

MDKforum

Wenn
die Seele
psychische leidet ...
Erkrankungen

Liebe Leserin, lieber Leser,

jeder vierte Mensch wird einmal in seinem Leben psychisch krank, schätzt die Weltgesundheitsorganisation WHO. Depressionen, Angststörungen, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, Burn-out oder Suchterkrankungen – es gibt viele Krankheitsbilder und ganz unterschiedliche Ursachen. Längst sind es nicht nur Erwachsene, die Hilfe und Therapien brauchen. Zunehmend mehr Kinder sind psychisch auffällig, zeigen übermäßige Ängste oder Störungen im Sozialverhalten: Was wird getan, damit Menschen mit psychischen Problemen möglichst frühzeitig und unkompliziert Hilfe erhalten? Wie hat sich die Versorgungssituation hierzulande entwickelt? Wann kann Stress am Arbeitsplatz krank machen? Und wie können wir unsere Kinder vor zu viel Leistungsdruck oder den Folgen von Mobbing schützen?

Neben dem Schwerpunktthema gibt es weitere interessante Beiträge im Heft: So berichten wir unter anderem darüber, wie die Versicherten die Pflegebegutachtung durch den MDK bewerten. Wir widmen uns dem Thema *Blutspende*, blicken auf den Klimawandel und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Und wir haben versucht herauszufinden, warum so wenige Menschen hierzulande Erste Hilfe leisten.

Möge es Ihnen gut gehen und mögen Sie einen wunderschönen Sommer erleben.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

Die Gute Frage **Warum leisten so wenige Menschen Erste Hilfe? 1**

Kurznachrichten 3

Auch das noch **Haben wir uns schon mal gesehen? 32**

Titelthema

Seelen in Not 6

Möglichkeiten der Diagnostik **Ein einzelnes Symptom macht noch keine Erkrankung 8**

Wie gut ist die psychiatrische und

psychotherapeutische Versorgung? 10

Generation Krise 12

Wann macht Arbeit krank? 14

Früher tat nur der Rücken weh,

heute ist es auch die Psyche 16

Wissen & Standpunkte

MDK-Reformgesetz auf dem Weg 18

Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung

Gut organisiert, kompetent und freundlich 20

Jahresstatistik Behandlungsfehler-Begutachtung

Fehler erfassen, um Schäden zu vermeiden 22

Gesundheit & Pflege

Kita im Pflegeheim **Jung und Alt unter einem Dach 23**

Rund um die Blutspende 24

Modellprojekt zum *Advance Care Planning* **Im Voraus ans**

Ende denken 26

Weitblick

Klimawandel **Mehr als nur heiße Luft 28**

Gestern & Heute

**Kleine Ursache, große Wirkung:
das Hygiene-Prinzip 30**

Warum leisten so wenige Menschen Erste Hilfe?



Schätzungsweise 60 000 bis 100 000 Menschen sterben jedes Jahr in Deutschland, weil plötzlich das Herz aussetzt. Viele von ihnen könnten wiederbelebt werden, doch nur in knapp 40% der Fälle wird Erste Hilfe geleistet, sagt Professor Dr. Jan-Thorsten Gräsner, Direktor des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin am Universitätsklinikum in Kiel und Sprecher des Deutschen Reanimationsregisters.

Immer öfter berichten Medien von Menschen, die Notfälle mit dem Handy filmen und die Rettungskräfte behindern, statt Erste Hilfe zu leisten. Teilen Sie diesen Eindruck?

Ja, das ist so, wobei man zugeben muss, dass es Schaulustige auch schon vor 20 Jahren gab. Neu ist, dass heute gefilmt wird und die Filme längst in den sozialen Medien sind, bevor die Einsatzkräfte die Rettungswache wieder erreicht haben. Das ist moralisch verwerflich und verletzt alle Persönlichkeitsrechte. Die Patienten werden ungefragt gefilmt und die Kollegen im Einsatz bei ihrer Arbeit vorgeführt. Was wir unseren jungen Kollegen heute beibringen, ist, dass man dieses Phänomen nicht abschaffen kann, sondern dass sie sich davon freimachen müssen, sonst leidet die Arbeit.

Wie sieht es hierzulande insgesamt aus mit der Bereitschaft, Erste Hilfe zu leisten? Zögern zu viele Menschen? Wenn ja, warum?

Wir müssen unterscheiden zwischen der klassischen Ersten Hilfe und der Reanimation. Bei der Wiederbelebung, die Laien durchführen, bevor der Rettungsdienst kommt, sind wir heute bei einer Quote von knapp 40%. Wenn Menschen im Notfall zögern zu helfen, liegt das meist an drei Punkten: erstens daran, dass sie nicht wissen, was man überhaupt machen kann. Zweitens an der Unsicherheit und Sorge, dass man was kaputt macht. Und drittens verlässt man sich gern auf unser Rettungssystem. Getreu dem Motto: Ich rufe den Rettungsdienst, der kommt dann und macht das schon.

Wie ist es in anderen Ländern? Machen die irgendetwas besser als wir?

Ja, machen sie. 2014 und 2017 haben wir uns in zwei Studien die Laien-Reanimationsquoten in Europa angeguckt. 2014 waren wir europaweit bei 52%, in Deutschland bei 32 bis 33%, während die Skandinavier bei 70 oder 75% lagen. Aber bei denen sind die Voraussetzungen auch ganz anders als bei uns. In Dänemark gibt es zum Beispiel regelmäßig große öffentlichkeitswirksame Kampagnen, finanziert von einer Versicherung. Die Norweger unterrichten seit Jahrzehnten Wiederbelebungsmaßnahmen an den Schulen. Wegen der dünnen Besiedelung und der großen Entfernungen wissen die natürlich auch, wie wichtig es ist, anderen zu helfen. Und die Schweden bieten seit Jahren kleine kurze Kurse mit Fachpersonal an. Damit sind sie kontinuierlich besser geworden. Im Vergleich dazu sind wir hier eher noch in der Startphase.

Wo setzen wir denn an, um besser zu werden?

Schüler retten Leben ist gerade ein Riesenprojekt in Deutschland, um Schüler im Unterricht in Wiederbelebung zu schulen. Es ist ein toller Ansatz, um schnell in die Breite zu kommen, aber auch, um über die Schüler nachhaltig deren Eltern zu erreichen. Ich finde, das müsste in allen Bundesländern, nicht nur in wenigen Projektregionen, verpflichtendes Schulfach sein. Und auch die Finanzierung sollte kein Problem sein. Aber wir verspielen das gute Projekt leider gerade auf Länderebene, ringen um Zuständigkeit und Finanzierung.

Was sind die häufigsten Notfälle, in denen Erste Hilfe dringend gebraucht wird?

Der schlimmste Notfall ist der Herz-Kreislauf-Stillstand. Da geht es um jede Sekunde und man muss sofort reagieren können. Danach wird es eher selbstverständlich. Bei einer bedrohlichen Blutung zum Beispiel zählt nicht der schönste Verband, sondern dass es gelingt, die Blutung zu stillen, also Wundauflege drauf, Druck ausüben und notfalls abbinden. Das sind Situationen, in denen man ganz schnell und auch mit gesundem Menschenverstand leicht helfen kann. Bei Patienten mit Luftnot oder Herzinfarkt sollte man den Oberkörper hoch lagern, beruhigen und dabeibleiben, bis der Rettungsdienst da ist. Dabeibleiben und beobachten, um zu erkennen, ob jemand bewusstlos ist, und dann entsprechend reagieren. Bloß nicht lange nachdenken, wie die stabile Seitenlage funktioniert – die hilft dem typischen bewusstlosen Patienten mit Kreislaufstillstand überhaupt nicht. Der braucht eine Reanimation. Nur die wenigsten Patienten, zum Beispiel mit Hirnblutung oder schwerem Schlaganfall, brauchen eine stabile Seitenlage, damit Speichel abfließt.

Haben sich Erste-Hilfe-Maßnahmen heute im Vergleich zu früher verändert?

Das Umfeld hat sich verändert. Vor 20 Jahren hatte jemand eine bedrohliche Blutung am Arm, nachdem er mit einer Axt hantiert hat oder mit dem Arm in eine Maschine gekommen ist. Heute müssen wir bei bedrohlichen Blutungen auch an Anschläge denken, an Attentate, an terroristische Aktivitäten.

Sollte man nicht eher Autounfälle assoziieren?

Schwere tödliche Verkehrsunfälle werden weniger. Dabei sehen wir oft das: Das Auto ist Schrott, und die Leute sitzen – nicht blutüberströmt – daneben. Heißt, die Weiterentwicklung der Technik mit Airbags, ABS und allem Zipp und Zapp hat dazu geführt, dass Autos viel sicherer sind und schwere Blutungen selbst bei schweren Unfällen nicht oft vorkommen. Die meisten Notfälle passieren heute zu Hause.



Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner

Angenommen, ich bin zu Hause, mein Partner hat plötzlich Schmerzen in der Brust, Luftnot, Schweißausbrüche. Was dann?

Das klingt nach Herzinfarkt. Als Erstes müssen Sie gucken, ob er noch ansprechbar ist. Dann rufen Sie sofort den Rettungsdienst, die 112. Bleiben Sie auf jeden Fall beim Patienten, beruhigen Sie ihn. Denn kommt es zusätzlich noch zum Kreislaufstillstand, müssen Sie sofort mit der Wiederbelebung beginnen.

Wie erkenne ich einen Kreislaufstillstand und was muss ich als Erstes tun?

Wir sagen: Wenn jemand bewusstlos ist und nicht normal atmet, hat er einen Kreislaufstillstand. Haben Sie den Eindruck, dass derjenige schnarcht, nur zweimal in der Minute atmet oder hechelt, sind das Alarmsignale. Die richtige Reihenfolge bei der Wiederbelebung ist: prüfen, rufen, drücken! Haben Sie geprüft, ob er bei Bewusstsein ist, haben Sie den Rettungsdienst gerufen, dann kommt die Herzdruckmassage: 100 bis 120 Mal pro Minute auf der Brustbeinmitte, fünf bis sechs Zentimeter darunter.

Das ist anstrengend, das kostet Kraft. Beim richtigen Rhythmus helfen Lieder wie Atemlos, Staying Alive, Highway to hell. Und man soll so lange drücken bis der Rettungsdienst da ist. Wenn man es gelernt hat, sollte man im Wechsel 30 Mal drücken und zwei Mal beatmen. Denn wenn man es gelernt hat, ist drücken und pusten besser als nur drücken. Drücken ist das Muss. Drücken und beatmen wär klasse. Drücken, beatmen und Defibrillator wär dann sozusagen die Krönung.

Wie kann man Menschen für Erste Hilfe motivieren?

Aufklärung ist entscheidend: Aufklärung darüber, wie wichtig es ist, zu helfen; Aufklärung, wie einfach es ist, zu helfen, und Aufklärung darüber, dass man im Prinzip nichts kaputt machen kann. Schlimmstenfalls bricht eine Rippe bei der Herzdruckmassage, aber das überlebt man. Tu ich aus Sorge, etwas kaputtzumachen, nichts, bleibt der Mensch tot. Man kann bei der Reanimation nichts verkehrt machen, außer man tut nichts!

Ob am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Freizeit – wo immer ich Aufklärung leiste, ist völlig egal, und je häufiger es passiert, desto besser. Dass den Kindern, also den Helfern von morgen, etwas angeboten wird, ist wichtig, keine Frage. Aber wir müssen auch den potenziellen Helfern von heute etwas anbieten. Das gilt für Unternehmen ebenso wie für Kegelclubs oder Sportvereine. Denn der Kreislaufstillstand-Patient ist nicht immer über 70 und sitzt im Altenheim. Oft ist er jung, sportlich und kippt beim Sport plötzlich um. Es muss Alltag sein, sich mit dem Thema zu beschäftigen, und wir müssen niedrigschwellige Angebote machen.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.



© AOK Bundesverband

Fritz Schösser ist tot

Am 28. Mai 2019 verstarb völlig überraschend Fritz Schösser im Alter von 71 Jahren. Fritz Schösser war von 2005 bis 2017 alternierender Vorsitzender der Mitgliederversammlung des MDS. Seit 2008 gehörte er ebenfalls dem Verwaltungsrat des MDS an.

1947 in Töging am Inn geboren, absolvierte er nach der mittleren Reife eine Ausbildung zum Industriekaufmann bei den Innwerken. Schon als Lehrling engagierte er sich in der Gewerkschaft, stieg rasch auf und wurde 1990 Vorsitzender des DGB-Bezirks Bayern. 1994 kam Schösser für die SPD in den Landtag und wechselte 1998 in den Deutschen Bundestag. Hier war er Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung. 2010 gab er den Gewerkschaftsvorsitz ab. Darüber hinaus war Fritz Schösser über Jahrzehnte in der Sozialen Selbstverwaltung von AOK, MDK und MDS engagiert. Für ihn waren immer Verbesserungen möglich, und er sah es als seine Aufgabe an, Schwächen in der Versorgung zu benennen und sich für Veränderungen einzusetzen. Sein Wirken galt der Weiterentwicklung der Medizinischen Dienste im Interesse der Versicherten und zum Nutzen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. »Mit Fritz Schösser verlieren wir einen herausragenden Selbstverwalter, der sich stets mit Herzblut für eine gute und gerechte Versorgung der Versicherten engagiert hat«, so Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS.

IGel-Monitor: Alzheimer-Früherkennung

Mit *tendenziell negativ* hatte das wissenschaftliche Team des IGel-Monitors bereits 2002 die Magnetresonanztomographie (MRT) zur Alzheimer-Früherkennung bewertet. Nun wurde die Leistung erneut auf den Prüfstand gestellt – mit gleichem Ergebnis. Denn auch die zwischenzeitlich veröffentlichten Studien ergeben laut

IGel-Monitor keine Anhaltspunkte für einen Nutzen bei Menschen ohne Anzeichen einer Demenz. Auch zu möglichen Schäden fanden sich keine Studien. Nach Auffassung des IGel-Monitor-Teams kommt die MRT-Untersuchung zwar ohne schädliche Strahlen aus, aber indirekte Schäden sind möglich. So wisse man nicht, ob sich ein auffälliger MRT-Befund tatsächlich zu einer Demenz mit Symptomen weiterentwickeln würde. Betroffene würden unnötigerweise beunruhigt, obwohl sie nie dement geworden wären.

Um Vorboten einer Alzheimer-Demenz zu erkennen, bieten manche radiologische oder neurologische Praxen sogenannte *Brain Checks* an – Untersuchungen, die meist auch eine MRT beinhalten. Zeigen sich im MRT Hinweise auf verdächtige Gehirnstrukturen, sollen Betroffene frühzeitig Gegenmaßnahmen ergreifen können, um eine Demenz zu verhindern oder deren Verlauf zumindest abzuschwächen. Besteht dringender Verdacht auf eine Alzheimer-Demenz, ist eine MRT unter Umständen Kassenleistung. Doch solange jemand keine Beschwerden hat, muss die Untersuchung aus eigener Tasche als IGel bezahlt werden. Sie kostet in der Regel zwischen 260 und 580 Euro.

Mindestmengen werden oft nicht eingehalten

Viele Krankenhäuser halten die gesetzlich vorgegebenen Mindestmengen für komplexe Operationen nicht ein. Dabei sollen die seit 2004 für sieben planbare Eingriffe festgelegten Mindestmengen sicherstellen, dass schwierige Operationen nur noch in Kliniken mit entsprechender Erfahrung erfolgen. Laut einer Analyse des Science Media Centers (SMC) und der Weissen Liste erreichten 40% der deutschen Kliniken, die solche Eingriffe durchführen, eine oder mehrere der verbindlichen Fallzahlen im Jahr 2017 nicht. Demnach führten 458 von 1152 Kliniken (39,7%) 2017 komplexe Eingriffe durch, obwohl sie die vorgegebenen Fallzahlen unterschreiten. Das entspricht bundesweit rund 4300 Operationen.

Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in den einzelnen Bundesländern. Während in Baden-Württemberg 30,7% und in Mecklenburg-Vorpommern 29,2% der Kliniken eine oder mehrere der Mindestfallzahlen nicht erreichen, sind es in Brandenburg

56,7% und in Bremen 62,5%. Auch die Art des Eingriffs wirkt sich aus. So bleiben bei Bauchspeicheldrüsen-ops 34% und bei Speiseröhren-ops sogar 52,6% der Krankenhäuser unter den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestmengen.

Konzertierte Aktion Pflege

Mit dem Ziel, die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte schnell und spürbar zu verbessern, wurde im Sommer 2018 die Konzertierte Aktion Pflege gestartet, deren Ergebnisse Anfang Juni von Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey, Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgestellt wurden. Demnach soll bundesweit nach Tarif bezahlt, ein am Bedarf orientierter Personalschlüssel eingeführt, die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte beschleunigt und die Zahl der Auszubildenden und Ausbildungseinrichtungen gesteigert werden.

Noch vor der Sommerpause soll die Bundesregierung die rechtlichen Grundlagen beschließen, um bessere Gehälter über Mindestlöhne, sowohl für Hilfs- als auch für Fachkräfte, und gleiche Bezahlung in Ost und West zu ermöglichen. Die Pflegebranche könne dann entscheiden, ob sie einen flächendeckenden Tarifvertrag abschließt. Einen von Arbeitgebern und Gewerkschaft Verdi ausgehandelten Vertrag würde der Bund dann für die ganze Branche für allgemeinverbindlich erklären. Andernfalls legt eine Kommission wie bisher Mindestentgelte fest – auch für Pflege-Fachkräfte.

