

MDK *forum*

Medizinische Rehabilitation



Nerven

Herz

Muskeln

Lymphab



Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn Vorsorge und Akutbehandlung nicht ausreichen, um eine mögliche Behinderung und/oder chronische Erkrankung abzuwenden oder zu lindern, kann eine medizinische Rehabilitation sinnvoll sein. Was genau ist jedoch eine *Medizinische Reha*? Welche Reha-Maßnahmen gibt es? Wann versprechen sie Erfolg und Nutzen? Von den Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes über die MDK-Begutachtung bis hin zum Blick hinter die Türen einer Reha-Klinik – beim aktuellen Schwerpunkt des MDK *forums* dreht sich alles um die medizinische Rehabilitation.

Daneben stellen wir in dieser Ausgabe unter anderem altersgerechte Assistenzsysteme vor, die Pflegebedürftige im Alltag unterstützen und mehr Sicherheit im Wohnumfeld schaffen können. Wir fragen außerdem, warum die Psychoonkologie immer noch als Stiefkind bei der Versorgung Krebskranker gilt. Und wir berichten über eine Studie, die herausgefunden hat, warum Karate für Parkinson-Patienten gut sein kann.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und anregende Lektüre – vielleicht auch in der warmen Frühlingssonne. Denn, wie meinte bereits der römische Dichter Vergil? »Im Frühling kehrt die Wärme in die Knochen zurück.« Ich denke, er hatte recht.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

- Die Gute Frage **Warum sind Männer Arztmuffel?** 1
Kurznachrichten 3
 Auch das noch **Ich bin ganz ruhig. Und er ist noch ruhiger.** 32

Titelthema

- Medizinische Rehabilitation: Damit es gesundheitlich aufwärtsgeht ...** 5
Das Bundesteilhabegesetz: Auswirkungen für Rehabilitation und Teilhabe 8
Gut geregelt: Die Aufgabe der Medizinischen Dienste 9
Flexibel, nachhaltig, zeitgemäß - neue Regeln für die Kinder-Reha 10
Nutzen und Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation 12
Training für den Alltag 14
Ambulante geriatrische Rehabilitation ermöglichen, erweitern, verbessern 16

Wissen & Standpunkte

- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz **Leitfaden für Politik und Praxis** 17
 MDS-Pflege-Qualitätsbericht **Verbesserungen, aber auch Mängel in der Pflege** 18
 Interview »**Wir brauchen immer mehr Expertenrat**« 20
 Modellprojekt zu gemeinsamen Prüfungen **Gut, wenn die Prüfer mehrmals klingeln** 22

Gesundheit & Pflege

- Assistenzsysteme in der Pflege **Sicheres Wohnen für Pflegebedürftige** 24
 Onkologische Versorgung **Stiefkind Psychoonkologie** 26

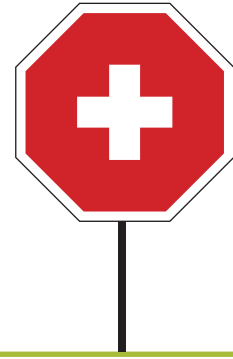
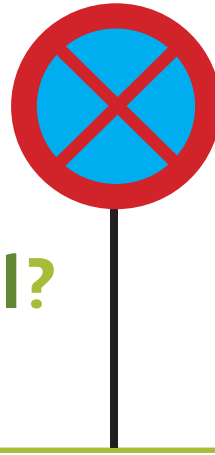
Weitblick

- Studie der Universität Regensburg **Mit Kampfkunst Parkinson bekämpfen** 28
 Hamburger Gesundheitskiosk **Ein offenes Ohr für die Menschen im Stadtteil** 30

Warum sind Männer



Arztmuffel?



Männer sterben rund fünf Jahre früher als Frauen, leiden fast doppelt so oft unter chronischen Erkrankungen und neigen dazu, an ihre physischen und psychischen Grenzen zu gehen. Erst wenn Beschwerden auftauchen, die ihre berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, kommen sie auf die Idee, zum Arzt zu gehen. Ist das ein Vorurteil oder die Wirklichkeit? MDK forum fragte Dr. Matthias Stiehler, Theologe, Erziehungswissenschaftler und Vorstand der Stiftung Männergesundheit.

Es heißt: Männer gehen nur zum Arzt, wenn es unbedingt sein muss oder wenn sie von ihrer Frau geschickt werden. Stimmt das?

Ja, das lässt sich so sagen. Allerdings müssen wir differenzieren. Zum Ersten betrifft solch eine Aussage nicht die gesamte Gruppe der Männer. Es gibt immer solche und solche. Zum Zweiten ist es ja auch nicht schlecht, erst dann zum Arzt zu gehen, wenn man ihn braucht. Problematisch ist nicht nur der zu späte Arztbesuch, sondern auch der zu frühe und der zu häufige. Und schließlich sitzen Sie mit Ihrer Frage auch dem Geschlechterklischee auf. Gerade was den Umgang mit Krankheiten betrifft, gibt es die Vorstellung, dass Frauen nicht nur genau wissen, wie der richtige Umgang damit ist, sondern ohne die Männer – um es überspitzt zu formulieren – gar nicht lebensfähig wären. Das ist aber eindeutig übertrieben und falsch und gehört wie der »Männerschnupfen« eher in die Kategorie des *Männerbashing*s. Und dennoch müssen wir feststellen, dass Männer im statistischen Mittel öfter zu spät zum Arzt gehen. Wir müssen hierfür die Gründe erkennen.

Nehmen Männer Krankheitssymptome anders oder später wahr und weniger ernst als Frauen? Sind sie härter im Nehmen, gehen sie eher Risiken ein und deshalb erst auf den letzten Drücker zum Doktor?

Auch wenn es nach außen manchmal so scheinen mag, Männer nehmen ihren Körper und damit auch all das, was auf eine Krankheit hindeuten könnte, ebenso wahr wie Frauen. Es ist mehr der Umgang mit den eigenen Empfindungen. Hier haben Männer die Tendenz, seltener darüber zu spre-

chen und sich mit ihren Befürchtungen mitzuteilen. Das wiederum hat zwei Gründe. Zum einen haben die Männer den Anspruch zu funktionieren. Sie wollen das, was von ihnen erwartet wird oder was sie glauben, dass es von ihnen erwartet wird, gut und oftmals auch perfekt erfüllen. Die Haltung, dass du als Mann nur dann etwas wert bist, wenn du die an dich gestellten oder vermuteten Ansprüche erfüllst, ist vielen Männern schon von Kindesbeinen an eingeimpft.

Aber seien wir auch ehrlich: Es ist auch das, was im sozialen Umfeld und selbst gesellschaftlich von Männern erwartet wird. Sie sollen möglichst gut und reibungslos funktionieren. Deswegen werden Probleme von Männern medial viel weniger thematisiert. Es herrscht die Vorstellung, dass ein Mann selbst dann noch handlungsmächtig ist, wenn er längst auf dem Zahnfleisch kraucht.

Es gibt also einen Zusammenhang zwischen dem tradierten Rollenbild des »starken Geschlechts« – im Sinne des Indianers, der keinen Schmerz kennt, und dem Sich-Eingestehen von gesundheitlichen Beschwerden als vermeintliche Schwäche?

Ja, das müssen wir so sehen. Und der Spruch weist deutlich auf die kindliche Sozialisation hin. Jungs werden schon früh darauf trainiert, ihre Empfindungen beiseitezuschieben und sie niemandem mitzuteilen. Der Satz »Indianer kennen keinen Schmerz« zu einem weinenden Jungen gesagt, der vielleicht gerade hingefallen ist und dessen Bein wehtut, lässt sich in die elterliche Aussage übersetzen: »Ich will nicht, dass du weinst. Ich will von deinen Nöten in Ruhe gelassen werden.« Und das ist dann die Haltung, die die heranwachsenden Jungen verinnerlichen. Männer haben es dann

auch als Erwachsene schwer, Hilfe anzunehmen. Aus meiner Arbeit weiß ich, dass es Männern oft schwerfällt, überhaupt zu realisieren, dass sie Hilfe in Anspruch nehmen können und dass das richtig und gut sein kann.

Liegt hier auch der Grund, warum es vor allem Männer im jüngeren und mittleren Alter sind, die eher selten Einrichtungen des Gesundheitswesens aufsuchen? Hängt das auch mit ihrer beruflichen Situation zusammen?

Männer im jüngeren und mittleren Alter wollen sich im Beruf beweisen und die gestellten Erwartungen erfüllen. Sie sind noch weniger mit ihren körperlichen und seelischen Grenzen konfrontiert. Die Illusion, es könne einfach so weitergehen und man brauche eigentlich keine Hilfe, besteht da noch fort. Allerdings zeigt sich auch hier wieder der unterschiedliche Umgang der Gesellschaft gegenüber Frauen und Männern. Während es einen Frauenarzt gibt, der sich den spezifischen Themen der Frauenmedizin widmet, gibt es einen vergleichbaren Facharzt für Männer nicht. Und es gibt auch keine Tradition regelmäßiger Untersuchungsintervalle für Männer. Und wir müssen eben auch feststellen, dass selbst die Kinder- und Jugendmediziner immer noch zu wenig auf jungenspezifische Themen achten.

Was könnte dagegen getan werden?

Als Ausweg sehe ich, dass zum einen die Jungenmedizin stärker als bisher etabliert wird. Denn hier werden die Grundlagen auch für späteres Gesundheitsverhalten gelegt.

Die Frage ist: Werden die Jungen auch vom Gesundheitssystem als Jungen ernst genommen?

Zum anderen sollte sich das betriebsärztliche System anders aufstellen als bisher. Denn dort lassen sich Männer im Allgemeinen gut erreichen. Das bedeutet zum einen, dass geschlechtsspezifische Themen stärker in den Fokus rücken. Zum anderen sollte hier nicht nur im engen berufsspezifischen Sinne, sondern auch auf das Allgemeinbefinden hin untersucht werden.

Brauchen Männer mehr Gesundheitskompetenz?

Männer haben eigentlich genug Gesundheitskompetenz. Sie sollten sie und damit sich selbst ernst nehmen. Da Veränderungen im eigenen Verhalten nicht immer so leicht sind, fordern wir die Männer auf, wenigstens die Situationen in ihrem Leben ernst zu nehmen, die das gewohnte Funktionieren unterbrechen. Bei Krankheiten, bei seelischen Nöten und Lebenskrisen nicht immer gleich nach Auswegen und Lösungen zu suchen, sondern solche Situationen als Zäsur betrachten, was bisher vielleicht schief lief und wo die eigenen Bedürfnisse vielleicht zu kurz kamen. Männer sind eben nicht dann stark, wenn sie immer alles hinbekommen, sondern wenn sie zu ihren Stärken und Potenzen ebenso wie zu ihren Schwächen und Begrenzungen stehen. Das ist eine wesentliche Aufgabe der Männergesundheit.

Die Stiftung Männergesundheit, die u. a. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen und Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen unterstützt wird, gibt regelmäßig Männergesundheitsberichte heraus. Was steckt dahinter?

Männergesundheitsberichte haben die Aufgabe, für spezifische Gesundheitsproblematiken zu sensibilisieren. Wir wollen damit also die gesellschaftliche Diskussion und die Geschlechtersensibilität im Gesundheitssystem stärken. Nachdem wir 2010 zunächst einen ersten, allgemeinen Bericht herausgegeben hatten, haben wir mit dem zweiten und dritten Bericht begonnen, spezielle Themen der Männergesundheit aufzugreifen. Das wollen wir zukünftig auch fortsetzen.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.



Dr. Matthias Stiehler

Kurznachrichten

Begutachtungsanleitung Zahnärztlich verordnete Heilmittel

Am 8. Januar 2018 hat der GKV-Spitzenverband die neue Begutachtungsanleitung Zahnärztlich verordnete Heilmittel als Richtlinie nach § 282 SGB V erlassen. Die Begutachtungsanleitung regelt die Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln im ambulanten Bereich, auch in Abgrenzung zur Begutachtung von vertragsärztlich verordneten Heilmitteln. Hintergrund ist die am 1. Juli 2017 in Kraft getretene neue Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (*Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte*). Ziel der Begutachtungsanleitung, die von der MDK-Gemeinschaft in Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erstellt wurde, ist es, die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten zu strukturieren, Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten zu benennen und die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Sie ist für die Medizinischen Dienste sowie für die Krankenkassen und ihre Verbände verbindlich.

In der Regel beauftragen die Krankenkassen die Medizinische Dienste mit der sozialmedizinischen Bewertung einer zahnärztlichen Heilmittelverordnung, wenn es um Fragen im Zusammenhang mit Verordnungen außerhalb des Regelfalles oder um Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs geht. So sind die Krankenkassen beispielsweise gefordert, innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist von vier Wochen über die langfristige Genehmigung einer fortlaufenden Heilmitteltherapie bei andauerndem Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu entscheiden und beziehen dabei, soweit erforderlich, die Medizinischen Dienste mit ein.

Europäische Netzwerke Seltene Erkrankungen

Der Aufbau der Europäischen Netzwerke (ERN) zu seltenen Erkrankungen war Thema eines Fachgesprächs, zu dem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) u.a. Vertreter der Europäischen Referenznetzwerke in Deutschland, der Charité und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eingeladen hatte. Die Europäischen Referenznetzwerke sollen Fachwissen bündeln und so dazu beitragen, dass Menschen mit seltenen Erkrankungen künftig europaweit besser medizinisch versorgt werden können. Sie haben im März 2017 ihre Arbeit aufgenommen. Zugelassen wurden 24 Netzwerke, in denen mehr als 900 hochspezialisierte Einheiten aus 300 Krankenhäusern in Europa zusammenarbeiten. Die 24 Netzwerke beziehen sich fast ausschließlich auf seltene Erkrankungen in verschiedenen Fachgebieten. Deutschland ist mit insgesamt 122 Krankenhausabteilungen und Instituten von 42 Trägern an allen 24 Europäischen Referenznetzwerken beteiligt. Zudem werden vier Netzwerke von ERN-Koordinatoren aus deutschen Kliniken geleitet.

Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern

Grundsätze zu Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern werden in der Erstfassung einer Richtlinie definiert, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHStG) wurde den Medizinischen Diensten die Aufgabe übertragen, zu überprüfen, ob die Qualitätsanforderungen des G-BA in Krankenhäusern eingehalten werden. Die neue Richtlinie regelt die Details zu den Kontrollen des MDK, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen oder als Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind. Es werden die Stellen, die die angemeldeten oder unangemeldeten Kontrollen beauftragen, sowie Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen und der Umgang mit den Ergebnissen der Qualitätskontrollen festgelegt. Der Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in weiten Teilen in Kraft. *Infos auch unter www.g-ba.de*

Lichttherapie bei Akne

Zu Behandlung von Akne werden unter anderem Lichttherapien als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. Diese hat der IGeL-Monitor jetzt mit »unklar« bewertet. Kaum ein Mensch bleibt von Akne verschont. Gerade in jungen Jahren sind Menschen häufig von eitrigen Pusteln auf Gesicht und Körper betroffen. Als mögliche Abhilfe werden unter anderem Lichttherapien angeboten, die als Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, von den Patienten selbst bezahlt werden müssen. Bei der Lichttherapie sollen Blaulicht Eiterbakterien abtöten und Rotlicht die Durchblutung der Haut verbessern. Eine Lichttherapie-Sitzung kostet in der Regel zwischen 5,30 und 15 Euro. Meist werden acht Sitzungen über vier Wochen angeboten. Eine Auswertung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur durch Wissenschaftler des IGeL-Monitors hat ergeben, dass es keine ausreichenden Hinweise auf Vorteile oder Nachteile der Therapie mit rotem und blauem Licht im Vergleich zur Standardtherapie gibt. Da sich Nutzen und Schaden die Waage halten, lautet die Bewertung »unklar«. *Infos unter www.igel-monitor.de*

Bewertungen beim IQWiG

Ein Vergleich der Indikationsgebiete bei Dossiers, die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2017 bewertet wurden, zeigt: Die Onkologie liegt sowohl bei der Anzahl der untersuchten Wirkstoffe als auch beim Anteil der Wirkstoffe mit mindestens einem Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen an der Spitze. Neue Wirkstoffe gegen Krebs weisen mit 60% belegtem Zusatznutzen die höchste Erfolgsquote auf. Besonders niedrig sei dagegen der Anteil mit attestiertem Zusatznutzen bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) komme bei etwa 30% der Dossierbewertungen zu einem anderen Schluss als das IQWiG – dabei ungefähr gleich oft besser oder schlechter als die Einschätzung des Instituts. Grund für die Abweichungen seien vor allem neue Erkenntnisse aus den Stellungnahmeverfahren zu den IQWiG-Bewertungen, so das Institut. *Infos auch unter www.iqwig.de*

Gesundheitsausgaben in Deutschland

Deutschland hat weltweit mit die höchsten Gesundheitsausgaben. Mehr als die 11,3% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) hierzu-lande geben die Schweiz (12,4%) und die USA (17,2%) aus, wie die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mitteilte. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 9% vom BIP. Allein die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland betragen derzeit fast 230 Milliarden Euro. Die Türkei liegt bei den Gesundheitsausgaben im OECD-Vergleich mit 4,3% vom BIP am unteren Ende der Skala. Der Service sei in Deutschland besser als in den meisten anderen Ländern, so die OECD-Studie. Patienten hätten relativ geringe Wartezeiten; und auch die Wahlmöglichkeiten, etwa des Arztes, seien besser. Auch habe Deutschland mit rund 2000 Häusern eine relativ hohe Krankenhaus- und Bettendichte. Bei der Lebenserwartung liege Deutschland im Mittelfeld. Lettland steht mit einer Lebenserwartung von 74,6 Jahren am Ende der Skala, Japan mit 83,9 Jahren an der Spitze.

