinschätzung des bpa haben sich etwa 650 Pflegeunternehmen ausschließlich auf diesen Bereich spezialisiert. Verbandsgeschäftsführer Bernd Tews geht davon aus, »dass die Zahl der außerklinisch versorgten Menschen weiter ansteigt«. Der Branchendienst *pflegemarkt.com* nennt bis zu 800 spezialisierte Dienste. Allein im ersten Halbjahr 2018 wurden 63

neue Anbieter registriert. Wie ein Brennglas bündelt die Versorgung von Dauerbeatmungspatienten medizinische, ethische und ökonomische Fragen und Probleme des Gesundheitswesens. Das betrifft auch den akuten Mangel an Pflegefachkräften. Eine 24-Stunden-Betreuung zu Hause mit in der Regel drei Schichten ist besonders personalintensiv und verschärft den Personalwettbewerb zwischen Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.

### **Ambulantes Versorgungskonzept**

Hinzu kommt die immer noch mühsame Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. »Die betroffenen Patienten brauchen eine abgestimmte spezialisierte Betreuung durch Fachärzte und Atmungstherapeuten und eine Abstimmung zwischen diesen Spezialisten, niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten«, sagt Dr. Bayarassou. Die Praxis sieht oft anders aus. Nach der Erfahrung Rehorns belassen es Hausärzte nicht selten bei einer Trachealkanüle, obwohl eine Entfernung möglich und für die Betroffenen sinnvoll sei: »Sie stehen auch unter dem Druck von Patienten oder Angehörigen, die eine Dekanülierung ablehnen – sei es aus Angst vor Komplikationen oder weil dann die medizinische Intensivpflege wegfällt.« Rehorn und Bayarassou haben in Nordrhein den Arbeitskreis für außerklinische Intensiv-Beobachtung gegründet, in dem sich Krankenhäuser, Krankenkassen und Ärzte engagieren. Beim Entwickeln leitliniengerechter Zusammenarbeit stützen sie sich auf Struktur- und Qualitätskriterien, die von der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin im März 2018 veröffentlicht wurden. Unter Federführung der Weaningeinrichtungen soll in regionalen Netzwerken neben der sektorenübergreifenden auch die interdisziplinäre Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten institutionalisiert werden. Insgesamt gibt es bundesweit inzwischen mehrere Modellversuche und weitere Initiativen.

**Entwöhnung erfordert besondere Therapien**

*\*Name von der Redaktion geändert*



**Thomas Rottschäfer** arbeitet als freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik in Alfter bei Bonn.  
info@satzverband.de

## Fixiert statt frei

Unter welchen Voraussetzungen ist es zulässig, Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie zu fixieren? Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts könnte künftig seltener und kürzer fixiert werden, hoffen Experten. So würden die Rechte psychisch Kranker gestärkt und Betroffene in Situationen, in denen sie nicht entscheidungsfähig sind, besser geschützt.

WERDEN PATIENTINNEN und Patienten länger als eine halbe Stunde an Armen, Beinen und Bauch fixiert, muss dies ein Richter anordnen oder genehmigen, so hat der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) entschieden (Az.: 2 BvR 309/15 u. a.). Dies gilt auch dann, wenn Patienten gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Einrichtung unterge-

### Der Richter muss entscheiden

bracht sind. Die Freiheitsentziehung durch eine Fixierung sei eine eigenständige Freiheitsentziehung und nicht von der Freiheitsentziehung durch eine Zwangseinweisung gedeckt. Die Fixierung eines Patienten sei ein Eingriff in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person nach Artikel 104 des Grundgesetzes und deshalb nur als letztes Mittel (Ultima Ratio) zulässig, kommentierten die Richter und gaben damit der Klage zweier Patienten recht.

Werden Betroffene bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung in eine psychiatrische Klinik zwangseingewiesen, geschieht dies auf der Basis von Landesgesetzen, die durchaus voneinander abweichen. Juristen sprechen von öffentlich-rechtlicher Unterbringung nach den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen der Bundesländer (PsychKG). Nicht selten werden Menschen gegen den eigenen Willen untergebracht, zum Beispiel nach einem Gerichtsurteil oder im Notfall durch die Polizei, weil jemand unter Drogen- oder Alkoholeinfluss randaliert und sich oder andere gefährdet. Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) gab es im Jahr 2016 rund 76 000 öffentlich-rechtliche Unterbringungsverfahren.

### Rechtlich gesehen

Bei dem Verfahren vor dem BVerfG ging es um die Fixierung von zwei Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg, die sich auf Basis der Landesgesetze in der Psychiatrie befanden und dort fixiert worden waren.

Der eine Patient wurde alkoholisiert in eine psychiatrische Einrichtung in Bayern eingewiesen und dort acht Stunden lang an Armen, Beinen, Bauch, Brust und Stirn mit einer 7-Punkt-Fixierung ans Bett gefesselt. Der zweite Mann war in Baden-Württemberg in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung untergebracht und auf ärztliche Anordnung über mehrere Tage hinweg immer wieder in einer 5-Punkt-Fixierung an Armen, Beinen und Bauch bewegungsunfähig gehalten worden.

Auch wenn Fixierungen in einigen Fällen notwendig sind, weil die Gefahr besteht, dass der Patient sich oder andere gefährdet, stellt die Fesselung des Körpers für den Patienten eine Freiheitsentziehung nach dem Grundgesetz dar, urteilten die Karlsruher Richter. Ob vom Patienten eine akute Gefahr für sich selbst oder andere ausgeht, die durch eine Fixierung abgewendet werden kann, muss ein Arzt einschätzen. Kommt er zu dem Schluss, dass der Patient länger als eine halbe Stunde gegen den eigenen Willen fixiert werden sollte, muss grundsätzlich vor der Fixierung der Richter gefragt werden.

Die Anordnung der Fixierung, deren Begründung, Dauer und Art müssen in den Krankenunterlagen dokumentiert werden. Zudem muss während der Fixierung grundsätzlich eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal sichergestellt sein. Auch müssen Krankenhäuser Patienten nach der Fixierung darauf hinweisen, dass sie gerichtlich prüfen lassen können, ob die Fixierung zulässig war.

### Am besten auf Zwang verzichten



Dorothee Buschhaus ist Redakteurin der MDK-Gemeinschaft. [d.buschhaus@mds-ev.de](mailto:d.buschhaus@mds-ev.de)

## Ländersache

Bislang war zwar für die Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung der Beschluss eines Richters notwendig, für eine Fixierung während der Unterbringung reichte in vielen Bundesländern eine ärztliche Anordnung. Den sogenannten Richtervorbehalt gab es bis dato nur in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Berlin. Dort war die Einschaltung eines Richters gesetzlich festgeschrieben.

### Überfällige Regeln, für alle verbindlich

Von den beklagten Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg verlangen die Karlsruher Richter, den derzeitigen »verfassungswidrigen Zustand« bis Juni 2019 zu beseitigen. Bis dahin müssen die Länder außerdem einen richterlichen Bereitschaftsdienst einrichten, der täglich zwischen 6 und 21 Uhr zu erreichen ist, um über Fixierungen vor der Durchführung entscheiden zu können.

Die DGPPN bewertet das Urteil positiv: »Es schafft klare, längst überfällige Regeln, die für alle verbindlich sind. Es kann nicht sein, dass in unserem Land aufgrund von Personalmangel und einer schlechten Infrastruktur nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden können, um auf Zwang zu verzichten. Dem muss sich auch eine moderne und aufgeschlossene Gesellschaft verpflichtet fühlen«, kommentiert DGPPN-Präsident Prof. Dr. Arno Deister.

## In Zahlen

Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) standen im Jahr 2016 in Deutschland insgesamt 55 976 psychiatrische Krankenhausbetten in 409 Fachkliniken bzw. Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für die Behandlung von Erwachsenen zur Verfügung. Jedes Jahr werden dort mehr als 800 000 stationäre Behandlungen durchgeführt.

Neben dem öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren nach dem PsychKG (rund 76 000) gab es 2016 knapp 56 000 Fälle von Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht. Hinzu kommen strafrechtliche Unterbringungen im Maßregelvollzug / Forensische Psychiatrie (2014: 10 362 Fälle ohne neue Bundesländer).

## Drei Fragen an ...

**Dr. Christoph Tolzin, Leiter des Kompetenz-Centrums Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des gkv-Spitzenverbandes**

### Was wird sich aus Ihrer Sicht durch das Urteil verändern?

Ich denke, die Verunsicherung beim Klinikpersonal könnte zunehmen, und vielleicht entsteht eine Tendenz hin zu mehr Absicherung. Als verantwortlicher Arzt würde ich mich in jedem Fall absichern, würde sehr genau darauf achten, dass der psychische Befund adäquat beschrieben ist, alles korrekt dokumentiert ist. Und wenn es dann wirklich nicht anders geht, wenn wegen Fremd- und /oder Eigengefährdung die Fixierung notwendig ist, muss eine Richterin oder ein Richter die letztendliche Entscheidung treffen. Der Arbeitsaufwand für die Gerichte wird zunehmen. Vielleicht wird das Urteil auch dazu führen, dass man mehr Personal in der Klinik braucht. Denn entscheidet man sich gegen die hohen Hürden einer Fixierung, muss man ja trotzdem mit dem Patienten, der vielleicht extrem unruhig oder aggressiv ist, umgehen, und dafür braucht man dann entsprechend mehr Pflegekräfte.

