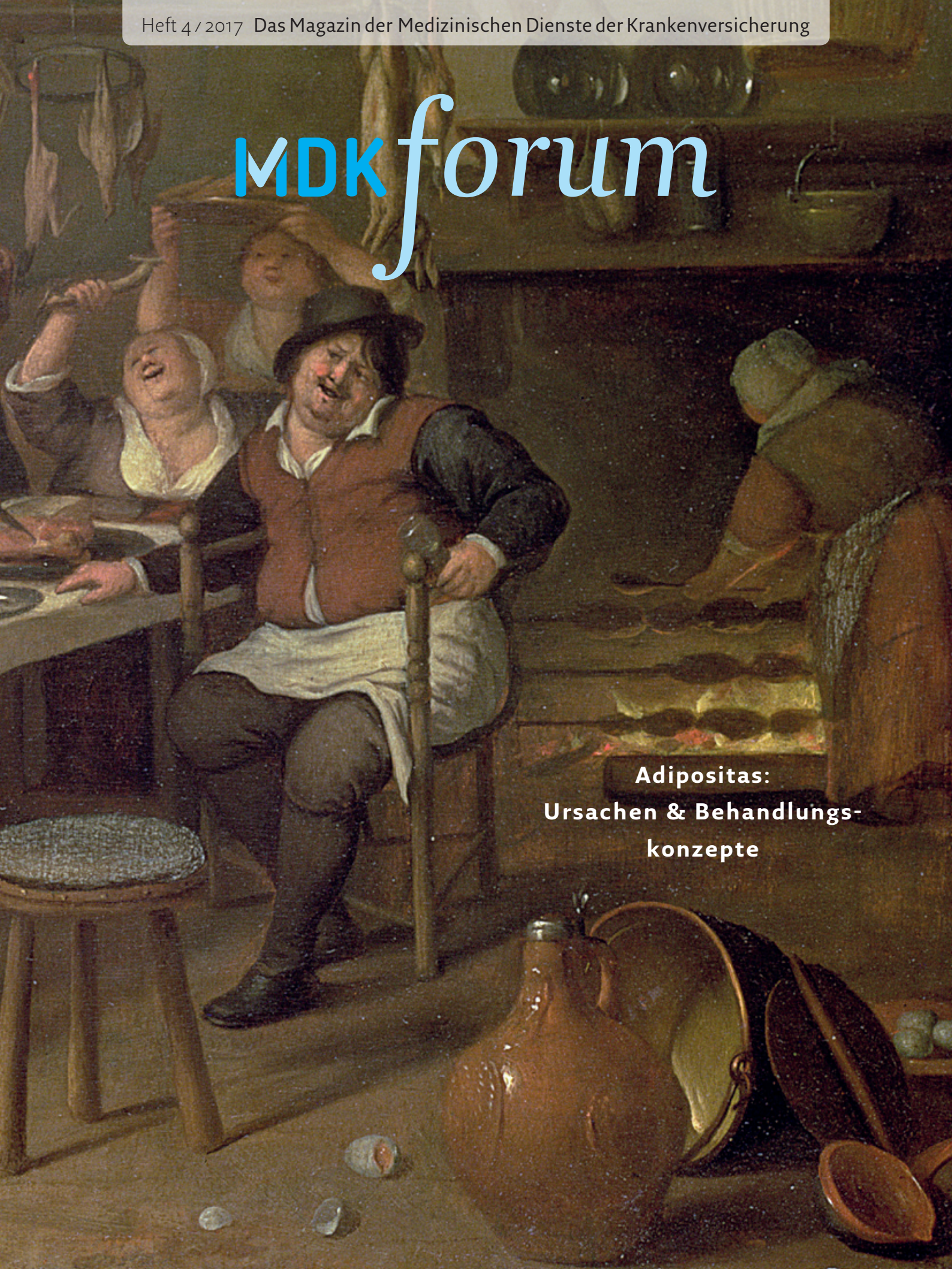


MDK *forum*



**Adipositas:
Ursachen & Behandlungskonzepte**

Liebe Leserin, lieber Leser,

ob Christstollen oder Lebkuchen, Bratapfel oder Gans – gerade zu den bevorstehenden Festtagen locken Kalorien, Zucker und Fett im Überfluss. Das beste Rezept dagegen heißt vermutlich »in Maßen genießen und in Bewegung bleiben«.