Vorgesehen ist zudem eine neue Pflegeausbildung ab 2020. Dann soll bundesweit dafür auch kein Schulgeld mehr fällig werden, Azubis sollen vielmehr Vergütungen bekommen. Geplant sind außerdem 5000 Weiterbildungsplätze. Auch sollen verbindliche Personalschlüssel umgesetzt werden. Kräfte aus dem Ausland sollen schon in den Herkunftsländern bei der Fach- und Sprachausbildung unterstützt werden. Für Vermittler von Pflegekräften aus dem Ausland soll ein Gütesiegel entwickelt werden. Um den Beruf attraktiver zu machen, sollen Pflegefachkräfte auch mehr Verantwortung übernehmen können. Hierfür sollen Standards etwa zur stärkeren Zusammenarbeit mit Ärzten erarbeitet werden. Pflegekräfte sollen zudem mit digitaler Technik von Bürokratie entlastet werden.

An der Konzentrierten Aktion Pflege beteiligten sich Arbeitgeber und Gewerkschaften, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und Betroffenenvertreter. In der Alten- und Krankenpflege arbeiten rund 1,6 Millionen Menschen, fast 40 000 Stellen sind unbesetzt.

Qualitätsdarstellungsvereinbarung für stationäre Pflege

In der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS) ist festgelegt, welche Informationen über Pflegeheime für die Verbraucherinnen und Verbraucher in Zukunft im Internet veröffentlicht werden. Der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege hat einstimmig die QDVS beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sie inzwischen genehmigt, so dass sie veröffentlicht werden kann. Die QDVS löst die bisherige Transparenzvereinbarung – die sogenannten Pflegenoten – ab.

Die Qualitätsdarstellung wird in Zukunft auf drei Säulen stehen: auf den Ergebnisdiktoren, die von den Heimen selbst erhoben und von der Datenauswertungsstelle ausgewertet wurden, auf ausgewählten MDK-Qualitätsprüfergebnissen und auf allgemeinen Informationen zu den Einrichtungen. Wie bisher wird die Daten Clearing Stelle – eine gemeinsame Einrichtung der Landesverbände der Pflegekassen – alle Qualitätsinformationen für jede Einrichtung für die Informationsplattformen der Pflegekassen aufbereiten. Es ist vorgesehen, die Informationen auf den Webportalen der Pflegekassen auf Bundesebene schrittweise zur Verfügung zu stellen: Ab Anfang 2020 können erste MDK-Prüfergebnisse veröffentlicht werden. Indikatorenergebnisse sollen ab Mitte 2020 zur Verfügung stehen. Die Verbraucherinnen und Verbraucher haben dann die Möglichkeit, Informationen zu filtern, zu sortieren und die Pflegeeinrichtungen zu vergleichen. Die neue QDVS ist unter www.gs-qs-pflege.de/dokumente-zum-download verfügbar. Die Vereinbarung tritt zum 1. 11. 2019 in Kraft.

Internationale Klassifikation der Krankheiten: neue Version

Die weltweit gültige Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) wird zum ersten Mal nach 30 Jahren völlig neu aufgesetzt. Die Abkürzung steht für *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* und ist ein Katalog von mittlerweile fast 55 000 anerkannten Krankheiten, Symptomen und Verletzungsursachen – je mit einem spezifischen Code. Mit den Kombinationen aus Buchstaben und Zahlen sollen Ärztinnen und Ärzte weltweit ihre Diagnosen registrieren und dadurch statistische Untersuchungen erleichtern. Die überarbeitete Version der ICD wurde von den 194 Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet und soll ab 2022 den bisherigen Katalog ablösen. Ein konkreter Zeitpunkt für die Einführung in Deutschland steht noch nicht fest.

Neu in den internationalen Katalog aufgenommen wurden unter anderem Videopielsucht, Antibiotikaresistenz und zwanghaftes Sexualverhalten. Aber auch Burnout hat die WHO jetzt klar als Syndrom definiert, das im Zusammenhang mit Belastungen bei der Arbeit steht (siehe hierzu auch Beitrag auf Seite 14).

Impfung gegen Gürtelrose als Kassenleistung

Die Kosten für eine Impfung gegen Gürtelrose werden seit 1. Mai 2019 für Versicherte ab 60 Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Wer durch eine entsprechende Grunderkrankung oder Immunschwäche besonders gefährdet ist, hat bereits ab dem 50. Lebensjahr Anspruch auf die Impfung. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden und ist damit einer Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) gefolgt. Die Möglichkeit, sich mit einem neuen Wirkstoff gegen Gürtelrose impfen zu lassen, gibt es in Deutschland bereits seit Mai vergangenen Jahres. Dieser neue Impfstoff ist ein sogenannter Totimpfstoff, der nur Bruchteile des Krankheitserregers enthält. Auf die Impfung mit einem Lebendimpfstoff, der von der STIKO nicht empfohlen wird, besteht hingegen kein Leistungsanspruch.

Mangelnder Impfschutz bei Schulkindern

Laut Robert Koch-Institut (RKI) sind die Impflücken bei Masern weiterhin zu groß. Zwar hätten 97,1% der Schulanfänger die erste Impfung bekommen. Aber bei der entscheidenden zweiten Masernimpfung gebe es große regionale Unterschiede, so dass die angestrebte Impfquote von bundesweit 95% noch immer nicht erreicht werde. Wie das RKI berichtet, waren 2017 gut 93% der Schulanfänger zweimal gegen Masern geimpft. Die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung hätten bei den Schulanfängern bereits im dritten Jahr in Folge abgenommen. Trotz aller Aufklärungskampagnen seien die Impfquoten in den vergangenen Jahren nicht entscheidend gestiegen.

Ärztliche Versorgung

148 601 Ärztinnen und Ärzte sowie 26 693 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiteten bis Ende 2018 mit einer Kassenzulassung in Deutschland. Einer Veröffentlichung des Bundesarztregisters zufolge ist die Anzahl bei den Ärzten um 0,8%, bei den Psychotherapeuten sogar um 5,5% gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Da zunehmend mehr Menschen in Teilzeit oder Anstellung tätig seien, läge der tatsächliche Zuwachs jedoch nur bei 0,2%, meint die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Das Durchschnittsalter aller niedergelassenen Mediziner ist laut Bundesarztregister leicht auf 54,2 Jahre gestiegen. Allgemeinmediziner lägen mit 55,5 Jahren geringfügig über diesem Schnitt. Weiter gestiegen sei auch der Anteil der Frauen unter den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland – auf nunmehr 47% (Vorjahr 46%). Dabei unterscheide sich der Anteil stark zwischen den Fachrichtungen. Am stärksten vertreten seien Medizinerinnen in den ostdeutschen Ländern.

**Wenn die Seele leidet:
Psychische Erkrankungen**



Seelen in Not

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen sei lange Zeit unterschätzt worden, konstatierte das Robert Koch-Institut 2008 im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Zu diesem Zeitpunkt waren psychische Probleme bereits zum häufigsten Grund für gesundheitsbedingte Frühverrentungen avanciert. Fest steht: Das Problem ist nicht kleiner geworden.

VON EINER PSYCHISCHEN Störung oder Erkrankung spricht man, wenn die normale Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens beeinträchtigt ist und sich dies in emotionalen, kognitiven, interpersonalen, Verhaltens- und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußert.

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge wird etwa jeder vierte Mensch in seinem Leben einmal psychisch krank. Neben organischen Ursachen können auch psychologische, wie zum Beispiel eine Traumatisierung, sowie soziale Gründe, etwa Überforderung oder Mobbing, zu psychischen Problemen führen. Allein in Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Störung betroffen, so die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Beispiele für häufige psychische Störungen sind Depressionen, Angst-

störungen, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und andere Suchterkrankungen.

Auch beim Nachwuchs spielen psychische Probleme eine große Rolle, zeigen die Ergebnisse der KiGGs-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bei der Basiserhebung (2003 bis 2006) waren 20% der Heranwachsenden zwischen drei und 17 Jahren psychisch auffällig, in der zweiten Erhebungswelle (2014 bis 2017) immer noch 16,9%. Häufige Probleme bei Kindern und Jugendlichen sind Angststörungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens sowie die hyperkinetische Störung (ADHS).

Im internationalen Vergleich steht Deutschland mit seinem dichten und differenzierten Netz psychotherapeutischer Hilfs- und Versorgungsangebote recht gut da. Für viele

Jeder Vierte wird einmal im Leben psychisch krank



Menschen ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Daneben gibt es ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Beratungsstellen, Ambulanzen und Praxen, teilstationäre Angebote wie Tageskliniken sowie eine stationäre Versorgung in Fachkliniken, Fachabteilungen von Krankenhäusern sowie in Kliniken für Psychosomatik.

Hilfe für die Psyche

Die Therapie von Menschen mit psychischen Störungen erfolgt im Wesentlichen durch Medikamente und/oder eine Psychotherapie. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird in Deutschland hauptsächlich durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, dass niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit den Krankenkassen drei anerkannte Verfahren abrechnen können: die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

In psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken können weitere Psychotherapie-Formen angeboten und abgerechnet werden, etwa die systemische Therapie oder die Gesprächspsychotherapie. Eine stationäre Therapie erfolgt entweder als stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung, deren Kosten in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung trägt, oder – wenn Erhalt oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehen – als medizinische Rehabilitation, die zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung abgerechnet wird.

In Deutschland gab es 2018 laut der von der Bundesärztekammer veröffentlichten Ärztestatistik insgesamt 13 938 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Nervenheilkunde, von denen 6094 ambulant und 6436 stationär tätig waren. An der vertragsärztlichen Versorgung nahmen insgesamt 5876 Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, 6302 Ärztliche Psychotherapeuten (davon 2668 Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie), 20 801 Psychologische Psychotherapeuten und 5892 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten teil.

Nur jeder Fünfte in Behandlung

Obwohl Studien zufolge die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen seit Jahren steigt, sind nur etwa ein Fünftel der Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose in professioneller Behandlung. Pro Quartal werden

Dichtes Netz an Hilfs- und Versorgungsangeboten

etwa 1,8 Millionen gesetzlich versicherte Patienten durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Nervenheilkunde behandelt, rund 1,1 Millionen durch niedergelassene Psychotherapeuten. Für die Behandlung erwachsener Patienten standen nach Angaben der DGPPN im Jahr 2017 insgesamt 56 223 psychiatrische Krankenhausbetten zur Verfügung. In den mehr als 400 Fachkliniken und -abteilungen werden jährlich über 800 000 stationäre Behandlungen durchgeführt. Weitere 150 000 Fälle wurden 2017 im teilstationären Bereich versorgt. Zu diesem Zweck standen in insgesamt 408 Einrichtungen für Psychiatrie und Psycho-

therapie 15 410 tages- und nachtklinische Behandlungsplätze bereit. In Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gab es 2017 insgesamt 6311 Betten.

Wochen auf der Warteliste

Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz können Wochen oder auch Monate betragen. Die Bundespsychotherapeutenkammer veröffentlichte im April 2018 ihre *Wartezeitenstudie*, laut der Menschen mit psychischen Problemen 5,7 Wochen auf eine Sprechstunde, 3,1 Wochen auf eine Akutbehandlung und im bundesweiten Durchschnitt 19,9 Wochen auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie warten müssen.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Legislaturperioden bereits verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung ergriffen. So wurde im Terminservice- und Versorgungsgesetz festgeschrieben, dass die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal zwei Wochen betragen darf. Auch der im Frühjahr 2019 vom Kabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat zum Ziel, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Der Bedarf ist groß: Der Ende 2018 veröffentlichte Bericht der Bundesregierung zum Stand von *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit* belegt, dass von den insgesamt 668 Millionen krankheitsbedingten Fehltagen im Jahr 2017 rund 107 Millionen auf psychische Leiden entfielen. Nur Muskel- und Skelettbeschwerden verursachten noch mehr Fehltag. Die Produktionsausfälle, die durch psychische Erkrankungen verursacht wurden, schlugen mit rund 12,2 Milliarden Euro zu Buche. Laut Fehlzeiten-Report der AOK ist die Zahl der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen in den vergangenen zehn Jahren konstant angestiegen, zwischen 2007 und 2017 um 67,5%. Allein die Rentenversicherung bewilligte 2018 mehr als 170 000 stationäre Rehabilitationen wegen psychischer Krankheiten – rund 50 000 mehr als noch vor zehn Jahren.

Längst nicht immer hat die Behandlung auch den gewünschten Erfolg. Das Versicherungsunternehmen Swiss Life stellte im April 2019 seinen *Report Berufsunfähigkeit* vor. Psychische Erkrankungen sind danach mit 37% der Fälle die häufigste Ursache für eine Berufsunfähigkeit. Und während 1983 nicht einmal jede zehnte Erwerbsminderungsrente in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund seelischer Probleme gezahlt wurde, war es 2017 bereits fast jede zweite.

Über die Gründe für diesen Anstieg herrscht Uneinigkeit: So werden häufig die zunehmend belastenden Arbeitsbedingungen als Ursache genannt. Eine mögliche Erklärung wäre aber auch die gesellschaftliche Enttabuisierung seelischer Probleme, die mit einer stärkeren Sensibilisierung der Ärzte und einer größeren Offenheit der Patienten einhergeht. In diesem Fall hätte sich nicht die Zahl der Erkrankungen, sondern lediglich die der Diagnosen erhöht.

Seelische Probleme sind kein Tabu mehr



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

Möglichkeiten der Diagnostik

Ein einzelnes Symptom macht noch keine Erkrankung

Psychische Erkrankungen haben meist mehr als eine Ursache, sind oft eine Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen genetischen und umweltbedingten Faktoren. Wie kann diagnostiziert werden, ob eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt?



AUCH BEI PSYCHISCHEN Erkrankungen gilt: Die richtige Diagnose ist die entscheidende Voraussetzung für eine angemessene Therapie. Da bei jedem betroffenen Patienten individuelle Ursachen und Ausprägungen von Symptomen zu beobachten sind, wird bei der Diagnosefindung über verschiedene Ansätze versucht, die Krankheit

und deren Therapiemöglichkeiten genau einzugrenzen. Eine vollständige psychiatrische Diagnostik umfasst das Untersuchungsgespräch mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die körperliche Untersuchung sowie verschiedene weitere Maßnahmen (u. a. bildgebende Verfahren, Labor, Tests). Neben der Diagnosefindung geht es auch darum, medizinisch relevantes Leiden von Zuständen abzugrenzen, die als alters-

Individuelle Ursachen, unterschiedliche Symptome

oder situationsbedingt üblich betrachtet werden müssen. Die Krankheitsdiagnosen werden auf Basis der Symptome mit Hilfe von Diagnosesystemen gestellt, ohne dass damit etwas über die Ursachen der Erkrankungen ausgesagt wird.

Psychische Erkrankungen betreffen lebenswichtige kognitive und affektive Funktionsfähigkeiten. So sind Delirien charakterisiert durch Störungen der Wachheit und räumlichen wie zeitlichen Orientierung. Bei Demenzen sind Merkfähigkeit und Gedächtnis beeinträchtigt. Schizophrene Psychosen zeichnen sich aus durch Störungen der Zuschreibung von Gedanken und Wahrnehmungen zum eigenen Ich und affektive Erkrankungen durch Störungen der sogenannten affektiven Schwingungsfähigkeit, die sich in Affektstarre und Freudlosigkeit ausdrücken.

Gespräch, Untersuchung, bildgebende Verfahren

Die Abgrenzung gegenüber neurologischen Erkrankungen ist oft unscharf, was nicht überrascht, da psychische wie neurologische Erkrankungen auf Störungen der Funktionen des zentralen Nervensystems zurückgehen. Beispielsweise finden sich Depressionen, aber auch psychotische Symptome bei der erblichen Erkrankung Chorea Huntington, die üblicherweise zu den neurologischen Erkrankungen gerechnet wird, da hier zusätzlich die Motorik deutlich beeinträchtigt ist.

Nachweisbare Veränderungen

Für manche psychischen Erkrankungen gibt es eindeutige neurobiologische Korrelate, die zur Diagnostik beitragen. Bei der Alzheimer-Demenz zeigen sich zum Beispiel Auffälligkeiten im Liquor, jener Körperflüssigkeit, die das Zentralnervensystem (Gehirn und Rückenmark) umgibt. Bei Suchterkrankungen sind es Veränderungen in Biomarkern, wie dem Carbohydrate-Deficient-Transferrin (CDT), das bei massivem Alkoholkonsum verändert ist.

Bei vielen psychischen Erkrankungen gibt es aber kein eindeutiges neurobiologisches Korrelat, das diese Störungen

sicher von anderen Krankheitsbildern abgrenzt. So finden sich zwar bei schizophrenen und bei affektiven Psychosen Störungen der dopaminergen Neurotransmission, jenes Botenstoffs im Gehirn, der die Durchführung von Bewegungen, aber auch die Motivation beeinflusst und mit der Entstehung psychotischer Symptome in Verbindung gebracht wird. Die Unterschiede gegenüber Gesunden sind allerdings so begrenzt, dass sie zur klinischen Diagnostik allein nicht ausreichen.

Auswirkungen genetischer Faktoren

Genetische Faktoren und Umweltfaktoren tragen gleichermaßen zur Entstehung psychischer Erkrankungen bei. So wird beispielsweise bei der Alkoholabhängigkeit angenommen, dass etwa die Hälfte des Risikos auf erbliche Faktoren zurückgeht. Hierzu zählen alltägliche Eigenschaften, wie etwa die Fähigkeit, viel Alkohol zu konsumieren, ohne akut besonders ausgeprägte unangenehme Wirkungen zu erleben. Die im Volksmund sogenannte Trinkfestigkeit hat also einen partiell genetischen Hintergrund und ist ein Risiko und kein Schutzfaktor. Denn wer viel Alkohol verträgt, ist in einer Gesellschaft, in der Trinkfestigkeit sozial belohnt wird, auch besonders gefährdet, zu viel zu trinken.