EU-Kommission will Nutzenbewertung vereinheitlichen

Die Europäische Kommission hat Ende Januar einen Verordnungsentwurf vorgelegt, mit dem sie die Nutzenbewertung (Health Technology Assessment, HTA) von Arzneimitteln und Medizinprodukten vereinheitlichen will. Demnach sollen künftig HTA-Experten aus den Mitgliedstaaten in einer Koordinierungsgruppe gemeinsam bewerten, ob ein Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber der Standardtherapie aufweist. Das Ergebnis soll für alle Mitgliedstaaten bindend sein; eigene klinische Bewertungen sollen sie nicht mehr vornehmen. Geplant ist, dass die Koordinierungsgruppe vorrangig Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten beurteilen soll. Ethische Aspekte, Preisgestaltung und Erstattungsfragen sollen in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten bleiben. Der Verordnungsentwurf sieht einen europäischen Prozess bei der klinischen Bewertung von Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III, In-vitro-Diagnostika, Arzneimitteln mit neuen und zentral zugelassenen Wirkstoffen sowie bei Indikationserweiterungen vor.

Masernerkrankungen

Im vergangenen Jahr sind in Deutschland dreimal so viele Menschen an Masern erkrankt wie im Jahr zuvor. Wie das Robert Koch Institut (RKI) mitteilte, erkrankten 2017 nachweislich 929 an dem hochansteckenden Virus, im Vorjahr waren es lediglich 325. Da die Infektionszahlen von Jahr zu Jahr stark schwanken, kann über die Ursachen des Anstiegs nur spekuliert werden. Fest steht jedoch, dass die Impfquote in Deutschland noch immer zu niedrig ist. Zwar ist nach Angaben des RKI die Zahl der Geimpften gestiegen. Dennoch sind noch immer viele Kleinkinder nicht ausreichend gegen eine Infektion mit dem Erreger geschützt. Die meisten Masernfälle traten in Nordrhein-Westfalen auf (520). Insgesamt blieb jedoch kein Bundesland von dem Virus verschont.

Qualitätsprüfungs-Richtlinie Vertragszahnärztliche Versorgung

Die Qualität zahnärztlicher Leistungen wird künftig nach einem bundeseinheitlich geregelten Verfahren geprüft. Der G-BA hat im Dezember die Qualitätsprüfungs-Richtlinie Vertragszahnärztliche Versorgung (QP-RL-Z) beschlossen, die die Grundsätze und Zuständigkeiten für Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen mittels Stichproben regelt. Den Umfang der themenbezogenen Stichproben legt der G-BA leistungsbezogen in Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien fest. Insgesamt werden jedes Jahr bundesweit höchstens 6% aller Zahnärztinnen und Zahnärzte einer Qualitätsprüfung unterzogen. Die Qualitätsprüfungen werden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach den Vorgaben der QP-RL-Z durchgeführt. Das BMG hat den Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie nicht beanstandet, so dass sie nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft tritt. Bevor die Qualitätsprüfungen beginnen können, muss der G-BA in einem zweiten Schritt die Details der Qualitätsbeurteilung für ausgewählte zahnmedizinische Leistungen in Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien konkretisieren. *Infos auch unter www.g-ba.de*

Todesfälle durch Herzerkrankungen

Die Zahl der Sterbefälle durch Herzerkrankungen hat in Deutschland leicht zugenommen, so das Ergebnis des Herzberichtes 2017 der Deutschen Herzstiftung. Demnach starben 2015 gut 221 500 Menschen an Herzleiden. Das entspricht einem Viertel der hierzulande erfassten Todesfälle. 2014 waren es knapp 208 000 Todesfälle durch Herzleiden. Bei den Herzerkrankungen berücksichtigt wurden die koronare Herzkrankheit, Herzklappenkrankheiten, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und angeborene Fehlbildungen. Laut Bericht gehen etwa 22% der Herztode auf akute Infarkte zurück; weitere koronare Herzkrankheiten verursachten etwa 35% der Todesfälle. Zusammen mit der Herzinsuffizienz (etwa 21%) verursachten diese drei Krankheitsbilder vier von fünf Todesfällen durch Herzleiden. Die meisten Todesfälle durch Herzinfarkt gab es in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Laut Bericht sterben mehr Frauen als Männer an Herzleiden. 2015 waren es insgesamt rund 117 500 Frauen gegenüber knapp 104 000 Männern. Während Herzschwäche, Herzklappenerkrankungen und Herzrhythmusstörungen bei Frauen öfter zum Tod führen, sterben mehr Männer an koronaren Herzkrankheiten, zu denen auch der Herzinfarkt gehört.

Berichtigung

In der Ausgabe 4/2017 des MDK forum hat sich bei der Berichterstattung über den Begutachtungsleitfaden »Adipositas-Chirurgie (Bariatrische Chirurgie und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen« ein Fehler eingeschlichen. Dort steht auf Seite 12, dass laut Leitfaden eine OP in Sonderfällen auch für Patienten mit einem BMI unter 30 (Adipositas-Grad I) in Betracht kommen könne, die an einem Diabetes mellitus Typ 2 leiden, der mit den üblichen Mitteln nicht therapierbar sei. Richtig ist: »In Sonderfällen kann dies auch für Patienten mit einem BMI >30 und <35 kg/m² (Adipositas-Grad I) gelten, die an einem Diabetes mellitus Typ 2 leiden, der mit den üblichen Mitteln nicht therapierbar ist.«

**Medizinische
Rehabilitation**



Damit es gesundheitlich aufwärtsgeht ...

Ein Unfall, eine Operation, eine chronische Krankheit oder schlicht das Alter – so manches kann die Gesundheit so stark beeinträchtigen, dass man seinen Alltag nicht mehr oder nur noch eingeschränkt bewältigen kann. Eine Reha-Maßnahme kann dann oft hilfreich sein, um den Weg zurück in ein selbstständigeres Leben zu ebnen.

KURT MEYER* hatte Glück im Unglück: Bei der Gartenarbeit erlitt der 63-jährige einen Schlaganfall. Er überlebte. Das Blutgerinnsel, das den Schlaganfall ausgelöst hatte, konnte im Krankenhaus mithilfe spezieller Medikamente aufgelöst werden; nach sieben Tagen kam Kurt Meyer auf die Normalstation. Doch durch den Schlaganfall war seine rechte Körperhälfte gelähmt, außerdem fiel ihm das Sprechen und das Schlucken schwer. Darum wurde er im Anschluss an die Versorgung im Krankenhaus an eine Reha-Klinik überwiesen, um dort mit therapeutischer Unterstützung verloren gegangene Fähigkeiten wieder neu zu erlernen.

Das Wort Rehabilitation stammt aus dem Lateinischen und bedeutet wiederherstellen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert den Begriff so: »Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflüsse auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.«

Welche Reha-Maßnahmen gibt es?

Wenn eine gesundheitliche Einschränkung durch Vorsorge und Frühförderung nicht abgewendet werden kann oder wenn sie durch ein plötzliches Ereignis, etwa durch einen Unfall oder eine Krankheit, hervorgerufen wird, stehen bei der Rehabilitation in der Regel zunächst medizinische Leistungen im Vordergrund. Die medizinische Rehabilitation dient in erster Linie der Linderung von Gesundheits- und Funktionsstörungen. Sie zielt darauf ab, die Gesundheit bestmöglich wiederherzustellen oder zu erhalten, die Lebensqualität zu verbessern und gegebenenfalls eine Rückkehr ins Berufsleben zu ermöglichen.

Grundlage der medizinischen Rehabilitation ist ein ganz-

heitlicher und interdisziplinärer Ansatz, der vom jeweiligen individuellen Rehabilitationsbedarf ausgeht. Psychische, körperliche sowie soziale Aspekte der Gesundheitsstörung und ihrer Folgen sollen dabei gleichermaßen berücksichtigt und durch eine multiprofessionelle Therapie gebessert werden. Unter Rehabilitationsleistungen versteht man alle medizinischen Leistungen, die dazu dienen, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen, einer Verschlimmerung einer bereits bestehenden Einschränkung vorzubeugen oder deren Folgen abzumildern. Welche das im Einzelnen sind, ist im Sozialgesetzbuch geregelt (§§ 42–47 SGB IX in Verbindung mit den § 15 SGB VI, § 40 SGB V): Bei einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gem. § 42

Mehr Gesundheit und mehr Lebensqualität



SGB IX handelt es sich um Leistungen durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Hilfsmittel und eine stufenweise Wiedereingliederung. Reha-Maßnahmen können ambulant oder stationär (in Reha-Kliniken) erbracht werden. Unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse gilt dabei der Grundsatz »ambulant vor stationär«.

Benötigt ein Patient im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer schweren Erkrankung oder einer Operation eine Reha-Maßnahme, spricht man von einer *Anschlussrehabilitation* oder *Anschlussheilbehandlung*. Für ältere Menschen, die unter mehreren unterschiedlichen Krankheiten leiden, gibt es speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte, komplexe Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte im Rahmen der *geriatrischen Rehabilitation*. Eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (*berufliche Rehabilitation*) ist für Menschen gedacht, die aus gesundheitlichen Gründen ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Vorrangiges Ziel ist es dabei, eine Eingliederung ins Arbeitsleben zu erhalten oder wieder zu erreichen. Eine solche Rehabilitation kann allein oder auch ergänzend zu einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden. Eine *soziale Rehabilitation* soll die Auswirkungen einer bestehenden Behinderung im Bereich des gesellschaftlichen Lebens ausgleichen und es den Betroffenen ermöglichen, trotz vorhandener Einschränkungen am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzunehmen.

Wer entscheidet über eine Reha-Maßnahme?

Medizinische Reha-Maßnahmen müssen grundsätzlich vom Arzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden. Dabei ist für die Versicherten meist ihr behandelnder Arzt der erste Ansprechpartner. Er muss eine Reha verordnen und prüft dafür

- ▶ **die Rehabedürftigkeit** Ist die gesundheitliche Einschränkung voraussichtlich nicht nur vorübergehend? Wird sie den Betroffenen im Alltag dauerhaft beeinträchtigen?
- ▶ **die Refähigkeit** Ist der Patient körperlich und psychisch belastbar genug für eine Reha?
- ▶ **die Rehaprognose** Ist es wahrscheinlich, dass sich der Zustand des Patienten durch eine Reha bessert?

In der Regel schließt sich eine Rehabilitation an einen Krankenhausaufenthalt an oder wird durch einen ambulanten Vertragsarzt verordnet. Eine dritte Möglichkeit, eine Rehabilitation zu durchlaufen, kann sich aus der Pflegebegutachtung des MDK ergeben. Die MDK-Gutachter müssen bei jeder Pflegebegutachtung prüfen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, um eine Pflegebedürftigkeit zu verhüten oder zu vermindern. Wenn der MDK eine medizinische Rehabilitation empfiehlt und der Versicherte einwilligt, gilt diese Empfehlung seit 2008 als Antrag nach § 14 SGB IX.

Wer trägt die Kosten für eine Reha?

Welche Versicherung für welche Maßnahme die Kosten übernimmt, hängt davon ab, welches Ziel bei der Reha im Vordergrund steht. Geht es vor allem darum, den Gesundheitszustand zu verbessern, ist meist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuständig. Soll die Maßnahme vorrangig die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen, fällt sie in den Bereich der Rentenversicherung. Unabhängig vom Kostenträger gilt, dass alle Möglichkeiten der Rehabilitation ausgeschöpft werden sollen, bevor andere Leistungen gewährt werden. In der gesetzlichen Rentenversicherung gilt daher das Prinzip »Reha vor Rente«, in der gesetzlichen Krankenversicherung heißt es analog dazu »Reha vor Pflege«.

Welche Rolle spielt der MDK?

Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass die Krankenkassen bei einem Teil der eingereichten Reha-Anträge (Stichprobe) durch den MDK prüfen lassen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Genehmigung eines Reha-Antrages vorliegen. Dabei geben die MDK-Gutachter auch Empfehlungen dazu ab, auf welche Weise die Leistung erbracht werden sollte (indikationsspezifisch oder indikationsübergreifend; ambulant, ambulant-mobil oder stationär). So soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sichergestellt werden. Anträge für die Verlängerung einer Reha sollen regelmäßig vom MDK geprüft werden.

Wie wichtig ist das Thema Reha?

Im Jahr 2016 hat laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes allein die gesetzliche Krankenversicherung 740 545 Rehabilitationsleistungen erbracht. Im selben Jahr absolvierten bundesweit knapp zwei Millionen Patientinnen und Patienten eine Reha-Maßnahme; das waren rund 13 400 (0,7%) mehr als 2015. Ende 2016 gab es in Deutschland insgesamt 1149 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, so das Statistische Bundesamt. Die Ausgaben der GKV für Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sind zwar im Vergleich zu den Gesamtausgaben relativ gering, steigen aber kontinuierlich an. Lagen sie 2012 noch bei 2,94 Milliarden Euro, betragen sie 2016 bereits 3,36 Milliarden, berichtet der GKV-Spitzenverband. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist damit zu rechnen, dass der Stellenwert der Rehabilitation weiter zunehmen wird.

Ausgaben für Reha steigen

* Name von der Redaktion geändert.



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



Bundesteilhabegesetz: Auswirkungen für Rehabilitation und Teilhabe

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) umfasst zahlreiche Neuregelungen für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, Menschen mit drohender Behinderung und chronisch kranke Menschen. Es tritt stufenweise in Kraft, wesentliche Änderungen sind bereits zum 1. Januar 2018 wirksam geworden.

DAS GEGLIEDERTE Sozialleistungssystem bleibt bestehen; wie bisher bieten acht Sozialleistungsträger Leistungen an, deren Nutzung von Voraussetzungen des Betroffenen und der Zuständigkeit des einzelnen Trägers abhängt. Aber: Das neue SGB IX fordert eindeutig mehr Zusammenarbeit der Akteure. »Leistungen wie aus einer Hand« ist eines der maßgeblichen Ziele des BTHG. Dafür werden in Teil 1 des Gesetzes Koordination und Kooperation der Reha-Träger mit konkreten Verpflichtungen und mit Instrumenten für eine bessere Planung des Reha-Prozesses neu geregelt. Auch wenn die Reha-Träger und die Integrationsämter nach wie vor für unterschiedliche Leistungen zuständig bleiben, reicht jetzt ein einziger Reha-Antrag aus, um ein umfassendes Verfahren zu initiieren. Sind mehrere Reha-Träger beteiligt, gibt es einen sogenannten *leistenden Reha-Träger*, der die Koordination der erforderlichen Rehabilitationsleistungen übernimmt. Um lange Bearbeitungszeiten oder Brüche im Reha-Geschehen zu vermeiden, ist der Reha-Prozess nunmehr so aufzustellen, dass die Phasen nahtlos ineinander übergehen.

Maßnahmen und Ziele planen

Ein Kernbereich des BTHG ist das Teilhabeplanverfahren, das stattfindet, wenn verschiedene Leistungen eines Trägers oder verschiedene Leistungen mehrerer Träger erforderlich sind. Dabei wird ein Teilhabeplan erstellt. Er umfasst die Planung und die Koordinierung aller erforderlichen Leistungen, bindet alle Leistungsträger und sonstigen Beteiligten ein und ist für alle Beteiligten verbindlich. Ergänzend dazu gibt es für die Träger der Eingliederungshilfe weitere Regelungen für ein Gesamtplanverfahren, die im zweiten Teil des SGB IX verankert sind. Gibt es in einem Verfahren sowohl eine Gesamtplanung durch die Träger der Eingliederungshilfe als auch eine Teilhabeplanung durch einen anderen Reha-Träger, muss beides miteinander verknüpft werden: Die Ergebnisse aus dem Gesamtplan fließen in den Teilhabeplan

ein. Bei besonders komplexen Leistungsfällen kann (mit Zustimmung der Leistungsberechtigten) eine Teilhabepan-Konferenz einberufen werden, um mit Rehabilitationsträger, Leistungsberechtigtem und weiteren Beteiligten den Bedarf, die Maßnahmen und geeignete Ziele festzulegen.

Eine Schlüsselfunktion im Reha-Prozess nimmt die Bedarfsermittlung ein. Je genauer sich Leistungen am persönlichen Bedarf eines Menschen mit Behinderung orientieren, desto besser wird dessen Teilhabe gelingen. Neben den Auswirkungen der Behinderung müssen auch individuelle Faktoren wie Alter, Bildungsstand, Wohnort, familiäre Situation und soziales Umfeld berücksichtigt werden.

Umsetzung in der Praxis

Nachdem die neuen Vorschriften des SGB IX Teil 1 zu Jahresbeginn in Kraft getreten sind, müssen die Neuregelungen in der Praxis erst einmal gelebt werden. Von heute auf morgen wird das nicht gelingen. Die neuen Vorschriften stellen hohe Anforderungen an die Krankenkassen und die weiteren Reha-Träger. Denn mit den Veränderungen ist eine erhebliche Umgestaltung verbunden, deren Auswirkungen noch nicht vollständig abzusehen sind – nicht zuletzt, weil viele Regelungen ineinandergreifen. Um die gesetzlichen Anforderungen an die Zusammenarbeit zu konkretisieren, erarbeiten die Reha-Träger derzeit auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) entsprechende Vereinbarungen.

Letzten Endes sind wir dann auf einem guten Weg, wenn die Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung sowie ihre Angehörigen positive Veränderungen wahrnehmen.