### Wann bleibt in der Psychiatrie nur eine Fixierung als Ausweg?

Es gibt zum Beispiel Patienten mit einem akuten manischen Zustandsbild, die glauben, sie könnten fliegen, und wenn sie

fliegen, würden alle Menschen erleuchtet. Und deshalb haben sie den Drang, ständig aufs Klinikdach zu steigen, zu springen. Da bleibt dann im Grunde nur, sie zu fixieren. Genauso ist es bei einem Drogenabhängigen, der im Entzug um sich schlägt, beißt und tritt, oder bei einem schizophrenen Patienten, der Stimmen hört, die ihm womöglich befehlen, einen Kollegen oder gar die eigene Mutter zu töten. Solche Patienten sind eine Gefahr für sich selbst und andere. Medizinisch und rechtlich relevant ist immer die Eigen- und / oder die Fremdgefährdung.

### Welche Auswirkungen haben Fixierungen auf den Patienten?

Ich bin der Meinung, dass Fixierungen relativ wenig Schaden anrichten, wenn sie einhergehen mit einer angemessenen konsequenten medikamentösen Behandlung. Allerdings ist dies nicht immer möglich. Viele Patienten werden nicht oder zu wenig konsequent medikamentös therapiert, weil unterstellt wird, dass zum Beispiel Verhaltenstherapien ausreichend seien. Aus meiner Sicht ist das jedoch ein Trugschluss. Ich stelle immer wieder fest, dass Patienten, die ich so gut wie gar nicht medikamentös behandeln würde, etwa Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, psychopharmakologisch »übertherapiert« werden. Auf der anderen Seite ist man bei vielen Patienten, die von einer leitlinien-gerechten Behandlung inklusive Medikation profitieren würden, zum Beispiel bipolare oder schizophrene Patienten, viel zu vorsichtig mit dem Einsatz von Psychopharmaka.

## Pflegekräfte aus der Ferne

Die Bundesregierung bemüht sich um die faire und nachhaltige Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten. Hai Doan ist vor einem Jahr von Vietnam nach Deutschland gegangen, um sich zur Pflegefachkraft ausbilden zu lassen.

DAS BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM beschreibt die Pflege optimistisch als Wachstumsbranche. Das bedeutet, dass akut 36 000 Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege in Deutschland fehlen – ein Problem, das verschiedene Ursachen hat und deswegen auch nur mehrgleisig gelöst werden kann. Und muss. Denn die Prognosen sind noch finsterer.

Eine mögliche Lösung wird seit 2012 von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) sukzessive umgesetzt: Im Rahmen eines Modellprojekts werden in Vietnam Absolventen des Studiengangs Pflege angeworben, um nach intensiver Vorbereitung als Pflegefachkräfte in Deutschland zu arbeiten.

### Warum Vietnam?

Die Demografie der Sozialistischen Republik ist zweifellos einer der Gründe, warum die Wahl für das Modellprojekt auf Vietnam fiel. Der Anteil der 20- bis 64-Jährigen liegt zwar sowohl in Deutschland als auch in Vietnam bei ca. 60%. Doch wo Deutschland bekanntermaßen ein Nachwuchsproblem gegenüber einer erhöhten Lebenserwartung hat, gibt es in Vietnam gut dreimal mehr Kinder als Menschen über 65.

Hinzu kommen signifikante Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen. Obwohl sich Vietnam im wirtschaftlichen Aufschwung befindet, profitiert das Gesundheitssystem davon nur zögerlich. Auf 10 000 Menschen kommen gerade mal 15 Krankenhausbetten, in Deutschland sind es 61.

### In Vietnam ist Pflege Familiensache

Zudem hat Deutschland trotz akutem Mangel zehnmal mehr Pflegefachkräfte pro Kopf als Vietnam. Dennoch droht den jungen vietnamesischen Pflegerinnen und Pflegern nach dem Studium die Arbeitslosigkeit – rein rechnerisch besteht also ein Fachkräfteüberschuss. Das liegt einerseits am unterfinanzierten Gesundheitssystem, andererseits an einem anderen Pflegeverständnis: Pflege ist zu einem erheblichen Teil Familiensache. So wird selbst in den Krankenhäusern die Grundpflege nicht von Pflegekräf-

ten, sondern von Familienmitgliedern vorgenommen. Daher ist die Grundpflege (u. a. Körperpflege, Ernährung, Mobilisierung) auch nicht Gegenstand des Studiums.

### Lebensweg statt Urlaubsreise

Die Unterschiede in den Ausbildungen prägten auch die Projektkonzeption der GIZ: Das akademische rein theoretische Studium in Vietnam ist kaum zu vergleichen mit der dreijährigen Ausbildung in Deutschland, bei der die Praxis mehr als die Hälfte ausmacht. Daher absolvierten die 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die 2014 erstmalig im Rahmen des Projektes nach Deutschland kamen, eine verkürzte zweijährige Ausbildung zur Altenpflegefachkraft. Sie hatten zuvor in Hanoi 13 Monate Deutsch- und Phonetik-Unterricht, einen Monat Fachsprachenunterricht und ein interkulturelles Training bekommen. Doch der Druck der verkürzten Ausbildung erwies sich als zu hoch, denn auch Ankommen braucht seine Zeit. Die größte Herausforderung für die Auszubildenden blieb die Sprache. Die Verständigung mit Kollegen, Pflegebedürftigen und Patienten ist aber entscheidend. Und selbst wenn die Grammatik sitzt, erfordern die phonetischen Unterschiede der beiden Sprachen noch oft gegenseitiges Verständnis.

Für die zweite Gruppe, die 2015 ausreiste, umfasste die Ausbildung die regulären drei Jahre. Wie schon zuvor wurde der Sprachunterricht in Deutschland fortgesetzt, aber jetzt mit mehr Zeit. Um ein Visum zu bekommen, mussten die Auszubildenden nachweisen, dass sie nach ihrer Ankunft lernen werden, fließend Deutsch zu sprechen (Sprachniveau B2).

Hai Doan kommt aus der Großstadt Thanh Hóa am Fluss Ma. In Hanoi lernte er nicht nur 13 Monate lang Deutsch am Goethe-Institut, sondern erfuhr im interkulturellen Training auch allerhand über deutsche Sehenswürdigkeiten und Kartoffelsalat mit Würstchen, was sich tatsächlich besser mit Messer und Gabel essen lässt als mit Stäbchen.

Inzwischen ist Hai Doan seit gut einem Jahr Auszubildender am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main, hat



sich einen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem verschafft und ist längst im Klinikalltag angekommen. In der Woche vor Ausbildungsbeginn halfen GIZ-Regionalkoordinatoren Hai und 22 weiteren Vietnamesinnen und Vietnamesen, die mit ihm die Ausbildung begannen, bei den ersten Schritten des neuen Lebensabschnitts: Sie zeigten ihnen die nähere Umgebung, das Verkehrsnetz und die passende App dazu, halfen bei Behördengängen und der Eröffnung eines Kontos. Auch ein Abendessen mit »Äpfelwoi und Handkäs« gehörte zum Ankunftsprogramm.

Die Regionalkoordinatoren bleiben während des ersten Ausbildungsjahres Ansprechpersonen für die Azubis und die Einrichtungen. Denn auch diese sind für interkulturelle Unterstützung dankbar.

### Klinikalltag zwischen Sprachbarriere und Heimweh

Hai Doans Alltag unterscheidet sich kaum von dem deutscher Pflegekräfte im zweiten Ausbildungsjahr: Die Frühshift beginnt mit der Übergabe, dem Messen von Vitalzeichen, der Körperpflege, der Verteilung des Essens, Dokumentation, Pneumonie- und Thromboseprophylaxe – je einen Monat Theorie an der Agnes-Karll-Krankenpflegeschule und Praxis am Krankenhaus Nordwest.

#### Deutsch lernen und sprechen ist schwer

Dass die Sprache die größte Hürde für seine berufliche Zukunft in Deutschland ist, dessen ist sich Hai Doan bewusst und wünscht sich daher auch, dass der Deutschkurs im zweiten Ausbildungsjahr fortgesetzt wird. Nicht immer haben Patienten, aber auch Kolleginnen und Kollegen die Geduld, sich sprachlich auf ihn einzulassen. Das ist schade, weil die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten zu den schönsten Aufgaben für Hai gehören. Er nimmt dafür gern auch Hände und Füße zur Hilfe und freut sich, wenn er damit jemanden zum Lachen bringt.

Natürlich habe er manchmal Heimweh, gesteht Hai. Dann hilft der Kontakt zur Familie per Skype und Facebook, aber auch der Austausch mit vietnamesischen Kollegen vor Ort, die diese Erfahrung teilen. Sie kochen dann gemeinsam vietnamesisch, backen aber auch schon mal einen deutschen Kuchen.

### Faire Rahmenbedingungen weltweit

Das Modellprojekt in seiner jetzigen Form, also mit finanzieller Förderung des BMWi, neigt sich bereits dem Ende zu. In der letzten Projektphase haben im Herbst 2018 nochmal 70 Vietnamesinnen und Vietnamesen eine Ausbildung zur Fachkraft für Krankenpflege begonnen. Damit wurde der Grundstein dafür gelegt, dass anschließend Einrichtungsträger selbstständig Pflegekräfte in Vietnam anwerben können, voraussichtlich weiterhin mit der koordinativen Unterstützung der GIZ. Die Einrichtungen verpflichten sich, Sprachkurse, sämtliche Reisekosten und eine angemessene Ausbildungsvergütung zu finanzieren. Die Vergütung muss sich am Tarif des Öffentlichen Dienstes messen und es dürfen davon nicht mehr als 300 Euro für Miete abgehen. Vermittlungsgebühren entfallen grundsätzlich.