Der aktuelle Schwerpunkt des MDK *forums* dreht sich nicht um diejenigen, die ein paar Kilos zu viel auf den Rippen haben, sondern vielmehr um Menschen, die adipös sind und an entsprechenden Begleiterkrankungen leiden: Wie können sie erfolgreich abnehmen? Mit der konservativen Methode, die Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie kombiniert, oder mit einer Operation? Wo liegen Chancen, wo lauern Gefahren? Wir stellen unterschiedliche Verfahren und Sichtweisen vor und beleuchten die Rolle der Medizinischen Dienste bei der Begutachtung. Außerdem haben wir übergewichtige Jugendliche beim Abnehmen beobachtet und über die Reduktion von Zucker in Lebensmitteln und Werbeverbote für Süßigkeiten nachgedacht.

Nicht zuletzt stellen wir das Kompetenz-Centrum Onkologie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft vor und berichten über Ideen zur Biografiearbeit bei Pflegebedürftigen, die an einer Demenz erkrankt sind.

Ich wünsche Ihnen ein frohes Fest und ein gutes, gesundes und glückliches neues Jahr.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



Aktuell

Die Gute Frage **Kann eine flexiblere Fachkräftequote den Pflegenotstand lösen? 1**

Kurznachrichten 3

Auch das noch **Geburt mit Hindernissen 32**

Titelthema

Adipositas: Ursachen und Behandlungskonzepte 5

Abnehmen durch Operation – wie geht das? 8

Adipositasstherapie – operativ versus konservativ? 10

Auf guter Grundlage 12

Übergewichtige Kinder und Jugendliche **Weniger Gewicht, mehr vom Leben 14**

Zuckerzoff: Die Politik muss handeln 16

Wissen & Standpunkte

Kompetenz-Centrum Onkologie **Mit neuen Erkenntnissen zu passgenauen Behandlungen 18**

Präventionsbericht 2017 **Kommunale Gesundheitsförderung im Fokus 20**

Ambulante Pflege **Qualitätsprüfungen werden erweitert 21**

Interview **Im Mittelpunkt steht der Mensch, nicht das Häkchen 22**

Gesundheit & Pflege

Wenn der Schlag junge Menschen trifft 24

Leben mit Demenz **Gegen das Vergessen 26**

Weitblick

Modellprojekt *DocDirekt* **Bei Anruf Arzt! 28**

Seltene Erkrankungen **Der House-Freund 30**



In Pflegeheimen muss jeder zweite Mitarbeiter eine ausgebildete Fachkraft sein. Diese Quote können manche Heime aber wegen Personalmangels nicht erreichen. Viele Heimbetreiber schlagen vor, Pflegeleistungen an geringer qualifiziertes Personal delegieren dürfen. MDK *forum* sprach darüber mit Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Department Pflegewissenschaft an der Universität Witten / Herdecke.

Was halten Sie von einer Aufweichung der Fachkräftequote?

Es ist verständlich, dass Pflegeheimbetreiber eine rasche und leichte Lösung suchen. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass damit die Risiken für die Bewohner und Bewohnerinnen steigen Schäden zu erleiden. Pflegeeinrichtungen sind nicht mehr die wie vor zwanzig Jahren. Erst spät ziehen Menschen in eine Pflegeeinrichtung um. Sie leiden dann bereits an mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, viele von ihnen müssen palliativ versorgt werden. Daher ist eine hohe pflegefachliche Expertise dringend geboten. Eine weitere Reduktion von Pflegefachpersonen würde bei dem jetzt schon geringen personellen Versorgungsschlüssel keine sichere und angemessene Pflege darstellen. Viele Pflegeheimbetreiber haben es versäumt, attraktive Arbeitsplätze zu schaffen. Pflegende arbeiten in stationären Einrichtungen zu 70% in Teilzeit. Selbst mit einer Vollzeitstelle lässt sich keine Familie ernähren. Der Pflegejob ist meistens nur ein Zugewinn zum Hauptgehalt des Partners.