Dr. Helga Seel ist Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR).
helga.seel@bar-frankfurt.de

Gut geregelt: Die Aufgabe der Medizinischen Dienste

Die neue Begutachtungsanleitung *Vorsorge und Rehabilitation* sowie das aktualisierte Studienheft bilden die sozialmedizinische Grundlage für eine passgenaue und bedarfsgerechte Begutachtung von Anträgen zu Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation. Sie wird voraussichtlich im Mai 2018 allen MDK-Gutachtern zur Verfügung stehen.

IM AUFTRAG DER Krankenkassen prüfen die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter in Stichproben und regelmäßig bei Verlängerungen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Genehmigung eines Vorsorge- oder Reha-Antrages vorliegen. Die Krankenkassen beauftragen die Gutachter auch bei vorzeitigen Anträgen oder wenn sich aus den vorgelegten Unterlagen keine eindeutige Indikation ableiten lässt, mit einer sozialmedizinischen Begutachtung.

Die Indikation ergibt sich, wenn im Einzelfall die Kriterien Vorsorge/-Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, realistische Ziele und eine positive Prognose erfüllt sind. Die Gutachter geben auch Empfehlungen dazu ab, auf welche Weise die Leistung erbracht werden sollte (indikationsspezifisch oder indikationsübergreifend; ambulant, ambulant mobil oder stationär). Damit leisten sie einen Beitrag für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten.

Was ist neu?

Die neue Begutachtungsanleitung (BGA) *Vorsorge und Rehabilitation* hat vor allem das Ziel, eine bundesweit einheitliche Begutachtung zu sichern und die Zusammenarbeit von Krankenkassen und MDK zu regeln. Sie wird fachlich vom MDS unter Beteiligung von Experten aus den MDK erarbeitet und durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) als Richtlinie beschlossen.

Die BGA wird regelmäßig an gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen sowie den aktuellen Stand (rehabilitations)medizinischer Erkenntnisse angepasst.

Alle relevanten Änderungen im Bezug zum neuen SGB IX / Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden aufgenommen. Es erfolgten redaktionelle Überarbeitungen im Hinblick auf eine bessere Verständlichkeit und eine Angleichung der Eindringtiefe im Bereich der Beschreibung unterschiedlicher Indikationen. Insbesondere das Kapitel »Geriatrische Rehabilitation« wurde grundlegend überarbeitet und dem aktuellen

medizinischen Erkenntnisstand angepasst. Dies erfolgte parallel zur Anpassung und Aktualisierung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, welche im Januar 2018 vom GKV-SV veröffentlicht wurde.

Studienheft aktualisiert

Auch das Studienheft »Vorsorge und Rehabilitation« wurde in einer Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der sozialmedizinischen Expertengruppen Leistungsbeurteilung / Teilhabe (SEG-1) parallel zur BGA aktualisiert. Es dient zum einen der Vorbereitung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter, kann aber gleichermaßen auch von erfahrenen Gutachtern zur Auffrischung bzw. Aktualisierung ihres Wissens zu dem Begutachtungsfeld genutzt werden. Das Studienheft ergänzt die BGA. Es hat eine praxis- und fallorientierte Ausrichtung. So werden zu den einzelnen Kapiteln Lernziele und Lernkontrollfragen formuliert. Darüber hinaus finden die Gutachter für wichtige Bereiche praktische Fallbeispiele.

**Theorie und Praxis
kombinieren**

Mit der aktualisierten BGA Vorsorge und Rehabilitation sowie dem neuen Studienheft sind die MDK-Gutachter für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung von Vorsorge und Rehabilitationsanträgen bestens gerüstet, um ihren Beitrag zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auch im Sinne des SGB IX zu leisten.



Dipl.-Med. Katrin Breuninger ist Leiterin des Teams Rehabilitation/Heilmittel beim MDS.
k.breuninger@mds-ev.de

Flexibel, nachhaltig, zeitgemäß – neue Regeln für die Kinder-Reha

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2017 die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zeitgemäßer ausgestaltet.

ETWA 16% der Minderjährigen in Deutschland, also mehr als zwei Millionen Kinder und Jugendliche, haben ein langandauerndes chronisches Gesundheitsproblem. Das hat das Robert-Koch-Institut 2012 in einer Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ermittelt. Zu den Haupterkrankungen zählen allergische Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Heuschnupfen oder Ekzeme. Hinzu kommen neben Adipositas vor allem chronisch-somatische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Migräne oder Erkrankungen des Bewegungsapparates. Etwa jedes fünfte Kind ist zudem von einer psychischen Störung betroffen.

Zwei gleichrangige Träger

Viele dieser chronisch kranken Kinder und Jugendlichen könnten möglicherweise von einer gezielten Rehabilitationsmaßnahme profitieren. Ein solcher mehrwöchiger Aufenthalt in einer der bundesweit rund sechzig spezialisierten Reha-Kliniken kann ihnen neue Perspektiven im Umgang mit der Krankheit eröffnen – insbesondere wenn ambulante Behandlungen nicht durchführbar sind oder absehbar nicht den gewünschten Erfolg bringen. Sowohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) übernehmen die Kosten für eine solche Kinder- und Jugendrehabilitation. Prinzipiell sind die beiden Träger für diese Leistung gleichrangig zuständig. Bei Erfüllung der jeweiligen Zugangsvoraussetzungen bedeutet das: Der Träger, bei dem der Antrag eingegangen ist, ist auch für die weitere Bearbeitung zuständig. Anders als die GKV verfolgt die DRV mit den Reha-Maßnahmen ein vorrangiges Ziel: »Es ist von großer Bedeutung, frühzeitig die Leistungsfähigkeit dieser Kinder und Jugendlichen wiederherzustellen beziehungsweise zu verbessern und damit deren Teilhabe an Schule, Ausbildung und – entsprechend dem zentralen Ziel der Rentenversicherung – am späteren Erwerbsleben zu sichern«, betont Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. Demgegenüber erbringt die GKV auch Rehabilitationsleistungen für schwer betroffene, mehrfachbehinderte und zum Teil pflegebedürftige Kinder, unabhängig von der weiteren Erwerbsprognose.

Immer weniger Reha-Anträge

Obwohl die Sinnhaftigkeit der Reha nicht infrage steht und die Zahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher zugenommen hat, ging die Anzahl der Anträge und Bewilligungen von Reha-Maßnahmen in den letzten zehn Jahren per-



manent zurück. Konnte die DRV 2007 noch 85 166 Anträge bearbeiten, lag diese Zahl 2016 nur noch bei 53 779. Neben dem rein demografischen Faktor lässt sich nur vermuten, welche Beweggründe Eltern oder die betreuenden Ärzte haben könnten, diese Leistung nicht zu beantragen. Eine nicht zu unterschätzende Rolle scheint dabei die schlechte Vereinbarkeit von Reha und Schule zu spielen. Viele Eltern befürchten, dass eine Reha größere Ausfallzeiten mit sich bringt und ihre Kinder wesentlichen Lernstoff verpassen. Das gilt nicht nur für Kinder mit Lernschwierigkeiten, sondern insbesondere auch für ältere Schüler, die unter ohnehin erschwerten G8-Bedingungen aufs Gymnasium gehen. Da die Kinder während einer Reha den Unterricht am Heimatort verpassen, müssen sie den versäumten Stoff gegebenenfalls »in Eigenregie« nacharbeiten.

Aber es gibt auch weitere Gründe für den Rückgang der Anträge: »Bei chronisch kranken Kindern mit Asthma bronchiale beispielsweise ist die ambulante Versorgung durch die Einführung des Disease-Management-Programms besser geworden, so dass eine stationäre Maßnahme den Eltern oder dem betreuenden Arzt oftmals nicht mehr nötig erscheint«, weiß Karin Breuninger, Teamleiterin »Rehabilitation/Heilmittel« beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Zahlen der DRV belegen, dass der Anteil von Kindern mit dieser Indikation zwischen 2007 und 2016 von ursprünglich einem Drittel aller durchgeführten Reha-Maßnahmen auf 24,6% gesunken ist. Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), benennt zudem Nichtwissen und das vermeintlich aufwendige Antragsverfahren bei seinen Kollegen in der Praxis als einen weiteren Grund für den Rückgang der Antragszahlen. Unter anderem deshalb habe der BVKJ gemeinsam mit Klinikträgern das »Bündnis Kinder- und Jugendreha« gegründet, welches unter anderem auch Kinder- und Jugendärzte bei allen Fragen rund um die Reha informiert und unterstützt.

Gesetzliche Neuregelung

2016 hat der Gesetzgeber erkannt, dass die Regelungen für die Kinder-Reha nicht mehr zeitgemäß sind und Zugang sowie Ausgestaltung dieser Leistung mit dem Flexirentengesetz völlig neu geordnet. So definiert das Gesetz in §15a SGB VI, das zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, die Kinder- und Jugendrehabilitation erstmals als Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung. Die gesetzlich vorgeschriebene Vierjahresfrist zur Wiederholung einer medizinischen Reha findet für Kinder und Jugendliche keine Anwendung mehr. Zudem wurde die Altersgrenze der Kinder, bis wann sie das Anrecht auf eine erwachsene Begleitperson haben, auf zwölf Jahre heraufgesetzt. Nicht zuletzt hat der Gesetzgeber auch die Ausgabenbegrenzung auf 7,5% der Gesamtausgaben für Reha abgeschafft. Die perspektivisch sicherlich wichtigsten Neuerungen sind jedoch zwei neu eingeführte Leistungen: die ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation sowie Leistungen zur Nachsorge, um den Erfolg einer ambulanten oder stationären Rehabilitation nachhaltig zu sichern.



Leistungsangebot flexibilisiert

Bis zum 31. Juli dieses Jahres soll die DRV eine detaillierte Richtlinie zur Kinder- und Jugendrehabilitation erarbeiten. Diese orientiert sich an den Ansprüchen im Flexirentengesetz und soll unter anderem Konzepte für ambulante Reha und Nachsorge konkretisieren. Die ambulante Reha solle künftig als multimodales, interdisziplinäres Angebot aufgestellt werden, das den jeweils spezifischen Bedingungen und Anforderungen des Kindes- und Jugendalters Rechnung trage, erklärt Susanne Weinbrenner von der DRV. Man verschaffe sich im Moment einen Überblick über regional bereits bestehende Angebote, die dafür eventuell genutzt werden können.

Die Neuerungen im Flexirentengesetz machen auch aus Sicht des MDK Sinn. »Kinder-Reha kann als komplexes multimodales Leistungsangebot einen ergänzenden Bestandteil in der Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher darstellen. Es bedarf der Umsetzung innovativer, zeitgemäßer Versorgungskonzepte, um den aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Deshalb sind die aktuellen Entwicklungen zu begrüßen«, bringt es Kinderärztin Dr. Jutta Vogel-Kirklies, Gutachterin beim MDK in Hannover, auf den Punkt. Offensichtlich haben die Neuerungen im Gesetz auch bei den Eltern Anklang gefunden. »Mit den neuen Leistungen werden Personenkreise erreicht, die stationäre Leistungen ablehnen oder von der Nachhaltigkeit nicht überzeugt waren. Die gesetzlichen Klarstellungen werden dafür sorgen, dass die Kinder- und Jugendreha besser von anderen Leistungen, wie zum Beispiel der Mutter-Kind-Maßnahme, abgegrenzt werden können«, sagt Alwin Baumann, Sprecher des Bündnisses Kinder- und Jugendreha (BVKJ). Obwohl viele Inhalte der Neuregelung erst mit der Richtlinie zum 1. Juli 2018 wirksam würden, habe das Gesetz bereits 2017 zu 7,5% mehr Bewilligungen bei der Rentenversicherung geführt, so Baumann weiter. Zudem hätten die Kliniken rückgemeldet, dass auch die Zahl der Bewilligungen für Begleitpersonen deutlich gestiegen sei.



Otmar Müller ist gesundheitspolitischer Fachjournalist und betreibt in Köln ein Medienbüro mit den Schwerpunktthemen Gesundheit und Gesundheitspolitik. mail@otmar-mueller.de



Nutzen und Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation

Längst gibt es zahlreiche wissenschaftliche Nachweise für die positive Wirkung und den Nutzen von Rehabilitation. Bestes Beispiel: die kardiologische Rehabilitation nach koronarer Herzkrankung, insbesondere nach Herzinfarkt.

»REHA FÜR HERZKRANKE – viele vertun Chance auf längeres Leben« schrieb *Der Spiegel* 2012 und brachte damit auf den Punkt, was für viele Experten bereits seit Jahren unbestritten ist: Reha wirkt. Allein durch eine gesunde Lebensweise (gesunde Ernährung, Nichtrauchen, körperliche Aktivität, moderater Alkoholkonsum, normaler Bauchumfang) lassen sich nach einer vielbeachteten Studie der Schwedin Agneta Akesson aus dem Jahr 2014 vier von fünf Herzinfarkten vermeiden. Aber Patienten müssen über diese Zusammenhänge informiert sein, und sie müssen motiviert werden, einen gesunden Lebensstil einzuhalten. Ein guter Ort für diese Aufgabe ist die kardiologische Rehabilitation. Hier wird in einem multidisziplinären Team in Form einer multimodalen Therapie, die u. a. die Bereiche Ernährung, Bewegung, Gesundheitsinformation und psychologische Unterstützung miteinbezieht, über einen längeren Zeitraum intensiv mit dem Patienten gearbeitet.

Zahlen und Ziele

Häufigste Indikation für eine kardiologische Rehabilitation ist die koronare Herzkrankheit mit mehr als 50% der Rehabilitationen. Laut Deutschem Herzbericht 2016 finden 70% als Anschlussrehabilitation nach einem akuten Ereignis statt. 2015 wurden 12% der Maßnahmen ambulant durchgeführt. 2007 hat die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. erstmals Standards für die Praxis der kardiologischen Rehabilitation veröffentlicht. Demnach zielt die kardiologische Rehabilitation auf eine Verbesserung der Lebensqualität mit Reduktion von Beschwerden, Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit, Stabilisierung des psychischen Befindens, Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung und beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Dabei geht es auch um eine Verbesserung der Prognose durch Prävention und Risikoreduktion, Reduktion der Morbidität und Mortalität. Außerdem ist es Ziel, einen Beitrag zur Kostenstabilität durch Verbesserung der Patienten-

compliance zu leisten (Patienten sollen Bereitschaft entwickeln, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken). Vermeidbare Krankenhausaufenthalte sollen verhindert und eine vorzeitige Berentung und Pflege vermieden werden.

Ergebnisse und Erfolge

Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit sind die Ergebnisse der kardiologischen Rehabilitation wissenschaftlich am besten belegt. So bewertete u. a. eine aktuelle Metaanalyse die Reha-Ergebnisse mit multimodalem Therapieansatz bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom und nach Bypass-Operation vor dem Hintergrund einer modernen kardiologischen und kardiochirurgischen Behandlung. Sie konnte eine Abnahme der Mortalität von 50% in einem Zeitraum von (im Mittel) 40 Monaten nachweisen. Weiteres Ergebnis: Bei Patienten nach Koronarintervention wird durch Reha die Gesamtsterblichkeit innerhalb von mehr als sechs Jahren fast halbiert. Nach aorto-koronarer Bypass-Operation und anschließendem Reha-Programm sinkt die Gesamtmortalität über einen Zeitraum von zehn Jahren um 60%. Wer nach einem Herzinfarkt dagegen nicht an einer kardiologischen Rehabilitation teilnimmt, hat eine größere Wahrscheinlichkeit, binnen eines Jahres zu versterben.

Bei Patienten mit Herzinsuffizienz empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie *Chronische Herzinsuffizienz* 2017 die kardiologische Rehabilitation als eine nichtpharmakologische Therapie. Eine Metaanalyse zeigte hier eine Abnahme der Sterblichkeit um fast 20% über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Eine andere Metaanalyse konnte nachweisen, dass nach einer kardiologischen Reha binnen zehn Jahren ein Drittel weniger Krankenhausaufnahmen erfolgt im Vergleich zur Zahl der Krankenhausaufnahmen von Patienten, die keine Reha absolviert hatten.

**Analysen belegen
Wirksamkeit**

Für Patienten im Endstadium einer Herzinsuffizienz gibt es seit wenigen Jahren die Möglichkeit einer Behandlung mit einem sogenannten *Kunstherzsystem*. Speziell für diese Gruppe wurden 2016 in einem Positionspapier die Inhalte der kardiologischen Reha definiert. Auch wenn Studien zu Langzeiteffekten bislang fehlen, steht fest, dass eine Reha die körperliche Leistungsfähigkeit steigert, dass zum Beispiel die Muskelkraft bei drei Wochen Reha um ein Drittel zunimmt.

Auch zur Rehabilitation nach Herztransplantation gibt es keine Langzeitdaten. In einer Metaanalyse wurde durch körperliches Training über einen Zeitraum von drei Monaten eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit belegt.

Andere Reha-Indikationen

Auch für Patienten nach einer Herzklappenoperation wird eine kardiologische Reha seit 2005 offiziell empfohlen. Betroffene profitieren ebenso von einem Rehaprogramm wie Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Ein Review konnte eine Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit belegen.

Bei alten, multimorbiden, häufig inoperablen Patienten und schweren Klappenfehlern kommen in der Regel neue nichtchirurgische Verfahren zum Einsatz. Die schwere Aortenklappenstenose kann seit wenigen Jahren kathetergestützt (TAVI), die ausgeprägte Mitralinsuffizienz bei Herzinsuffizienz nichtinvasiv mittels MitraClip-Implantation behandelt werden.