Die meisten psychischen Erkrankungen sind durch das Zusammentreffen zahlreicher genetischer Variationen gekennzeichnet. So wurden für schizophrene Psychosen mehr als einhundert Genvarianten (genetische Polymorphismen) identifiziert, die das Risiko beeinflussen, eine Psychose zu erleben. Jede einzelne dieser genetischen Variationen trägt also nur einen minimalen Beitrag zum Risiko bei, psychotisch zu erkranken.

Umweltfaktoren

Zu den Umweltfaktoren gehören vornehmlich Stresserfahrungen, die beispielsweise durch soziale Ausschließung bedingt sein können. So finden sich erhöhte Raten an affektiven Erkrankungen bei Menschen, die wiederholt persönlich gekränkt und diskriminiert werden und die Armut in ihrem direkten Wohnumfeld erleben. Dies verstärkt sich, wenn die Betroffenen zu einer Gruppe gehören, die sozial insgesamt schlecht gestellt ist.

Auch finden sich erhöhte Psychose-Raten bei Geflüchteten. Das lässt sich nicht durch erhöhte Psychose-Raten in den Herkunftsländern erklären und ist somit offenbar durch Stresserfahrungen während der Flucht bedingt. Solche Stresserfahrungen können sich direkt auf die dopaminerge Neurotransmission auswirken. So wurde beobachtet, dass Stresserfahrungen in bestimmten Hirnregionen (hier Basalganglien) zu einer erhöhten Dopaminfreisetzung führen.

Kommt es bei Patienten mit Psychosen kurzzeitig zu einer erhöhten Dopaminfreisetzung, werden bei der Informationsverarbeitung im Gehirn wahrscheinlich ebenjene Umweltreize besonders stark hervorgehoben, die gerade gleichzeitig erlebt werden.

So schilderte ein Patient, seine ehemaligen Klassenkameraden würden heimlich über ihn reden. Sie erzählten,

dass er früher Prophezeiungen gemacht habe, die jetzt eintreffen. Wie sich herausstellte, war der betroffene Patient während seiner Schulzeit sexuell missbraucht worden. Ängste, dass die Klassenkameraden darüber reden, können beim Patienten verstärkt Dopamin freisetzen und dazu führen, dass er zufällige Aussagen der Mitschüler auf sich bezieht, sich bedroht fühlt und zur Abwehr den Inhalt umdeutet.

Wie hoch ist der Leidensdruck?

Auch bei den psychischen Erkrankungen gilt, dass ein einzelnes Symptom noch keine Erkrankung macht. So schilderte ein Patient, dass er die Stimmen, die er höre (akustische Halluzinationen), schätzen würde, da er an der Börse spekuliere und ihm die Stimmen bisher immer die richtigen Tipps gegeben hätten. Führt ein Symptom nicht zu einem persönlichen Leidensdruck und ist es auch nicht mit Einschränkungen alltäglicher Fähigkeiten (Nahrungsaufnahme, Körperpflege etc.) verbunden, liegt keine klinisch relevante Erkrankung vor.

Aus medizinischer Sicht sind Halluzinationen Krankheitszeichen. Klinische Relevanz erhalten sie aber nur, wenn sie zu einem Nachteil für den Patienten werden. Zur Diagnostik gehört also, die Beschwerden darauf hin zu untersuchen, welche alltagsrelevanten Funktionsfähigkeiten beeinträchtigt sind. Entsprechend der Beeinträchtigungen und den gegebenenfalls zusätzlich vorhandenen Biomarkern erfolgt dann die diagnostische Zuordnung.

Bildgebende Verfahren

Bildgebende Verfahren (MRT, CCT) sind insbesondere bei Demenzerkrankungen richtungsweisend. Damit werden zum Beispiel bestimmte Formen von Gewebeschwund sichtbar (u. a. frontotemporale Atrophien) und ermöglichen so Rückschlüsse auf entsprechende Erkrankungen.

Auch bei Suchterkrankungen, gerade bei der Alkoholabhängigkeit, kommt es häufig zu Verminderungen des Hirnvolumens, die neuronale Schäden durch den Alkoholkonsum anzeigen. Ähnliche Veränderungen finden sich auch bei anderen Erkrankungen. Hier sind allerdings krankheitsbedingte Veränderungen von solchen zu unterscheiden, die durch Nebenwirkungen von Medikamenten entstehen können. Bei den meisten psychischen Erkrankungen sind Verminderungen des Hirnvolumens nur gering ausgeprägt und betreffen lediglich 1 bis 2% des Hirnvolumens.

Mit modernen computergestützten Verfahren ergeben sich hier neue Möglichkeiten der genaueren diagnostischen Zuordnung. Häufig deuten die beobachtbaren Veränderungen aber nur auf beschleunigte Alterungseffekte hin. Denn mit zunehmendem Alter verringert sich das Hirnvolumen. Die klinische Untersuchung ist demnach nach wie vor der entscheidende Zugang zur Diagnostik psychischer Erkrankung.

**Schäden im
MRT sichtbar**

Genetische Ursachen oder umweltbedingt?



Prof. Dr. Andreas Heinz ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).
andreas.heinz@charite.de

Wie gut ist die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung?

Die psychiatrische und psychotherapeutische ambulante und stationäre Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren spürbar verändert. So ist die Akzeptanz in der Bevölkerung für psychische Störungen deutlich gewachsen, und die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen hat in den vergangenen zehn Jahren abgenommen. Gleichzeitig gibt es deutlich mehr und bessere Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen.

BEISPIELSWEISE WURDEN NEUE ambulante Leistungen in das Fünfte Sozialgesetzbuch aufgenommen. Hierzu zählen die Ambulante Soziotherapie (nach §37a SGB V) und die Häusliche psychiatrische Krankenpflege (PHKP). Auch wurden die Angebote der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ausgeweitet – derzeit gibt es über 700 PIA an vollstationären und teilstationären Einrichtungen in Deutschland. Auf Bundesebene weit fortgeschritten sind auch die Verhandlungen zur Implementierung Psychosomatischer Institutsambulanzen (PsIA) (nach §118 SGB V Absatz 3) zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG). Daher ist noch in diesem Jahr bundesweit mit der Einführung der PsIA zu rechnen.

Neuerungen im stationären Bereich

In der stationären Versorgung war die Umstellung des Vergütungssystems auf ein pauschalierendes Entgelt in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ein ganz wesentlicher Schritt hin zu mehr Transparenz bei der Leistungserbringung. Die Teilnahme an PEPP ist inzwischen für alle stationären Einrichtungen verpflichtend, so dass ab diesem Jahr wirklich alle Häuser auf das neue Abrechnungssystem umstellen mussten.

Neue Leistungen, andere Vergütung

Als völlig neue Versorgungsleistung wurde die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) im vergangenen Jahr eingeführt: eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten, die von mobilen ärztlich geleiteten multiprofessionellen Behandlungsteams erbracht wird. Die StäB kann in medizinisch geeigneten Fällen eine vollstationäre Behandlung ersetzen. Sie kann als ein Versuch der Politik gewertet werden, sektorenübergreifende Maß-

nahmen zu etablieren. In den ersten drei Monaten dieses Jahres haben bereits ca. 20 Krankenhäuser hierzulande eine StäB für psychisch kranke Patientinnen und Patienten angeboten.

Trotz solcher Tendenzen haben die stationären Kapazitäten an psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern seit 2005 deutschlandweit zugenommen.

Veränderungen im ambulanten Bereich

Bei der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gibt es zunehmend mehr Empfehlungen zur leitliniengestützten Behandlung diverser psychischer Krankheitsbilder.

Insbesondere bei der ambulanten Psychotherapie wurden die Kapazitäten ausgeweitet. Derzeit nehmen ca. 24.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ärztlicher und psychologischer Profession an der Versorgung teil.



Dank einer umfassenden Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die im Februar 2017 wirksam wurde, profitieren heute zunehmend mehr Patientinnen und Patienten von besseren Zugangsmöglichkeiten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung und von neuen Versorgungselementen. So wurde zum Beispiel eine psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, die zeitnah einen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglichen soll. Neu ist auch das Angebot einer psychotherapeutischen Akutbehandlung durch psychologische Psychotherapeuten als zeitnahe psychotherapeutische Intervention sowie die sogenannte Rezidivprophylaxe. Ziel Letzterer ist es, nach einer Langzeittherapie (LZT) bei einem drohenden Rückfall einen schnellen Zugang zum Therapeuten zu bekommen. Hierfür werden von vornherein Stunden aus dem Kontingent der LZT eingeplant und entsprechend mit beantragt. Sie können innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der Therapie in Anspruch genommen werden.

Sektorenübergreifende Behandlung stärken

Auch wurden neue Anreize zur Förderung der Gruppentherapie geschaffen und die formalen Abläufe bei der Beantragung von Richtlinien-therapie erleichtert. Das gilt zum Beispiel für die Bewilligung und Anzeige von Leistungen bei den Krankenkassen.

Spürbar reduziert wurde auch der bürokratische Aufwand bei der Beantragung von ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. So wurden die Kontingente in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vereinfacht. Die Kurzzeittherapien (KZT 1 und KZT 2 mit jeweils 12 Stunden Einzeltherapie) müssen zwar bei der Krankenkasse beantragt und von ihr genehmigt werden, aber ein Gutachterverfahren ist nicht notwendig. Auch muss eine erste Fortführung der Psychotherapie über das bewilligte Kontingent hinaus in der Verhaltenstherapie und in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zwar bei der Krankenkasse beantragt, jedoch nicht mehr automatisch dem Gutachterverfahren zugeführt werden.

Außerdem wurden die Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter überarbeitet.

Die Auswirkungen der Reform der Richtlinie zur ambulanten Psychotherapie, vor allem zur psychotherapeutischen Akutbehandlung und zur psychotherapeutischen Sprech-

stunde, werden von der Selbstverwaltung zeitnah evaluiert werden, um dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eventuell weiterreichende Vorschläge machen zu können.

Die Anzahl der bisher zugelassenen ca. 31 500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten soll sich durch die Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie voraussichtlich um ca. 800 erhöhen. Dies und die Ablösung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) durch eine neue G-BA-Richtlinie zur Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird zu einer Verbesserung der Versorgung der GKV-Versicherten führen.

Ausblick

In der öffentlichen Diskussion spielen psychische Erkrankungen eine immer wichtigere Rolle. Mit der steigenden Zahl krankheitsbedingter Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ist unter anderem auch die Nachfrage nach entsprechenden Versorgungsleistungen im ambulanten und stationären Sektor gestiegen. Leistungsausweitungen fanden hier bislang überwiegend losgelöst voneinander statt, was wiederum zu einer erhöhten Inanspruchnahme führte.

Bemühungen, sektorenübergreifende Behandlungsansätze zu stärken, zeigen sich am Beispiel der (StäB). Die in diesem neuen Behandlungsangebot angedachte Verzahnung der Behandlungssektoren birgt die Chance, die Endlosspirale von Angebot und Nachfrage zu unterbrechen, indem eine patientenindividuell notwendige und ausreichende Behandlung angeboten wird.

Für die Zukunft ist damit zu rechnen, dass Versorgungsstrukturen weiter verbessert und die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Insbesondere die Einbeziehung von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychosomatikerinnen und Psychosomatikern sowie Hausärztinnen und Hausärzten in die Angebote der sektorenübergreifenden Behandlung ist ordnungspolitisch zu regeln.

Schließlich sind die Auswirkungen des geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) abzuwarten. Diskutiert wird derzeit eine der psychotherapeutischen Behandlung vorgeschaltete Begutachtung durch erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten. Auch die Reform der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die künftig voraussichtlich nach einem Direktstudium der Psychotherapie direkt mit einer Approbation das Studium analog zu den Ärztinnen und Ärzten beenden werden, steht auf der Agenda. Daran soll sich – analog zur Facharztausbildung der Ärztinnen und Ärzte – eine fachspezifische Ausbildung in einem Richtlinien-Verfahren anschließen. Last but not least bleibt auch die vom G-BA Ende 2018 beschlossene Aufnahme der Systemischen und Familientherapie in die medizinische Versorgung abzuwarten. Die Beratungen beim G-BA zum Leistungsumfang werden voraussichtlich im Laufe dieses Jahres abgeschlossen sein.

Reform der Ausbildung



Dr. Christoph J. Tolzin leitet das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft. C.Tolzin@mdk-mv.de

Generation Krise

Leistungsdruck, Stress, Mobbing, Depression und neue Medien – birgt die heutige Kindheit mehr Potenzial für psychische Störungen? Wer trägt die Verantwortung und wie kann man gegensteuern?

KOPFSCHMERZEN, MAGENDRÜCKEN und am Ende erschöpft und depressiv: Immer mehr Schüler leiden an psychischen Erkrankungen. Aktuelle Zahlen der Krankenkassen schildern ein dramatisches Bild: In den Klassen 5 bis 10 leidet fast jeder zweite Schüler (43%) unter Stress, sagt eine Studie der DAK-Gesundheit. Insbesondere die Behandlungen von Depressionen haben in den vergangenen

Leistungsdruck und (zu) viele Erwartungen

zehn Jahren bei den 13- bis 18-Jährigen stark zugenommen: um fast 120%, belegen Daten der Kaufmännischen Krankenkasse (KKK). Leichte bis schwere depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Dies wiegt umso schwerer als Jugendliche mit Depressionen ein bis zu 20-fach erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten haben.

Was Kinder stresst

Trotz der alarmierenden Zahlen meint Ludwig Bilz, Professor für Pädagogische Psychologie an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg: »Trotz einer gefühlten angestiegenen Belastung von Kindern und Jugendlichen lässt sich eine Zunahme psychischer Auffälligkeiten in dieser Altersgruppe in den letzten Jahren in Studien nicht nachweisen. Vielmehr liegen die Zahlen hierzu auf konstant hohem Niveau.« Dieses hohe Niveau bedeutet, dass jeder fünfte bzw. sechste 3- bis 17-Jährige in Deutschland psychisch auffällig ist, wie die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zeigt. Im ersten Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 waren insgesamt 20% psychisch auffällig; im zweiten Erhebungszeitraum zwischen 2014 und 2017 nur noch 16,9%. Deutlich gestiegen seien allerdings das Bewusstsein für psychosomatische Beschwerden bei Eltern und Ärzten sowie die Behandlungen.

Experten sind sich einig: Damit Kinder gesund großwerden können, sollten ausreichend Freiräume für ein Experimentieren, Wachsen und Werden bleiben. Doch lässt das die Gesellschaft nur bedingt zu. Statt Freiräume nutzen zu kön-

nen, lastet heute viel mehr Druck auf den Heranwachsenden. Der hohe Leistungs- und Erwartungsdruck durch Eltern und Schule, eine dauerbeschleunigte Gesellschaft sowie digitale Reizüberflutung können Kinder und Jugendliche massiv unter Stress setzen.

»Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben hängt vor allem von den physischen, psychischen, sozialen und auch ökonomischen Ressourcen ab sowie von der Fähigkeit, Belastungen zu bewältigen«, sagt Dipl.-Psychologin Heidrun Bründel. Als Auslöser für stressbedingte Beschwerden und psychische Störungen sieht sie unter anderem Trennung der Eltern, Gewalterfahrungen in der Familie, Leiderfahrungen in der Schule (Mobbing, Cybermobbing, Leistungsversagen) sowie Konflikte und Beziehungsstörungen unter Gleichaltrigen. »Bei älteren Kids spielt die Peergroup (Drogen- und Alkoholprobleme) eine große Rolle«, fügt sie hinzu. In der Verantwortung sehen Experten sowohl das Elternhaus als auch die Schule. »Optimal ist eine enge Kooperation zwischen Eltern und Schule«, so Prof. Bilz. Ungünstig sei eine einseitige Aufgabenteilung im Sinne von »Schule ist nur für das Lernen und die Familie für die Gesundheit zuständig«.

Stress durch digitale Reizüberflutung?

Jugendkulturforscherin Dr. Beate Großegger fordert: »Die Erwachsenengeneration muss aufhören, persönliche Zukunftsängste und, damit verbunden, auch Ängste um die Zukunft der eigenen Kinder in die Kids hineinzuprojizieren und die eigenen Kinder mit Erfolgserwartungen zu überfrachten.«

Mobbing: Schikane unter Schülern

»Viele Studien zeigen, dass Mobbing (verstanden als eine wiederholte Schikanierung, die mit einem Machtungleichgewicht zwischen Täter und Opfer einhergeht) einer der verheerendsten schulbezogenen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit der Betroffenen bis hinein ins Erwachsenenalter ist. Hier ist auch die Schule in der Pflicht, Mobbing



zu erkennen, zu intervenieren und vorzubeugen«, sagt Ludwig Bilz. Er hat eine Studie mit mehr als 4000 Kindern an sächsischen Gymnasien und Mittelschulen durchgeführt und herausgefunden, dass gemobbte Schüler langfristig anfälliger für Ängste, depressive Symptome oder psychosomatische Beschwerden sind. Wer in der fünften Klasse gemobbt wurde, hatte vier Jahre später ein deutlich erhöhtes Risiko, an psychosomatischen Beschwerden zu erkranken.

Experten zufolge kommt Mobbing heute quasi an jeder Schule vor, an Grundschulen ebenso wie an weiterführenden Schulen. Betroffene werden oft nicht direkt im Unterricht schikaniert, sondern eher außerhalb, in der Pause, auf dem Schulhof, im Bus. Sie werden wiederholt und oft sehr subtil gehänselt, ausgegrenzt, provoziert, beleidigt und bloßgestellt – auch und zunehmend in den sozialen Netzwerken. Denn gerade in der Anonymität des Internets fallen Diffamierungen besonders leicht (Cybermobbing).