Diese Kriterien haben das BMWi und das vietnamesische Ministerium für Arbeit, Invalide und Soziale Angelegenheiten (MO LISA) in der Absichtserklärung »Für eine faire Gewinnung von vietnamesischen Fachkräften« festgeschrieben. Die vietnamesische Regierung fördert so die Qualifikation im Ausland und hofft auf den Rückfluss von Fachwissen und Geld. Die Absichtserklärung orientiert sich am Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gewinnung von Gesundheitsfachkräften. Der Kodex bemüht sich um ein komplexes Gleichgewicht: Die Pflegekräfte sollen möglichst frei entscheiden können, wo sie arbeiten. Zudem muss jedoch auch abgewogen werden zwischen den Interessen der Herkunftsländer und jenen zahlreichen Ländern, die wie Deutschland aus demografischen Gründen im Ausland Pflegekräfte rekrutieren. Der Kodex zeugt also auch von einem weltweit härter werdenden Wettbewerb um qualifiziertes Gesundheitspersonal. Deutschland hat in den letzten sechs Jahren etwa 2500 Pflegekräfte aus Nicht-EU-Staaten angeworben.

Hai Doan kann sich gut vorstellen, nach Abschluss der Ausbildung in Frankfurt zu bleiben. Vielleicht kommt auch München infrage – immerhin ist er Fan des FC Bayern München und auch am Oktoberfest hat der angehende Krankenpfleger schon Gefallen gefunden.



Diana Arnold ist Online-Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.  
diana.arnold@mdk-sachsen.de

## Lesen und Schreiben fördern – der Gesundheit zuliebe

Allein in Deutschland gibt es mehr als 7,5 Millionen funktionale Analphabeten. Sie können Texte nur schwer oder gar nicht lesen und haben Probleme, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Der AOK-Bundesverband und die Stiftung Lesen haben daher das Projekt *HEAL – Health Literacy im Kontext von Alphabetisierung und Grundbildung* gestartet.

IM FOKUS VON HEAL stehen Menschen mit Grundbildungsbedarf – vor allem im Lesen und Schreiben. Das Kooperationsprojekt schafft Grundlagen, wie die Bereiche Alphabetisierung, Grundbildung und Gesundheit wirkungsvoll miteinander verzahnt werden können, um die Situation für funktionale Analphabeten zu verbessern. »Gesund bleiben und gesund werden sind zwei der zentralen Herausforderungen, die uns unser gesamtes Leben lang begleiten und denen wir uns immer wieder stellen müssen. Aber die entsprechenden Gesundheitsinformationen zu finden, sie zu verstehen, zu bewerten und auf die eigene Situation zu übertragen und danach zu handeln, fällt vielen Menschen in Deutschland schwer«, betont Dr. Kai Kolpatzik, Leiter Prävention beim AOK-Bundesverband.

Um das zu ändern, haben Experten und Akteure aus Gesundheits- und Bildungswesen, -politik, Wissenschaft und Medien bei zwei Fachtagungen zentrale Handlungsfelder der Alphabetisierung und Grundbildung diskutiert. »Die erste

Tagung im Mai 2018 fokussierte die bildungspolitische Relevanz des Themas Gesundheit und die herausragende Stellung von Gesundheitskompetenz.

### Gemeinsam Lösungen entwickeln

Im Mittelpunkt stand somit das Thema Health Literacy«, erläutert Kolpatzik. »Die Tagung hat gezeigt, wie groß tatsächlich der Bedarf ist und dass enorme Chancen darin liegen, Grundbildungs- und Gesundheitswesen stärker zu vernetzen«, fügt Dr. Simone C. Ehmig, Projektleiterin der Stiftung Lesen, hinzu. Die zweite Tagung im November 2018 beleuchtete den spezifischeren Bereich Food Literacy als zentralen Aspekt von Health Literacy.

### Von der Motivation zum Lernerfolg

Neben den Experten sind auch Betroffene am Projekt HEAL beteiligt. »Dazu diskutieren wir Erfahrungen, Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten mit Menschen, die ein-

geschränkte Lese- und Schreibfähigkeiten haben, sowie mit chronisch kranken Menschen mit geringer Grundbildung«, sagt Simone Ehmig und ergänzt: »Beim Projekt geht es stark um die Motivation und den Lebensweltbezug der Betroffenen.« Ein möglicher Lösungsansatz: »Das Bundeszentrum für Ernährung hat didaktische Materialien entwickelt, die unter dem Titel *Buchstäblich fit* in Alphabetisierungskursen eingesetzt werden. Dabei lernen die Erwachsenen einerseits Grundlagen gesunder Ernährung, erfahren viel über Lebensmittel und ihre Zubereitung. Andererseits lernen sie am Beispiel dieser Themen besser lesen und schreiben. In der Kombination liegt hier ein Schlüssel zur Motivation und zum Lernerfolg«, meint Ehmig.

Doch wie kommt es dazu, dass eine Person nicht richtig lesen und schreiben gelernt hat? Die Ursachen sind vielschichtig. Nicht selten wachsen Analphabeten in schwierigen familiären und sozialen Verhältnissen auf: Wenig Lernunterstützung von den Eltern kann den Lese- und Schreibwerb ebenso erschweren wie mangelnde Förderung in der Schule.

### Ursachen und Hilfen

Darüber hinaus gibt es medizinische Ursachen und Gründe, zum Beispiel wenn Seh- oder Hörschwierigkeiten (zu) spät erkannt werden oder das Lernen durch längere Krankheitsphasen unterbrochen wird. Ebenso können geistige Behinderung oder chronische Erkrankungen Lese- und Schreibschwächen begründen. Mitunter spielen persönliche Aspekte, wie ein geringes Selbstvertrauen, eine Rolle. Selten angewandt, können Lese- und Schreibkenntnisse sogar wieder verlernt werden. Auch kulturelle Faktoren, beispielsweise geringe Deutschkenntnisse als Folge von Migration, begünstigen mitunter die Entstehung von Analphabetismus. Für Betroffene gibt es verschiedene Anlaufstellen, beispielsweise Kurse bei Volkshochschulen oder Lernpor-



tale im Internet. Deutschlandweit setzt sich der Bundesverband Alphabetisierung und Grundbildung e.V. unter anderem mit dem Alfa-Telefon dafür ein, Lesen und Schreiben von Erwachsenen zu fördern. »Wir bieten mit dem Alfa-Telefon kostenlose und anonyme Beratung für Menschen mit rudimentären Lese- und Schreibkenntnissen. Darüber hinaus stehen wir auch Angehörigen, Ärzten, Apothekern und vielen anderen Berufsgruppen des sozialen Umfelds zur Verfügung«, betont Ralf Häder, Geschäftsführer des Bundesverbandes.

### An Grenzen stoßen

Dass es trotz bestehender Angebote einen hohen Förderbedarf gibt, zeigt allein der Alltag vieler Betroffener. Sie stoßen ständig an ihre Grenzen: beim Einkauf, beim Besuch von Ämtern, im Kino, im Verein. Oftmals vermeiden sie Situationen, in denen Schriftsprachenkompetenzen gefordert sind. Stattdessen übertragen sie schriftliche Aufgaben an vertraute Personen, bitten zum Beispiel Freunde Formulare auszufüllen. Sie weichen plötzlich von einem Thema ab und täuschen so über ihre Schwierigkeiten hinweg. Typische Ausflüchte lauten dann mitunter so: »Ich habe meine Brille vergessen« oder »Ich habe mir die Hand verstaucht.«

Für viele Menschen mit Leseschreibschwäche ist das komplexe Gesundheitssystem hierzulande eine besondere Herausforderung. Nicht selten gehen sie aus Unsicherheit zwar häufiger zum Arzt oder ins Krankenhaus, nehmen notwendige Früherkennungsuntersuchungen bzw. Präventionsangebote jedoch seltener wahr.

Insgesamt fällt es ihnen schwerer, Informationen zum Beispiel zu gesunder Ernährung, regelmäßiger Bewegung und zielgerichteter Entspannung in der Gänze zu verstehen und umzusetzen. Beispielsweise haben sie Schwierigkeiten, Inhaltsstoffe von Lebensmitteln zu erfassen und Unverträglichkeiten zu erkennen. Da sie häufig auch den Beipackzettel kaum oder gar nicht verstehen können, riskieren sie, dass sie Medikamente falsch einnehmen und damit Notfälle und Nebenwirkungen auslösen.

Umso wichtiger ist es aus Sicht der Kooperationspartner von HEAL, Strukturen zu verändern und neue Hilfsangebote zu entwickeln, um Betroffenen zu helfen und sie zum Lesen- und Schreiben-Lernen zu motivieren.

### Gesamtgesellschaftlicher Auftrag

Fest steht: Eine niedrige Gesundheitskompetenz belastet nicht nur den Einzelnen, sondern verursacht auch hohe Kosten für die Solidargemeinschaft: »Schätzungen der WHO zufolge werden drei bis fünf Prozent aller Gesundheitskosten durch eine mangelnde Gesundheitskompetenz verursacht. Für Deutschland bedeutet dies eine Summe von etwa 10 bis 17 Milliarden Euro. Dies sind Kosten, die beispielsweise durch eine höhere Inanspruchnahme von medizinischen Notfalldiensten oder eine höhere Rate an Krankenhausaufnahmen verursacht sind, aber sich auch in einer geringeren Inanspruchnahme von Angeboten zur Früherkennung widerspiegeln«, weiß Kai Kolpatzik.