Auch wenn Langzeitergebnisse für diese Patientengruppe fehlen, konnte nachgewiesen werden, dass ein körperliches Trainingsprogramm über acht Wochen mit zwei bis drei wöchentlichen Trainingseinheiten die körperliche Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität von Patienten nach kathetergestützter Aortenklappenimplantation verbessern kann. Hierzu wurden seit 2013 Daten zur Veränderung der Gebrechlichkeit und der körperlichen Leistung durch Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation erfasst und

ausgewertet. 2017 wurden erstmals Empfehlungen zur Nachsorge nach MitraClip-Implantation veröffentlicht.

Probleme und Perspektiven

Eine Leistungsdokumentation und -kontrolle der kardiologischen Rehabilitation erfolgen hierzulande unter Federführung der Kostenträger. Auch wenn dies zu einer besseren Strukturierung und Standardisierung der Rehabilitation geführt hat, geben die Zahlen zur Inanspruchnahme einer kardiologischen Reha weiterhin zu denken. Von den Patienten, die für eine kardiologische Rehabilitation in Betracht kommen, nimmt, so das Ergebnis aktueller nationaler und internationaler Studien, weniger als jeder dritte Patient mit koronarer Herzkrankheit und nur jeder zehnte Patient mit Herzinsuffizienz an einer Rehabilitation teil. Jeder zweite Patient gab als Grund für die Nichtteilnahme an, dass er keine Empfehlung bzw. keine Information zu einer kardiologischen Rehabilitation erhalten habe. Vor allem Ältere, Frauen und Gebrechliche werden häufig nicht als Kandidaten für eine Rehabilitation betrachtet. Dies ist umso unverständlicher, denn fest steht: Ob alt oder jung – wer schwer herzkrank ist und zum Beispiel nur noch mit Mühe 50 Meter weit laufen kann, dessen Lebensqualität steigt ganz erheblich, wenn er nach erfolgreicher Reha wieder deutlich längere Strecken absolvieren kann. Gerade das wirke sich auch positiv auf die individuelle Prognose aus, meinen Rehabilitationsexperten.

Da Patienten oft nur kurz in einer Akutklinik sind, dort zum Beispiel einen Bypass oder Herzkatheter erhalten, bleibt kaum Zeit, die Patienten über ihre Erkrankung und deren Ursache zu informieren und die medikamentös-konservative Behandlung zu optimieren. Das kann und sollte am besten in der Rehabilitation erfolgen. Sie lässt Herzpatienten länger leben – denn schon eine geringe Verbesserung der Fitness ist verbunden mit einer Abnahme der Sterblichkeit, dies gilt vor allem für die Schwächsten.



Dr. Sieglinde Spörl-Dönoch ist ehemalige Chefarztin der Kardiologischen Rehabilitation der Frankenklinik am Integrierten Herzzentrum Bad Neustadt.
spoerl-doench@gmx.de

Training für den Alltag

Der eine Patient hatte eine Bandscheiben-op, einem anderen wurde ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt, einem dritten der linke Unterschenkel amputiert – Indikationen für eine orthopädische Rehabilitation gibt es viele. Und es gibt noch mehr Rehakliniken, in denen Betroffene therapiert werden. Eine davon ist die MediClin Fachklinik Rhein-Ruhr in Essen-Kettwig.

»DER LIEBE GOTT ist doch immer dabei«, meint Ilse-Maria Färber* und erinnert sich an ihren Sturz vor sechs Wochen. Auf dem Weg zum Einkaufen war sie gefallen und hatte sich den rechten Oberarmkopf gebrochen. Aber sie hatte Glück im Unglück: Die Operation im Krankenhaus verlief problemlos, und im Anschluss kam sie direkt zur orthopädischen Rehabilitation in die MediClin Fachklinik Rhein-Ruhr nach Essen-Kettwig. »Ich werd' hier ausgesprochen gut versorgt, und meine Familie kann mich immer besuchen«, sagt die muntere 95-Jährige, die eine wahre »Vorzeigepatientin« ist, wie Dr. Wolf Peter Scheitza lächelnd erklärt. Der Chefarzt der Orthopädie/Neuro-Orthopädie der Kettwiger Rehaklinik ist sich sicher: »Dank unseres Therapie-Konzeptes und ihrer großen Motivation wird Frau Färber nach der Reha so weit wiederhergestellt sein, dass sie in ihre Wohnung zurück kann und weiter allein zurechtkommen wird. Vielleicht blei-

ben kleinere Einschränkungen zurück, aber damit wird sie umgehen können.« Vor zweieinhalb Wochen sah das noch ganz anders aus: Die alte Dame hatte Schmerzen, konnte den Arm nur minimal bewegen, war unsicher auf den Beinen und massiv auf Hilfe angewiesen. Heute zeigt sie stolz, dass sie sich mit rechts schon fast wieder eigenständig die Haare bürsten kann; und am Arm von Physiotherapeut Fabian* geht sie zunehmend sicherer über den Flur.

Therapien nach Plan

»Wir leisten hier vor allem Hilfe zur Selbsthilfe«, so Scheitza. »Damit die Patienten nach der Reha ihren Alltag möglichst gut wieder bewältigen können, werden sie bei uns mobilisiert und ermutigt, sich Ziele zu setzen und diese beharrlich zu verfolgen.« Bei Frau Färber war ein erstes Rehaziel, sie so weit zu bringen, dass sie wieder alleine ins Bett gehen kann. Das schafft sie inzwischen und ist dabei hochmotiviert: »Ich muss doch rechtzeitig zur Kommunion meines Enkels wieder auf den Beinen sein«, lacht sie. Und deshalb macht sie konsequent alles mit, was ihr Therapieplan vorsieht. Dieser wird in Absprache mit Ärzten und Therapeuten täglich für jeden Patienten individuell zusammengestellt. Frau Färber trainiert nun jeden Tag im *Armstudio* mit zwei Therapeutinnen, fünf Mitpatienten und computergestützten Therapiegeräten. Daneben bekommt sie physikalische Therapien wie Massagen, Wärmeanwendungen und Elektrotherapie, um die Muskeln zu entspannen, sowie Ergotherapie, um die Feinmotorik zu schulen.

Mit Rücksicht auf ihr Alter und die notwendigen Ruhephasen ist ihr Plan gegenüber dem von Sebastian Möller* etwas abgespeckt. Bei dem 27-Jährigen, der nach einem



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

Motorradunfall ein künstliches Hüftgelenk brauchte, stehen täglich fünf Termine und mehr auf dem Plan – abwechselnd Physiotherapie, Lymphdrainage, apparative Massage, Bewegungsbad, Schwimmen im hauseigenen Schwimmbad, Gehschule sowie autogenes Training und Vorträge zum »Leben mit dem künstlichen Gelenk«. In seiner freien Zeit spielt er lieber am Smartphone, statt die Freizeitaktivitäten der Klinik zu nutzen. Stricken und Häkeln, Werken mit Pedigrohr oder Bingo sprechen zwar nicht alle an, »aber das ist auch schwierig«, findet Scheitza und fügt hinzu: »Die Zeiten von Fango und Tango sind vorbei, das ist auch gut so. Wir vermeiden auch ganz bewusst den Begriff *Kur*. Sonst wecken wir nur falsche Erwartungen, die wir hier nicht erfüllen können und wollen«.

Zunehmend ältere Patienten

»Während früher die Patienten nach einer OP nicht nur länger im Krankenhaus lagen, sondern danach auch fünf, sechs Wochen in der Reha blieben, müssen wir heute relativ kurzfristig arbeiten«, meint Dr. Jörg Harkener, Leitender Oberarzt Orthopädie in der Essener Rehaklinik. So gebe es bei Knie- und Hüftgelenkersatz-Operationen beispielsweise zunehmend Bestrebungen, Patienten schon fünf, sechs Tage nach der OP aus dem Krankenhaus zu entlassen. »Aber das kann längst nicht bei jedem Betroffenen funktionieren«, so Harkener und verweist auch auf die zunehmende Anzahl älterer, multimorbider Patienten.

»Von unseren durchschnittlich zehn Aufnahmen pro Tag sind über 30% der Patienten deutlich älter als 75«, sagt Wolf Scheitza: »Sie kommen oft mit zahlreichen Medikamenten,

von denen sie häufig nicht wissen, warum sie diese einnehmen. Das klären wir dann, oft mit viel Zeit und Aufwand. Denn auch die Medikation muss stimmen, damit unsere Patienten nach der Reha in ihrem Umfeld gut klarkommen.«

Die MediClin Fachklinik Rhein-Ruhr

Die MediClin Fachklinik Rhein-Ruhr ist eine Fachklinik für orthopädische, neurologische und kardiologische Rehabilitation und auf die Behandlung von Patienten nach akuten sowie chronischen Erkrankungen in den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie und

Kardiologie spezialisiert. Sie gehört zur MediClin AG, die bundesweit 55 Einrichtungen, darunter Krankenhäuser, Rehakliniken, Pflegeheime und Medizinische Versorgungszentren, betreibt. Infos auch unter www.fachklinik-rheinruhr.de

Gute Aussichten

Um dem steigenden Anteil älterer Patienten gerecht zu werden, soll es demnächst eine separate geriatrische Abteilung geben. Außerdem wird die neurologische Abteilung gerade ausgebaut. Derzeit hat die 1977 erbaute Rehaklinik, die mit 455 Betten und jährlich knapp 6500 Patienten zu den größten Anbietern der Region zählt, in der Orthopädie 160 Betten, 210 Betten in der Neurologie und 85 Betten in der Kardiologie. Hinzu kommen 55 Plätze für Patienten der ganztägig ambulanten Rehabilitation in der Tagesklinik. Gemeinsam mit vier Fach- und sechs Stationsärzten deckt das Team um Wolf Scheitza alle konservativen orthopädischen Therapien ab und hat zudem besondere Erfahrung in der prothetischen Versorgung und Gangschulung von Patienten nach Gliedmaßen-Amputationen.

* Namen von der Redaktion geändert

Drei Fragen an ...

Dr. Christel Stegemann, Leiterin Fachreferat Rehabilitation, Heilmittel beim MDK Westfalen-Lippe und Mitglied der Sozialmedizinischen Expertengruppe SEC 1 Leistungsbeurteilung / Teilhabe

Wie können Rehakliniken sicherstellen, dass Patienten die für sie notwendigen und individuellen Therapien erhalten?

Für medizinische Rehabilitation gilt – neben den Grundsätzen der Komplexität und Interdisziplinarität – der Grundsatz der Individualität. Es erfolgt grundsätzlich die Ausrichtung der Therapie und auch der Therapiedichte auf das persönliche Gesundheitsproblem, die individuellen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe, die relevanten Kontextfaktoren sowie die Rehabilitationsziele. Die Orientierung am ganzheitlichen Ansatz und an den vorgenannten Grundsätzen wird im indikationsspezifischen Rehabilitationskonzept dargestellt, wenn ein Versorgungsvertrag (§111 und §111c SGB V) beantragt und von den Kassen dem MDK zur medizinischen Bewertung vorgelegt wird. Durch die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung ist eine Überprüfung, z. B. über Computerprogramme wie QS-Reha®, möglich.

Sind mit Zunahme älterer Patienten geänderte Anforderungen an indikationsspezifische Rehabilitationseinrichtungen verbunden?

Mit Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland zur Erfüllung von Anforderungen wie einem gleichberechtigten Zugang z. B. zu Gesundheit und Rehabilitation verpflichtet. Dies bedeutet auch, dass Rehabilitationseinrichtungen in baulicher, räumlicher und apparativ-technischer Hinsicht grundsätzlich den Anforderungen einer barrierefreien Gestaltung entsprechen sollen. Und dass ein erhöhter Hilfebedarf des Rehabilitanden durch die Vorhaltung von entsprechend ausgebildetem Personal erfüllt werden kann, gehört m. E. selbstverständlich, unter Beachtung der demografischen Entwicklung, zur Umsetzung eines Rehabilitationskonzeptes.

Was macht eine gute Rehaklinik / eine erfolgversprechende Reha aus?

Eine gute Konzept- und Strukturqualität (ergänzt durch eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit) sowie der Wunsch des Rehabilitanden, (weiter) ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, sind gute Voraussetzungen – dies als knapper Hinweis auf eine komplexe Frage.





Ambulante geriatrische Rehabilitation ermöglichen, erweitern, verbessern

Die demografische Entwicklung rückt die geriatrische Versorgung zunehmend in den Fokus. Ältere Menschen sollen so lange wie möglich ihren Alltag selbstständig bewältigen können und möglichst nicht von Pflege abhängig werden. Neben der stationären Rehabilitation sollen dabei vor allem ambulante rehabilitative Versorgungsangebote helfen.

MIT BLICK AUF die Weiterentwicklung in der Geriatrie und zahlreiche Erfahrungen aus der Praxis haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation aus dem Jahr 2004 im Januar dieses Jahres aktualisiert. Sie geben einen Überblick über die Anforderungen an die ambulante geriatrische Rehabilitation in der GKV und richten sich an alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten.

»Besondere Indikationen hat die *Mobile geriatrische Reha* als Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation«, weiß Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft, und ergänzt: »Dadurch, dass die älteren Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben, können Bezugspersonen intensiv in die Reha einbezogen und Hilfsmittel unmittelbar eingesetzt oder bedarfsgerecht angeregt werden. Außerdem wird unter den realen Alltagsanforderungen geübt. Das erleichtert die Reha besonders für kognitiv beeinträchtigte Menschen.«

Forderung nach flächendeckender Versorgung

Umso mehr bemängelt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in ihrem Ende 2017 vorgelegten Positionspapier, dass es in Deutschland kein flächendeckendes Angebot an ambulanter geriatrischer Rehabilitation gibt. An den 18 Forderungen, die der Ausschuss »Geriatrische Rehabilitation« der DVfR erarbeitet hat, haben Fachgesellschaften, Verbände, Institutionen und Kliniken, darunter die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), der Bundesverband Geriatrie (BVG) sowie das Kompetenz-Centrum Geriatrie und der MDS, mitgewirkt.

Dirk van den Heuvel, stellvertretender Ausschuss-Vorsitzender, bringt die wesentlichen Forderungen auf den Punkt: »Wichtig ist, dass es flächendeckend ein abgestuftes Versor-

gungssystem gibt. In einzelnen Bereichen haben wir noch deutliche Versorgungslücken. Insbesondere fehlen ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Ziel muss es daher sein, ein flächendeckendes Rehabilitationsangebot inklusive der mobilen geriatrischen Rehabilitation aufzubauen.«

Vernetzung fördern

Auch weil das Thema Qualitätssicherung immer wichtiger wird, fordert die DVfR, die Qualifikation der Teammitglieder geriatrispezifisch auszurichten. »Dies betrifft insbesondere die Pflegekräfte, die mit entsprechenden Zusatzqualifikationen ausgestattet sein müssen. Darüber hinaus soll die geriatrispezifische Grundkompetenz der niedergelassenen (Haus-)Ärzte gestärkt werden. Der Hausarzt muss in der Lage sein, rechtzeitig den weiterführenden geriatrispezifischen Rehabilitationsbedarf eines Patienten zu erkennen. Nur so kann frühzeitig eine geriatrische Reha eingeleitet werden«, meint van den Heuvel und ergänzt: »Durch eine stärkere Vernetzung, zum Beispiel in Geriatrischen Versorgungsverbänden, soll die interprofessionelle Versorgung der Patienten gestärkt werden. Allerdings erschwert das deutsche Gesundheitssystem mit seiner strikten Trennung von Akutbehandlung und Rehabilitation sowie den damit verbundenen eigenen Finanzierungssystemen eine durchgängige medizinisch-rehabilitative Versorgung.« Im Positionspapier wird daher dafür plädiert, die seit Jahren politisch immer wieder angekündigte Erhöhung der Durchlässigkeit der Sektorengrenzen beziehungsweise die Lockerung der Budgetgrenzen umzusetzen.

Dorothee Buschhaus

Leitfaden für Politik und Praxis

Laut einer deutschlandweiten, repräsentativen Studie hat jeder Zweite eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Um diese Situation zu verbessern, entwickelte ein Expertenteam aus Wissenschaft und Praxis einen *Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz*.

STEIGENDE LEBENSERWARTUNG, zunehmend mehr chronische Erkrankungen, ein immer komplexer werdendes Gesundheitssystem und die digitale Informationsflut – die Anforderungen an die Gesundheitskompetenz der Menschen werden immer größer. Es gibt so viele Informationen zu Gesundheitsthemen wie nie zuvor, trotzdem sieht sich mehr als die Hälfte der Bevölkerung (54%) vor Probleme gestellt, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen.

Nach internationalem Vorbild

Um die Gesundheitskompetenz nachhaltig zu stärken, ist ein systematisches Vorgehen erforderlich. Daher wurde jetzt nach dem Vorbild anderer Länder ein *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz* für Deutschland vorgelegt. Der Plan, herausgegeben von Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik und erarbeitet von einem insgesamt 15-köpfigen Expertengremium, wurde im Februar öffentlich vorgestellt. Er umfasst 15 konkrete Empfehlungen. Diese sollen Akteure aus allen Bereichen der Gesellschaft dabei unterstützen, sich gemeinsam für mehr Gesundheitskompetenz bei der Bildung, Ernährung und Arbeit, aber auch für einen verständlicheren Austausch zwischen Arzt und Patient einzusetzen.