Die betroffenen Kids reagieren zum Beispiel wiederholt mit Magen- oder Kopfschmerzen und weigern sich, in die Schule zu gehen. Neben körperlichen Beschwerden ohne organische Erkrankung können Rückzug, Müdigkeit, Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, Angst oder Erschöpfung auftauchen.

Nach der aktuellen JIM-Studie zur Mediennutzung Jugendlicher in Deutschland waren 8% der Jugendlichen schon einmal Opfer von Mobbing. Dies entspricht einer Größenordnung von etwa einer halben Million Jugendlichen hierzulande. Wie dramatisch Mobbing enden kann, zeigt der Suizid einer 11-jährigen Schülerin in Berlin im Februar dieses Jahres, der für Schlagzeilen sorgte.

Heidrun Bründel hat bereits in den 1990er Jahren ein Suizidpräventionsprogramm für Schulen erarbeitet. »Das Suizidverhalten von Jugendlichen gehört zwar zur zweithäufigsten Todesursache, ist aber in den letzten zehn Jahren leicht rückläufig«, sagt sie. Suizidpräventionsprogramme werden ihrer Ansicht nach »eher selten« in Schulen eingesetzt – dennoch: Es gibt sie.

Prävention macht Schule

Um den Gefahren durch Mobbing entgegenzuwirken, gründen immer mehr Schulen Initiativen, Netzwerke und Arbeitsgruppen. Ob Streitschlichter, Schulsozialarbeiter oder Schulpsychologen – es wird viel getan, um für das Thema zu sensibilisieren. Mit sogenannten Respekt Coaches unterstützt auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schulen dabei, Mobbing einzudämmen und Toleranz zu fördern. Das Programm hat seit 2018 speziell geschulte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter an bundesweit 170 Schulen entsandt.

Auch die Krankenkassen sind aktiv im Einsatz gegen Mobbing. Beispielsweise hat die Techniker Krankenkasse (TK) seit 2007 etwa 15 000 *Anti-Mobbing-Koffer* mit Arbeitsmaterialien in Schulen eingesetzt, um Kinder, Lehrer und

Hilfen und Beratung

Informationen zu psychischen Störungen sowie bundesweite Kinder- und Jugendpsychotherapeutenuche über die Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de

Informationen und Hilfe rund um Depressionen: www.deutsche-depressionshilfe.de

Projekt gegen Mobbing für Schulen und Eltern: www.gemeinsam-klasse-sein.de/anti-mobbing

Projekt *Law4school* zur Prävention von Cybermobbing: www.law4school.de/

EU-Initiative *Klicksafe* für mehr Sicherheit im Netz für Eltern und Pädagogen: www.klicksafe.de

No Blame Approach – Mobbinginterventionsansatz ohne Schuldzuweisung: www.no-blame-approach.de

Eltern umfassend zu informieren. 2018 wurde das Projekt weiterentwickelt: Rund 100 Schulklassen aus Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein testen derzeit das neue Material, das unter anderem Filme über Cybermobbing, Tutorials zur Rechtslage sowie Rollenspiele zu Handlungsmöglichkeiten enthält. Ab dem kommenden Schuljahr 2019/2020 sollen alle Schulen bundesweit das Projektmaterial nutzen können.

Ebenfalls bundesweit aufgestellt ist das Projekt *Law4school* zur Aufklärung und Prävention von Cybermobbing: Als Webinar bietet Rechtsanwältin Gesa Stückmann Präventionsberatung online an – vormittags für Schulklassen, nachmittags für Lehrer und abends für Eltern. Mit über tausend Webinaren hat sie in den vergangenen sechs Jahren fast 60 000 Menschen erreicht. »Lehrer und Eltern bekommen oft gar nicht mit, was sich in dieser digitalen Parallelwelt abspielt«, weiß sie aus Erfahrung. »Wir müssen eine Medienkompetenz vermitteln, aufklären und aufrütteln, damit es gar nicht erst zu Mobbingfällen kommt.«



Larissa Nubert
ist Fachberaterin Unternehmenskommunikation
beim MDK Bayern.
larissa.nubert@mdk-bayern.de

Wann macht Arbeit krank?

Digitalisierung, Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, prekäre Beschäftigung – der moderne Berufsalltag nagt an der Psyche. Doch nicht jeder wird krank. Ein komplexes Zusammenspiel von äußeren Rahmenbedingungen und persönlichen Faktoren führt Experten zufolge dazu, dass Erkrankungen manifest werden.

DIE ZAHLEN SPRECHEN für sich. Innerhalb eines Jahrzehnts haben sich die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen mehr als verdoppelt: 107 Millionen waren es 2017, zehn Jahre zuvor 48 Millionen. Dies geht aus einer aktuellen Antwort des Bundesarbeitsministeriums auf eine Anfrage der Linksfraktion hervor. Nach Erkrankungen des Muskel- und Skeletapparates sind psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Krankmeldungen und die häufigste Ursache für Frühverrentung. Die volkswirtschaftlichen Kosten haben sich im gleichen Zeitraum fast verdreifacht: von 12,4 auf 33,9 Milliarden Euro. Demnach melden sich Männer öfter wegen psychischer Probleme krank als Frauen und ältere häufiger als jüngere Arbeitnehmer. Männer zwi-

schen 60 und 65 Jahren hatten 2017 die meisten Ausfalltage, die wenigsten wurden bei Frauen zwischen 15 und 20 Jahren registriert. Die am häufigsten betroffene Berufsgruppe ist das sogenannte Dialogmarketing, also die Arbeit in Callcentern. Die Renteneintritte wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen stiegen im Zehnjahreszeitraum von rund 53 900 auf 71 300 Fälle. Das entsprach 43% aller Frühverrentungen.

Arbeit macht nicht per se unzufrieden

Die moderne Arbeitswelt scheint eine verkehrte Welt zu sein: Der betriebliche Arbeitnehmerschutz ließ beispielsweise das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, auf einen historischen Tiefstand sinken. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug in den fünfziger Jahren noch 48 Stunden und ist seither stetig reduziert worden. Dennoch scheint die mentale Gesundheit der Beschäftigten heute stärker gefährdet denn je. Inmitten ergonomischer Büroausstattung, umsorgt von Betriebsräten und Arbeitsmedizinern, entwickelt der Angestellte der Gegenwart Burnout oder Angststörungen. Wie ist das möglich? Die Antworten der Experten sind so facettenreich wie die arbeitsteilige Gesellschaft und ihre Jobprofile selbst.

Fest steht: Arbeit an sich macht weder psychisch krank noch unzufrieden. Stress, am häufigsten genannt im Zusammenhang mit Burnout, ist als Krankheitsauslöser in der Fachwelt umstritten. Denn es gibt nachweislich auch anregende Formen von Belastung: Stresshormone wie Adrenalin können die Gesundheit fördern. Allerdings nur, wenn sie schnell wieder abgebaut werden. Dauerstress und chronische Anspannung schaden der Gesundheit. Werden Stresshormone nicht abgebaut, schwächen sie das Immunsystem, machen anfälliger für Infekte, lassen Blutdruck und Herzinfarkttrisiko ansteigen.

Dauerstress schadet der Gesundheit



Entscheidend bei der Bewertung von Stress (guter Stress vs. schlechter Stress) ist die Frage, ob eine Herausforderung zeitnah bewältigt werden kann. Der Soziologe und Zeitforscher Prof. Hartmut Rosa von der Universität Jena sieht hier einen Hauptgrund für Burnout: »Die heutigen Zielhorizonte scheinen nicht erreichbar zu sein, Optimierung kennt keine Ziellinie. Man kann Quartalszahlen in Unternehmen, Quoten in den Medien, Publikationslisten in den Wissenschaften und auch den Body-Mass-Index immer weiter verbessern. Völlig gleichgültig, wie effizient, innovativ, groß wir heute sind – morgen müssen wir noch eine Schippe drauflegen, wenn wir unseren Platz halten wollen«, sagte Rosa der Zeitschrift *Geo Wissen*.

Burnout und Boreout

Ähnlich wirkt sich die Entgrenzung der Arbeit aus. Arbeitszeit ist oft nicht mehr klar getrennt von Freizeit und Urlaub. Die Schlagwörter lauten ständige Erreichbarkeit und digitaler Stress. Viele Arbeitnehmer überschreiten regelmäßig ihre regulären Arbeitszeiten, nehmen Arbeit mit nach Hause. Nicht nur die ständige Erreichbarkeit trägt dazu bei, dass es häufig an gesunder Distanz zum Job fehlt. »In der Dienstleistungsgesellschaft gibt es immer mehr Bereiche, in denen Menschen am Menschen arbeiten«, sagte die Soziologin Stefanie Graefe von der Universität

Immer noch eine Schippe drauflegen

Jena dem Rundfunksender Deutschlandfunk Kultur. Ein Paradebeispiel sei das Dialogmarketing. »Man muss mit

Emotionen von Menschen umgehen. Man soll sie hervorruhen. Man soll sie in einer bestimmten Art und Weise lenken. Das ist für uns als Menschen sehr belastend.« Fachleute sprechen von Emotionsarbeit. Diese ist häufig auch noch unter ungünstigen Rahmenbedingungen zu leisten. So entsteht eine fatale Mischung aus hohen psychologischen Anforderungen, gepaart mit geringem Spielraum für eigene Entscheidungen, geringer Bezahlung und prekärer Beschäftigung.

Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Gesundheitsberufe gehören ebenso zu den Risikogruppen. Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erlebt fast zwei Drittel der deutschen Klinikärzte negativen Stress im Übermaß, ein Viertel hege den Wunsch, aus der klinischen Tätigkeit auszusteigen. Auch und insbesondere Pflegekräfte leiden oftmals unter erschwerten Arbeitsbedingungen mit Schichtdiensten, starken körperlichen und psychischen Belastungen verbunden mit einer vergleichsweise niedrigen Bezahlung, wenig Wertschätzung, aber hohem Stress. Chronischer Stress und fehlende Erholungsphasen können die Entwicklung von psychischen Erkrankungen begünstigen und die oft hohen Krankenstände begründen.

Aber auch Unterforderung kann psychisch belastend sein. Tatsächlich ist der sogenannte *Bore-out* (von engl. boredom, Langeweile) mehr verbreitet als vermutet. Betroffene Arbeitnehmer haben zu wenige Aufgaben, häufig infolge von Rationalisierung, oder sind für ihre Aufgaben eklatant überqualifiziert. Sie zeigen ähnliche Symptome wie die chronisch Überforderten, zum Beispiel Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und organische Leiden wie chronische Rückenschmerzen.

Prävention muss bei der Organisation anfangen

Aus Furcht vor Stigmatisierung warten viele Betroffene zu lange, bevor sie professionelle Hilfe suchen. Die Sorge ist nicht unbegründet, meinen Fachleute. »Es passiert sehr häufig, dass Menschen, die einmal eine psychische Erkrankung hatten, für immer stigmatisiert sind. Chefs denken: ›Oje, die oder den befördere ich lieber erst mal nicht!‹ Kollegen denken: ›Puh, der oder die ist aber wirklich nicht belastbar!‹«, sagte der Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uni München, Prof. Peter Falkai, dem Magazin *Spiegel Online*. Den Gang zum Arzt zögern viele oft hinaus bis zum buchstäblichen Zusammenbruch. Die Folge sind lange berufliche Ausfallzeiten, stationäre Behandlung und Rehabilitation. Hohe Krankenstände senken die Produktivität und verursachen Kosten, daher haben Arbeitgeber großes Interesse daran, seelischen Leiden vorzubeugen.

Doch wie kann das gelingen? Einzelne Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wie rückschonende Arbeitsplätze, gesunde Ernährung in der Kantine und mehr Bewegung in der Pause geben wichtige Impulse, reichen zur Prävention psychischer Erkrankungen jedoch nicht aus. Vielmehr ist ein umfassendes Konzept, das Führungsstil und Betriebsklima, Work-Life-Balance und familienfreundliche Strukturen und Abläufe einschließt, gefordert. Doch das ist anspruchsvoll und schwer zu implementieren. »Eine wirksame Burnout-Prävention sollte nicht in erster Linie beim einzelnen Mitarbeiter ansetzen, sondern die gesamte Organisation ins Auge fassen«, sagte Beraterin Cornelia Rittler in einem Gastbeitrag für das *Handelsblatt*. Als Beispiel nennt sie strukturelle Rollenkonflikte, die entstehen, wenn parallel bestehende Anweisungen oder Anforderungen nicht kompatibel sind, dies jedoch nicht offen angesprochen werden kann. Das Fazit der Expertin: Betriebliche Burnout-Prävention muss auf einer hohen organisatorischen Ebene ansetzen.

Umfassendes Konzept statt einzelner Maßnahmen

WHO erkennt Burnout als Krankheit an

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Mai beschlossen, Burnout in die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) aufzunehmen. Sie dient Ärztinnen und Ärzten weltweit als Referenz. Burnout soll als Syndrom aufgeführt werden, das infolge von »chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich verarbeitet wird« entsteht. Die neue Klassifikationsliste (ICD-11) soll im Januar 2022 in Kraft treten.



Dr. Andrea Exler ist Medizinjournalistin in Frankfurt / Main.
Andrea.Exler@web.de

Früher tat nur der Rücken weh, heute ist es auch die Psyche

In welchen Fällen psychischer Erkrankungen begutachtet der MDK? Joost Kókai steht Rede und Antwort. Als Gutachter des MDK Nord hat der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nicht nur einen Blick auf die psychische Erkrankung der Versicherten. Er kann auch vergleichen, was sich über die Jahre in der Versorgung verändert hat.

forum Dr. Kókai, werden wirklich mehr Menschen bei der Arbeit psychisch krank, wie es die Zunahme der Zahlen vermuten lassen?

Joost Kókai Es ist ja schon auffällig, dass zunehmend mehr Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Erkrankungen begründet werden. Und es wird ja immer wieder diskutiert, ob es wirklich eine Zunahme psychischer Erkrankungen gibt oder eher eine Abnahme der Hemmschwelle gegenüber psychischen Erkrankungen. Nach den vorliegenden Studien gibt es – außer bei den Altersdemenzen – keinen tatsächlichen Zuwachs an psychischen Erkrankungen. Aber ich glaube, dass auch in der Bevölkerung ein Bewusstsein dafür gewachsen ist, dass psychische Erkrankungen eine Rolle spielen, gerade in Fragen der Arbeitsunfähigkeit. Es werden daher jetzt wohl mehr psychische Erkrankungen diagnostiziert, wo früher zum Beispiel Rückenschmerzen die Arbeitsunfähigkeit begründeten.

forum Wann werden Sie als MDK-Gutachter hinzugezogen?

Kókai Immer wenn eine psychische Erkrankung als Auslöser für die Arbeitsunfähigkeit eine entscheidende Rolle spielt, kann eine sogenannte Richtlinien-Psychotherapie erforderlich sein. Soll diese durch Therapeuten ohne Kassenzulassung erfolgen, wird der MDK mit der Begutachtung beauftragt.

Wir prüfen dann, ob wirklich eine psychische Erkrankung vorliegt und keine Befindlichkeitsstörung ohne Krankheitswert. Und es geht immer auch um die Abgrenzung gegenüber, ich sage mal, psychologischer Beratung. Also: Geht es um allgemeine Lebensproble-

me, Partnerschaftsprobleme, Familienkonflikte, die im Rahmen einer psychologischen Beratungsstelle beraten und begleitet werden können? Oder geht es wirklich um die psychotherapeutische Behandlung einer psychischen Erkrankung, für die eine therapeutische Behandlung indiziert ist und nicht eine Beratung ausreichend ist? Das ist die eigentlich abzugrenzende Eingangsfrage bei der Beantragung von Psychotherapie.

forum Und wie werden Verordnungen von Therapeuten mit Kassenzulassung begutachtet?

Kókai Von uns gar nicht. Sie werden von Vertragsgutachtern der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) begutachtet, nicht von uns. Das Begutachtungsverfahren bei Psychotherapie ist eine Besonderheit, die es so bei somatischen Fällen nicht gibt.

forum In welchen Bereichen genau begutachten Sie?

Kókai Wir haben ja zwei große Bereiche, die man unterscheiden muss. Da ist der Bereich der Krankenhaus-Begutachtung und der Bereich der ambulanten Versorgung. Bei der Begutachtung von Krankenhausfällen haben wir ausschließlich mit den Kliniken zu tun und nicht mit den einzelnen Patienten. Dabei geht es um die nachträgliche Abrechnungsprüfung. Dagegen erstellen wir im Bereich der ambulanten Versorgung Gutachten, die ganz direkte Auswirkung auf den Versicherten haben, indem eine Leistung befürwortet wird oder nicht. Der Bereich der außervertraglichen Psychotherapie, der auch *Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren* genannt wird, macht

mit Abstand den größten Teil unserer ambulanten Begutachtungen aus.

forum Warum macht gerade das so viel aus?

Kókai Es lässt sich folgendermaßen erklären: Ein Versicherter braucht Psychotherapie. Seine Krankenkasse gibt ihm eine Liste mit kassenzugelassenen Psychotherapeuten. Dann fängt er an zu telefonieren und stellt dann fest: Meine Güte, die haben alle Wartezeiten von sechs Monaten oder länger oder vielleicht auch mal kürzer. Es ist unglaublich schwierig, überhaupt einen Therapieplatz zu bekommen. Und dann wird er vielleicht erfahren, im Internet, von Bekannten oder von der Krankenkasse, dass er eine Psychotherapie auch bei einem approbierten Therapeuten ohne Kassenzulassung beantragen kann. Das bedeutet, dass der Therapeut zwar ausreichend qualifiziert ist. Aber er ist kein Vertragstherapeut der KV und arbeitet daher im sogenannten Kostenerstattungsverfahren. Heißt, der Versicherte kann dann bei seiner Krankenkasse einen Antrag stellen, muss aber nachweisen, welche Psychotherapeuten, sprich Vertragstherapeuten, er kontaktiert hat, die ihm keinen Platz anbieten konnten. Möchte der Versicherte eine Psychotherapie bei einem nicht zugelassenen Psychotherapeuten erstattet bekommen, legt die Kasse dem MDK diesen Fall zur Begutachtung vor mit der Frage, ob es eine Indikation gibt und ob die medizinischen Voraussetzungen für die außervertragliche Bewilligung vorliegen.

forum Hat die außervertragliche Psychotherapie zugenommen? Und gibt es immer

weniger kassenzugelassene Psychotherapeuten?