Sehen Sie bereits einen Pflegenotstand in Deutschland?

Darüber muss nun wirklich nicht mehr philosophiert werden. Es handelt sich um einen schlecht bezahlten Frauenberuf mit einer hohen Verantwortung. Bis vor kurzem mussten in einigen Bundesländern sogar noch Schulgelder entrichtet werden. Junge Menschen wissen um die schwierigen Arbeitsbedingungen und die geringe Entlohnung. Ein Wettbewerb um junge, kluge Menschen wird zurzeit immer wieder verloren.

Was wird unter »flexibler Fachkräftequote« verstanden?

Die Anpassung an den jeweiligen Bedarf. Hierbei muss jedoch immer eine Mindestquote von fachlich qualifizierten Pflegenden sichergestellt werden.

Halten Sie den Vorschlag, die Fachkräftequote zu flexibilisieren, für nachvollziehbar?

Wenn die Zahl der qualifizierten Pflegenden ansteigt, kann das nur hilfreich sein. Ein Absenken muss dringend vermieden werden. Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sind zumeist multimorbid erkrankt, und viele von ihnen leiden an demenziellen Prozessen. Stationäre Langzeiteinrichtungen sind die Einrichtungen, die eine Versorgung sicherstellen müssen, wenn es zu Hause nicht mehr geht und die Tages- oder Nachtpflege nicht mehr ausreicht.

Welche Auswirkungen hätte eine Aufweichung der Fachkräftequote auf die Pflegequalität?

Unter anderem zu spätes Erkennen von gesundheitlichen Verschlechterungen, zu häufige Krankenhauseinweisungen, Stürze durch mangelndes Mobilisationstraining, zu späte Schmerzerkennung und mangelnde Schmerzlinderung, mangelnde umfängliche Wundversorgung, unzureichende Versorgung von Bewohnern mit MRSA. Bewohner mit Unterstützung der Atmung (Sauerstoffgeräte, Beatmung etc.) können nicht aufgenommen oder nicht passgenau versorgt werden. Weiter Defizite sind mangelnde biografische Lebens-

gestaltung, unzureichende Beratung der Angehörigen, mangelnde Sterbebegleitung und palliative Versorgung, unzureichende Positionsveränderung und Zunahme von Kontrakturen, Reduktion der Lebensqualität der Bewohner.

Gibt es Alternativen zur Fachkräftequote, wenn ja, welche?

Im Augenblick nicht. Wir müssen die Ergebnisse des Personalberechnungs-Verfahrens abwarten. Vermutlich werden wir mehr Pflegefachpersonen benötigen. Zurzeit versorgt eine Pflegefachperson in der Nacht 52 Bewohner. Sie ist nicht in der Lage, alle Bewohner mit besonderen Bedürfnissen wie Lagerungen, Inkontinenzversorgung, Sterbebegleitung, Begleitung von Menschen mit verschobenem Tag-Nacht-Rhythmus im Blick zu behalten.

Was ist aus Ihrer Sicht langfristig erfolgversprechend, um eine hohe Pflegequalität zu erzielen?

Der Beruf muss attraktiver werden, damit ausreichend junge Menschen den Pflegeberuf erlernen. Dazu gehören genügend Pflegende für die fachliche Versorgung und Personen, die für den Service in einer Einrichtung sorgen. Pflegende müssen mit dem Gefühl nach Hause gehen können, an ihren Arbeitstagen eine gute und erfolgreiche Arbeit ge-

Prof. Christel Bienstein



leistet zu haben. Es muss in stationären Pflegeeinrichtungen so sein, dass Pflegefachpersonen dort selbst ihren letzten Lebensabschnitt verbringen wollen würden. Das ist zurzeit überhaupt nicht der Fall.