Besonderen Handlungsbedarf gibt es bei Menschen mit geringerem Bildungsniveau, Älteren, chronisch Kranken und Menschen mit Migrationshintergrund. Unbestritten ist außerdem, dass sich die Investition in die Gesundheitskompetenz rechnen wird. Denn Experten beziffern die Mehrausgaben, die durch unzureichende Gesundheitskompetenz in Deutschland entstehen, auf bis zu 15 Milliarden Euro im Jahr.

Der Aktionsplan konzentriert sich auf die folgenden vier Handlungsbereiche:

Die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern

Es ist wichtig, Menschen in ihrem Lebensalltag möglichst gute Bedingungen für den Zugang zu Gesundheitsinforma-

tionen und konkrete Hilfen für gesundheitsförderliche Entscheidungen und Handlungen zu bieten.

Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten

Ziel ist es, das Gesundheitssystem auf allen Ebenen nutzerfreundlich und gesundheitskompetent weiterzuentwickeln.

Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben

Um besser mit chronischen Krankheiten und ihren Folgen leben zu können, ist ausgeprägte Gesundheitskompetenz erforderlich.

Gesundheitskompetenz systematisch erforschen

Um die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu verbessern, ist es notwendig, die Forschung auszubauen, denn oft fehlen die für eine wissenschaftlich fundierte Interventionsentwicklung nötigen empirischen Grundlagen.

Ausblick

Gesundheitskompetenz muss so früh wie möglich beginnen. »Systematische Angebote sollte es bereits in Kita und Schule, aber auch am Arbeitsplatz bzw. im beruflichen Kontext sowie im Wohnumfeld und den Kommunen geben«, meint der Soziologe Klaus Hurrelmann. Nur wenn es gelingt, Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen des Gesundheitssystems zu verankern, wird sich etwas ändern. Dazu braucht es zum Beispiel neben evidenzbasierten, transparenten und laienverständlichen Gesundheitsinformationen auch Akteure, die das vermitteln können. Außerdem sollen komplexe administrative Prozesse im Gesundheitswesen abgebaut und Ärzte und Pflegepersonal dabei unterstützt werden, mit Patienten verständlich zu kommunizieren.

Infos auch unter www.nap-gesundheitskompetenz.de



Dr. Heide Weishaar ist Leiterin der Geschäftsstelle Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance, Berlin
Weishaar@hertie-school.org

Verbesserungen, aber auch Mängel in der Pflege

Manches ist besser, anderes schlechter geworden – das ist das Fazit des fünften MDS-Pflege-Qualitätsberichtes, der kürzlich der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. In dem Bericht veröffentlicht der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen. Im Mittelpunkt steht dabei der Blick auf die Versorgungsqualität.

GRUNDLAGE DIESES Berichtes sind Daten aus über 26 000 Qualitätsprüfungen (13 304 Pflegeheime, 12 810 Pflegedienste), die im Jahr 2016 in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten stattgefunden haben. Die Prüferinnen und Prüfer von MDK und PKV-Prüfdienst untersuchten dabei die Versorgungsqualität bei 175 000 pflegebedürftigen Menschen (104 344 Heimbewohner, 70 538 Nutzer ambulanter Pflegedienste). Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Pflege in Deutschland. Der Schwerpunkt der Prüfung liegt auf der Bewertung der Versorgungsqualität. Dazu werden pflegebedürftige Menschen in einer Stichprobe in Augenschein genommen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden alle drei Jahre vom MDS ausgewertet und veröffentlicht. Gesetzliche Grundlage dafür ist § 114a Abs. 6 SGB XI.

Ergebnisse bei Schmerzerfassung, Dekubitus und Wundversorgung in Heimen

Der jüngste Bericht zeigt: Die Pflegequalität entwickelt sich insgesamt in die richtige Richtung, gleichwohl gibt es weiterhin in einigen Bereichen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege Qualitätsbefunde, die nicht zufriedenstellend sind – zum Beispiel bei der Schmerzerfassung und der Wundversorgung.

Während die Schmerztherapie in den Verantwortungsbereich der behandelnden Ärzte fällt, ist für die Schmerzerfassung die Pflege zuständig. Die Schmerzerfassung liefert wichtige Informationen zur Steuerung der Schmerztherapie. Bei 37,1% der Bewohner war eine Schmerzerfassung notwendig, erfolgt ist sie bei 82,1% der Betroffenen (80,3%). Bei 17,9% der Betroffenen erfolgte weiterhin keine Schmerzeinschätzung.

Bei 6% der Bewohner war eine Wundversorgung erforderlich. Bei 75,6% dieser Personen erfolgte sie nach aktuellem Wissenstand. Bei 24,4% wurden Maßnahmen wie Druckent-

lastung und hygienische Anforderungen nicht im erforderlichen Maße umgesetzt. Hier ist eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zum vierten Pflege-Qualitätsbericht (79%) zu verzeichnen, der 2015 veröffentlicht worden war und Ergebnisse der Prüfungen aus 2013 ausgewertet hatte.

43,7% der Heimbewohner hatten ein Dekubitus-Risiko. Bei 80,7% wandte das Pflegepersonal Prophylaxen wie Lageungswechsel an und setzte Hilfsmittel ein. Das ist eine Verbesserung im Vergleich zu 2013 – die erforderlichen Prophylaxen wurden damals bei 75,6% umgesetzt. Gleichwohl ist noch kein zufriedenstellendes Niveau erreicht.

Der Anteil der Bewohner, bei denen freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Bettgitter oder Gurte eingesetzt wurden, ist seit dem letzten Bericht von 12,5% auf 8,9% zurückgegangen – ebenfalls ein Fortschritt. Nicht zuletzt durch die Beratung der MDK-Prüfer werden inzwischen häufiger Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen eingesetzt, zum Beispiel Matratzen auf dem Boden oder Sensormatten zum Schutz vor Stürzen. Ziel muss aber sein, freiheitseinschränkende Maßnahmen weiter zurückzuführen. Gute Einrichtungen kommen heute weitgehend ohne freiheitseinschränkende Maßnahmen aus.

In der ambulanten Pflege reicht die Beratung nicht aus

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

77,4% der Betroffenen wurden zu Maßnahmen bei Demenz beraten. Dazu gehören Hinweise zum Umgang mit Selbstgefährdung, Tipps für Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung und Ähnliches. Dies ist eine Verbesse-



rung (2013: 66,3%). Ein Fortschritt der Pflegereform für die pflegebedürftigen Menschen ist, dass Betreuungsmaßnahmen inzwischen gleichberechtigt neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen als ambulante Sachleistungen durch ambulante Pflegedienste erbracht werden können.

43,7% der Pflegebedürftigen benötigten Beratung zum Umgang mit Ausscheidungen wie zum Beispiel Unterstützung beim Toilettengang, Einsatz von Hilfsmitteln wie Inkontinenzprodukten. Die Beratung dazu ist bei 80,9% erfolgt (2013: 72,5%).

Verbesserungsbedarf bei außerklinischer Intensivpflege

Zukünftig wird bei den Qualitätsprüfungen verstärkt die Versorgungsqualität bei Personen mit einer außerklinischen Intensivpflege – zumeist beatmete Personen – in den Blick genommen. In diesem Bereich gibt es deutlichen Verbesserungsbedarf: Die Versorgungsqualität hat sich im Vergleich zum vierten Pflege-Qualitätsbericht verschlechtert. Dies betrifft zwar nur einen kleinen Teil der versorgten Personen, aber die Versorgungssituationen sind hier besonders risikobehaftet.

Bei 1,1% der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld war eine Beatmung erforderlich. Die MDK-Prüfer sahen sich an, ob die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts sachgerecht war. Bei der Bewertung wird geprüft, ob Vitalparameter und Schwellenwerte dokumentiert sind und Wechsel- und Reinigungsintervalle eingehalten werden. Bei 75,3% der Betroffenen war dieses Kriterium erfüllt (2013: 83,1%). Aber bei jedem Vierten erfüllten die Dienste diese wichtigen Maßnahmen nicht.

2,1% der Pflegebedürftigen benötigten eine Trachealkanüle in der Luftröhre. Die MDK-Prüferinnen und -Prüfer kontrollierten Wechsel und Reinigung der Kanüle. Bei 83,3% (2013: 84,1%) erfolgte dies sachgerecht. Hier besteht deutlicher Verbesserungsbedarf.

Abrechnungsprüfungen in der ambulanten Pflege

Seit Oktober 2016 sind Abrechnungsprüfungen verpflichtender Bestandteil der jährlichen Qualitätsprüfung von ambulanten Pflegediensten. Im fünften Pflege-Qualitätsbericht wurden dazu die Daten aus 1138 Prüfungen ausgewertet. Dabei überprüften die MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter

die in Rechnung gestellten Leistungen bei 6079 Pflegebedürftigen. Dabei standen zwei Fragen im Fokus:

1. Sind die in Rechnung gestellten Leistungen erbracht worden?
2. Sind diese Leistungen vertragskonform erbracht worden?

Bei 35,2% der geprüften Pflegedienste stellte der MDK mindestens eine Auffälligkeit fest. 64,8% der Pflegedienste wiesen keine Auffälligkeiten auf. Bei fast 7% der Pflegedienste erkannten die Prüfer gehäuft (sechs und mehr) Auffälligkeiten in der Abrechnung. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nicht jede Abrechnungsauffälligkeit so relevant ist, dass sie eine Reaktion der Pflegekassen nach sich zieht. Andererseits kann auch eine einzelne Auffälligkeit bereits von hervorgehobener Bedeutung sein und einen Anfangsverdacht auf einen finanziellen Schaden der Pflege- und Krankenkassen begründen. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn ein Handzeichen durch einen Mitarbeiter erfolgt, der gar nicht beim Pflegedienst beschäftigt ist.

Werden solche Auffälligkeiten festgestellt, dann werden zur Nachweissicherung Kopien erstellt. Die Pflegekasse erhält den Prüfbericht mit den personenbezogenen Informationen und Unterlagen, so dass sie den Auffälligkeiten nachgehen kann. Über das weitere Vorgehen entscheidet dann die Pflegekasse.

Ausblick

Derzeit werden im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege neue Prüfinstrumente sowie ein neues Qualitätsdarstellungsverfahren erarbeitet. Der MDS hegt große Hoffnung, dass damit ein neuer Impuls für die Qualitätsentwicklung in der Pflege ausgelöst wird. Das seit Jahren zu Recht kritisierte Transparenzverfahren soll durch ein Qualitätsdarstellungssystem abgelöst werden, das den Verbrauchern eine geeignete Informationsgrundlage für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung bieten kann.

Wenige Auffälligkeiten bei Abrechnung



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

»Wir brauchen immer mehr Expertenrat«

Nach den Sozialwahlen im vergangenen Jahr wurden im Februar die Mitglieder des MDS-Verwaltungsrates und deren persönliche Stellvertreter gewählt. Welche Rolle werden die Medizinischen Dienste im Gesundheitswesen spielen? Welche Herausforderungen gilt es zu meistern? Darüber und über die Ziele für die neue Amtsperiode spricht MDK *forum* mit den frisch gewählten alternierenden Vorsitzenden des MDS-Verwaltungsrates Dieter F. Märtens als Vertreter der Versicherten und Dr. Volker Hansen als Vertreter der Arbeitgeber.

Dr. Volker Hansen



forum Herzlichen Glückwunsch Ihnen beiden zur Wahl. Mitte Februar sind Sie vom Verwaltungsrat des MDS wiedergewählt worden. Was bleibt und was kommt?

Märtens Gesundheitswesen und Pflege werden durch die soziale Selbstverwaltung gestaltet. Die Sozialwahlen 2017 haben trotz einer gestiegenen Wahlbeteiligung gezeigt, dass wir nach wie vor für Ehrenamt und Selbstverwaltung werben müssen.

Hansen Ich kann mich da nur anschließen. Selbstverwaltung gründet auf der Einsicht, dass der Staat nicht alles regeln kann und entscheiden soll. Das ist gut so und sollte so bleiben. Selbstverwaltung hat in den vergangenen Jahren Handlungsfähigkeit bewiesen. Aber es bleibt eine fortdauernde Aufgabe, sich für die Autonomie der Selbstverwaltung zu engagieren und sie vor mittlerweile schon fast routinemäßigen Eingriffen zu schützen.

forum Die vergangenen Jahre waren durch die Pflegestärkungsgesetze geprägt. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellte die Begutachtung vom Kopf auf die Füße. Wie haben Sie als Selbstwalter diesen Prozess erlebt?

Märtens Mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs wird die Pflegebedürftigkeit völlig neu und umfassend gedacht. Wir haben uns für deren Umsetzung stark gemacht. Die Einführung der neuen Pflegebegutachtung war ein großes Gemeinschaftsprojekt der

MDK, das sorgfältig geplant, vorbereitet und organisiert worden ist. Im Kooperationsrat, in dem die Verwaltungsräte von MDS und den MDK gemeinsam vertreten sind, ging es vor allem darum, sich für die bundesweit einheitliche Begutachtung zu engagieren.

forum Stichwort Kooperationsrat – welche Projekte haben Sie in der MDK-Gemeinschaft noch vorangebracht, um die Einheitlichkeit voranzubringen?

Märtens Die MDK haben wichtige Weichen für die Zukunft gestellt. Vor einem Jahr wurde die MDK-übergreifende IT GmbH gegründet. Bis Ende 2019 soll eine einheitliche Branchensoftware eingeführt werden. Die MDK sollen in ihrem Kerngeschäft unterstützt und der Datenaustausch mit Krankenkassen und Leistungserbringern soll standardisiert und professionalisiert werden. Die Medizinischen Dienste leisten mit der Branchensoftware einen wichtigen Beitrag zur Digitalisierung, und sie werden so auch den Erwartungen nach einer stärkeren Vereinheitlichung der Prozesse gerecht.

forum Herr Märtens, in Ihrer Zeit als Versichertenvertreter gewannen die Themen Patientenschutz und Patientensicherheit zunehmend an Bedeutung. Beispiel ICEL-Monitor – wie schätzen Sie als Versichertenvertreter den Markt der Selbstzahlerleistungen ein?

Märtens Viele Patientinnen und Patienten sind verunsichert, wenn sie in der Arztpraxis IGeL angeboten bekommen. Ich meine, dass sich hier ein regelrechter Wildwuchs ausgebreitet hat. Versicherte brauchen deshalb wissenschaftlich fundierte und laienverständliche Informationen, damit sie sich für oder gegen eine IGeL entscheiden können. Die gute Resonanz auf den IGeL-Monitor zeigt, dass es richtig ist, sich hier zu engagieren.

forum Meldungen zu medizinischen Innovationen sprießen wie Pilze aus dem Boden – egal ob in der Krebsforschung oder bei Früherkennungstests. Gewinnt die evidenzbasierte Beratung in den Gremien der GKV zunehmend an Bedeutung?

Hansen Ja, unbedingt. Denn für den einzelnen Versicherten und für die Solidargemeinschaft ist entscheidend, dass nur solche Leistungen in den GKV-Katalog kommen, deren Nutzen belegt ist. Auf dem Markt der medizinischen Möglichkeiten ist nicht alles Gold, was glänzt. Es gibt viele Scheininnovationen oder auch Neuerungen, deren Schadenspotenzial nicht ausreichend erforscht ist. Wir brauchen immer mehr Expertenrat, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Klar ist aber auch, dass echte Innovationen zu befördern sind.

forum Die Experten des MDS beraten den GKV-Spitzenverband und den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Bewertung von Leistungen. Welche Rolle spielt dabei der Verwaltungsrat?

Hansen Wir haben beim MDS die personellen Ressourcen im Bereich evidenzbasierte Medizin gestärkt, damit die Beratungsarbeit für den GKV-Spitzenverband und den G-BA geleistet werden kann – zum Beispiel bei der Methoden- und Innovationsbewertung, bei der Arzneimittelbewertung und auch im Bereich Beratungen der AG Labor.

forum In der Politik werden immer wieder Rufe laut, die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste müsse gestärkt werden. Gibt's dafür Bedarf?

Märtens Die Medizinischen Dienste erfüllen eine wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind die MDK unabhängig. Alle Gutachterinnen und Gutachter sind ausschließlich ihrem ärztlichen und pflegfachlichen Gewissen unterworfen. Die hohe Qualität der Begutachtung wird durch einheitliche Richtlinien sichergestellt. Eine Einflussnahme Dritter auf die Begutachtung ist nicht möglich. Die Verwaltungsräte treffen ausschließlich Entscheidungen über organisatorische Fragen. Sie nehmen keinen Einfluss auf Begutachtung und Beratung.

forum Die MDK machen nicht nur versichertenbezogene Einzelfallbegutachtungen in der Kranken- und Pflegeversicherung. Ein anderes Feld sind die Abrechnungsprüfungen in den Krankenhäusern. Sind die sinnvoll?

Hansen Leider gibt es erhebliche Fehlansätze bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Viele Rechnungen sind überhöht. Und das ist größtenteils auf erlösorientiertes Up- oder Falschcoding zurückzuführen. Allein 2016 haben die MDK rund 2,5 Mio. Abrechnungen überprüft – jede zweite war nicht korrekt. Der Rechnungsbetrag war im Durchschnitt rund 1000 Euro zu hoch. Bislang passiert dann aber nicht viel: Die Rechnung wird auf den sachlich richtigen Betrag gekürzt. Das war's. Es gibt keine Sanktionen, aber auch keine Anreize für korrekte Abrechnungen. Vorstellbar wären pauschale Strafzahlungen oder Komplettprüfungen bei Häusern mit überdurchschnittlich vielen Auffälligkeiten. Solange Mogeleyen nicht bestraft werden, bleibt nur die Abrechnungsprüfung, um für einen sorgfältigen Umgang mit Beitragsgeldern zu sorgen.

forum Gibt es denn überhaupt genug Personal für die Prüfungen?