Kókai Nein, die Zahl der kassenzugelassenen Therapeuten ist gleich. Aber der Bedarf an Psychotherapie ist größer.

forum Wie erklärt sich das?

Kókai Die Krankenkassen sagen, es wird mehr nachgefragt. Aber ist das ein Ergebnis von Enttabuisierung oder findet wirklich eine echte Zunahme psychischer Erkrankungen statt? Ich könnte mir vorstellen, dass beide Ansätze in Teilen zutreffen. Und es gab 2017 eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Die Krankenkassen hatten die Hoffnung, dass sich dadurch das Ausmaß der außervertraglichen Psychotherapie besser begrenzen lässt. Für mich hat sich das nicht wirklich bestätigt, weil die Nachfrage nach wie vor ungebremst ist. Es wurde zwar eine psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, in der Patienten schnell die Möglichkeit bekommen, bis zu drei Sitzungen beim Psychotherapeuten zu bekommen. Beim Erstgespräch und der Erstdiagnostik gibt es damit einen leichteren Zugang, aber nach dieser Sprechstunde einen Therapieplatz zu finden, ist nicht leichter geworden. Es gibt ja nicht mehr Therapieplätze. Das könnte man zum Beispiel dadurch errei-

chen, dass man statt Einzelpsychotherapie Gruppenpsychotherapie schrittweise ausbaut, soweit der Zustand des Patienten das zulässt.

forum Wie ist Ihr Verhältnis zu den Therapeutinnen und Therapeuten?

Kókai Im Großen und Ganzen läuft das ziemlich glatt. Wir haben uns mittlerweile bei den meisten außervertraglichen Psychotherapeuten gut etabliert; die wissen, welche Unterlagen wir brauchen, und es besteht Akzeptanz für die Schritte der Bewilligung, die die Psychotherapie-Richtlinie vorgibt.

Wenn man viel klinische Erfahrung hat, kann man sich auf Augenhöhe begegnen und auch Respekt zeigen für das, was der jeweils andere tut. Also ich würde erstmal unterstellen, dass jeder Behandler nach bestem Wissen und Gewissen vorgeht, dass man dann aber an manchen Stellen unterschiedliche Einschätzungen vornimmt.

forum Und wenn man sich nicht einigen kann?

Kókai Der Versicherte hat immer das Recht, gegen eine leistungsrechtliche Entscheidung der Kasse Widerspruch einzulegen. Ich erlebe selten, dass Versicherte wirklich vor das Sozialgericht ziehen, das machen eher Kliniken. Es gibt ja aber auch die Möglichkeit,

dass Krankenkassen eine Entscheidung fällen, die von unserer gutachterlichen Empfehlung abweicht. In beide Richtungen habe ich das schon erlebt. Krankenkassen bewilligen Therapien, auch wenn sie der Gutachter nicht befürwortet hat, oder umgekehrt. Das macht auch nochmal deutlich, dass die Entscheidungshoheit immer bei der Kasse liegt.

forum Was hat sich in den Jahren, die Sie schon beim MDK Nord sind, verändert? Wo sehen Sie mehr Begutachtungsbedarf?

Kókai Allein schon bedingt durch die Alterspyramide sehe ich eine Zunahme an Patienten mit hirnorganischen Syndromen, oft mit demenziellen Erkrankungen, die dann auch gerontopsychiatrisch behandelt werden. Das finde ich auffällig. Und das sind auch oft sehr komplexe Fälle, bei denen sich häufig psychische und körperliche Erkrankungen miteinander verzahnen.

forum Herr Kókai, ich danke Ihnen für das Gespräch.

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



MDK-Reformgesetz auf dem Weg

Anfang Mai hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf für ein *Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz* vorgelegt. Dieses sieht grundlegende organisatorische Veränderungen für die Medizinischen Dienste vor. Zudem soll die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus neu geregelt werden.

IM KOALITIONSVERTRAG VON CDU/CSU UND SPD ist die Stärkung der Unabhängigkeit der MDK und eine Reduzierung der Abrechnungsprüfungen vereinbart worden. Nach dem nun veröffentlichten Referentenentwurf des BMG sollen die MDK einheitlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts und nicht mehr als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen organisiert sein. Auch der MDS soll Körperschaft öffentlichen Rechts werden. MDK und MDS sind in MD (Medizinische Dienste) umzubenennen. Die föderale Struktur bleibt.

Neue Besetzung der Verwaltungsräte

Nach den Plänen des BMG soll sich die Besetzung der Verwaltungsräte auf Bundes- und Landesebene grundlegend ändern: Anstatt der bisher 16 Vertreter aus der sozialen Selbstverwaltung sollen sechs Selbstverwaltervertreter der Krankenkassen, sechs Vertreter von Patienten- und Betroffenenorganisationen und vier Vertreter der Verbände der Pflegeberufe und Ärztekammern den Verwaltungsrat bilden. Die Benennung soll durch die Aufsichtsbehörden erfolgen. Hauptamtlich Beschäftigte von Krankenkassen oder deren Verbände sollen nicht mehr vertreten sein.

Neuer Name für MDK und MDS

Der MDS soll künftig MD Bund heißen und in Zukunft von den Medizinischen Diensten und nicht mehr vom GKV-Spitzenverband getragen werden. Nach dem Vorschlag des BMG soll der MDS zukünftig die Richtlinien für die Tätigkeit der MD erlassen. Das MDK-Reformgesetz sieht vor, die gutachterliche Freiheit auch auf nichtärztliche Gutachterinnen und Gutachter – also auf Pflegefachkräfte, Kodierkräfte und andere Gesundheitsberufe – auszudehnen. Auch die einheitliche Aufgabenwahrnehmung soll durch erweiterte Regelungen zur Transparenz und zum Ausbau der Qualitätssicherung gestärkt werden.

Ein weiteres Augenmerk legt der Referentenentwurf auf die Reform der seit Jahren rasant zunehmenden Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus. In Zukunft sollen grundsätzlich nur noch zehn Prozent der Abrechnungen durch die Medizinischen Dienste geprüft werden. Die Prüfquote soll dabei selektiv ausgestaltet werden: Kliniken, die durch viele nicht korrekte Abrechnungen auffallen, sollen öfter unter die Lupe genommen werden als diejenigen, die ordentlich abrechnen.

Abrechnungs- und Strukturprüfungen im Krankenhaus

Krankenhäuser, die viele Rechnerkorrekturen aufweisen, haben künftig auch Strafzahlungen an die Krankenkassen zu leisten. Mit den Neuregelungen sollen Anreize für das korrekte Abrechnen geschaffen und die Anzahl der Abrechnungsprüfungen insgesamt reduziert werden. Des Weiteren sind auch regelmäßige Strukturprüfungen vorgesehen, bei denen die Kliniken nachzuweisen haben, dass sie die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllen.

Die Reform soll in einem Zeitraum von eineinhalb Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes umgesetzt werden. Zum Redaktionsschluss stand der Zeitplan für den weiteren Gesetzgebungsweg noch nicht fest.

Strafzahlungen an die Krankenkassen



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

Interview mit Erik Scherb, Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg und Vorsitzender des Geschäftsführer-Grundsatzausschusses, und Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS.

forum Herr Dr. Pick, nach den Plänen des BMG soll eine grundlegende organisatorische Umgestaltung der Medizinischen Dienste erfolgen – wie schätzen Sie diese ein?

Peter Pick Der Referentenentwurf sieht eine tiefgreifende Veränderung der Zusammensetzung der Verwaltungsräte und eine vollständige Abkoppelung des MDS vom GKV-Spitzenverband vor. In den zukünftigen Verwaltungsräten wären nur noch 6 von 16 Vertretern Versicherten- und Arbeitgebervertreter aus der sozialen Selbstverwaltung. Dies würde eine Entmachtung der sozialen Selbstverwaltung bedeuten, die Gesundheitsminister Spahn auch beim Gemeinsamen Bundesausschuss und beim GKV-Spitzenverband beabsichtigt. Stattdessen läge die Mehrheit bei den Vertretern der Patienten und der Berufsverbände. Auch wenn man einer stärkeren Beteiligung von Patienten- und Berufsvertretern in den Medizinischen Diensten, z. B. in den Beiräten, offen gegenübersteht, so werden hierdurch die Gewichte vollkommen falsch verschoben. Wir wünschen uns deshalb vom Gesetzgeber, dass die geplante Entmachtung der Selbstverwaltung zurückgenommen wird. Denn dadurch werden auch die Elemente im Referentenentwurf, die durchaus positiv für die Medizinischen Dienste sind, überschattet.

forum Herr Scherb, gibt es Dinge, die Sie positiv bewerten?

Erik Scherb Positiv ist, dass die föderale Struktur der Medizinischen Dienste erhalten wird und alle Medizinischen Dienste einheitlich in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Auch dass die fachliche Unabhängigkeit auf die nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachter wie zum Beispiel Pflegefachkräfte oder Kodierkräfte ausgeweitet und damit klargestellt werden

soll, ist begrüßenswert. Beides stärkt die Medizinischen Dienste und betont die fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Im Referentenentwurf ist auch vorgesehen, die Transparenz über unsere Leistungen zu steigern. Wir berichten bereits mit dem MDS über viele unserer Leistungen – zum Beispiel bei der Pflegebegutachtung, bei der Pflegequalität und der Behandlungsfehlerbegutachtung. Transparenz stärkt das Vertrauen in unsere Arbeit.

forum Was bedeutet die MDK-Reform für die rund 9000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bundesweit?

Pick Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist von zentraler Bedeutung, dass die Aufgaben der Medizinischen Dienste nicht verändert werden. Es bleibt bei den Begutachtungs- und Prüfaufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Veränderungen gibt es in der Organisationsstruktur und in der Aufgabenwahrnehmung. Die geplanten Änderungen in der Organisation bewerten wir in Kernelementen kritisch. Bei der Aufgabenwahrnehmung werden die Gutachterinnen und Gutachter in ihrer fachlichen Unabhängigkeit sowohl gegenüber den Krankenkassen als auch gegenüber den Leistungserbringern gestärkt. Darüber hinaus soll die bundeseinheitliche Aufgabenerledigung ausgebaut werden, was dem Selbstverständnis der Medizinischen Dienste entspricht.

forum Was halten Sie von den geplanten Maßnahmen für eine stärkere bundeseinheitliche Aufgabenwahrnehmung?

Scherb Die beabsichtigte Ausweitung der systematischen Qualitätssicherung auf das Begutachtungsfeld der gesetzlichen Krankenversicherung befürworten wir. Unter Federführung der Leitenden Ärztinnen und Ärzte ist ein Konzept für ein einheitliches und MDK-übergreifendes Qualitätssicherungssystem erarbeitet worden. Dieses wird die Begutachtungspraxis der MDK weiterentwickeln

und vereinheitlichen. Die Vorarbeiten können in die zu erarbeitende Richtlinie für eine einheitliche Qualitätssicherung gut eingebracht werden.

forum Wie schätzen Sie die Pläne für die Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus ein?

Pick Mit den vorgeschlagenen Änderungen soll der Anteil korrekter Abrechnungen erhöht und die Zahl der Prüfungen reduziert werden. Es ist richtig, einen selektiven Prüfansatz zu verfolgen. Krankenhäuser, die einen hohen Anteil nicht korrekter Abrechnungen aufweisen, sind öfter zu prüfen als Kliniken mit wenigen Falschabrechnungen. Es ist auch richtig, Kliniken zu sanktionieren, die sehr viele nicht korrekte Abrechnungen aufweisen. Dieser richtige Ansatz muss jedoch seine Wirksamkeit in der Praxis zeigen: Am Ende muss der Anteil der korrekten Abrechnungen steigen.

Scherb Wir finden es auch richtig, die Krankenhäuser regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob sie die Strukturelemente für eine Leistungserbringung – also ob sie das dafür notwendige Personal und die Ausstattung vorhalten – erfüllen. Das Prüfergebnis sollte dann insgesamt für das Krankenhaus und alle Krankenkassen verbindlich sein, anstatt wie bisher Einzelfälle zu prüfen. Bei den Abrechnungsprüfungen findet seit längerem ein wechselseitiger Aufrüstungswettbewerb statt. Die Krankenhäuser versuchen, ihre Abrechnungen mit Blick auf einen maximalen Erlös zu gestalten. Und die Krankenkassen reagieren darauf mit immer mehr Prüfungen. Diesen Wettbewerb zu durchbrechen, würde den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten und letztendlich auch der Solidargemeinschaft der Krankenkassen nützen. Gelingen wird dies nur, wenn die Abrechnungsqualität steigt, und nicht, indem Prüfrechte eingeschränkt werden.



Gut organisiert, kompetent und freundlich

Wie zufrieden sind die Versicherten mit der Pflegebegutachtung des MDK? Diese Frage steht im Mittelpunkt der Versichertenbefragung, die die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) seit 2014 jedes Jahr durchführen. Aktuell hat der MDK die Ergebnisse für das Jahr 2018 veröffentlicht und die Entwicklung der Zufriedenheit der Versicherten seit 2014 analysiert.

DAS ERGEBNIS: Die Versicherten sind mit der persönlichen Pflegebegutachtung durch die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter als auch mit der Vorbereitung der Begutachtung zufrieden. So waren im Jahr 2018 bundesweit etwa 88% der Versicherten mit der Pflegebegutachtung des MDK insgesamt zufrieden, 8% waren teilweise zufrieden und nur 4% waren unzufrieden. Das sind die höchsten Werte seit Einführung der Versichertenbefragung im Jahr 2014.

Gesetzlich geregelt

Die Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung durch den MDK ist gesetzlich vorgeschrieben und im Elften Sozialgesetzbuch verankert. Details regeln die Richtlinien über die Dienstleistungsorientierung des MDK. Demnach werden mindestens 2,5% der Versicherten befragt, bei denen eine Pflegebegutachtung stattgefunden hat. Die Befragten werden zufällig ausgewählt (Zufallsstichprobe) und anhand eines bundesweit einheitlichen Fragebogens schriftlich befragt. Die Versichertenbefragung wird jährlich von dem unabhängigen Marktforschungs-Unternehmen M+M Management + MarketingConsulting GmbH mit Sitz in Kassel ausgewertet.

Um herauszufinden, wie sich die Zufriedenheit der Versicherten seit 2014 verändert hat, wurden insgesamt 91089 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet. Ebenfalls in die Bewertung eingeflossen sind Feedback, Lob und Kritik, die die MDK von etwa einem Viertel der Versicherten direkt über die ausgefüllten Fragebögen bekommen und auswerten. In den meisten Fällen wurden die Fragen von Angehörigen oder privaten Pflegepersonen beantwortet (60%), gefolgt von pflegebedürftigen Personen (36%) sowie gesetzlichen Betreuern (4,5%).

Gute Noten für die Begutachtung

Im Ergebnis viel Bestätigung

Die Auswertung zeigt, dass sich die Bewertung der MDK-Pflegebegutachtung zwischen 2014 und 2018 in 15 von 16 Bereichen verbessert hat. Bemerkenswert ist auch, dass in acht der 16 Bereiche der Anteil der *Zufriedenen* im Jahr 2018 mit über 90% sehr hoch ist.

Besonders gut bewertet werden Kriterien wie Pünktlichkeit, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ansprechpartner sowie die Vorstellung der Gutachterin oder des Gutachters. Hier liegt der Anteil der *Zufriedenen* in allen Aspekten zwischen 91 und knapp 96%. Aus Sicht der Befragten sind Prozesse und Strukturen zur Vorbereitung der Pflegebegutachtungen also gut organisiert. Auf diesem hohen Niveau gab es geringe Verbesserungen im Verlauf der fünf Jahre. Davon ausgenommen ist die (telefonische) Erreichbarkeit des MDK bei Rückfragen. Mit etwa 82% Zufriedenheit schneidet diese 2018 etwas weniger gut ab.

Wie beurteilen die Versicherten den Ablauf der Pflegebegutachtung, die fachlichen und persönlichen Qualitäten der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter? Fragen, die bei der Begutachtung offenbar besonders wichtig sind (jeweils 90% und mehr sagen das). Die Versicherten haben Vertrauen in die Gutachterinnen und Gutachter des MDK. 90,6% der Befragten empfanden 2018 die Person als vertrauenswürdig. Das zeigt, dass die Gutachter einen freundlichen Umgang pflegen und dabei vertrauensvoll auftreten.

Übertroffen wird der Eindruck des Vertrauens noch von der Einschätzung der Professionalität. 91% der Befragten sind zufrieden mit der fachlichen Kompetenz der Gutachter. Bei individuellen Rückmeldungen äußern sie hierzu nur vereinzelt Beschwerden oder sehen Verbesserungsbedarf. Die meisten Rückmeldungen zeigen ein positives Bild, das vor allem die Kompetenz des MDK hervorhebt.

Optimierungspotenziale erkennen und umsetzen



Mehr Zeit und mehr Beratung?