ÄOK und Stiftung Lesen sind sich einig: »Eine Verbesserung der Ausgangslage kann nur erzielt werden, wenn auch die Politik notwendige Voraussetzungen schafft«, meint Kolpatzik. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung habe den Ball bereits aufgenommen und fördere das Projekt HEAL im Rahmen der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung.

»Gesundheitsrelevante Themen und Fragen der Gesundheitskompetenz bieten ein ideales Umfeld, das für Alphabetisierung und Grundbildung genutzt werden kann und nachhaltige Effekte für den Gesundheitsbereich selbst erwarten lässt. Das Gesundheitssystem bietet wiederum eine Infrastruktur, in der Maßnahmen der Alphabetisierung und Grundbildung zielgerichtet eingesetzt werden können«, ergänzt der Präventionsexperte. ÄOK und Stiftung Lesen werden bis zum Frühjahr 2019 konkrete Handlungsoptionen entwickeln, wie Gesundheitskompetenz durch Schriftsprachenkompetenz gefördert werden kann.

**Politik muss Voraussetzungen schaffen**

### **Es gibt auch medizinische Ursachen**



Susanne Schulte-Mausbeck ist Redakteurin beim MDS.  
s.schulte-mausbeck@mds-ev.de

## Mehr Wohnvielfalt im Alter

Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen können eine wirkliche Alternative zur regulären stationären und ambulanten Versorgung bieten – das ist das zentrale Ergebnis des wissenschaftlichen Modellprogramms »Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen«.

AUFGRUND DER demografischen Entwicklung steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen seit Jahren kontinuierlich an – eine Entwicklung, die sich Prognosen zufolge in den kommenden Jahren noch weiter verschärfen wird. Die Betroffenen wünschen sich in der überwiegenden Mehrheit, trotz Pflegebedürftigkeit möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden verbleiben und ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können. Wo Angehörige die häusliche Pflege nicht übernehmen können, sei es aus beruflichen Gründen oder weil sie beispielsweise in einer anderen Stadt leben, sind Alternativlösungen gefragt.

Neue Wohnformen im Alter jenseits der stationären Pflege haben deshalb gesellschaftlich und gesundheitspolitisch in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Ob selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnformen, Mehrgenerationenwohnprojekte, betreutes Wohnen, ambulante Pflegewohn- und Hausgemeinschaften oder integrierte Quartierskonzepte: Das Spektrum an neuen Wohnformen ist groß. Doch nicht immer sind die Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote auf die Wünsche der Pflegebedürftigen abgestimmt, nicht immer ist die Qualität der Angebote gesichert. »Die Bedürfnisse der Menschen, wie sie im Alter leben möchten, sind unterschiedlich. Dementsprechend vielseitig ist auch das Angebot«, erklärt Dr. Eckart Schnabel, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung

### Von Wohngemeinschaften bis zu Quartierskonzepten

beim GKV-Spitzenverband. Doch bislang habe es kaum belastbare Zahlen zu den verschiedenen Wohnformen und ihrer Qualität gegeben. Das im Oktober beendete Modellprogramm »Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen« sei die bislang umfassendste wissenschaftliche Bewertung von neuen Wohnformen für Pflegebedürftige in ganz Deutschland.

### Versorgungslandschaft darstellen

Der Gesetzgeber hatte mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) dem GKV-Spitzenverband den Auftrag erteilt, im Rahmen eines mit zehn Millionen Euro geförderten Modellprogramms verschiedene neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich gestützt zu evaluieren. »Ziel war es, einerseits die Vielfalt der Versorgungslandschaft in den Blick zu nehmen und andererseits Wohnprojekte nach klaren Qualitätskriterien wissenschaftlich zu evaluieren«, so Schnabel.

Aus über 220 Bewerbungen wurden letztlich 53 Projekte aus ganz Deutschland für das Modellprogramm ausgewählt. Maßgeblich für die Auswahl der Projekte war, dass sie eine Alternative zur regulären vollstationären Versorgung darstellen und neue Wege aufzeigen, wie ein weitgehend selbstbestimmtes Leben vor dem Hintergrund unterschiedlicher Pflegebedarfe möglich ist.

Den Auftrag zur Evaluierung erteilte der GKV-Spitzenverband der Prognos AG und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Untersucht wurde, wie die Projekte die Interessen der Bewohner berücksichtigen und wie ihre Qualität, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit zu bewerten ist. Diese Qualitätskriterien sollten aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden – also aus Sicht der Träger, der Nutzer, der Angehörigen, der Mitarbeitenden, der bürgerschaftlich Engagierten (zum Beispiel Nachbarn) und der lokalen Akteure.

### Hohe Zufriedenheitswerte

Die nun vorgelegten Ergebnisse zeigen, dass die Projekte im hohen Maße den Bedürfnissen der Bewohner entsprechen. 94,6% der Bewohner gaben an, mit ihrer jeweiligen Wohnqualität ganz oder weitgehend zufrieden zu sein. Bei der Qualität von Alltagshilfen wie Wohnungsreinigung oder



Einkaufshilfen lag dieser Wert bei 93,2% und mit der Pflegequalität waren 93,9% der Befragten ganz oder weitgehend zufrieden. Die Angehörigen gaben sogar zu 100% an, dass sie sich sowohl bei Pflege und Betreuung als auch bei der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit entlastet fühlen. Auch die Sicherung der Notfallversorgung und die Unterstützung der Angehörigen im Alltag zeigten noch Werte jenseits der 95-Prozent-Marke. »Nutzer und Angehörige schätzen die hohe Versorgungssicherheit und die vielfältigen Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung«, sagt Schnabel. Natürlich gebe es auch Verbesserungspotenzial, etwa wenn es um die soziale Einbindung der Betroffenen geht. Schnabel: »Diesen Punkt sollte man nicht aus dem Blick verlieren.«

Ein anderer Kritikpunkt betrifft die Kosten der Projekte. So gab immerhin ein knappes Viertel (24,3%) der Bewohner an, mit den Wohnkosten nicht zufrieden zu sein. Die Auswertung des Modellprogramms habe gezeigt, dass die Kosten

### Viele ambulante Wohnformen sind zu teuer

bei den untersuchten ambulanten Wohnformen – wenn auch nur knapp – oberhalb der Kosten von stationären Wohnformen liegen, so Schnabel. Deshalb müsse die Kostendynamik bei den alternativen Wohnformen weiterhin beobachtet werden – gerade vor dem Hintergrund, dass sich die untersuchten alternativen Wohnformen an alle Menschen richteten und nicht nur an Menschen mit höherem Einkommen oder höherer Rente. Insbesondere sei es wichtig, das Verhältnis von Kosten und Qualität transparenter zu machen, macht der Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband deutlich.

### Qualität sichern

Auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) spielen Qualitätsaspekte bei den neuen Wohnformen eine wichtige Rolle. Zwar sei die Tatsache, dass es jetzt so viele verschiedene Wohnformen gebe, zunächst einmal zu begrüßen, erklärt Dr. Andrea Kimmel, Seniorberaterin im Team Pflege beim MDS. Doch diese Heterogenität habe auch ihre Schattenseiten. »Die heutige Vielzahl an Angeboten macht es schwer, einen Überblick zu behalten. Es drängt sich jedoch zunehmend der Eindruck auf, dass es auf dem Markt auch immer mehr professionell

organisierte ambulante Wohnformen gibt, die keinerlei Qualitätssicherung unterliegen«, so Kimmel weiter. Denn die ursprünglich vom Gesetzgeber mit dem PNG geförderten neuen Wohnformen waren zunächst quasi ausschließlich eine selbstorganisierte Pflege, bei der sich Betroffene zusammengeschlossen hatten, um ihre Pflege zum Beispiel in einer Wohngemeinschaft zu regeln. Für solche Pflege-Wohngemeinschaften galten logischerweise nicht die gleichen Qualitätssicherungskriterien wie für andere Formen der stationären oder ambulanten Pflege. Doch auf einem Pflegemarkt, auf dem die ambulanten Wohnformen zunehmend anbieterorganisiert seien, müsse die Frage der Qualitätssicherung nochmal ganz neu gestellt werden. Kimmel: »Wir finden heute beispielsweise immer mehr Intensivpflege- und Beatmungs-Wohngemeinschaften auf dem Markt, die von professionellen Anbietern organisiert werden. Für die Anbieter ist diese Wohnform aus finanziellen Gründen attraktiv.« Es müsse hier grundsätzlich die Frage gestellt werden, ob diese Versorgungsform die richtige sei.

Die endgültigen Ergebnisse des Modellprogramms veröffentlicht der GKV-Spitzenverband in Form eines Abschlussberichtes bis Ende des Jahres. Zusätzlich wird das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) bis Frühjahr 2019 auf der Grundlage der Ergebnisse eine Arbeitshilfe erstellen, um Interessierten praktische Hilfestellungen bei der Umsetzung von künftigen Projekten zu geben. Es bleibt abzuwarten, ob sich das jetzt abgelaufene Modellprogramm in seinem Abschlussbericht damit auseinandersetzt, inwieweit die vergleichsweise hohen Kosten auch durch gesetzgeberische Schlupflöcher zu erklären sind.