Hansen Die MDK haben auf die systembedingten Mehrbelastungen mit Neueinstellungen reagiert – sowohl ärztliche Gutachter als auch Kodierfachkräfte wurden dafür eingestellt. Wegen des Fachkräftemangels wird es allerdings in einzelnen Regionen immer schwieriger, zusätzliche Ärztinnen und Ärzte zu finden. Aber wie gesagt: An sich sollte man das Problem an der Ursache bekämpfen.

forum In der vergangenen Legislaturperiode erhielten durch das GKV-Versorgungstärkungsgesetz Vertreter von Patienten und Pflegeberufen Einzug in die MDK. Entsprechende Beiräte wurden dafür geschaffen. Ihr Fazit?

Märtens Die MDK haben die Bildung der Beiräte zügig umgesetzt und sind mit den Patientenvertretern und den Vertretern der Pflegeberufe im konstruktiven und offenen Dialog. Manches Vorurteil konnte überwunden werden. Die Legende über den vermeintlichen Einfluss der Verwaltungsräte auf die MDK-Begutachtungen gehört hoffentlich der Vergangenheit an.

forum Welche Ziele haben Sie sich für die neue Amtsperiode gesetzt? Die Medizinischen Dienste im Jahr 2024 – wie stellen Sie sich die vor?

Hansen 2024 werden die Medizinischen Dienste weiterhin als unabhängige Expertenorganisation gebraucht. Und das Thema Qualität wird künftig eine noch größere Rolle spielen.

Märtens Der Beratung und Unterstützung der Versicherten sollten wir weiter eine große Aufmerksamkeit schenken. Mein Wunsch wäre, dass es den Medizinischen Diensten gemeinsam mit Krankenkassen gelingt, die Versicherten frühzeitiger über Versorgungs-, aber auch Präventionsangebote zu informieren und zu beraten. Die MDK und der MDS sind bereit, ihren Beitrag hierzu zu leisten.

forum Vielen Dank für das Gespräch und viel Erfolg für die neue Amtsperiode.

Das Interview führte Michaela Gehms

Dieter F. Märtens



Gut, wenn die Prüfer mehrmals klingeln

Sollen Heimaufsicht, Gesundheitsamt und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) stationäre Pflegeeinrichtungen an einem Tag gemeinsam prüfen? Die Idee klingt zunächst gut. Ein Modellprojekt im Landkreis Ludwigsburg bestätigt jedoch die bisherige Praxis: Getrennte Prüfungen sind besser geeignet, die Qualität von Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

MIT DEM AM 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) hat sich die Zusammenarbeit zwischen MDK und Heimaufsicht in Baden-Württemberg entscheidend verändert und intensiviert. Zuvor gab es nur wenige Berührungspunkte zwischen den beiden Institutionen, da stationäre Pflegeeinrichtungen ausschließlich anlassbezogen durch den MDK geprüft wurden.

Das PflWG verpflichtete die Medizinischen Dienste dazu, regelmäßige Qualitätsprüfungen durchzuführen. Mindestens einmal pro Jahr erhalten stationäre Pflegeeinrichtungen nun Besuch von externen Prüfern – sowohl von der Heimaufsicht als auch vom MDK.

Hohe Dichte und Umfang der Prüfungen wurden jedoch kritisiert. Vertreter von Pflegeeinrichtungen betonten, es gebe Überschneidungen – und die Prüfungen würden zudem personelle Ressourcen binden.

Abgestimmte Vorgehensweise

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), das zum 30. Oktober 2012 in Kraft getreten ist, hat es der Gesetzgeber ermöglicht, in Modellvorhaben eine zwischen Heimaufsicht und MDK abgestimmte Vorgehensweise für Qualitätsprüfungen zu erarbeiten.

Auf dieser Grundlage haben in Baden-Württemberg der MDK, die Landesverbände der Pflegekassen, das Ministerium für Soziales und Integration, die Heimaufsicht Ludwigsburg sowie Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis Ludwigsburg im Oktober 2013 das *Modellprojekt § 117 (2) SGB XI* ins Leben gerufen.

Ziel des Projektes war es, gemeinsame Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Die wesentliche Fragestellung: Lässt sich auf diese Weise der Prüfaufwand für die Einrichtungen sowie für die prüfenden Institutionen Heimaufsicht, Gesundheitsamt und MDK Baden-Württemberg reduzieren? Und wenn ja: Für welche

Pflegeeinrichtungen ist diese Vorgehensweise besonders geeignet?

Das Modellprojekt gliederte sich in zwei Phasen. In der ersten Phase entwickelten und testeten die Projektpartner ein praktikables Verfahren, das qualitativ mit getrennten Prüfungen zu vergleichen ist. Zentrales Element dieses Verfahrens war ein gemeinsam verabschiedeter, einheitlicher Selbstauskunftsbogen, der allen Anforderungen der beteiligten Prüfinstitutionen genügt. Mit den darin dokumentierten Angaben der Einrichtung prüfen Heimaufsicht und Gesundheitsamt die Struktur- und Prozessqualität. Der MDK führte die Prüfung der Ergebnisqualität durch.

Die beteiligten Prüfinstitutionen informierten sich gegenseitig über die Ergebnisse, so dass Umfang und Inhalte der Prüfung und die Prüfberichte für die jeweiligen Adressaten den gesetzlichen Vorgaben entsprachen. Entsprechend diesen Vorgaben wurden vier stationäre Einrichtungen unangemeldet an einem Tag geprüft.

In der zweiten Phase wurde das Verfahren weiter optimiert und in zehn zufällig ausgewählten Pflegeeinrichtungen im Landkreis Ludwigsburg eingesetzt. Hier sollte zudem herausgefunden werden, für welche Einrichtungen gemeinsame Qualitätsprüfungen geeignet sind.

Zukünftig wieder getrennte Wege

Wie bereits in Phase I festgestellt, konnte bestätigt werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen mit dem gemeinsam entwickelten Verfahren unangemeldet an einem Tag von unterschiedlichen Institutionen geprüft werden können.

Der Prüfaufwand lässt sich hingegen nicht reduzieren, so die zentrale Erkenntnis. Sehr deutlich war daher die Rückmeldung: Sechs der zehn teilnehmenden Pflegeeinrichtungen schildern, dass sie für eine gemeinsame Prüfung höhere Personalressourcen benötigen und höheren Organisationsaufwand haben – im Vergleich zu getrennten Prüfungen.



Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen durch eine zeitgleiche Prüfung und Beratung an ihre physischen und psychischen Belastungsgrenzen gekommen seien.

Zwei Pflegeeinrichtungen verfügten nicht über die personellen Ressourcen, um den Prüfinstitutionen das erforderliche Begleitpersonal zur Seite zu stellen, so dass es zu Verzögerungen der Prüfungen gekommen ist.

Auch die Prüfinstitutionen sahen keinen Zeitvorteil durch das gemeinsame Auftreten. In acht der zehn geprüften Einrichtungen war der Aufwand für die MDK-Prüfer sogar größer, bedingt durch die erforderlichen Absprachen mit Heimaufsicht und Gesundheitsamt.

Geeignet für zehn Prozent

Entsprechend votierten sechs Einrichtungen für getrennte Prüfungen. Insbesondere Einrichtungen mit guter Qualität sprachen sich explizit für getrennte Prüfungen aus, da sie die Beratungen von MDK, Heimaufsicht und Gesundheitsamt schätzen und diese auch gerne umfassend in Anspruch nehmen möchten.

Durch die Dichte des Prozessablaufes mussten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht ihren Beratungsauftrag auf das Wesentliche beschränken. Auch die sonst gewohnte Flexibilität im Ablauf einer Prüfung war für Heimaufsicht und Gesundheitsamt deutlich eingeschränkt.

Gesetzliche Basis für Prüfaufträge

Die Schnittmenge der Pflegeeinrichtungen, die sich zukünftig gemeinsame Qualitätsprüfungen wünschen, ist nicht unbedingt identisch mit den Pflegeeinrichtungen, die die Prüfinstitutionen für geeignet erachten. Vergleicht man die Einrichtungen, die sich gemeinsame Prüfungen wünschen, mit denen, die sich aus Sicht der Prüfinstitutionen dafür eignen, so bleibt lediglich eine der zehn teilnehmenden Pflegeeinrichtungen für gemeinsame Prüfungen bestehen.

Wer prüft was?

Prüfungen von Heimaufsicht, Gesundheitsamt und MDK unterscheiden sich grundlegend – ob im Umfang, in der Methodik oder in der Prüftiefe. Die gesetzlichen Grundlagen formulieren unterschiedliche Prüfaufträge für die beteiligten Institutionen.

Entsprechend dem baden-württembergischen Wohn-

Teilhabe- und Pflegegesetz ist der Prüfauftrag der Heimaufsicht ordnungsrechtlicher Natur. Die Prüfungen dienen der präventiven Gefahrenabwehr und damit dem Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes überprüfen in der Regel den Gesundheitsschutz (Hygiene, Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz). Stellt die Heimaufsicht bei der Überprüfung Mängel fest, so hat sie ordnungsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen – von der Beratung bei Mängeln über Anordnungen bis hin zur Untersagung des Betriebs.

Der MDK prüft in stationären Pflegeeinrichtungen wesentliche Aspekte des Pflegezustandes sowie die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Ziel ist es, die Qualität der Pflege und die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu sichern und zu verbessern.

Rechtsgrundlage dieser bundesweit einheitlichen Qualitätsprüfung ist § 114 SGB XI – in Verbindung mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Über die Qualitätsprüfung erstellt der MDK einen Prüfbericht, der die Ergebnisse sowie – falls erforderlich – konkrete Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten enthält.

Der Prüfbericht wird innerhalb von drei Wochen an die geprüfte Einrichtung, die Landesverbände der Pflegekassen und die zuständige Heimaufsichtsbehörde, versandt. Gemäß § 115 Absatz 2 SGB XI entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, welche Maßnahmen zu treffen sind, wenn bei einer Prüfung Qualitätsmängel festgestellt werden. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.

Träger werden über Mängel informiert

Informationen zum Modellvorhaben unter www.mdkbw.de/de/fuer-versicherte/qualitaetspruefung



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

Sicheres Wohnen für Pflegebedürftige

Fast drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt und die allermeisten wollen das auch so. Doch im trauten Heim lauern Gefahren. Mehr Sicherheit im Wohnumfeld schaffen – dazu können viele Mittel beitragen, von einfachen Umgestaltungen bis zu Hightech-Systemen.

FÜR VIELE ÄLTERE ist es das Schreckensszenario: eines Tages so gebrechlich sein, dass man »ins Heim muss«. Nur eine Minderheit der pflegebedürftigen Senioren entscheidet sich aus freien Stücken für die stationäre Lösung. Rund drei Millionen Deutsche benötigen Pflege. Fast drei Viertel werden zu Hause versorgt, und nicht wenige sind alleinlebend. Pflegebedürftige, die in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, schätzen ihre Lebensqualität als höher ein. Das zeigt auch eine Studie des Hamburger Center for Health Economics (HCHE). In der vertrauten Umgebung zu bleiben und seine Autonomie zu wahren, hat allerdings einen Preis. Anders als in einer Einrichtung ist Rund-um-die-Uhr-Pflege bei alleinlebenden Senioren meist nicht möglich. Die eigenen vier Wände, in denen die Menschen oft Jahrzehnte verbracht haben, sind zwar vertraut und gemütlich, aber sie sind selten altersgerecht gestaltet.

Hausnotrufsystem: Das am meisten genutzte Hilfsmittel

Die häufigsten Sicherheitsrisiken lauern dort, wo man sie zunächst gar nicht vermutet. Unbefestigte Teppiche oder Elektrokabel haben schon manchen Sturz verursacht. Beunruhigend ist vor allem die Vorstellung, dass der alte Mensch womöglich stundenlang verletzt auf dem Boden liegt, bevor er gefunden wird. Etwa jeder Dritte der über 65-Jährigen, die selbstständig leben, stürzt einmal pro Jahr oder öfter. Die erste Regel für ein sicheres Wohnumfeld lautet: Auch in versteckten Winkeln alle Stolperfallen beseitigen. Kommt es doch zu einem Sturz, dann sollte der Verletzte schnell Hilfe organisieren können. Etwa 350 000 Pflegebedürftige nutzen bundesweit ein Hausnotrufsystem. Der Funksender, über den der Teilnehmer einen Notruf absetzen kann, wird direkt am Körper getragen. Das elektronische Meldesystem ist mit einer von 180 Notrufzentralen verbunden, die unmittelbar erreicht werden können.

Kein Raum für Stolperfallen

Die häufigsten Sicherheitsrisiken lauern dort, wo man sie zunächst gar nicht vermutet. Unbefestigte Teppiche oder Elektrokabel haben schon manchen Sturz verursacht. Beunruhigend ist vor allem die Vorstellung, dass der alte Mensch womöglich stundenlang verletzt auf dem Boden liegt, bevor er gefunden wird. Etwa jeder Dritte der über 65-Jährigen, die selbstständig leben, stürzt einmal pro Jahr oder öfter. Die erste Regel für ein sicheres Wohnumfeld lautet: Auch in versteckten Winkeln alle Stolperfallen beseitigen. Kommt es doch zu einem Sturz, dann sollte der Verletzte schnell Hilfe organisieren können. Etwa 350 000 Pflegebedürftige nutzen bundesweit ein Hausnotrufsystem. Der Funksender, über den der Teilnehmer einen Notruf absetzen kann, wird direkt am Körper getragen. Das elektronische Meldesystem ist mit einer von 180 Notrufzentralen verbunden, die unmittelbar erreicht werden können.

Demenz: Komplexität reduzieren hilft

Vor allem zu Beginn der Erkrankung sind viele Demenzkranke durchaus in der Lage, bei regelmäßiger Betreuung selbstständig zu wohnen. Die auftretenden Hirnleistungsstörungen können aber alltägliche Verrichtungen zum Spießrutenlauf machen. Zum Beispiel morgens im Badezimmer. Das Gesicht ist gewaschen, die Zähne sind geputzt, aber wo ist der Kamm? Er liegt in einer Schublade, zusammen mit Haarspangen und Lockenwicklern. Doch dort wird er nicht mehr gefunden. Besser ist: Alles, was jeden Morgen benötigt wird, gut sichtbar auf die Ablage über dem Waschbecken stellen, seltener gebrauchte Utensilien von dort entfernen. Demenzkranke meistern ihren Alltag besser, wenn sie mit möglichst wenig Komplexität konfrontiert sind. Nach dem gleichen Prinzip kann der Kleiderschrank neu organisiert werden: pro Fach nur eine Sorte Bekleidung und nicht mehr als fünf Einzelstücke. Bei Kleider- und anderen Schränken die Türen entfernen erleichtert ebenfalls die Suche. Denn was sich hinter der Schranktür befindet, fällt dem Erkrankten womöglich nicht sofort ein. Aus dem gleichen Grund hilft übrigens ein Vorhang vor der Eingangstür gegen »Weglauftendenzen«, die im fortgeschrittenen Stadium auftreten. Hinter der Verkleidung wird der Ausgang nicht mehr erkannt.

Vom Bewegungsmelder zum »intelligenten Fußboden«

Aus einzelnen Konzepten und Produkten, die Pflegebedürftige im Alltag unterstützen sollen, hat sich ein eigener Forschungszweig entwickelt. Der Fachbegriff lautet AAL bzw. *Ambient Assisted Living*, zu Deutsch: Altersgerechte Assistenzsysteme. Beteiligt sind zahlreiche Unternehmen und Hochschulen, denn wegen der rasanten Alterung der Bevölkerung



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main.
Andrea.Exler@web.de



dürfte für diese Technik in naher Zukunft ein lukrativer Markt existieren. Schon heute gehören einige Hilfsmittel zur Standardausstattung. Ein automatisch abschaltender Herd hilft, Unfälle zu verhüten. Bewegungsmelder verständigen die Angehörigen, sobald der Senior die Wohnung verlässt. Mit Ortungsgeräten kann der Aufenthaltsort desorientierter Menschen ermittelt werden. Aufstieghilfen und Treppenlifte verbessern die Mobilität. Doch AAL kann weit mehr. Der »intelligente Fußboden« entwickelte sich aus dem einfachen Bewegungsmelder. Über Sensoren registriert er Aktivitäten des Bewohners: In welchen Räumen hält er sich auf, findet womöglich über Stunden gar keine Bewegung statt? Das System kann auch Ganganalysen durchführen. So kann das Sturzrisiko ermittelt oder der Erfolg einer Reha-Maßnahme gemessen werden. Instabilitäten im Gang werden präziser dokumentiert, als dies durch Beobachtung möglich wäre.

Komfort, Sicherheit und Erleichterung der Pflege

Vernetzte Technologien werden immer schlauer. Sie sollen nicht nur Risiken mindern, sondern auch die Pflege erleichtern. Erprobt wird etwa das »intelligente Bett«, das Vitalwerte messen kann. Schließlich soll das altersgerechte Heim der Zukunft auch den Komfort verbessern. Dazu gehören etwa die automatische Steuerung von Beleuchtung und Raumtemperatur. Mit gemischten Gefühlen sehen Experten die neueste Entwicklung: den Pflegeroboter. In Japan sind bereits zahlreiche Prototypen im Einsatz. Der humanoide Roboter Pepper etwa analysiert Mimik und Gestik und ist darauf programmiert, entsprechend zu reagieren. Der massenhafte Einsatz solcher Maschinen ist allerdings Zukunftsmusik. Die Anschaffungskosten sind so hoch, dass sie selbst für große stationäre Einrichtungen keine Ersparnis bringen.