Jedoch gibt es bei einzelnen Themen Optimierungspotenzial, so zum Beispiel bei Kriterien wie *Eingehen auf die individuelle Pflegesituation* (83,0% sind zufrieden), *Bessere Beratung und nützliche Hinweise* (78,4% sind zufrieden) und bei der *Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses*. 83% fanden das von der Pflegekasse mitgeteilte Ergebnis der Pflegekasse nachvollziehbar. Doch sahen gleichzeitig 12,5% noch Erklärungsbedarf. Im Jahr 2014 waren es noch 16%. An dieser Stelle zeigt sich ein klar positiver Effekt des neuen Begutachtungsverfahrens. Das alte Begutachtungsverfahren bis 2016 hat die Beeinträchtigungen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht angemessen berücksichtigt. Das konnten die Betroffenen oft nicht nachvollziehen. Diese und weitere systembedingte Mängel der Pflegeversicherung bis Ende 2016 konnten die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter auch mit einem professionellen Auftreten nicht oder nur teilweise kompensieren. Dass 2018 weiterhin mit 12,5% ein Teil der Befragten das Ergebnis der Pflegekasse nicht nachvollziehen kann, liegt möglicherweise am komplizierten Berechnungsmodus für den Pflegegrad.

Viele Versicherte wünschen sich auch, dass der MDK umfassend zu Leistungen der Pflegekasse berät und über Angebote in der Region informiert. Dabei ist vielen nicht bewusst, dass die Beratung nicht zu den Kernaufgaben der MDK-Pflegebegutachtung gehört, sondern vielmehr Aufgabe der Pflegekassen und Kommunen ist. Doch sind die MDK-Gutachter häufig die ersten Pflegeexperten, die der Versicherte trifft und mit seinen Fragen zur Pflege konfrontiert. Dass in solchen Situationen Beratungsbedarf besteht, ist völlig nachvollziehbar, auch wenn der MDK diesen nicht immer vollständig erfüllen kann. Auch können die Gutachterinnen und Gutachter nicht immer so intensiv auf die individuelle Pflegesituation eingehen, wie es sich die Versicherten wünschen. Um Terminpläne und Fristen einhalten zu können, müssen die Gutachter sorgsam mit der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit umgehen.

Konsequent besser werden

Gerade in den Bereichen, in denen die Medizinischen Dienste Optimierungspotenzial erkannt haben, erzielten sie zwischen 2014 und 2018 überdurchschnittliche Verbesserungen – eine Entwicklung, die darauf zurückzuführen ist,

dass die MDK konsequent Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt haben. Erreicht wurde dies zum Beispiel durch Schulungen, Verbesserungen im Ablauf der Pflegebegutachtung oder die Bereitstellung von Informationen zur Pflegeberatung.

Wirkung gezeigt hat aber auch die umfassende Pflegereform des Jahres 2017, die neben einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch eine neue Einstufung mit sich brachte. So wurden die drei Pflegestufen von fünf Pflegegraden abgelöst. Auch werden Beeinträchtigungen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nunmehr stärker berücksichtigt. Mit dem neuen Pflegebegutachtungsverfahren können die Gutachterinnen und Gutachter ihre fachliche Kompetenz deutlich besser einbringen, weil es nicht mehr nur um das Zählen von Minuten bei bestimmten Verrichtungen geht, sondern ein umfassender Blick auf die Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen gefordert ist.

Pflegereform wirkt nach

Positive Effekte durch Reform

Die jetzige Pflegebegutachtung ermöglicht den Gutachtern, intensiver und für Laien nachvollziehbarer auf die Pflegesituation einzugehen. Und das kommt offenbar an: Denn die kritischen Kommentare zur Frage »Wie zufrieden sind Sie mit dem Eingehen auf die individuelle Pflegesituation durch den MDK?« sind zwischen 2014 und 2018 deutlich zurückgegangen. Auch bei der Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses der Pflegebegutachtung zeigen sich positive Effekte.

Fazit: Die Umstellung auf das neue System hat die Einschätzung der Versicherten zu den MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern und zum Ablauf der Pflegebegutachtung positiv verändert. Die Fünfjahresanalyse bestätigt, dass Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit des MDK zugenommen haben und die Belastungen für die Versicherten und deren Angehörige verringert werden konnten.



Markus Kühbauch ist Fachberater im Bereich Koordination und Kommunikation beim MDS.
m.kuehbauch@mds-ev.de

Fehler erfassen, um Schäden zu vermeiden

14 133 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern haben die Medizinischen Dienste 2018 bundesweit erstellt. In jedem vierten Fall wurde ein Fehler bestätigt, in jedem fünften Fall stellte der MDK fest, dass der Fehler den Schaden auch verursacht hat.

ZUM ACHTEN MAL haben der MDK Bayern und der MDS aktuelle Ergebnisse der Behandlungsfehler-Begutachtung präsentiert und damit die umfangreichste jährliche Statistik über Behandlungsfehler in Deutschland vorgelegt.

Die Anzahl der Gutachten ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen. In knapp jedem vierten Fall (3497) bestätigten die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter den Verdacht der Versicherten. In jedem fünften Fall (2799) stellte der MDK fest, dass der Fehler den erlittenen Schaden auch verursacht hat. Hier sahen es die Gutachterinnen und Gutachter als erwiesen an, dass eine Behandlung fehlerhaft vom etablierten fachlichen Standard abgewichen ist und Patienten deshalb zu Schaden kamen.

Liegt das Gutachten vor, können die Versicherten mit der Krankenkasse beraten, was zu tun ist. Eventuell können Schadenersatz und Schmerzensgeld eingefordert werden und die Krankenkasse hat zusätzlich einen Regressanspruch.

Daten sind nicht repräsentativ

Die Vorwürfe beziehen sich auf hunderte unterschiedliche Diagnosen und Maßnahmen aus allen Bereichen von Medizin und Pflege. Schwerpunkte liegen bei Operationen, zumeist in Krankenhäusern. Das bedeutet aber nicht, dass hier die Gefährdung besonders groß wäre. Vielmehr entstehen Behandlungsfehlervorwürfe zum einen häufiger dort, wo auch viel behandelt und operiert wird. Zum anderen sind Fehler für Betroffene bei Operationen meist leichter zu erkennen oder zu vermuten als zum Beispiel Medikationsfehler auf Intensivstationen.

Aus der Wissenschaft wissen wir, dass nur jeder dreißigste Schadenfall überhaupt vorgeworfen und gutachterlich untersucht wird. Weil außerdem weder Leistungserbringer noch Haftpflichtversicherungen oder Gerichte systematisch über ihre Fälle berichten, liegen insgesamt in Deutschland keine repräsentativen Daten zu begutachteten oder entschädigten Fällen vor – und für das tatsächliche Fehleregeschehen ohnehin nicht.

Never Events konsequent erfassen

Jeder 20. fehlerbedingte Schaden (141 Fälle) ist einer, der sicher hätte verhindert werden können. Hier wurden etablierte Sicherheitsmaßnahmen nicht umgesetzt. Dies geht zumeist nicht auf das Versagen eines Einzelnen zurück, sondern auf Schwächen in der Sicherheitskultur einer Einrichtung, beispielsweise weil Checklisten oder Zählkontrollen nicht konsequent umgesetzt wurden. So kann es zu Verwechslungen des Patienten, der Seite, des Eingriffs oder eines Medikaments kommen – Ereignisse, die *Never Events* genannt werden und auf null reduziert werden könnten.

Die Medizinischen Dienste erfassen diese Schäden seit fünf Jahren. Aber typischerweise werden solche zumeist eindeutigen Fälle nicht über die Krankenkassen vorgeworfen, sondern vor Ort zügig entschädigt. Die Anzahl und Entwicklung der *Never Events* ist damit in Deutschland unbekannt. Und für die systematische Fehlerprävention fehlt eine wesentliche Grundlage, die es in vielen anderen Ländern gibt. Bei *Never Events* sollte deshalb im Sinne eines echten *Monitorings* genauer hingeschaut werden. Ein nächster wichtiger Schritt für die Patientensicherheit wäre daher die Erarbeitung einer nationalen *Never-Event-Liste* mit klar definierten Schadenereignissen, die unbedingt vermieden werden sollten.

Informationen zum Thema sowie die aktuelle Jahresstatistik sind unter www.mds-ev.de zum Download verfügbar.



PD Dr. Max Skorning ist Leiter des Stabsbereichs Qualität und Patientensicherheit beim MDS.
m.skorning@mds-ev.de

Jung und Alt unter einem Dach

Länder wie Frankreich, Japan oder Österreich praktizieren schon länger den Verbund von Kinder- und Senioreneinrichtungen. In Deutschland werden die junge und ältere Generation bislang nur vereinzelt auf diese Weise miteinander vereint.

EIN GEMEINSAMER INNENHOF, zusammen genutzte Gemeinschaftsräume – wo Kinder toben, werden gleich nebenan Senioren gepflegt. So können Jung und Alt unter einem Dach zusammenfinden. Zwei Generationen mit Parallelen, denn beide brauchen individuelle Betreuung und Unterstützung. Ein Miteinander ist naheliegend und kann zugleich bereichern. Im gemeinsamen Umgang erweitern die Kinder ihre sozialen Kompetenzen. Ihre Unbeschwertheit und Spontaneität beleben gleichzeitig den Alltag der Älteren, deren Lebenserfahrung wieder gefragt ist und die sich wertgeschätzt fühlen. Beide Generationen wenden sich emotional einander zu, fühlen sich angenommen und gebraucht.

Austausch schafft Solidarität

Neben einer veränderten Altersstruktur führt der gesellschaftliche Wandel zunehmend zu einer Distanz zwischen den Generationen. Die Großfamilie, die mehrere Generationen verbindet, ist mittlerweile selten geworden. Zwischen vielen Großeltern und Enkeln liegen oft viele Kilometer. Zusätzlich entfremden separate Einrichtungen die Lebenswelten von Jung und Alt noch weiter voneinander. Dabei sei das gegenseitige Verständnis enorm wichtig für den gesellschaftlichen Zusammenhalt, meinen zahlreiche Fachleute. Projekte, durch die beide Generationen wieder zueinanderfinden und im Dialog bleiben, können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Gute Absichten und ihre Probleme

Der Zusammenschluss von Kindergärten und Altenheimen scheint dennoch kein flächendeckendes Erfolgsmodell zu sein. »Beide Generationen miteinander zu verbinden, kuriert natürlich ein Symptom unserer Gesellschaft. Zunächst muss aber immer geschaut werden, um welche Einrichtungen es sich handelt«, erklärt die Diplom-Gerontologin Dr. Sonja Ehret, Dozentin am Institut für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. »Sowohl bei Kindern

als auch bei alten Menschen ist der Kontakt immer altersspezifisch zu betrachten und funktioniert eben nicht immer so wie gewünscht.« Während Kleinkinder beispielsweise eine eher kurze Aufmerksamkeitsspanne hätten, sei das Alter ab fünf Jahren günstiger. Fünfjährige würden ein enormes Lernpotenzial aufweisen. »Hier können Kinder viel von den Fähigkeiten und dem Wissen der Älteren profitieren. Auch Krankheiten und Gebrechen des Alters können sie dann schon besser verstehen.«

Kognitive Störungen als größte Hürde

Jeanette Isenthal, Leiterin des Altenpflegeheims Uchtsprünge der Salus Altmark Holding GmbH, weiß, dass insbesondere eingeschränkte kognitive Fähigkeiten einem Generationenaustausch im Wege stehen. Ihre Einrichtung versorgt pflegebedürftige Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen, demenziellen oder anderen altersspezifischen psychischen Störungen. Dennoch kooperieren sie mit der fußläufig entfernten Kindertagesstätte. »Natürlich müssen wir schauen, mit welchen Senioren das machbar ist. Die Treffen sind aber absolut positiv zu sehen, auch wenn sie Personal binden.«

Kontextbezogenes Miteinander bevorzugt

Isenthal und Ehret plädieren für ein kontextbezogenes Miteinander von Jung und Alt, das die jeweiligen Bedürfnisse berücksichtigt und niemanden instrumentalisiert. »Dieses punktuelle Zusammentreffen ist viel besser. Lieber einen Rahmen wie gemeinsames Singen, Spielen, Gärtnern oder Handarbeiten nutzen. Am besten noch in einem anderen öffentlichen Raum«, sagt Ehret. Sie ist fest davon überzeugt, dass der räumliche Zusammenschluss kein Marktmodell ist.



Christine Probst ist Mitarbeiterin im Fachbereich Personal / Recht / Kommunikation beim MDK Sachsen-Anhalt christine.probst@mdk-san.de

Rund um die Blutspende

Jeden Tag werden hierzulande etwa 15 000 Blutspenden in Kliniken und Praxen benötigt – 7500 Liter. Damit führt Deutschland im internationalen Vergleich die Spitze an. Doch werden Blutspenden ressourcenschonend eingesetzt? Wie ist das Blutspendewesen organisiert? Wer verdient am Lebenssaft?

BIRGIT GLASMACHER hat eine Vision: Blutkonserven ohne Ablaufdatum. Technisch sei es kein Problem mehr, Blutbeutel unter -135°C einzufrieren, um sie Jahrzehnte statt nur einen Monat lang unbeschadet aufbewahren zu können, sagt die Leiterin des Instituts für Mehrphasenprozesse an der Uni Hannover. Das niederländische Militär nutzt seit fast 20 Jahren Tiefkühlblut bei Auslandseinsätzen. Eine Studie nach dem Einsatz in Afghanistan ergab: Die Cryo-Konserve ist nicht schlechter als gängige Blutkonserven, die im Kühlschrank bei etwa 4°C gelagert werden. Und in Deutschland? Das Aachener Helmholtz-Institut beschäftigt sich zwar seit vielen Jahren mit praktikablen Gefrier- und Auftauverfahren für Blutprodukte. Doch das Geld für eine intensivere Forschung und Entwicklung der Kühl-Container zur Serienreife fehlt. Über die Gründe kann Professorin Glasmacher nur spekulieren: Vielleicht, weil Spenderblut billig zu haben ist und sich Millionen-Investitionen unterm Strich nicht auszahlen?

Marktführer DRK

Etwa zwei Millionen Menschen spenden in Deutschland Jahr für Jahr Blut – die meisten beim Deutschen Roten Kreuz (DRK). Geld gibt es dafür nicht. Nur kommunale, universitäre und private Einrichtungen zahlen für den Aderlass eine Aufwandsentschädigung von 20 bis 25 Euro, was das deutsche Transfusionsgesetz ausdrücklich erlaubt. Ansonsten gilt der Appell des Europäischen Rats, der sich 1997 gegen eine Kommerzialisierung des menschlichen Körpers aussprach. Geschäfte mit der Ware Lunge, Herz, Niere oder Blut sind untersagt.

Dass die DRK-Blutspendedienste die freiwillige Gabe dennoch an Kliniken weiterverkaufen und nicht verschenken, ist kein Widerspruch. Der Wohlfahrtsverband, der 75% aller Spenden in Deutschland sammelt, verweist auf die ho-

hen Kosten, die für die Konservierung, die Trennung in die einzelnen Blutpräparate wie rote Blutkörperchen, Thrombozyten und Plasma und für die Lagerung in den eigenen Blutbanken anfallen. Personal, Räume, Maschinen und Logistik müssen bezahlt werden. Für Tests auf Hepatitis C oder HIV fallen zudem Gebühren an. Auch die geringe Haltbarkeit der Blutkonserven erhöht die Kosten. Wie oft abgelaufene Blutkonserven entsorgt werden müssen, wird nirgendwo registriert. Aber es passiert.

Deutschland braucht am meisten Blut

Fest steht: Die Aufbereitung des lebenswichtigen Spenderbluts hat ihren Preis, wenn auch einen geringeren als in einigen europäischen Nachbarländern. Etwa eine halbe Milliarde Euro werden jährlich auf dem deutschen Spenderblutmarkt umgesetzt.

Mit diesem hohen Verbrauch nimmt Deutschland weltweit eine Spitzenposition ein. Trotz eines leichten Rückgangs liegt Deutschland mit 46 Transfusionen pro 1000 Einwohner vor anderen europäischen Ländern wie Belgien, Norwegen und Frankreich. Die Niederländer kommen sogar mit der Hälfte der Blutkonserven aus. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesoberbehörde für das Blutspendewesen, hält zwar Prognosen für schwierig, aber mehrere wissenschaftliche Studien rechnen angesichts der Alterung der Gesellschaft mit einem erneut steigenden Bedarf in den nächsten Jahren und warnen vor Engpässen in der Versorgung.

Bereits heute spenden nur 3% der Bevölkerung regelmäßig Blut. Wer älter als 69 ist, darf nicht mehr zum Aderlass, jüngere Freiwillige gibt es immer weniger. 3,8 Millionen Vollblutspenden wurden 2018 beim PEI registriert, eine Million weniger als zehn Jahre zuvor. Eine leichte Zunahme vermerkt die Statistik bei Apherese-Spenden, bei denen überwiegend Plasma, aber auch Thrombozyten dem Blut entnommen werden. 2018 waren es 2,6 Millionen.

**Gesellschaft altert,
Bedarf steigt**



Zu wenig Transparenz

Die Transfusionsmediziner machen in der Regel den medizinischen Fortschritt für die hohe Nachfrage verantwortlich. Bei neuen Krebstherapien, bei Transplantationen oder bei akutem Blutverlust nach Operationen und Unfällen sind Arzt und Patient auf den Akt der Solidarität angewiesen. Mit 19% stehen Krebstherapien an der Spitze der PEI-Statistik, gefolgt von Magen- und Darmkrankheiten und Herzerkrankungen mit jeweils 16%.