Otmar Müller ist gesundheitspolitischer Fachjournalist und betreibt in Köln ein Medienbüro mit den Schwerpunktthemen Gesundheit und Gesundheitspolitik. [mail@otmar-mueller.de](mailto:mail@otmar-mueller.de)

## Mit allen Sinnen gesunden

Neue Erkenntnisse aus Naturwissenschaften und Psychologie belegen: Sinnliche Wahrnehmung und seelische Bedürfnisse tragen erheblich zur Genesung von Patienten bei. Architektur und Interieur von Krankenhäusern und Pflegeheimen können besser auf die Bedürfnisse ihrer Nutzer zugeschnitten werden, als das bislang üblich ist.

ES SIND NICHT ALLEIN die Mediziner, die ihren Patienten helfen, durch Medikamente oder operative Eingriffe wieder gesund zu werden. Auch die räumliche Umgebung kann erheblich dazu beitragen. Die oft unbewusste sinnliche Wahrnehmung samt der Psyche spielt eine zentrale Rolle für das Wohlergehen von Menschen – und damit auch für erfolgreiche Genesung. Bei der Planung im Gesundheitswesen kommt es nicht nur darauf an, sich mit der Theorie der Architekturlehre, Gebäuden und Materialien auszukennen, sondern sich vor allem mit den Bedürfnissen derer auseinanderzusetzen, die sich darin bewegen. So können Architektur und Inneneinrichtung aus Krankenhäusern im Wortsinn Gesundheitshäuser machen.

### Räume wirken über die Sinne

»Es gibt nachweisbar Gebäude, aus denen Patienten früher geheilt entlassen werden als aus traditionellen Einrichtungen«, sagt Marc Rehle, Geschäftsführer des Münchener Architekturbüros RRP, das auf Projekte im Gesundheitswesen spezialisiert ist. »Den Heilungseffekt kann man durch Einsatz aktueller naturwissenschaftlicher Erkenntnisse forcieren, die Auswirkungen sind statistisch nachgewiesen.« Räume wirken über unsere Sinne: Sehen, Hören, Tasten, Riechen, Spüren. »Festgestellt wurde dies oft über die Arbeitsmedizin, die Rahmenbedingungen für erhöhte Arbeitsplatzeffektivität untersucht«, so Rehle. »Diese Ergebnisse können auf die Aufenthaltsräume von Kliniken übertragen werden.«

Das Wohlbefinden fängt beim Klima an, etwa dem Luftaustausch, bei dem Zugerscheinungen vermieden werden sollten. Bei Fensterlüftung ist das jedoch unvermeidbar. Die Lösung: eine kontrollierte mechanische Lüftung. Frischluft kommt über Deckenschlitze permanent und kaum spürbar ins Zimmer. Die verbrauchte Luft wird über die Nasszelle wieder abgeblasen. Diese Technik wird bei Neubauten der letzten 15 Jahre eingesetzt. Auch die Akustik ist ein erheblicher Faktor, von piepsenden Überwachungsmaschinen bis hin zum nächtlichen Klackern der Absätze auf dem Linole-

um, das Patienten den Schlaf raubt. »Gelochte oder weiche Oberflächen können den Schallpegel zwar senken«, erläutert Rehle, »doch leider kollidiert dies oft mit Forderungen der Hygiene und der Reinigungsfreundlichkeit, wofür glatte Oberflächen nötig sind.«

### Im richtigen Lichtrhythmus

Kaum genug kann es hingegen an natürlichem Tageslicht geben: »Es beschert uns einen Dopamin-Schub«, sagt Herbert Plischke, »und beugt so auch Depressionen vor.« Der Professor an der Hochschule München forscht im Fachgebiet Licht und Gesundheit. Vor rund 20 Jahren entdeckten Wissenschaftler Fotorezeptoren in der Netzhaut des Auges, die nicht dem Sehen dienen, sondern die innere Uhr jedes Menschen beeinflussen. Nachts wird im Körper Melatonin erzeugt, das den menschlichen Tag-Nacht-Rhythmus steuert. »Das Hormon macht müde, Körperfunktionen werden dadurch heruntergefahren, so dass man gut schlafen kann«, erklärt Plischke. »In dieser Phase schüttet der Körper Wachstumshormone aus, die nachts Zellen reparieren.« Licht mit hohem Blauanteil, wie wir es am Morgen erleben, lässt den Melatoninpegel schnell sinken. Wir werden wach und für die nächsten Stunden aktiviert. Enthält Licht eher Rotanteile, wie es ab spätnachmittags bei natürlichem Licht der Fall ist, wird die Produktion des Hormons nicht mehr gehemmt – man wird hormonell auf die Nacht vorbereitet.

Längst rücken Konzepte für Beleuchtungen in den Fokus, die mit Tages- wie Kunstlicht arbeiten und die biodynamische Wirkung bewusst nutzen. »In Seniorenheimen zum Beispiel werden die Vorteile direkt deutlich und finanziell spürbar«, sagt Plischke. Weniger Stürze und eine bessere Schlafqualität reduzierten die Kosten für die Betreiber. »Und in Kliniken ist es erwiesen, dass sich Patienten in Räumen mit viel Tageslicht – natürlich oder künstlich ergänzt – schneller erholen.«



## Raum im Kopf

Auch die Psychologie untersucht, wie Räume auf Menschen wirken. »Architekturpsychologische Studien belegen, dass sich die Raumwahrnehmung in Abhängigkeit von Gemütszustand und Körperbefinden verändert«, berichtet Tanja C. Vollmer. »Krebspatienten etwa nehmen, anders als ihre gesunden Angehörigen, Räume, denen bestimmte Gestaltungsqualitäten fehlen, als unangenehm eng und überfüllt wahr.« Die leitende Architekturpsychologin an der TU Berlin hat mit ihrem Büro kopvol architecture & psychology das Architekturkonzept der neuen Kinder- und Jugendklinik der Uni Freiburg entworfen. Dort gibt es nun auf einer Fläche von rund 600 Quadratmetern familienzentrierte Bereiche: Wohlfühlraum für soziale Interaktion, der die Genesung der Kinder unterstützt und Nebenwirkungen reduziert.

Die Nutzerworkshops im Vorfeld der Bauplanung waren für alle eine große Herausforderung. Denn um diesen Platz zu gewinnen, mussten alle Beteiligten zunächst benennen, auf welche Räume hier und dort verzichtet werden kann. »Danach wurden die verbleibenden Räume durch eine andere Brille betrachtet, zentriert und entlang den Bedürfnissen – anstatt dem Bedarf – neu modelliert«, berichtet Vollmer. »Platz im Gebäude ist in der Regel vorhanden, im Kopf muss er meist erst geschaffen werden.« Bei solch einem Projekt gelte es, alle Beteiligten an einen Tisch zu bekommen und zu überlegen: Was brauchen und wollen wir, um wirksame Architektur zu machen?

Konzepte der *Healing Architecture* beziehungsweise des *Healing Environment* beschränken sich nicht auf die Patientenzimmer, sondern können sich über sämtliche Bereiche

eines Gebäudes erstrecken. Nicht zuletzt in Wartebereichen von Kliniken besteht großer Handlungsbedarf. Warten stresst Menschen. Erst recht, wenn

## Mehr Geborgenheit und Orientierung

sie körperliche Beschwerden haben und vielleicht ein Ergebnis erwarten, das ihr künftiges Leben definiert. »Dann wünscht man sich einen Rückzugsraum, der trotz dieser unangenehmen Situation Sicherheit und Geborgenheit vermittelt – ohne den Eindruck, vergessen zu werden, natürlich!«, so Vollmer. Stattdessen saßen Patienten meist auf irgendeinem Gang vor dem Besprechungszimmer. »Wenn räumliche Situationen jedoch Stress verstärken, steigert dies die körperlichen Beschwerden und senkt die Aufmerksamkeit für wichtige Informationen seitens des Arztes. Das wiederum

steigert den psychosozialen Stress und mündet in einen Teufelskreis der Verschlimmerung ...«

## Bunte Orientierung

Auch ohne grundsätzlich umzustrukturieren, können Krankenhäuser und Pflegeheime viel tun, was das Wohlbefinden der Menschen darin fördert. Wichtig ist gute Orientierung in einem Gebäude. Eindeutige und ansprechende Piktogramme wirken hier ebenso wie eine entsprechende Farbgebung verschiedener Bereiche. Diese wurden etwa kürzlich bei der Sanierung des Bettenhauses in der Charité umgesetzt: Großflächige Leitfarben geben schnelle Orientierungshilfe an den Aufzügen, in den Fluren und Bettenzimmern. »Farbe prägt darüber hinaus auch die Stimmung in Räumen stark«, sagt die Kölner Innenarchitektin Sylvia Leydecker, deren Büro 100% interior sich auf Healthcare spezialisiert hat. »Ars Cosmetica bewirkt schon ohne großen Aufwand viel, optisch und damit auch für das Wohlbefinden.« Welche Farben wie wirken, ist auch kulturell bedingt. »Bestimmte Braun-, Petrol- und Violetttöne sind in den USA sehr beliebt, würden in Europa aber Befremden hervorrufen«, so Leydecker.