Welchen Beitrag kann die Pflegewissenschaft dazu leisten?

Die Pflegewissenschaft kann alternative Versorgungsmöglichkeiten erarbeiten. Dazu gehören zum Beispiel Akutbetten in Pflegeeinrichtungen, um einen Aufenthalt im Krankenhaus zu verringern, Pflegende mit *Advanced Nursing Practice* (ANP)-Weiterbildung, die die gesundheitliche Versorgung der Bewohner umfassend im Blick haben, gezielte Beratung von Angehörigen, Entwicklung von Quartierskonzepten, »Ambulantisierung« von Alteinrichtungen, Unterstützung von Versorgungsnetzwerken, Datenerhebung zu Stürzen, Einbuße der Mobilität, Mangelernährung, Sterbebegleitung, spezifische Angebote für Männer in stationären Pflegeeinrichtungen, weitere genderspezifische Angebote, Arbeitszeitmodelle, das Entwickeln von Qualitätskriterien.

Worauf müssen sich Pflegebedürftige in Zukunft realistisch einstellen?

Sie müssen früh, mindestens ab fünfzig, mit ihren Angehörigen über ihre späteren Versorgungswünsche sprechen und gegebenenfalls Wohnungen und Häuser barrierefrei umbauen lassen und mehr Geld in die Pflegeabsicherung einzahlen. Ratsam ist zudem, in den Kommunen aktiv mitzuwirken, damit betreutes Wohnen, Tages- und Nachtpflege, gute stationäre Pflegeheime und ambulante Versorgungsangebote bestehen. Es muss Bereitschaft entstehen, auch digitale Lösungsmöglichkeiten zu nutzen, um die eigene Versorgung möglichst lange selbst (mit-)zugestalten. Hilfreich ist, selbst sehr gezielte qualitative Versorgung der Angehörigen einzufordern, damit ambulante Pflegedienste sich spezialisieren und mehr alternative Versorgungsmöglichkeiten entstehen. Insgesamt müssen die Bürger eine bessere und differenziertere Qualifikation der Pflege einfordern und das auch öffentlich kundtun. Die meisten Menschen werden auf Unterstützung angewiesen sein, dieses nicht nur im Alter, sondern auch im Krankheitsfall. Das muss früh kommuniziert werden, damit entsprechende Lösungen gefördert werden. Schulen und Kindergärten müssen in die Information eingebunden werden und Vereine es zu einer Aufgabe machen, darüber zu berichten und regionale Lösungen mit den Verantwortlichen in den Kommunen zu entwickeln. Der Pflegeberuf ist anspruchsvoll und vielseitig. Wir benötigen unterschiedliche Ausbildungs- und Studienniveaus, um die Anforderungen der Zukunft zu schaffen. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wie die Bildung, Verteidigung und Sicherheit.

Die Fragen stellte Martin Dutschek

IGeL-Monitor bewertet Botox gegen Schwitzen

Nutzen und Schaden von Botox-Injektionen gegen krankhaftes Schwitzen halten sich die Waage. Zu diesem Ergebnis kommt der IGeL-Monitor und bewertet die Leistung daher als *unklar*. Ausgangspunkt war die Frage, inwieweit Botox-Injektionen übermäßiges Schwitzen unter Achseln sowie an Händen und Füßen beeinflussen. Die Wissenschaftler des IGeL-Monitors fanden Studien, die zeigen, dass das Schwitzen abnimmt und die Lebensqualität steigt. Gleichzeitig gibt es aber auch Hinweise in Studien und Herstellerhinweise darauf, dass es oft zu leichten und selten zu schweren unerwünschten Wirkungen kommen kann. Mehr Infos unter www.igel-monitor.de