Kritiker, vor allem Kliniker, beklagen dagegen, dass es zu wenig Transparenz in dem Bereich gibt. Patrick Meybohm, Anästhesist am Universitätsklinikum Frankfurt, fordert seit Jahren ein Register, das alle Transfusionen und ihre Folgen dokumentiert, um Qualität zu sichern und um Patientenrechte zu stärken. Außerdem ist er überzeugt, dass mit gezielten Maßnahmen wie einem von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Patienten-Blut-Management unnötige Transfusionen vermieden werden könnten, um Versorgungsengpässe gar nicht erst entstehen zu lassen. Im eigenen Haus hat das Team von Meybohm und seinem Chef, Professor Kai Zacharowski, den Verbrauch binnen fünf Jahren fast um die Hälfte reduzieren können.

Gerade einmal 100 Kliniken sind dem Frankfurter Vorbild bislang gefolgt, wie der Gesundheitsreport der Barmer be-

Zu viele Konserven - zu wenig Alternativen

legt, der im Sommer vorgestellt wird. »Blutkonserven sind billig, sicher und Standard, deshalb investiert fast niemand in die Alternativen«, beklagt der Mediziner Meybohm. Es fehle ein Anreizsystem für einen sparsamen, risikoreduzierten Einsatz. Zum Beispiel ein Verbrauchs-Benchmarking an deutschen Krankenhäusern.

Plasmaverarbeitende Industrie boomt

Die geringen Preise, die das Rote Kreuz als Marktführer diktiert, ärgern die private Konkurrenz schon länger. Allerdings aus wirtschaftlichem Eigeninteresse. Der Blutspendedienst Haema weist auf seiner Website darauf hin, dass Blutprodukte wie andere Arzneimittel gehandelt würden – auch das DRK mache Gewinne, allerdings ohne Steuern zu zahlen. Tatsächlich verbucht der Wohlfahrtsverband keine Gewinne, da dies einem gemeinnützigen Unternehmen untersagt ist, aber stetig wachsende Rücklagen, über die man öffentlich ungerne redet.

Blutplasma ist weltweit gefragt. Amerika ist seit Jahren der größte Exporteur des »gelben Golds«, das teurer gehandelt wird als Erdöl. Der große Vorteil: Plasmaproducte können bereits heute über Monate bei mindestens -30°C eingefroren und rund um den Globus transportiert werden. Größter Abnehmer ist die Pharmaindustrie, denn mehr als 30 Medikamente und viele Impfstoffe werden unter anderem aus Plasma hergestellt. Auch in Deutschland boomt die plasmaverarbeitende Industrie. Dazu gehört das weltweit agierende Unternehmen Octapharma aus der Schweiz, das in Springe aktuell in einen Erweiterungsbau investiert, um in direkter Nachbarschaft zum DRK-Blutspende-Institut demnächst statt 1,7 Millionen 3,6 Millionen Liter Humanplasma jährlich zu verarbeiten.

Plasma wird teurer gehandelt als Erdöl

Das DRK wird mitverdienen, was die Kritik am Steuerprivileg des Wohlfahrtsverbands verschärfen dürfte. Mehrere Gerichte haben sich bereits damit beschäftigt. Doch alle Klagen, die bis zum Bundesfinanzhof und vor den Europäischen Gerichtshof gelangten, wurden abgewiesen. Auch die immer wiederkehrende Forderung nach einer Vergütung der Blutspender scheitert regelmäßig. Nicht nur am Widerstand des DRK. Die Politik ist nicht bereit, das unentgeltliche Modell infrage zu stellen. Aus gutem Grund: Die preiswerte Blutkonserve ärgert zwar die Konkurrenz, aber schon die Krankenkassen und damit die Versicherten.



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

Im Voraus ans Ende denken

In Würde, ruhig und vor allem schmerzfrei zu sterben wünschen sich die meisten Menschen. Mit Konzepten, die darauf zielen, künftige medizinische Entscheidungen und Behandlungen im Voraus zu planen (Advance Care Planning), soll dieser Wunsch Wirklichkeit werden. In Pflegeeinrichtungen im badischen Offenburg wird das Konzept in einem Modellprojekt eingesetzt.

RAINER LANGE* wird seit mehreren Jahren in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt. Der 82-Jährige ist nach einem schweren Schlaganfall halbseitig gelähmt und hat zusätzlich eine Epilepsie entwickelt. Er kann das Pflegebett trotz intensiver Rehamaßnahmen nicht mehr verlassen und wird künstlich ernährt. Wegen seiner Schluckstörung droht ihm immer wieder eine Lungenentzündung.

Im Notfall und bei jeder schwerwiegenden Verschlechterung der gesundheitlichen Situation stehen alle Beteiligten vor einer schier unlösbaren Aufgabe. Es gibt weder eine Patientenverfügung noch eine sonstige Willenserklärung. Rainer Lange äußert sich selbst hierzu nur vage und kann seine persönliche Zukunft nur schwer gedanklich fassen. Die Angehörigen sind sich zwar sicher, dass »er es so niemals gewollt hätte« – doch eine gemeinsame und klar dokumentierte Entscheidung steht aus.

Immer eine Entscheidung für das Leben?

Pflegekräfte im Spannungsfeld, Angehörige im Dilemma

Nicht nur die Familie, sondern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bewegen sich daher ständig in einem Spannungsfeld – zwischen den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen, den Wünschen der Angehörigen, der rechtlichen Absicherung und der eigenen Vorstellung darüber, was gut für die Bewohnerinnen und Bewohner ist und was nicht. Und für Langes Hausärztin steht letztlich fest: »Es gibt im Zweifelsfall immer das volle Programm – und er erhält von mir die erforderlichen Behandlungen und Medikamente.«

Diese Situation kennt Michaela Hilberer nur zu gut. Sie leitet das auf Sonder- und Schwerstpflege spezialisierte Wichern-Haus, eine der Pflegeeinrichtungen im Paul-Gerhardt-Werk e. V. in Offenburg. Im Wichern-Haus werden Menschen mit neurologischen und anderen schweren Erkrankungen,

von Multipler Sklerose und Chorea Huntington bis hin zur Querschnittslähmung, gepflegt und betreut. »Unsere Bewohnerinnen und Bewohner kommen immer später und immer schwerer erkrankt zu uns«, berichtet Michaela Hilberer.

»Und nur rund 12% der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen, so sagen es Studien, besitzen eine Patientenverfügung«, ergänzt Dr. Oliver Herrmann. Der Hausarzt und Palliativmediziner war viele Jahre als Notarzt im Einsatz, auch in Pflegeeinrichtungen – und musste im Notfall über die jeweils geeigneten Maßnahmen entscheiden. »Gibt es keine dokumentierten Daten über den Patientenwillen, treffen wir immer eine Entscheidung für das Leben«, erklärt Herrmann. »Und so kommt es oft zu Krankenhauseinweisungen sterbender Patientinnen und Patienten, die unter Umständen in der Klinik, also an einem völlig fremden Ort, sterben müssen oder sich in der akuten Sterbephase in der Notaufnahme oder gar im Krankentransport befinden.«

Sind Patientenverfügung, Vorsorge- oder Betreuungsverfügung vorhanden, bedeutet das nicht automatisch, dass der Patientenwille umgesetzt wird. So kann es sein, dass diese Dokumente nicht aussagekräftig sind, weil beispielsweise Unterschriften fehlen oder widersprüchliche Aussagen enthalten sind.

Die Ampel für den Notfall

Michaela Hilberer und Oliver Herrmann leiten ein Modellprojekt für Advance Care Planning (ACP). Sie sind überzeugt: »Gesundheitliche Vorausplanung ist eine Chance, am Lebensende frühzeitig ins Gespräch zu kommen über Dinge, die man gerne ausklammert und vor sich herschiebt.« Im Mittelpunkt von ACP stehen Dialog, Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Beteiligten: Pflegebedürftiger Mensch, Pflegefachkräfte, Angehörige sowie Hausärztin oder -arzt legen gemeinsam und vor allem nachvollziehbar fest, was am Lebensende gewünscht wird.

*Name von der Redaktion geändert



Eine solchermaßen geordnete Situation soll unnötige, nichtindizierte Klinikeinweisungen sowie inadäquate Behandlungen vermeiden oder reduzieren. Statt »Blaulichtmedizin und Drehtüreffekten zwischen Pflegeeinrichtung und Klinik«, wie Herrmann betont, wird ein gemeinsames Verständnis darüber hergestellt, welche Behandlungen am Lebensende mit dem Wunsch und Willen des pflegebedürftigen Menschen in Einklang stehen. Ändern sich diese Behandlungspräferenzen zu einem späteren Zeitpunkt, wird dies selbstverständlich berücksichtigt.

In einem oder mehreren ausführlichen Gesprächen wird darüber gesprochen, welche Szenarien am Lebensende möglich sind. Der pflegebedürftige Mensch wird hierzu befragt, die Angehörigen und die Ärztinnen und Ärzte einbezogen.

Eine Kultur des Sterbens etablieren

Die Gesprächsergebnisse werden auf einem sogenannten Notfallbogen dokumentiert. Dieser wiederum wird mit dem aktuellen Medikamentenplan sowie weiteren Unterlagen in einer Mappe aufbewahrt, die im Notfall dem Notarzt oder dem ärztlichen Bereitschaftsdienst sofort vorgelegt wird.

Ärztinnen und Ärzte können anhand der Mappenfarbe rasch und zuverlässig ableiten, was zu tun ist. Rote Mappe bedeutet beispielsweise Reanimation, apparative Beatmung oder weitere lebensverlängernde Maßnahmen auf der Intensivstation, erläutert Herrmann. Gelb wiederum signalisiert die Bereitschaft des Patienten, zur Palliativbehandlung auf die Palliativstation eines Krankenhauses oder in ein Hospiz zu gehen. Intensivmedizinische Maßnahmen sollen jedoch unterlassen werden. Bei einem grünen Bogen werden keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen; eine Einweisung ins Krankenhaus erfolgt nur im Falle eines Unfalls.

Näher dran am Menschen

Zu welchem Zeitpunkt die Gespräche geführt werden, wird im Einzelfall entschieden. Meist werden diese bei einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation oder einem Voranschreiten der Erkrankungen angeregt. Die Gespräche werden von Pflegefachkräften angeleitet. »Die Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter sind nah dran an den Bewohnerinnen und Bewohnern – und wurden in Schulungen gezielt auf ihre Aufgabe vorbereitet«, sagt Michaela Hilberer, die gemeinsam mit Oliver Herrmann den ACP-Schulungsplan entwickelt hat.

Neben dem Umgang mit Palliativsituationen, wie beispielsweise der Ernährung am Lebensende, und der Vorstellung von Notfallplan und Mappen steht in zehn Modulen vor allem die Gesprächsführung mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie mit Angehörigen im Mittelpunkt; inklusive Rollenspielen, vielen Praxisübungen und Supervision. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten mehr Sicherheit im Umgang mit Sterbenden und der Erfüllung von Wünschen am Lebensende. Neben den Pflegefachkräften wurden auch die Leitstellen geschult, so dass auch diese Schnittstelle in der täglichen Praxis bereits reibungslos funktioniert.

Der Erfolg ihres Modellprojekts gibt den Initiatoren recht. So wurde mittlerweile für rund die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner im Offenburger Wichern-Haus ein Notfallplan ausgefüllt. Seit dem Projektstart vor rund zwei Jahren wurden die im Notfallplan dokumentierten Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend ausgeführt.

Das Lebensende würdig gestalten

Das ACP-Modellprojekt in Offenburg wird durch die Neumayer-Stiftung mit Sitz in Gundelfingen und den Freundeskreis des Paul-Gerhardt-Werk e. V. finanziell gefördert. Ziel ist es, ein Modell für eine patientenzentrierte Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase zu

entwickeln. Dabei sollen unnötige Krankenhausweisungen am Lebensende vermieden werden – und die betroffenen Menschen sollen sicher sein, dass nichts gegen ihren Willen geschieht und Krisen sowie der Sterbeprozess in ihrem Sinne so würdig wie möglich gestaltet werden.

Mittlerweile hält das ACP-Konzept auch in den anderen Einrichtungen des Trägers Paul-Gerhardt-Werk Einzug und soll sukzessive auf den gesamten Ortenaukreis ausgeweitet werden. Daher hoffen die Angehörigen von Rainer Lange darauf, dass das Konzept auch in seiner Einrichtung eingeführt wird – und darauf, gemeinsam zu klären, wie ein Lebensende in Würde und selbstbestimmt gestaltet werden kann.



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

Mehr als nur heiße Luft

Mit dem Sommer steht auch wieder ein Thema vor der Tür, das zugleich unbeliebt und Trend ist: der Klimawandel. Und der hat längst schon Konsequenzen für unsere Gesundheit.

DER SOMMER hat Einzug gehalten und mit ihm ein Hoffen und Bangen, das es so vor den Hitzesommern 2003 und 2018 sicher noch nicht gegeben hat. Denn endloser Sonnenschein und anhaltende Temperaturen über 30°C werden inzwischen auch von einem mulmigen Gefühl begleitet: Ist er das? Der Klimawandel? Oder gab es das früher nicht auch schon – den Ausnahmesommer? Und überhaupt: Wer will sich denn über zu viel Sommer beschweren?

Etwa 97% der Klimaforscherinnen und -forscher stellen sich allerdings nicht mehr die Frage, ob der menschengemachte Klimawandel echt ist. Sie sind längst mit der Suche nach Lösungen befasst, wie den realen Folgen begegnet werden kann. Neben dem offensichtlichen Schwinden von Ressourcen zum Beispiel durch Missernten, aber auch durch hitzebedingten Ausfall von Arbeitskraft, bilden die gesundheitlichen Auswirkungen inzwischen einen besonderen Forschungsschwerpunkt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO erklärte den Klimawandel sogar zur größten Herausforderung für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert.

Gerade die steigenden Temperaturen machen deutlich, dass der Klimawandel zuerst jene erreicht, die körperlich weniger belastbar sind, also Babys und Kinder, kranke und alte Menschen. Ein gesunder erwachsener Körper profitiert von einer Vielzahl von Regulationsmechanismen, um seine 37°C Wohlfühltemperatur zu halten, so zum Beispiel effizientes Atmen und Schwitzen. Alle anderen haben es schwer: Die Körper sind noch nicht weit genug entwickelt oder zu geschwächt, um der Hitze mit eigener Kraft immer ausreichend entgegenzusteuern.

Mehr Hitzetodesfälle

Der Hitzesommer 2003 hat etwa 70 000 Menschen in Europa das Leben gekostet. Der Epidemiologe Shakoor Hajat hat berechnet, wie die Zahl von Hitzetodesfällen mit den steigenden Temperaturen der nächsten Jahrzehnte zunehmen wird. Demnach könnte sich bis zum Jahr 2050 im Vereinigten Königreich die Zahl der Hitzetode verdreifachen, wogegen die Kältetode kaum abnehmen würden.

Hitze setzt dem Körper auf verschiedene Weise zu. Neben

Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Bluthochdruck und Herzinsuffizienz, leiden insbesondere Lungenerkrankte an den hohen Temperaturen. Stickoxide, Ozon und Feinstaub werden in Verbindung mit Wärme noch aggressiver, dringen in die geschädigte Lunge ein und erschweren das Atmen zusätzlich. Betroffen sind vor allem Menschen mit asthmatischen und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD). Die WHO zählt jährlich weltweit sieben Millionen Tote durch Luftverschmutzung. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO, prägte daraufhin den Satz: »Die Luftverschmutzung ist der neue Tabak.« Zudem *streiken* Pflanzen, unsere natürlichen Luftreiniger, bei Wärme: Um Wasser zu sparen, verschließen sie ihre Blattöffnungen, die auch genutzt werden, um Kohlenstoffe und giftiges Ozon zu binden.

Menschen, die in Städten wohnen, sind diesen Belastungen ungleich stärker ausgesetzt: Denn urbane Räume wirken als sogenannte Wärmeinseln, da sie aus baulichen Gründen bis zu 10°C wärmer sind als die ländliche Umgebung und diese Wärme auch nachts kaum abgeben können. Heiße Nächte führen aber zu weniger Schlaf und damit zu weniger Erholung, die der von der Hitze beanspruchte Körper dringend braucht. Deswegen fordern viele Forscherinnen und Forscher nicht zuletzt städtebauliche Maßnahmen zur Anpassung an die Folgen des Klimawandels und empfehlen Luftkorridore, weniger Glasfassaden, mehr Grünflächen und vor allem Bäume, die Schatten spenden und ihre Umgebung kühlen. Als weniger gelungenes Beispiel gilt hier allerdings der Central Park in New York City, der umgeben von den berühmten Hochhäusern der Megastadt am allzu wohltuenden Luftaustausch gehindert wird.

Doch während die heiße Luft Menschen zu schaffen macht, sind die steigenden Temperaturen die ideale Voraussetzung für andere Lebewesen. Einerseits blühen Pflanzen, die Allergien auslösen, früher und länger im Jahr. Nicht heimische Arten wie das Beifuß-Traubenkraut (*Ambrosia artemisiifolia*) breiten sich zunehmend aus und verstärken im Zusammenspiel mit Luftschadstoffen ihre allergene Wirkung.

Die Schwächsten leiden besonders



Andererseits finden bestimmte Krankheitserreger und -überträger (Vektoren) insbesondere die Verbindung von Wärme und Wasser reizvoll zur Verbreitung. Starkregen und Überschwemmungen, die ebenfalls als Folge des veränderten Klimas zu erwarten sind, kommen ihnen also gelegen. So fühlen sich Insekten wie die Asiatische Tigermücke in mehr und mehr Weltregionen heimisch, darunter auch Südeuropa. Sie überträgt beispielsweise den Dengue-Virus.

Sollte sich die globale Durchschnittstemperatur bis zum Jahr 2100 um 2°C Celsius erhöhen, so wachsen auch deutlich die Ansteckungsgefahren für Magen-Darm-Erkrankungen durch E.-coli-Bakterien. Zecken und Nager werden zudem voraussichtlich mehr Viren übertragen, zum Beispiel das Hantavirus, das hämorrhagische Fiebererkrankungen (HFRS) auslöst.