Sie hat bei ihrer Arbeit nicht nur die Patienten im Blick, sondern auch die Angehörigen, die dann vielleicht häufiger zu Besuch kommen und dadurch auch das Pflegepersonal entlasten. »In noch viel größerem Maße profitieren wohl das Pflegepersonal und die Ärzte selbst von gut gestalteten Räumen«, so die Innenarchitektin. »Schließlich sind sie, im Unterschied zu den meisten Patienten, für viele Jahre jeden Tag in den Häusern.«



Lars Klaaßen arbeitet als freier Journalist und Autor in Berlin.  
klaassen@medienbuero-mitte.de

## Neue Heimat – ein Haus für Senioren in Armenien

Die meisten Reisenden kommen von der Hauptstadt Jerewan aus dem Süden nach Gjumri. Die Stadt liegt im Nordwesten des kleinen kaukasischen Staates, nahe der türkischen und georgischen Grenze. Unter den Folgen des verheerenden Erdbebens 1988 leiden vor allem die alten Menschen. Ein Architekt aus Düsseldorf hat für sie ein Seniorenhaus gebaut, ein Novum in dem Land.

ES IST EINE breite Straße aus Betonplatten mit großen Fugen eilig zusammengefügt, die schnurgrade nach Gjumri hineinführt. Links und rechts wird sie gesäumt von leeren, eingefallenen Gebäudekomplexen. Hinter den bröckelnden Fassaden erstrecken sich riesige übereinandergestürzte Betontrümmer, moosbewachsen. Dazwischen schnell hochgezogene, farblose mehrstöckige Wohnhausblocks. Und zwischendurch: Immer wieder der schwarze Basaltstein, mit dem das alte Gjumri gebaut war.

### Seit dem Erdbeben ohne Infrastruktur

Dreißig Jahre sind seit dem großen Erdbeben vergangen und seine Folgen prägen noch immer das Leben der Menschen. Es war der 7. Dezember 1988, als ein Beben mit ungeheuerlichen Ausmaßen den Norden Armeniens erschütterte: Mindestens 26 000 Menschen kamen ums Leben. Es gab über 30 000 Verletzte. Eine halbe Million Menschen verloren ihre Wohnungen und wurden obdachlos. Die gesamte Infrastruktur, Krankenhäuser, Schulen und Arbeitsplätze gingen verloren. Hinzu kam der Zerfall der Sowjetunion wenige Jahre danach. Der Landstrich hat sich seitdem nicht mehr erholt. Der Norden ist eine der ärmsten Regionen Armeniens.

### Ohne Hab und Gut und Obdach

Als Provisorium wurde die Bevölkerung nach dem Erdbeben in einfachen Wohncontainern aus Metall untergebracht. Sie sind in Gjumri bis heute allgegenwärtig. Die winzigen, ovalen, verrosteten Blechcontainer stehen überall verstreut an den Straßenrändern. Dort und in den Ruinen leben weiterhin Tausende von Menschen – im Sommer bei bis zu 45 Grad und im Winter bei bis zu minus 40 Grad.

»Besonders betroffen von dieser Situation sind die älteren Menschen. Die jungen Leute ziehen weg aus der Stadt,

um Arbeit zu suchen. Zurück bleiben die Alten«, sagt Albert Sevinc. »Sie müssen dort ihre letzten Jahre verbringen und werden nicht wirklich wahrgenommen. Ich möchte dazu beitragen, diese Situation zu ändern.«

### Hilfe aus Düsseldorf

Albert Sevinc ist ein erfolgreicher Architekt aus Düsseldorf. Seine Mutter ist Armenierin, sein Vater war Aramäer und so unterhält er seit Jahren intensive Kontakte nach Armenien. Vor einigen Jahren gründete Sevinc eine Stiftung, mit der er sich für verbesserte Lebensbedingungen von notleidenden Menschen einsetzen möchte, insbesondere in der Stadt Gjumri.

Tatsächlich sind die älteren Menschen dort eine der schwächsten Bevölkerungsgruppen. Viele von ihnen haben ihre Familienangehörigen durch das Erdbeben verloren. Durch die Auswanderung der jungen Menschen wächst die Zahl der Alten, die sich selbst überlassen sind. Einrichtungen für Senioren gibt es nur vereinzelt und sind nicht mit deutschem Standard vergleichbar. Mit staatlicher Unterstützung ist nicht zu rechnen, denn ein funktionierendes Sozialsystem ist quasi nicht vorhanden.

Albert Sevinc schaute sich die Gebäude in der Stadt an. Doch schnell war für ihn klar, dass sie sich für seine Idee nicht eignen. »Ich bin ein Mann der Tat«, sagt er über sich selbst. Kurzerhand kaufte er ein Grundstück bei Gjumri und entwarf selbst einen Gebäudekomplex für Senioren. Es sind drei gleich gebaute, ebenerdige, langgestreckte Häuser mit flachen Satteldächern, die im Halbrund angeordnet sind. Im Sommer 2018 konnten die ersten Bewohnerinnen und Bewohner einziehen.

**4300 Kilometer  
von Düsseldorf nach  
Gjumri**



### Ein neues Zuhause für Senioren

Etwa 14 Personen finden in einem Haus Platz. Die Mitte des Gebäudes besteht jeweils aus einem hellen, großen, wohnlichen Gemeinschaftsraum, von dem zwei Flure zu den Zimmern abgehen. Integriert in den großen Raum ist eine großzügige Küchenzeile. Gerade wird das Mittagessen vorbereitet und zwei Bewohnerinnen schnippeln eifrig mit einer jungen Frau Gemüse. Am großen Holztisch gegenüber schauen zwei weitere Bewohnerinnen interessiert zu. Durch die Fensterfront und die Flügeltüren zum Garten öffnet sich ein atemberaubender Blick auf die schneebedeckten Gipfel des Aragats-Massivs, mit über 4000 Metern die höchsten Berge Armeniens.

Zu Beginn hat das Team von Sevinc vor Ort besonders bedürftige Senioren in Gjumri angesprochen und ihnen angeboten, in eines der Häuser zu ziehen. »Am Anfang waren die Menschen dem Projekt gegenüber durchaus skeptisch«, sagt Sevinc. »Private Seniorenhäuser kennt man hier nicht.« Doch nach der Eröffnung habe sich das neue Angebot schnell in der Stadt herumgesprochen. »Jetzt gibt es eine lange Warteliste.« Den Bau und sämtliche laufenden Kosten übernimmt vollständig die Stiftung von Albert Sevinc.

### Küche ist das Zentrum

Sofia ist vor kurzem eingezogen. Sie wohnte zuvor alleine in einem der Wohncontainer. Ihre Beine wollten nicht mehr so richtig, berichtet die alte Frau. Gerade im Winter sei sie darauf angewiesen gewesen, dass Nachbarn ihr Lebensmittel und Holz zum Heizen gebracht hätten. Hier sei jetzt alles anders. Vor allem das Kochen und das gemeinsame Singen gefalle ihr, sagt sie. »Das Essen mit der Familie, der Verwandtschaft und mit Freunden spielt in Armenien eine große Rolle«, erklärt Sevinc. »Deshalb sind die Küche und der große Esstisch das Zentrum des Hauses. Hier ist immer etwas los.« Gekocht wird jeden Tag frisch vor Ort von einer Köchin, aber die Bewohner können jederzeit mitmachen. Im Sommer wird auf der Terrasse ein langer Tisch aufgestellt und alle sitzen zum Essen zusammen draußen. Zu den Häusern gehört ein großer Garten. Dort sollen auch mit Unterstützung der Senioren künftig Gemüse, Obst und Kräuter angebaut werden. Milch gibt es vom Hof gleich nebenan. So wird das Seniorenheim auch zum Arbeitgeber und zum Kunden in den Geschäften der Umgebung.

### Generationentreff mit viel Musik

Sevincs Pläne gehen noch weiter: Musik hat in Armenien eine große Tradition und sie kann Jung und Alt verbinden. Deshalb ist die Außenanlage im Halbrund mit großen Stufen angelegt, ähnlich einem Amphitheater. Hier werden im Sommer Konzerte stattfinden, zu denen auch die Leute aus der Stadt kommen können. Jugendliche erhalten am anderen Ende des Geländes einen Probenraum für ihre Musik. »So wird der Ort zu einem Generationentreff«, erklärt Sevinc.

**Eine neues Zuhause,  
kein Pflegeheim**

Für die Betreuung der alten Menschen sind zunächst zehn Personalstellen geplant. Dabei sind es vor allem alleinerziehende Frauen, die dank der Anstellung im Haus nun ein festes Auskommen haben. Zwei von ihnen sind Krankenschwestern, die Medikamente geben oder Spritzen setzen. Sonst sind die Senioren noch recht selbstständig. »Ich habe ein neues Zuhause für Senioren gebaut«, betont Sevinc, »kein Pflegeheim.«

### Ein Platz bis zum Lebensende?

Doch was geschieht, wenn die Bewohner gebrechlich und zum Pflegefall werden? »Ja, ich weiß, das wird ganz sicher passieren«, sagt Sevinc. »Ich möchte, dass alle bis zu ihrem Lebensende hier bleiben können. Dafür habe ich noch kein perfektes Konzept parat.« Nach einer kurzen Pause fügt er entschlossen hinzu: »Es ist ein Projekt, bei dem wir alle dazulernen. Und wenn es so weit ist, dann werden wir auch dafür eine gute Lösung finden.«



**Dr. Barbara Marnach** ist Leiterin des Bereiches Kommunikation beim MDK Nordrhein  
b.marnach@mdk-nordrhein.de

## Ein Baby aus dem Labor

Einen Blick zurück für den Blick nach vorn: Wie haben Ideen und Entdeckungen aus der Medizingeschichte die heutige Gesundheitsversorgung beeinflusst? In dieser und in weiteren Ausgaben des MDK *forum* erinnern wir an Pioniere und Patienten, lassen längst Vergangenes lebendig werden. Diesmal: die Geschichte der künstlichen Befruchtung.