Forschungswohnung in Kempten erprobt Digitalisierung

Wie altersgerechtes Wohnen in Zukunft aussehen könnte, das erprobt die Hochschule Kempten (in Zusammenarbeit mit der Bau- und Siedlungsgenossenschaft bsg Allgäu) auf ganz praktische Art. Dazu haben Wissenschaftler eine Wohnung inmitten eines bereits bestehenden seniorengerechten Wohnkomplexes mit technischen Geräten und Hilfsmitteln ausgestattet. Prof. Dr.-Ing. Petra Friedrich von der Fakultät Elektrotechnik leitet das Projekt. »Wichtig ist, dass wir nicht am Markt vorbeiforschen und sehen, wie die Wohnungen gebaut sind und was wirklich gebraucht wird.«

In der Forschungswohnung werden viele verschiedene Hilfsmittel getestet. Beispiel Toilette: Ältere benötigen hier oft Hilfe und dies ist vielen unangenehm. Das altersgerechte Bad verfügt über ein Modell, das nach der Benutzung den Intimbereich reinigt und trockenföhnt. Biodynamische Beleuchtung unterstützt den Tag-Nacht-Rhythmus, der bei demenziell Erkrankten durcheinandergeraten kann: Morgens wirkt Licht mit höheren Blauanteilen belebend, während abends beruhigende Rot- und Gelbanteile vorherr-

schen. Die Technik soll den Alltag unaufdringlich unterstützen und leicht zu handhaben sein. »Die Hochschule arbeitet auch an einem treppensteigenden Rollstuhl«, berichtet Prof. Friedrich.

Die Forschungswohnung wird zum Beispiel im Studiengang *Geriatrische Therapie, Rehabilitation und Pflege* genutzt, in dem die Projektleiterin das Fach *Wohnen und technische Unterstützungssysteme* unterrichtet. »Die Studierenden kommen meist aus Pflegeberufen und haben oft wenig Bezug zur Technik«, erklärt Petra Friedrich. »Das wollen wir ändern.« Aber auch bei Senioren, die häufig die Gelegenheit zu einer Besichtigung nutzen, kommt die Wohnung gut an. »Technik schreckt Ältere nicht ab, wie man vielleicht zunächst vermuten könnte«, so die Projektleiterin. »Ältere sind offen für Innovationen, die den Alltag erleichtern.« Dem Forscherteam ist wichtig, dass Menschen aus der Bevölkerung in die Laborwohnung kommen können. »Wir möchten Berührungsängste abbauen und die sinnvollen Dinge erlebbar und erfahrbar machen.«

Stiefkind Psychoonkologie

Wenn sich ein Krebsleiden in die Seele frisst, ist die Psychoonkologie gefragt. Der Bedarf an psychologischer Betreuung steigt von Jahr zu Jahr. Dennoch ist die Disziplin nach wie vor ein Stiefkind der onkologischen Versorgung. Ambulante Krebsberatungsstellen müssen seit Jahren um Geld kämpfen. Viele hoffen, dass die neue Bundesregierung ein altes Versprechen hält und endlich eine Regelfinanzierung gesetzlich festschreibt.

MARTIN WICKERT ist ein viel beschäftigter Mann. In Hochzeiten betreut der Diplompsychologe neben seinen Patienten im Tübinger Tumorzentrum mehrere Projekte gleichzeitig, hockt in abendfüllenden Symposien und engagiert

sich bundesweit für seine Kollegen. Vor genau zehn Jahren wurde die *Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung* (BAK) in Leipzig gegründet, deren Vorsitzender Wickert ist.

Psychosoziale Betreuungsangebote sind oft nicht bekannt

28 Kompetenzberatungsstellen gab es damals. Es herrschte Aufbruchsstimmung. Gemeinsam mit Wissenschaftlern und Ärzten hatte das Bundesgesundheitsministerium endlich das Aktionsprogramm *Nationaler Krebsplan* auf den Weg gebracht. Eines der Ziele: Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine psychoonkologische Versorgung, entweder in einer Klinik oder ambulant. Das, was Wickert und seine Kollegen ärgert: Es gibt bis heute keine geregelte zuverlässige Vergütung. Nur 18 von 28 Beratungsstellen, die noch 2008 auf der Förderliste der *Deutschen Krebshilfe* standen, haben durchgehalten. »Vielen Trägern ist finanziell gesehen schlicht die Luft ausgegangen«, sagt Martin Wickert. Dabei ist der Bedarf unstrittig.

Nur die Hälfte der Betroffenen erhält Hilfe

Etwa eine halbe Million Menschen erkranken jedes Jahr in Deutschland an Krebs. Die Diagnose erschüttert das Leben. Die Krankheit frisst sich in die Seele. Psychoonkologen sprechen vom »Sturz aus der Wirklichkeit«. Manche Patienten plagen sich mit Schuldgefühlen, andere mit dem Gefühl des Ausgeliefertseins, fast jeder mit Todesängsten. Wissenschaftliche Befragungen haben ergeben, dass jeder zweite Krebspatient unter einer starken seelischen Belastung leidet. Jeder dritte, so die *Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie* (PSO),

wünscht sich psychosoziale Betreuung. Aber gerade einmal die Hälfte der belasteten Patienten bekommt diese Hilfe. Oft seien entsprechende Angebote nicht bekannt, berichtete Peter Herschbach vom Münchener Krebszentrum beim Weltkongress der Psychoonkologen im vergangenen Jahr. Ein Grund: Vielen Beratungsstellen – gut 150 versuchen nach Schätzung der PSO, ohne Förderung der Deutschen Krebshilfe zurechtzukommen – fehlt das Geld, um auf sich aufmerksam zu machen. Und nicht jeder niedergelassene Onkologe und nicht jede Krebsstation übernimmt die wichtige Rolle des Lotsen für die Patienten und weist auf Ansprechpartner in der Umgebung hin.

Mit unterschiedlichen Therapien gegen seelische Belastung

Wer Unterstützung findet, kann mit einem günstigeren Krankheitsverlauf rechnen. Psychische Belastungen minderten die Bereitschaft, Therapien durchzustehen, stellt die Patientenleitlinie »Psychoonkologie« fest, die auf der Grundlage der ärztlichen S3-Leitlinie »Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten« entwickelt und vor zwei Jahren veröffentlicht wurde. Die Leitlinie empfiehlt u. a. begleitend zur Chemotherapie Entspannungsübungen wie Yoga, Meditation oder autogenes Training und »unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung« den Besuch von Selbsthilfegruppen und Patientenseminaren, die über den Umgang mit Krankheit, Therapien und eine gesunde Lebensweise informieren. Alle Krebspatienten sollten routinemäßig mit Fragebögen nach ihrer seelischen Belastung befragt werden, heißt es in dem Papier.

Ist eine solche Belastung erkennbar, empfiehlt die Leitlinie eine Psychotherapie. Wichtig sei es, die passende Behandlung zu finden, von der Gesprächs- über Musik- bis zu



Ergotherapien. Darüber hinaus sollten alle Krebspatienten und ihre Angehörigen »in allen Phasen der Erkrankung und möglichst frühzeitig« wohnortnah eine psychosoziale Beratung bekommen. Dazu gehört auch Hilfestellung beim Wiedereinstieg in den Beruf, bei sozialrechtlichen Fragen oder beim Umgang mit Handicaps der Krankheit, denn immer mehr Patienten profitieren vom medizinischen Fortschritt und werden geheilt. In den Beratungsstellen stünden Mitarbeiter der verschiedensten Fachrichtungen – Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen oder Ärzte – bereit, um kostenfrei zu helfen oder notfalls Spezialisten zu vermitteln, heißt es in dem Papier. Ist das auch so?

Finanzierung nicht geregelt

In vielen ländlichen Regionen gebe es nach wie vor keine einzige Beratungsstelle, sagt Martin Wickert. Trotz jahrelanger Bemühungen und besserer Einsicht. 2010, zwei Jahre nach der Veröffentlichung des Nationalen Krebsplans, wurde erstmals in einem Expertenpapier die unzureichende ambulante Versorgungssituation beklagt und zur Förderung eines flächendeckenden Angebots eine gesetzlich geregelte Finanzierung gefordert. 2013 appellierten die gemeinnützigen Träger der ambulanten Beratungsstellen mit der »Würzburger Erklärung« an die Politik, endlich die prekäre Finanzlage zu beenden. Vergeblich.

Bis heute ist der Hauptfinanzier der 18 verbliebenen Beratungsstellen die Deutsche Krebshilfe, die ursprünglich nur eine Anschubfinanzierung liefern wollte und nun Jahr für Jahr ihre Förderzusage verlängert, um weitere Schließungen zu verhindern. Die meisten Einrichtungen überleben mit Hilfe von kommunalen Zuschüssen, Spenden und Eigenmitteln. Oder sie sind als Stiftungen oder Vereine aktiv, wie der »Verein Lichtblick« in Oldenburg oder das »Pegasus Projekt« in Bremen, die Kinder psychologisch betreuen, deren Eltern an Krebs erkrankt sind. Nur wenige Bundesländer sind als Nothelfer eingesprungen. Große Ausnahme ist Baden-Württemberg. Fast eine halbe Million Euro gibt das Land im Jahr für die Finanzierung der ambulanten Beratungsstellen aus und wird dabei von den gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherung und Arbeitgeberverbänden des Landes mit zusätzlichen Mitteln unterstützt – allerdings nur Übergangsweise, bis eine bundesweite Regelfinanzierung im Gesetzblatt steht. BAK-Vorsitzender Wickert hofft, dass dies bald der Fall ist; nach vielen Jahren politischer Fehlschläge.

2010 hatten die Gesundheitsminister der Länder versprochen, eine psychoonkologische Bestandsanalyse auf den Weg zu bringen, um Voraussetzungen für eine Finanzierungsregelung zu schaffen. Drei Jahre später wurde das Vorhaben für gescheitert erklärt. 2014 wurde das Projekt neu ausgeschrieben; diesmal unter Regie des Bundesgesundheitsministeriums. Mittlerweile ist die Online-Erhebung gestartet. Ende des Jahres sollen laut Ministerium die Ergebnisse vorliegen.

Deutschland als Vorbild?

»Wir stellen 2018 die Weichen, damit die Finanzierung 2019 kommen kann«, versprach im Spätsommer des vergangenen Jahres der damals noch amtierende Gesundheitsminister Hermann Gröhe bei einem Besuch der Barnstorfer Krebsberatungsstelle. Tatsächlich stimmt eine Arbeitsgruppe seit Anfang 2017 im Auftrag des Ministeriums Qualitätskriterien für die ambulanten Beratungsstellen ab. Sie müssen allerdings nicht komplett neu entwickelt werden. Wer auf der Förderliste der Deutschen Krebshilfe steht, muss bereits heute bestimmte Anforderungen wie die Bereitstellung multiprofessioneller Teams erfüllen. Ginge es nach Wickert, müssten auch die Zahlungsregeln nicht neu erfunden werden: »Entweder wir orientieren uns an Fallpauschalen, oder wir rechnen die Einzelleistung pro Ratsuchendem ab.«

Noch kann man darauf vertrauen, dass der Fahrplan eingehalten wird und die Finanzierung spätestens Ende des Jahres im Gesetzblatt steht – trotz der langwierigen quälenden Suche nach einer neuen Bundesregierung. Nach Ansicht von Martin Wickert könnte Deutschland mit einer Regelfinanzierung sogar zum Vorbild aufsteigen. Europaweit sei die Situation der Psychoonkologie suboptimal bis schlecht. »Sollten wir das bei uns ändern, werden uns viele unserer Nachbarn beneiden.«

**Bundesweite
Regelfinanzierung
fehlt immer noch**



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

Mit Kampfkunst Parkinson bekämpfen

Karate ist eine traditionsreiche Kampfkunst, dient der Selbstverteidigung und hat durch seine Vielseitigkeit positive Auswirkungen auf die Gesundheit, unabhängig vom Lebensalter der Karatekas. Ein Forscherteam der Universität Regensburg konnte nun belegen, dass auch Menschen, die an Parkinson erkrankt sind, vom Karate-Training profitieren.

VERLANGSAMTE BEWEGUNGEN, Zittern, Gleichgewichtsprobleme – so zeigen sich die Symptome der Parkinson-Krankheit. Neben diesen motorischen Beeinträchtigungen leiden die Betroffenen oft an Spracheinschränkungen und krankheitsbedingten Schmerzen, aber auch an depressiven Verstimmungen, Ängsten sowie kognitiven Verschlechterungen.

Die Diagnose Parkinson schränkt somit die Lebensqualität deutlich ein. Es kann zu Verhaltensänderungen und sozialem Rückzug kommen. Um nicht zu stürzen, bewegen sich die Patienten mög-

lichst wenig; dies steigert wiederum die Sturzgefahr. Der Verlust an Selbstständigkeit kann Ängste und depressive Stimmungen verstärken.

Zwar gilt die neurogenerative Erkrankung als unheilbar, eine ursächliche Behandlung ist bislang nicht möglich. Symptome und Beschwerden lassen sich jedoch durch geeignete Therapien über Jahre und Jahrzehnte gut kontrollieren.

Karate schlägt Krankheit

Dass insbesondere Sport und Bewegung die Symptome der Parkinson-Krankheit lindern, konnten verschiedene Studien bereits zeigen. Die körperliche Aktivität steigert Muskelkraft, Leistungsfähigkeit und Ausdauer. Auch psychosoziale Faktoren bessern sich.

Wie sich Karate und Tanzen als Bewegungstraining für Parkinson-Patienten auswirken, haben Dr. Katharina Dahmen-Zimmer vom Institut für Psychologie und Prof. Dr. Petra Jansen vom Institut für Sportwissenschaft der Universität Regensburg mit ihrer im Dezember 2017 veröffentlichten Studie nun untersucht.

Für die Studie nahmen 16 Parkinson-Patienten an einem Karate-Training entsprechend den Regularien des Deutschen Karate-Verbandes (DKV) teil, neun an einem Tanz-Training, zwölf bildeten eine inaktive Kontrollgruppe. Beide

Bewegungsformen wurden über einen Zeitraum von dreißig Wochen einmal wöchentlich für je eine Stunde angeboten. Trainer waren Dr. Katharina Dahmen-Zimmer (3. DAN), Helmut Körber (7. DAN, Prüferreferent im Bayerischen Karate Bund) sowie DKV-Präsident Wolfgang Weigert (7. DAN).

Training wird zur Alltagsroutine

Ist das Training einer Kampfkunst wie Karate für Parkinson-Patienten praktikabel und sinnvoll? Diese zentrale Frage konnte mit der Studie eindeutig positiv beantwortet werden.

Vor- und nach der Trainingsphase wurden Gleichgewicht, kognitive Leistung und emotionale Befindlichkeit erfasst. Beide Trainingsgruppen konnten sich beim Gleichgewicht signifikant verbessern. Das Ergebnis ist deswegen so bedeutsam, weil ein verbessertes Gleichgewicht der Instabilität und somit einem Sturzrisiko aktiv entgegenwirkt. Bessere Stabilität und weniger Sturzangst bedeuten, dass sich die Patienten im täglichen Umfeld mehr bewegen und aktiver werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen auch, dass in der Kontrollgruppe anders als in der Karategruppe ein deutlicher Stimmungsabfall verzeichnet wurde. Zu den positiven Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit in der Karategruppe trug sicher bei, dass in der Karategruppe respektvoll und ohne Wettkampf trainiert wurde, betonen die Studienautorinnen. Das Lernen und Meistern der komplexen Karate-Techniken fördert das Selbstbewusstsein und das Gefühl dafür, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Das anspruchsvolle Training erfordert große Konzentration, was ein Abschalten von störenden oder quälenden Gedanken zur Folge hat. Die daraus resultierende Gelassenheit kann mit meditativen Ansätzen verglichen werden.

Mit regelmäßigem Training zu mehr Selbstbewusstsein

Sport und Bewegung lindern Symptome der Parkinson-Krankheit



Eines der wichtigsten Studienergebnisse ist der nachhaltige Effekt: So nimmt ein Großteil der Patienten auch nach Ende der Studie mit hoher Motivation weiter am Training teil. Katharina Dahmen-Zimmer betont: »Die Übernahme des Bewegungstrainings in die normale Routine der Lebensführung halten wir für sehr positiv. Außerdem werden die sozialen Beziehungen, die sich innerhalb der Gruppen entwickelt haben, weitergeführt und verfestigt. Bewährt hat sich auch unser Konzept, den Partnern ebenfalls die Teilnahme anzubieten.«

Lebenslang lernen

Ähnlich positive Ergebnisse sowie die Feststellung, dass Karate im hohen Alter körperlich und mental fit hält, konnte das Forscherteam um Prof. Dr. Petra Jansen bereits 2011 mit einer Studie belegen, an der 48 Seniorinnen und Senioren im Alter von 67 bis 93 Jahren teilnahmen.

Im Zentrum stand die Frage, ob durch Karate neben einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit auch positive Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der individuellen Befindlichkeit feststellbar sind. »Es ging darum, die Effekte eines Karate-Trainings gezielt mit den Einflüssen eines rein kognitiven bzw. rein motorischen Trainings zu vergleichen«, so Jansen.