Frust und Angst angesichts einer veränderten Welt

Aufgrund der Erderwärmung verändert sich das Wettergeschehen weltweit. Neben steigenden Temperaturen und längeren Hitzewellen prognostiziert die Klimaforschung eine Zunahme von Extremwetterereignissen wie Stürmen und Überschwemmungen. Diese Auswirkungen bedeuten desaströse Einschnitte in Biografien, bedrohen Lebensgrundlagen und damit auch die psychische Gesundheit der Betroffenen. So wurde im Zusammenhang mit dem Hurrikan Katrina eine hohe Zahl an posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen diagnostiziert. In einigen Fällen stärkte das Trauma aber auch die psychische Widerstandskraft.

Wo Menschen mit den bedrohlichen Konsequenzen des Klimawandels unausweichlich konfrontiert werden, wo Trinkwasser und fruchtbares Land knapp werden oder Stürme das Zuhause wegreißen, schlägt der Klimawandel aufs Gemüt. Glenn Albrecht, australischer Professor für Nachhaltigkeit, erfand 2003 dafür den Begriff *Solastalgie*. Er beschreibt psychische Belastungen bis hin zu Angststörungen, die durch Umweltveränderungen hervorgerufen werden

(*environmentally induced distress*) und in einem Gefühl der Machtlosigkeit resultieren. 2015 nahm die medizinische Fachzeitschrift *The Lancet* den Begriff in einem Report zum Zusammenhang von Gesundheit und Klimawandel auf. Mit diesem Report fordert *The Lancet* die globale und regionale Klimapolitik auf, dem Themenkomplex Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Zeit zu handeln

2018 ging das Deutsche Klimavorsorgeportal KliVo ans Netz: ein Online-Informationsangebot der Bundesregierung, das qualitätsgesicherte Informationsangebote zum Klimawandel sammelt und Publikationen und Webtools für verschiedene Zielgruppen zur Verfügung stellt. Darunter sind auch acht Klimaanpassungsdienste für den Bereich Gesundheit zu finden. So erreicht beispielsweise die Hitzewarnung des Deutschen Wetterdienstes (DWD) ihre Nutzerinnen und Nutzer per E-Mail oder App, informiert diese über mögliche Hitzewellen und gibt Handlungsempfehlungen heraus.

Insofern ist der Klimawandel längst in Politik und Alltag angekommen und fordert aktives Handeln von allen, um gesundheitlichen Folgen vorzubeugen oder angemessen reagieren zu können, wenn beispielsweise die nächste Hitzewelle auch in den Krankenhäusern ankommt. Nichtsdestotrotz können sinnvolle regionale und globale Anpassungsmaßnahmen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die Ursachen des Klimawandels weiterhin mit Nachdruck bekämpft werden müssen. Da dies eine Frage der Anreize ist, braucht die Gesundheit der Menschen ein Preisschild: Die WHO schätzt in einem Bericht von 2018, dass allein die Luftverschmutzung die Sozialsysteme weltweit jährlich 5,11 Billionen US Dollar kostet und damit die Investitionen im Kampf gegen den Klimawandel ums Doppelte übersteigt.

Luftverschmutzung hat einen hohen Preis

Der Klimawandel schlägt aufs Gemüt



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

Kleine Ursache, große Wirkung: das Hygiene-Prinzip

Wir schätzen es meist nur wenig wert – dabei ist es unbezahlbar kostbar: sauberes reines Trinkwasser. Max von Pettenkofer war einer der ersten, der dies und die Bedeutung von Hygiene erkannte. Denn noch vor 150 Jahren zog sich allerorts eine stinkende, verseuchte Brühe aus Fäkalien, Abwässern und Unrat durch die Wohnviertel. Ein Sammelbecken für Keime und Bakterien, aus dem die Menschen das lebensnotwendige Wasser schöpften.

ALS IM OKTOBER 1831 eine Zeitung erstmals die englische Hafenstadt Sunderland vor einer neuen, gefährlichen Epidemie warnt, ist Max Pettenkofer (später von Pettenkofer) noch ein gelehriger Gymnasiast. Obwohl er 1818 als eines von acht Kindern armer Bauersleute im bayerischen Donaumoos zur Welt kam, wird er in seinem späteren Leben die Welt nachhaltig prägen. Denn was damals noch niemand ahnt: Bei der todbringenden Seuche, die sich von Indien nach Europa ausbreitet, handelt es sich um Cholera. Und wenngleich Pettenkofer starrsinnig an seiner, wie heute belegt ist, falschen Theorie (der Cholera-Erreger an sich sei harmlos) festhält, verbessert er dadurch die Lebensqualität der Menschheit grundlegend.

Wissbegierig und vielseitig interessiert

Von Pettenkofers Onkel, Hofapotheker des bayerischen Königs in München, nahm den kleinen Max im Kindesalter bei sich auf. Schon früh zeichnete sich eine umfassende Begabung und Wissbegierde bei dem experimentierfreudigen Kind ab. Inspiriert durch den Onkel studierte er Pharmazie und Medizin. Bereits mit 25 Jahren war er approbierter Apotheker und Doktor der Medizin.

Zur selben Zeit wütete bereits die dritte weltweite Cholera-Epidemie. Allein in Europa starben mehrere hunderttausend Menschen an der gefürchteten Krankheit. Da, wie inzwischen bekannt ist, die Inkubationszeit weniger als fünf Tage beträgt, traten neue Fälle von Cholera immer plötzlich auf und breiteten sich rasend schnell aus. Den Menschen machte das ungeheure Angst, denn wo und wie Infektionen zustande kamen, war noch ein großes Rätsel. Auch dass Cholera einfach durch die Gabe von Flüssigkeit und Elektrolyte behandelt werden kann, war noch nicht erforscht. Klar war jedoch: Die meisten Menschen, die an Cholera erkrankten,



starben innerhalb weniger Tage unter qualvollen Schmerzen. Bei fast allen traten zunächst Bauchkrämpfe auf. Darauf folgte ein heftiger und übelriechender Brech-Durchfall. Die Menschen trockneten so schnell aus, dass sich ihre Gesichter blau verfärbten und einfielen. Ihr Aussehen und Gestank machten unweigerlich klar: Sie waren dem Tod bereits näher als dem Leben.

Wissenschaft im Zwiespalt

In der Welt der Wissenschaft brach derweil eine Debatte über die Ursachen der Cholera-Infektion aus. Die Fraktion der *Kontagionisten*, unter anderem vertreten durch Wissenschaftler wie Louis Pasteur und Robert Koch, waren Anhänger der Ansteckungstheorie. Sie glaubten, Krankheiten würden durch eine Art Gift von Mensch zu Mensch übertragen.

Max von Pettenkofer, mittlerweile von seinem zweiten großen Vorbild, dem Chemiker Justus Liebig, inspiriert, vertrat die Theorie der *Miasmen*. Er war der festen Überzeugung, Cholera würde erst im unreinen Boden gefährlich werden – als Folge von Reaktionen organischer Chemie.

Bereits 1849 veröffentlichte der britische Arzt John Snow seine Theorie, die Cholera werde über Wasser verbreitet. Leider wurde sie nur wenig beachtet. Ebenso wenig Anklang fand die Entdeckung von Filippo Pacini im verheerendsten Jahr der Seuche 1854. Als erster hatte er in den Ausscheidungen und Gedärmen Cholerakranker einen Erreger beobachtet.

Überzeugt von der eigenen Theorie

Inzwischen hatte Max von Pettenkofer eine Professur für chemische Medizin vom bayerischen König erhalten und wurde beauftragt, den Ursachen für die Entstehung der Cholera auf den Grund zu gehen. In seine Überlegungen bezog er zunehmend Themen der Gesundheitspflege ein. Er fragte sich, wie die Faktoren Luft, Wasser, Wohnung, Kleidung und vor allem die Hygiene sich auf die menschliche Gesundheit

Er hielt an der falschen Theorie fest

auswirkten. Der engagierte Mediziner begann akribische Untersuchungen und Aufzeichnungen über das lokale Auftreten von Cholera-Fällen anzufertigen. Durch sein systematisches Protokollieren und Vorgehen war er der Erste, der einen wissenschaftlichen Zugang zum Cholera-Problem schuf. Pettenkofer beobachtete, dass Bewohner eines Dorfes, deren Häuser in einer Mulde lagen, worüber sich ein Toilettenhäuschen befand, als Erstes an Cholera erkrankten. So entstand seine *Bodentheorie*. Ihm war klar, dass die Fäkalien der Menschen eine krankmachende Substanz enthielten, er ging aber davon aus, dass diese erst in einem besonders feuchten und lockeren Boden bedrohlich würde. Er war von seiner eigenen Theorie so überzeugt, dass er keine andere Vorstellung zuließ.

Selbstversuch mit Folgen

So kam es fast zehn Jahre nachdem Robert Koch 1883 den Bazillus *Vibrio cholerae* entdeckte, zu einem waghalsigen Selbstversuch von Pettenkofers. Nach wie vor davon überzeugt, der Erreger an sich sei harmlos, ließ er sich von

Koch eine Ampulle mit Cholera-Bakterien schicken. In einem Experiment trank er die Flüssigkeit mit dem Erreger. Außer einem flauen Gefühl im Magen passierte ihm aber nichts. Für ihn der Beweis: Seine Theorie war wahr. Warum er nicht an dem mit Cholera verseuchten Cocktail starb, blieb unklar. Womöglich hatte er sich bei seiner lebenslangen Arbeit mit den Cholera-Bakterien bereits früher schon infiziert und war deshalb nun immun. Vielleicht war es auch eine Unterart des Bakteriums, die kein Toxin ausscheidet und somit auch keine heftigen Durchfälle verursacht.

Als von Pettenkofer sich 1901 dazu entschloss, aufgrund einer sich anbahnenden Demenz sein Leben zu beenden, hatte sich in der Wissenschaft die Theorie der Kontagionisten durchgesetzt. Die großen Errungenschaften der Medizin bringen die Menschen daher oft in Verbindung mit Persönlichkeiten wie Robert Koch und Louis Pasteur – den Wegbereitern der Mikrobiologie. Sie denken an Alexander Fleming, dessen Entdeckung des Penicillins zweifelsohne unzählige Leben rettete.

Ansteckung von Mensch zu Mensch?

Vater der Hygiene

Doch dass heute kein Rinnsal voll verpestetem Wasser vor unseren Haustüren vorbeiplätschert, verdankt die Gesellschaft dem Vater der Hygiene: Max von Pettenkofer. Auch wenn er mit seiner Theorie, der Boden mache krank, falsch lag, zog er dennoch die richtigen Schlüsse daraus. Es ist dabei ein Glück, dass er stur an seinem Standpunkt, der Boden müsse sauber gehalten werden, um nicht krank zu machen, festhielt. Die Überzeugung, seine Wirklichkeit der Theorie sei auch die naturwissenschaftliche Wahrheit, brachte letztlich die Menschheit auf ein ganz neues Lebensniveau. So konnte er zunächst in München den Bau einer Kanalisation erwirken. Auch eine Trinkwasserversorgung für jedes Haus wurde nach und nach eingerichtet. Dies war sowohl technisch als auch politisch ein schwieriges Unterfangen. Es mussten zunächst Verfahren entwickelt werden, um die Abwasserrohre abzudichten. Die städtischen Vertreter hatten deswegen große Bedenken. Sie fürchteten, das Grundwasser könne verseucht werden. Doch die stärkste Gegenwehr kam aus der Landwirtschaft. Die Bauern bekamen zusätzlich zum kostenlosen Dünger von der Stadt noch einen Obolus für das Abschöpfen der Fäkalgruben und wollten darauf natürlich nicht verzichten. Doch von Pettenkofer setzte sich und seine Bauvorhaben durch.

Nun, da Ab- und Frischwasser voneinander getrennt waren, ebnten auch Seuchen wie Typhus oder Cholera ab. Indem die präventiven Maßnahmen einer massenhaften Verbreitung von Krankheitserregern entgegenwirkten, hat von Pettenkofer, trotz seiner fehlerhaften Theorien, dennoch Millionen Menschen bis heute das Leben gerettet. Aus seinem Leitgedanken »Wer gesund bleiben will, muss nicht bloß seinen Leib, sondern auch seine Umgebung reinhalten« resultiert die Wissenschaft der Hygiene. Und wo wäre die Menschheit heute ohne sie?



Tabita Koch ist freie Journalistin in Gelsenkirchen
TabitaKoch@gmx.de

Haben wir uns schon mal gesehen?



Die Fähigkeit, Gesichter (wieder) zu erkennen, erleichtert das Leben. Aber wie funktioniert die Gesichtswahrnehmung? Und wie viele Gesichter können wir tatsächlich abspeichern?

ALLES SCHIEN in Ordnung, bis auf einige kleine Besonderheiten: Manchmal tätschelte Dr. P. freundlich einen Hydranten auf der Straße, in der Annahme, es handele sich um einen Nachbarsjungen. Oder er versuchte, mit dem geschnittenen Holzknopf an der Sofalehne ein Gespräch anzufangen. Irritierend war es auch, als Dr. P. am Ende eines Arztbesuchs nach dem Kopf seiner Frau griff und versuchte, diesen hochzuheben – weil er ihn für seinen Hut hielt. Sein Arzt, Oliver Sacks, der seine Geschichte später in einem seiner Bücher genauer beschrieb, stellte fest: Dr. P. konnte keine Gesichter erkennen.

Nachtragende Mitmenschen verschärfen das Problem

So lustig solche Verwechslungen klingen – in der Realität macht die Gesichtsbblindheit, von Ärzten *Prosopagnosie* genannt, den Betroffenen das Leben schwer. Die Mutter des Amerikaners Bill Choisser hat ihm zum Beispiel bis heute nicht verziehen, dass er sie einmal nicht erkannt hat. Auf offener Straße, bei Tageslicht, ging er an ihr vorbei – denn auch er ist gesichtsblind. Wenn schon die eigene Mutter schwer beleidigt ist – wie reagieren dann wohl Chefin oder Ehemann?

Wie erkennen wir ein Gesicht – und wo?

Bei der Gesichtswahrnehmung ist es wie mit vielen Fähigkeiten: Man weiß sie erst zu schätzen, wenn sie einem abhandenkommt, durch eine Kopfverletzung, oder wenn man diese Fähigkeit genetisch bedingt gar nicht besitzt. Das betrifft bis zu 2% der Menschen, schätzen Experten. Aber: Wie genau erkennt das Gehirn ein Gesicht und unterscheidet es von anderen? Trotz einiger Forschung haben Wissenschaftler bisher noch keine umfassende Antwort auf diese Frage. Immerhin: Auch wenn das *Wie* bisher noch diskutiert wird, so weiß man über das *Wo* schon mehr. Unter anderem durch einen Zufall: Bei der Behandlung eines Epilepsie-Patienten setzten Ärzte verschiedene Stellen seines Schläfenlappens unter Strom – und der reagierte ungewöhnlich: »Ihr Gesicht hat

sich verwandelt«, rief er aus. Weitere Untersuchungen identifizierten dann zwei kleine Zellklumpen im Schläfenlappen als den Ort, wo Gesichter erkannt werden.

Eine wichtige Fähigkeit für das soziale Miteinander

Gesichter sind etwas Besonderes für den Menschen, schließlich erleichtert es das Arbeits- und Privatleben ganz erheblich, wenn man Chefin, Mutter und Ehefrau schnell und mühelos voneinander unterscheiden kann – auch wenn sie zufällig einmal alle ein rotes Kleid tragen. Da verwundert es nicht, dass schon Neugeborene ein Gesicht deutlich spannender finden als andere Dinge. Aber wie viele Gesichter kann ein Erwachsener wiedererkennen?

10, 100, 1000 ... wie viele Gesichter erkennst du?

Dazu ließen britische Wissenschaftler Männer und Frauen zwischen 18 und 61 Jahren stundenlang Bilder von Gesichtern angucken: von Bekannten, Verwandten und Freunden, aber auch von Personen des öffentlichen Lebens, bekannt aus Film, Fernsehen und anderen Medien. Als Ergebnis berechneten die Wissenschaftler einen Durchschnittswert von 5000 Gesichtern, die ein Mensch wiedererkennen kann.

Keine Panik, einfach nur freundlich bleiben

Wer sich nun fragt, ob er an Prosopagnosie leidet, weil er nach drei Jahren immer noch nicht die Namen der Eltern aus der Klasse seines Sohnes kennt, dem sei gesagt: 5000 Gesichter, das ist ein Durchschnittswert, die Wahrheit schwankt zwischen 1000 und 10 000 Gesichtern. Machen Sie es wie die Queen: lächeln und winken.



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

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

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 0385.48936-00
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. Geschäftsführerin
Dr. Ursula Weibler-Villalobos
Telefon 06731.486-0
E-Mail post@mdk-rlp.de

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer *Jens Hennicke*
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. Martin Rieger*
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

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
Christine Probst christine.probst@mdk-san.de
Diana Arnold diana.arnold@mdk-sachsen.de
Larissa Nubert larissa.nubert@mdk-bayern.de

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

Redaktionsbüro

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

Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titel Collage unter Verwendung von Fotos von nevio3 / photocase.de und stek07 / photocase.de

Schwerpunktfotos unter Verwendung der Portraits von S. 5 Gelpi / S. 6 Julianline / S. 8 nanihta / S. 10 Santiagi Nunez / S. 12 behrchen / S. 14 ManuelFromMadrid / S. 17 Julia Pfeifer: alle über photocase.de

S. 19 cL. / photocase.de
S. 21 3format / photocase.de
S. 25 .widget / photocase.de
S. 27 Lindenthal / photocase.de
S. 29 Lichtverwerter / photocase.de

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