WAS TUN, wenn es mit dem Nachwuchs nicht klappt? Vermutlich blieb in der Geschichte der Menschheit nichts unversucht, um der Empfängnis auf die Sprünge zu helfen. Doch erst vor 40 Jahren gelang den Briten Robert Edwards und Patrick Steptoe erstmals eine erfolgreiche künstliche Befruchtung im Labor. Sie lösten damit einen Boom der Reproduktionsmedizin aus, der immer wieder auch gesellschaftliche Fragen aufwirft.

Die Geburt von Louise Joy Brown vor 40 Jahren in einer Klinik im britischen Oldham löste ein gewaltiges Medieninteresse aus. Als wäre Louise ein Sprössling des Britischen Königshauses, belagerten Presseleute die Klinik und boten Schwestern und Ärzten tausende Pfund für Informationen. Ein besonders dreister Reporter gab an die Klinikleitung telefonisch eine Bombendrohung durch, um zu erreichen, dass die Patienten ins Freie gebracht werden. Schließlich verkauften die Browns ihre Story an die Zeitung Daily Mail, die sie von da an vor zudringlichen Reportern anderer Blätter schützte. Der Grund für den Medienhype: Louise Joy Brown war das erste im Reagenzglas gezeugte Kind weltweit.

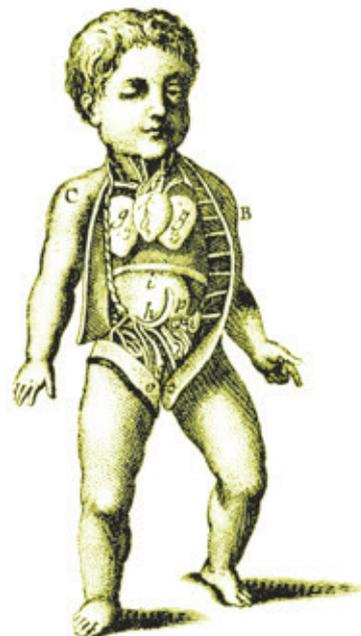
### Kinderwunsch bereits in der Bibel

In den 40 Jahren seit Louises Geburt wurden gut acht Millionen Kinder auf nicht natürlichem Wege gezeugt. Wie diese eindruckliche Zahl belegt, ist die Reproduktionsmedizin längst gesellschaftlich akzeptierte Routine. Andererseits werfen neue Entwicklungen der Fortpflanzungsmedizin sowie der Genetik immer wieder ethische, rechtliche und nicht zuletzt ökonomische Fragen auf: Wie weit darf die Medizin gehen, um Menschen ihren Kinderwunsch zu erfüllen? Welche Risiken nehmen Eltern, Kinder und Gesellschaft in Kauf? Wie realistisch ist die Erschaffung von Designerbabys? Und wer soll dafür zahlen?

Der Boom der Reproduktionsmedizin wird befeuert durch das menschliche Urbedürfnis, Kinder zu bekommen.

Ein frühes Beispiel für den Drang nach eigenem Nachwuchs sowie für die Hilfesuche bei unerfülltem Kinderwunsch ist eine Geschichte aus der Bibel. Rahel und Lea, die Frauen Jakobs, konnten zunächst beide keine Kinder bekommen. Aber Gott hatte Mitleid mit der weniger attraktiven Lea und ließ sie fruchtbar sein. Rahel, die ständig gebärende Nebenbuhlerin vor Augen, flehte Jakob verzweifelt an: »Schaffe mir Kinder, wenn nicht, so sterbe ich.« In ihrer Not brachte Rahel sogar ihre Magd als »Leihmutter« in Stellung, was Lea wiederum mit ihrer eigenen Magd konterte. Schließlich erbarmte sich Gott und ließ auch Rahel Kinder bekommen. Am Ende dieses biblischen Fortpflanzungsdramas überblickte Jakob eine Schar von 12 Söhnen, die zu den Begründern der 12 Stämme Israels wurden.

### Boom der Reproduktionsmedizin



## Durchs Schlüsselloch zum Eileiter

Für die weltliche Variante der künstlichen Befruchtung wurde der Biologe Robert Edwards im Jahr 2010 mit dem Nobelpreis geehrt. Edwards untersuchte zu Beginn seiner wissenschaftlichen Laufbahn am Institute of Animal Genetics in Edinburgh die Entwicklung von Mäuseembryonen. Später besorgte er sich menschliche Embryonen, die er mit Spermien zu befruchten versuchte – zunächst ohne Erfolg. Die Wende kam, als er den 12 Jahre älteren Mediziner Patrick Steptoe kennenlernte, der die Technik der Laparoskopie beherrschte. Mit der Schlüssellochchirurgie im Bauchraum ließen sich reife Eizellen aus den Eileitern von Frauen pflücken. Steptoe und er bildeten also ein ideales Team, um die künstliche Befruchtung in Angriff zu nehmen: Edwards als der Fortpflanzungsbiologe hatte die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle bis ins Detail studiert und kannte sich mit Zellkulturen aus, Steptoe war als Mediziner mit den menschlichen Besonderheiten vertraut und hatte Zugang zu unfruchtbaren Patienten.

Doch der Weg war weit: Nach der ersten erfolgreichen Befruchtung im Labor dauerte es noch neun Jahre, bis mit Louise Brown tatsächlich ein Reagenzglas-Baby geboren wurde. Im Oktober 1980, zwei Jahre nach Louises Geburt, eröffneten Edwards und Steptoe ihre eigene Fortpflanzungsklinik, die Bourn Hall Clinic in Cambridge, die bis heute besteht. 1988 starb Steptoe, 2013 Edwards.

## In vitro oder ICSI?

Ei- und Samenzelle mit der sogenannten In-vitro-Fertilisation im Labor zu verschmelzen ist die einfache Variante der künstlichen Befruchtung. Die anspruchsvollere Variante ist die zytoplasmatische Spermieninjektion, kurz ICSI, bei der eine Samenzelle direkt in eine Eizelle gespritzt wird. Die Verfahren kommen zum Beispiel dann zum Einsatz, wenn die Eileiter der Frau verklebt sind und keine Eizellen passieren lassen, oder wenn die Samenzellen des Mannes aus eigener Kraft nicht zum Ziel gelangen können, etwa weil ihre Schwänze verkümmert sind.

Wenn sich bei der ICSI die Injektionsnadel durch die Eihülle bohrt, sieht das unter dem Mikroskop sehr brachial aus, ist aber erstaunlich effektiv: Wie bei der In-vitro-Fertilisation führt etwa jeder dritte Embryo, der einer Frau eingesetzt wird, zu einer Schwangerschaft. Die sogenannte Baby-take-Home-Rate liegt dann immerhin noch bei rund 20%.

## Designerbabys als Perspektive?

Tatsächlich ist die ICSI inzwischen sogar zur häufigsten Methode avanciert. Laut der aktuellen Erhebung der europäischen Gesellschaft für menschliche Reproduktion und Embryologie wurden in Deutschland 2015 in gut 130 Fortpflanzungskliniken etwa 95 000 Therapiezyklen durchgeführt, rund 15 000 davon entfielen auf die In-vitro-Fertilisation, 55 000 auf die ICSI, bei 25 000 wurden zuvor eingefrorene Embryonen aufgetaut und den Frauen eingesetzt. Spitzenreiter in Europa ist Spanien mit fast 120 000 Behandlungen vor Russland, Deutschland und Frankreich.

## Ohne Geld-zurück-Garantie

Auch wenn die Behandlung am Ende zu einem Baby führt, ist der Preis mitunter hoch. Die Prozedur selbst ist aufwendig und teuer. Frauen müssen Hormone einnehmen, damit mehrere Eizellen auf einmal reifen. Die Kosten belaufen sich pro Behandlungszyklus in der Regel auf mehrere tausend Euro – ohne Geld-zurück-Garantie bei ausbleibendem Erfolg, versteht sich. Derzeit übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen bis zum dritten Behandlungszyklus die Hälfte der Kosten, aber nur bei verheirateten Paaren. Laut einem Beschluss des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom vergangenen Jahr sind dagegen private Kassen verpflichtet, auch unverheiratete Paare zu unterstützen. Auch der Bund zahlt Zuschüsse. Ob Alleinerziehende ebenfalls in den Genuss einer Förderung kommen sollen, wird laut Ärzteblatt vom Juni 2018 unter Experten noch diskutiert. Klar verboten ist in Deutschland – anders als in den meisten anderen europäischen Ländern – die Eizellspende. Sie könnte auch Frauen, deren Eierstöcke keine Eizellen mehr produzieren, zu einer Schwangerschaft verhelfen.

## Grenzen des technischen Fortschritts

Ein weiterer Preis für die künstliche Befruchtung ist die Gefahr, dass ein so gezeugter Nachwuchs weniger gesund als ein natürlich gezeugter ist – wobei sich schwer beurteilen lässt, ob das an der technischen Intervention, an einer möglichen Vorschädigung von Ei- und Samenzelle oder an anderen Faktoren liegt. Eine aktuelle Beobachtungsstudie aus Bern legt zumindest nahe, dass die Blutgefäße der im Labor gezeugten Kinder deutlich schneller altern.