In der Tendenz haben zwar alle Trainingsangebote die kognitive Leistungsfähigkeit verbessert. Merkleistung sowie visuelle Merkfähigkeit besserten sich jedoch am stärksten bei der Karate-Gruppe. Nach Ansicht der Regensburger Forscherinnen ist dies darauf zurückzuführen, dass beim Karate-Training komplexe Bewegungsabläufe im Gedächtnis behalten werden mussten. Zudem wies das Forscherteam nach, dass die Karatekas am Ende des Experiments weitaus weniger depressive Stimmungen zeigten als zuvor.

Hohe Kunst statt platte Klischees

Bei Karate denkt man meist an akrobatische Bewegungen oder an das Zertrümmern von Ziegelsteinen mit bloßer Faust. Weit gefehlt: »Beim Karatetraining wird der ganze Körper einbezogen und es gibt einen gezielten Wechsel zwischen Spannung und Entspannung«, erklärt Katharina Dahmen-Zimmer. Als ganzheitliche Bewegungsform fördert das Karate-Training konditionelle, koordinative und kognitive Fähigkeiten. Es verbessert Kreislauf und Atmung, fördert Gesunderhaltung und Beweglichkeit und führt gleichzeitig zu physischem wie psychischem Wohlbefinden und zu Entspannung. Somit ist Karate nicht nur Kampfsport, sondern vielmehr auch eine gesundheitsfördernde Bewegungsschule, die einen selbst bei Krankheit und sogar bis ins hohe Alter begleiten kann.

Tradition und Training

Karate ist eine Kampfkunst, die sich unter dem Einfluss chinesischer Kampfkünste auf Okinawa entwickelte. Erst im frühen 20. Jahrhundert wurde Karate zunächst in Japan, später auch in der westlichen Welt bekannt. Karate wird mit unterschiedlichen Schwerpunkten betrieben, ob als effektive Selbstverteidigung, als gesundheitsfördernder Sport, als sportlicher Wettkampf oder als spiritueller Weg. Das Training umfasst die Elemente Kihon (Grundschule), Kata (Form) und Kumite (Partnertraining). In der Grundschule werden spezifische Techniken wie Fauststöße, Fußtritte oder Kombi-

nationen geübt. Im Kumite wird mehr oder weniger frei gekämpft – Angriffe und Abwehr werden gemeinsam mit einem Partner durchgeführt. Verletzungen sind ausgeschlossen, da in der Stilrichtung Shotokan sowie entsprechend im Regelwerk des DKV gilt, Schläge oder Tritte kontrolliert auszuführen und vor dem Körper des Trainingspartners abzustoppen. Kata wiederum bedeutet eine Reihe von Techniken, Bewegungen und Wendungen, die in einer vorgeschriebenen Reihenfolge gelernt werden, was eine besondere Gedächtnisleistung darstellt.

Die Studie wurde veröffentlicht in *Frontiers in Medicine* unter: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00237/full

Markus Hartmann

Ein offenes Ohr für die Menschen im Stadtteil

Das System der GKV setzt den mündigen Patienten voraus, der alles versteht, sich selbst kümmert und diszipliniert den Anweisungen von Arzt und Krankenkasse folgt. Doch was ist mit denen, die all das nicht können? Im ersten *Gesundheitskiosk* in Hamburg bekommen sie nun Hilfe, sich im Regel-Dickicht der gesetzlichen Krankenversicherung zurechtzufinden.

DIE BEZEICHNUNG »Kiosk« ist bewusst gewählt: Was im Deutschen vor allem nach Lakritztüte und Zeitung klingt, bedeutet auch auf Türkisch, Russisch oder Portugiesisch so viel wie »kleiner Laden« und ist damit für alle im Stadtteil verständlich.

Exotische Gewürze, fremdartiges Gemüse, bunte Kleidung, viele Lederwaren, viele Sprachen – der wuselige Markttag des Stadtteils Billstedt im Hamburger Osten spiegelt auch die bunte Mischung seiner Bewohner wider. Und das direkt vor der Tür des *Gesundheitskiosk*, eingerichtet in einfachen Räumen einer angemieteten Ladenfläche. Hier gibt es keine Erste Hilfe oder medizinische Versorgung für Nicht-Versicherte, sondern ein Gespräch: Eine türkische Frau, 56 Jahre alt, sucht Hilfe bei Berater Erdal Günes. Beide sitzen in einer der beiden Besprechungskabinen. Das Problem: ihr Übergewicht bei 1,45m Körpergröße und Diabetes Typ 2, das sie zum Abnehmen zwingt. Doch wie? Die Anweisungen ihres Arztes hat sie schlecht verstanden, weil sie zwar seit ihrem achten Lebensjahr in Deutschland lebt, die Sprache aber bis heute nicht flüssig spricht.

Nur weil jemand unsere Sprache nicht spricht, darf er nicht benachteiligt sein

Zeit, um zuzuhören

Erdal Günes kann das Vertrauen der Frau gewinnen, durch die gleiche Sprache, die gleiche kulturelle Herkunft. »Ich weiß, was sie kocht, wie sie kocht und was sie konkret anders machen sollte, um ihre Ernährung umzustellen«, sagt Günes, der nicht nur examinierter Krankenpfleger in einer Psychiatrie ist, sondern auch Weiterbildungen in Sozial- und Gesundheitsmanagement mitbringt. Auf Türkisch kann ihm die *Klientin*, wie man sie hier nennt, leichter von ihrer Depression berichten, den familiären Problemen mit drei Kindern, zwei Scheidungen, der engen Wohnung. Alles Belastungen, die ihr die Lebensumstellung und damit das Abnehmen

erschweren. Vieles davon würde oder könnte sie ihrem deutschen Arzt nicht erzählen. »Abnehmen ist in solchen Fällen häufig das Einstiegsthema«, erklärt die Krankenschwester und studierte Gesundheitsmanagerin Katharina Grüttner aus dem Team, »aber eine Dreiviertelstunde lang dreht es sich dann oft im Gespräch um die Lebensgeschichte mit allen anderen Problemen, die sie mit sich bringt.«

In den Hamburger Stadtteilen Billstedt, Horn und der Hochhaussiedlung Mümmelmannsberg, wo ebenfalls Beratungen angeboten werden, leben zusammen rund 108 000 Menschen. Hier liegt das Sterbealter zehn Jahre niedriger als in anderen Stadtteilen. Hier praktizieren weniger Ärzte. Hier kommt jeder Zweite aus einer anderen Kultur, ist zwar gesetzlich krankenversichert, spricht zu Hause aber eine andere Sprache. »Gesundheit ist aber international. Nur weil jemand unsere Sprache nicht spricht, sollte er nicht benachteiligt sein«, beschreibt Katharina Grüttner eine der Grundregeln des Gesundheitskiosk. Deswegen sind die sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – eine in Vollzeit, sechs ins Teilzeit – auch Muttersprachler aller größeren Bewohnergruppen: Sie sprechen Türkisch, Russisch, Polnisch, Spanisch, Portugiesisch und Farsi. Und sie sehen sich als Kümmerer für alle Fragen rund um die Gesundheit in den Stadtteilen.

Von den rund 120 Ärzten in den Stadtteilen ist rund ein Drittel Partner des Gesundheitskiosk. Viele arbeiten intensiv mit dem Team zusammen, weil es den Klienten dabei hilft, die ärztlichen Verordnungen auch wirklich umzusetzen. Dazu gehört das regelmäßige Wiegen beim Abnehmen, die Rauchentwöhnung, das gemeinsame Suchen nach Therapieeinrichtung oder Pflegeheim. Dafür haben die Ärzte sogar einen weißen Vordruck kreiert, mit Anweisungen oder Zielvereinbarungen, den die Patienten zur Beratung in den Gesundheitskiosk mitbringen.

Lieber kleine Schritte machen statt in die Vollen zu gehen



Krankenkassen sind beteiligt

Rund die Hälfte aller Klienten kommt inzwischen auf Empfehlung ihrer Ärzte in den Gesundheitskiosk. Angetrieben hat viele Mediziner ihre unbefriedigenden Erfahrungen, dass zwischen zwei Arztbesuchen oft nichts passiert, weil viele Patienten nicht wissen, was sie konkret tun sollen. Oft wüssten die Betroffenen nicht einmal, wann sie zu ihrer Krankenkasse müssen, um etwas zu klären, sagt Katharina Grüttner.

Dabei beteiligen sich die AOK Rheinland/Hamburg, die BARMER und die DAK schon seit dem Start im vergangenen Sommer an dem Projekt. Dadurch können sich ihre Versicherten kostenfrei beraten lassen.

Beratung wird angenommen

Im Gegenzug werden ihre Daten projektbegleitend wissenschaftlich ausgewertet. Die Organisatoren hoffen jetzt, dass sich nach der Startphase weitere Kassen beteiligen. Die Zahlen sprechen für den Bedarf der Versicherten: Rund 1500 Besucherkontakte, davon mehr als 1200 ausführliche Beratungsgespräche, hat man in den ersten Monaten gezählt.

Ein Modell, das sich rechnet?

»Beim Thema Gesundheit wird immer gleich in die Vollen gegangen, auch finanziell«, kritisiert Grüttner, »statt erst einmal im Kleinen etwas zu bewirken.« Das Team bevorzugt kleine Schritte, sorgt beispielsweise erst einmal dafür, dass die niedergelassenen Ärzte in den örtlichen Pflegeheimen präsenter sind. So können sie vorbeugen, dass Bewohner nicht so häufig akut ins Krankenhaus müssen. Außerdem stehen die Berater in engem Kontakt mit den umliegenden Kliniken. Und sie sorgen dafür, dass Betroffene Therapieangebote richtig nutzen.

Wichtig für die Beteiligung der Krankenkassen ist auch die spätere Finanzierung, erklärt Gesundheits-Ökonom Dr. Alexander Pimperl vom privaten Gesundheitsmanagement-Unternehmen *OptiMedis*. Die Firma ist Mitinitiator und Mitgesellschafter und hat das zukünftige Finanzierungsmodell erarbeitet. Denn noch wird das Projekt vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses mit 6,3 Millionen Euro drei Jahre lang gefördert, wovon eineinhalb Millionen Euro direkt die Kosten des Gesundheitskiosk decken. Anschließend soll sich aber das gesamte Projekt, zu dem noch weitere Präventions- und Versorgungsprogramme

gehören, selbst tragen. Nämlich durch das Geld, das es im GKV-System einsparen hilft. Nach dem *shared savings*-Modell werden die Krankenkassen dann ihre statistisch ermittelten Einsparungen mit dem Projekt Gesundheitskiosk teilen.

Dieses Modell sei bereits erprobt, betont Pimperl: im ländlichen Kinzigtal in Baden-Württemberg, wo Ärzte bereits 2006 eine ähnliche Initiative zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung aufgebaut haben. Dort war es die mangelnde Verzahnung der ambulanten und klinischen Versorgung auf dem Land, nicht der soziale und kulturelle Brennpunkt wie in Hamburg. Die Finanzierung durch die »geteilten Einsparungen« habe man dort erstmals erfolgreich angewandt, so Pimperl. Die wissenschaftliche Evaluation durch mehrere Universitäten zeige, dass die Versorgung in der südbadischen Region besser geworden sei als anderswo. Die Menschen im Kinzigtal seien zudem nun aktiver und die Kosten verglichen mit dem Bundesdurchschnitt geringer.

Im Team des Gesundheitskiosk ist man sich einig, dass das Modell aufgrund der beiden Beispiele, ländlich wie städtisch, auch in anderen deutschen Regionen die Gesundheitsversorgung verbessern könnte. Hilfreich könnte es dort sein, wo Patienten von Ärzten, Kliniken oder Krankenkassen schlechter zu erreichen sind – egal ob durch ineffiziente Versorgungsstrukturen oder durch kulturelle und soziale Barrieren.



Jan Gömer ist Pressesprecher des MDK Nord.
jan.goemer@mdk-nord.de



Ich bin ganz ruhig. Und er ist noch ruhiger.

Überfall! Ein Räuber richtet eine Pistole auf Sie und Sie haben Angst. So können Sie sich beruhigen: Nennen Sie sich selbst beim Namen und sagen Sie, was Sie gerade fühlen. Über die eigenen Gefühle in der dritten Person zu reden, wirkt gegen Stress, sagen Psychologen.

SIND WIR AUFGEWÜHLT, hilft gut zureden. Hey, beruhig dich, das wird schon wieder. Mancher tut das auch im – meist stillen – Selbstgespräch, typischerweise in der Ich-Form. Ein Team von Psychologen um Jason Moser und Ethan Kross von der Michigan State University hat herausgefunden, dass es viel mehr beruhigt, wenn man das in der dritten Person tut.

Nicht ich habe Angst – Monika Mustermann hat sie

Sollte ein Räuber Sie mit einer Pistole bedrohen, sagen Sie sich nicht »Ich habe Angst«, sondern: »Monika Mustermann hat Angst« (ersetzen Sie Monika Mustermann bitte durch Ihren Namen). Das klingt merkwürdig, die gute Nachricht aber ist: Man muss das nicht laut sagen, es reicht, wenn man es denkt.

»Wir dachten, wenn die Leute in der dritten Person auf sich Bezug nehmen, betrachten sie sich eher so, wie sie eine andere Person sehen«, erläutert Jason Moser die Ausgangshypothese der Forscher. »Selbstreflexion in der dritten Person könnte helfen, psychologische Distanz zu Erlebnissen zu gewinnen, was nützlich sein könnte für die Regulierung negativer Emotionen.«

Die Psychologen machten zwei Versuche. Im ersten zeigten sie den Probanden emotional aufwühlende Fotos, darunter auch einen Räuber, der eine Pistole auf sie richtete. Während die Probanden aufgeregt vor dem Bildschirm saßen, sollten sie ihre Gefühle reflektieren. Entweder indem sie sich die Frage stellten: Wie fühle ich mich gerade? Oder indem sie die gleiche Frage in der dritten Person formulierten, unter Nennung ihres eigenen Namens. Welche Anrede sie verwenden sollten, erfuhren sie kurz vor Einblendung des Bildes. Dabei maßen Moser und Kross per EEG die Hirnströme. Im zweiten Versuch setzten die Psychologen Probanden in einen Hirnscanner, der die Aktivität in einzelnen Hirnregionen sichtbar machte. Diesmal sollten die Probanden negative Erlebnisse aus ihrer Erinnerung wachrufen und anschließend ihre Gefühle reflektieren, mal in der Ich-Form, mal in der dritten Person.

Selbstkontrolle mit weniger Energieaufwand

Ergebnis: Bei Experiment 1 waren die Ausschläge der Hirnströme geringer, wenn die Probanden über ihre Gefühle in der dritten Person reflektierten, als wenn sie das in der Ich-Form taten. Beim detaillierten Blick ins Gehirn im Zuge von Experiment 2 sahen die Forscher zwar in der Hirnregion, die bei Furcht typischerweise aktiv ist, durch die Dritte-Person-Methode keine verminderte Aktivität. Wohl aber im Stirnbeereich der Großhirnrinde. Diese Region ist involviert bei der Kontrolle negativer Emotionen. Die Forscher schließen daraus, dass ihre neue Methode Emotionen mit weniger Aufwand regulieren kann als gängige Methoden wie Achtsamkeitstraining oder Meditation.

»Falls wir mit unserer Vermutung richtig liegen«, so Ethan Kross, »ergeben sich daraus wichtige Implikationen für unser grundlegendes Verständnis, wie Selbstkontrolle funktioniert und wie Menschen im Alltag ihre Emotionen in den Griff kriegen.« Allerdings sei dafür weitere Forschung notwendig. Interessant bleibe auch die Frage, ob die laut ausgesprochene Selbstreflexion noch wirksamer sein könnte als die stille in Gedanken. Laut mit sich selbst zu sprechen sei allerdings sozial weniger akzeptiert, sagt Ethan Kross.

Sollten Sie also jemals einem Mann mit einer Pistole gegenüberstehen, sagen Sie sich: Monika Mustermann hat Angst. Tun Sie das gerne leise. Aber falls Sie sich entschließen, es laut zu tun, könnten Sie womöglich doppelt profitieren, falls der Räuber dann Angst vor Monika Mustermann, pardon vor Ihnen, bekommt.



Jens Lubbadah ist freier Journalist und Schriftsteller und arbeitet in Hamburg. post@lubbadeh.de

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK Rheinland-Pfalz

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1
01067 Dresden
Geschäftsführer *Dr. Ulf Sengebusch*
Telefon 0351.4985-30
ab 23.03.2018: 0351.80005-0
E-Mail info@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

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

Verantwortlicher Redakteur

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

Redaktion

Dr. Martina Koesterke m.koesterke@mds-ev.de
Dorothee Buschhaus d.buschhaus@mds-ev.de
Martin Dutschek martin.dutschek@mdkn.de
Michaela Gehms m.gehms@mds-ev.de
Jan Gömer jan.goemer@mdk-nord.de
Markus Hartmann markus.hartmann@mdkbw.de
Dr. Barbara Marnach
b.marnach@mdk-nordrhein.de
Jaqueline Bettels
jaqueline.bettels@mdk-bayern.de
Diana Arnold diana.arnold@mdk-sachsen.de

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

Redaktionsbüro

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

Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titelabbildung: Kollage von Linda Knott unter Verwendung von Fotos von david_sch und MPower / photocase.de

S. 19 Bjoern / photocase.de
S. 23 Icons von Freepik / flaticon.com
S. 25 Rina H. / photocase.de
S. 27 Linda Knott
S. 29 tagstiles.com / photocase.de
S. 31 Inkje / photocase.de

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

ISSN 1610-5346





Gefäße

Gelenke

Gehirn