Der technische Fortschritt hat auch eine alte Diskussion neu belebt: Es geht um die Schaffung von Designerbabys. So ist es mit Hilfe der Genschere CRISPR-Cas9 deutlich realistischer geworden, den im Labor befruchteten Embryos ein paar gute Gene mit auf den Lebensweg zu geben. Im Februar 2016 erhielten Forscher am Francis Crick Institute in London bereits die Erlaubnis, die Gene von menschlichen Embryonen zu manipulieren, ohne sie jedoch anschließend einsetzen zu dürfen.

Einen regelrechten Schock löste Ende November die Meldung aus, dass in China die ersten genveränderten Babys geboren worden seien. Chinesische Forscher hätten die Keimbahn der Zwillingsembryonen manipuliert, um sie gegen HIV resistent zu machen. Falls sich die Meldung bestätigt, wäre das tatsächlich der Eintritt in ein neues Zeitalter der Reproduktionsmedizin.

Nach ihrer viel beachteten Geburt lief für Louise Brown alles in konventionellen Bahnen weiter: Sie führt ein normales Leben als Büroangestellte einer Speditionsfirma. Und sie ist selbst Mutter zweier Kinder – beide wurden auf natürlichem Wege gezeugt.



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



# Schädliche Schlipse

Christian Lindner verzichtet auf ihn, ebenso wie Daimler-Chef Dietmar Zetsche: Sie gehen oben ohne – ohne Schlips. Aus gutem Grund, denn Forschung zeigt: Die Krawatte ist schlecht für die Gesundheit. Was bedeutet das für Ärzte?

DER STREIT um den Schlips des Arztes – er ist ein Streit zwischen Evidenz und Eminenz. Wie bei vielen Fragen in der Medizin stehen sich hier wissenschaftliche Daten und persönliche Erfahrung gegenüber. Auf der einen Seite zum Beispiel eine aktuelle Studie, veröffentlicht in *Neuroradiology*, die belegt: Wer einen Schlips trägt, muss mit negativen Folgen für sein Gehirn rechnen. In der Studie, an der 30 Männer teilnahmen, zeigte sich auf MRT-Bildern des Gehirns: Gegenüber der Kontrollgruppe, die keinerlei Halsschmuck trug, war der zerebrale Blutfluss signifikant verringert.

## Schwächen der Studien

Kritiker führen an, dass die Studie weder einfach noch doppelt verknötet sei, denn es fehlten Angaben zur angewendeten Bindetechnik. Vor allen Dingen fehle es der Kontrollgruppe aber an Placebo-Schlipfen. Eine weitere Studie, die auf gesundheitliche Gefahren für Schlipsträger hinweist, stammt aus einer New Yorker Augenklinik: In der Untersuchung zeigten die meisten der 40 Probanden bereits drei Minuten nach Binden der Krawatte einen deutlich erhöhten Augeninnendruck – ein Risikofaktor für den Grünen Star. Da jedoch nicht festgehalten wurde, wie erfahren die Probanden den Schlips um ihren Hals festzurrtten, gilt auch diese Studie Kritikern als wenig aussagekräftig. Mehr Forschung sei daher auf diesem Gebiet dringend notwendig, bevor Ärzten und anderen wichtigen Entscheidungsträgern das Tragen einer Krawatte während der Arbeitszeit und an öffentlichen Plätzen untersagt werde. Schließlich muss dem möglichen Schaden der Ärztegehirne durch Schlipse der durch zahlreiche Erfahrungen erwiesene Nutzen gegenübergestellt werden.

## Der »tie ban« kann auch schaden

Dies belegt auch ein Blick über den Ärmelkanal: Als Keimschleuder verschrien, wird Ärzten in Großbritannien seit 2007 empfohlen, auf die Krawatte zu verzichten. Zu groß

sei die Gefahr, dass Krankheitserreger per Schlips von einem Patienten zum nächsten übertragen werden. Denn während Hände und Hemden täglich gewaschen werden, landet der durchschnittliche Schlips erfahrungsgemäß höchstens einmal im Jahr in der Reinigung. Doch der »tie ban« führte im Vereinigten Königreich zu einer unerwünschten Nebenwirkung, wie die Mikrobiologin Stephanie Dancer im angesehenen *British Medical Journal* (BMJ) darstellte: Ärzte wirkten nicht mehr kompetent und verantwortungsbewusst, beklagt Dancer. Verzichte der Arzt auf Krawatte und Kittel, wisse der Patient gar nicht mehr, wer auf der Station denn nun der Arzt sei.

## Auch in Deutschland zählt der erste Eindruck

Ein Effekt, den auch erfahrene Ärzte in Deutschland kennen und nutzen: Kittel und Stethoskop signalisieren dem Patienten: »Ich bin Arzt, mir können Sie glauben«, und eine gut gebundene Krawatte vermittelt subtil, aber deutlich: »Ich bin ordentlich, Sie müssen keine Hygienemängel fürchten.« Diese Insignien der ärztlichen Autorität schaffen Vertrauen und fördern so die Compliance des Patienten. Daher werden Ärzte sich wohl weiterhin einen Vaternörder um den Hals binden – in der Medizin ist der Weg von der Forschung in die Praxis eben ein weiter Weg.



Christina Sartori ist Diplom-Biologin und arbeitet als freie Wissenschaftsjournalistin in Berlin.  
info@christina-sartori.de

## MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr  
Geschäftsführer *Erik Scherb*  
Telefon 07821.938-0  
E-Mail [info@mdkbw.de](mailto:info@mdkbw.de)

## MDK Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München  
Geschäftsführer *Reiner Kasperbauer*  
Telefon 089.67008-0  
E-Mail [Hauptverwaltung@mdk-bayern.de](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

## MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Lise-Meitner-Str.1, 10589 Berlin  
Geschäftsführer, Ltd. Arzt *Dr. Axel Meeßen*  
Telefon 030.202023-1000  
E-Mail [info@mdk-bb.de](mailto:info@mdk-bb.de)

## MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9, 28195 Bremen  
Geschäftsführer *Wolfgang Hauschild*  
Telefon 0421.1628-0  
E-Mail [postmaster@mdk-bremen.de](mailto:postmaster@mdk-bremen.de)

## MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel  
Geschäftsführer *Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy*  
Telefon 06171.634-00  
E-Mail [info@mdk-hessen.de](mailto:info@mdk-hessen.de)

## MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin  
Geschäftsführerin *Dr. Ina Bossow*  
Telefon 0385.48936-00  
E-Mail [info@mdk-mv.de](mailto:info@mdk-mv.de)

## MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover  
Geschäftsführer *Carsten Cohrs*  
Telefon 0511.8785-0  
E-Mail [kontakt@mdkn.de](mailto:kontakt@mdkn.de)

## MDK Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg  
Geschäftsführer *Peter Zimmermann*  
Telefon 040.25169-0  
E-Mail [info@mdk-nord.de](mailto:info@mdk-nord.de)

## MDK Nordrhein

Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf  
Geschäftsführer *Andreas Hustadt*  
Telefon 0211.1382-0  
E-Mail [post@mdk-nordrhein.de](mailto:post@mdk-nordrhein.de)

## MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Straße 19d, 55232 Alzey  
Stellv. Geschäftsführerin  
*Dr. Ursula Weibler-Villalobos*  
Telefon 06731.486-0  
E-Mail [post@mdk-rlp.de](mailto:post@mdk-rlp.de)

## MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,  
66123 Saarbrücken  
Geschäftsführer *Jochen Messer*  
Telefon 0681.93667-0  
E-Mail [info@mdk-saarland.de](mailto:info@mdk-saarland.de)

## MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

## MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c  
39104 Magdeburg  
Geschäftsführerin *Ilka Malek*  
Telefon 0391.5661-0  
E-Mail [info.gf@mdk-san.de](mailto:info.gf@mdk-san.de)

## MDK Thüringen e.V.

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

## MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster  
Geschäftsführer *Dr. Ulrich Heine*  
Telefon 0251.5354-0  
E-Mail [info@mdk-wl.de](mailto:info@mdk-wl.de)

## MDS e.V.

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

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

## Verantwortlicher Redakteur

Dr. Ulf Sengebusch [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de](mailto:ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de)

## Redaktion

Dorothee Buschhaus [d.buschhaus@mds-ev.de](mailto:d.buschhaus@mds-ev.de)  
Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de](mailto:martin.dutschek@mdkn.de)  
Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de](mailto:m.gehms@mds-ev.de)  
Jan Gömer [jan.goemer@mdk-nord.de](mailto:jan.goemer@mdk-nord.de)  
Markus Hartmann [markus.hartmann@mdkbw.de](mailto:markus.hartmann@mdkbw.de)  
Dr. Barbara Marnach  
[b.marnach@mdk-nordrhein.de](mailto:b.marnach@mdk-nordrhein.de)  
Mandy Paraskewopulos-Ostwald  
[mandy.paraskewopulos@mdk-san.de](mailto:mandy.paraskewopulos@mdk-san.de)  
Diana Arnold [diana.arnold@mdk-sachsen.de](mailto:diana.arnold@mdk-sachsen.de)

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

## Redaktionsbüro

MDS e. V., Martina Knop  
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Telefon 0201.8327-111  
Telefax 0201.8327-3111  
[m.knop@mds-ev.de](mailto:m.knop@mds-ev.de)

## Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen  
**Druck** Memminger MedienCentrum

## Bildnachweis

*Titel* Collage unter Verwendung von Fotos von iStock.com / SigridKlop und iStock.com / hikesterson

S. 17 TheGRischun-Rafael Peier / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 21 iStock.com / HuyThoai  
S. 23 Stihlo24 / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 25 madochab / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 29 Albert Sevinc Stiftung

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

ISSN 1610-5346





**...Wirklichkeit**