BSG-Urteil: Krankenkassen müssen Fristen einhalten

Gesetzliche Krankenkassen müssen über einen Leistungsantrag innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags entscheiden. Holen die Kassen eine Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst ein, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Überschreitet die Krankenkasse die vorgesehene Frist, gilt die Leistung als genehmigt (fingierte Genehmigung). In diesem Fall kann der Antragsteller die Leistung verlangen, ohne sie sich erst auf eigene Kosten zu beschaffen. Die Krankenkasse kann die fingierte Genehmigung nur zurücknehmen, wenn sie rechtswidrig ist, weil die Voraussetzungen des Anspruchs auf die fingierte Genehmigung nicht erfüllt sind. Das hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) am 7. November 2017 entschieden (Aktenzeichen B 1 KR 15/17 R und B 1 KR 24/17 R). Das BSG bestätigte damit eine Entscheidung des saarländischen Landessozialgerichts und hob ein anderslautendes Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen auf.

Betreuungskräfte in der Pflege

Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen ist infolge der Pflegereform auf rund 60 000 Betreuungskräfte gestiegen. Wie das Bundesministerium für Gesundheit berichtet, hat sich die Anzahl von rund 28 000 Ende 2013 bis heute somit mehr als verdoppelt. Im Durchschnitt stehen damit vier zusätzliche Betreuungskräfte je Pflegeeinrichtung zur Verfügung, die ausschließlich aus den Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden. Die Betreuungskräfte unterstützen die Arbeit der Pflegefachkräfte, indem sie mit Pflegebedürftigen zum Beispiel spazieren gehen, Bewegungsübungen machen, lesen und dadurch dazu beitragen, den Pflegealltag zu verbessern. Mit der Pflegereform wurde das Verhältnis von Betreuungskraft und Pflegebedürftigen von 1 zu 24 auf 1 zu 20 verbessert, zudem kommen Betreuungskräfte seitdem allen Pflegebedürftigen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz zugute.

Verhütung von Zahn-erkrankungen bei Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen, die Eingliederungshilfe erhalten, haben aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation einen gesonderten Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, so das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Das Gleiche gilt für Pflegebedürftige. Art und Umfang der Leistungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Oktober in der Erstfassung einer Richtlinie festgelegt. Demnach umfassen die Leistungen unter anderem die Erstellung eines Mundgesundheitsplans mit Empfehlungen zur zahngesunden Ernährung und Zahnhygiene, die umfassende Aufklärung, aber auch die Entfernung harter Zahnbeläge. Ziel ist es, die Mundgesundheit der Betroffenen zu verbessern und deren höheres Risiko für Karies- sowie Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen zu senken. Der Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 1. Juli 2018 in Kraft. Infos auch unter www.g-ba.de

DRG-Katalog stärkt Pflege im Krankenhaus

Für die Behandlung schwer pflegebedürftiger Patienten erhalten die Krankenhäuser künftig mehr Geld. Der für 2018 verbindliche Fallpauschalenkatalog (DRG-Katalog) für Krankenhäuser, der vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) im Oktober verabschiedet wurde, soll dem höheren Versorgungsaufwand für schwer pflegebedürftige Rechnung tragen. So können Krankenhäuser für Patienten mit höheren Pflegegraden (ab Pflegegrad 3 bei mindestens fünftägigem Aufenthalt) künftig eins von zwei Zusatzentgelten abrechnen.

Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung

Vor bestimmten planbaren medizinischen Eingriffen haben gesetzlich krankenversicherte Patienten einen Rechtsanspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung – so sieht es das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) vor. Details zu Umsetzung und Verfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im September in einer Richtlinie konkretisiert. Diese regelt unter anderem, was zur Zweitmeinung gehört, für welche planbaren Eingriffe sie möglich ist (zunächst Mandeloperationen und Gebärmutterentfernungen) und über welche besonderen Qualifikationen zweitmeinungsgebende Ärzte verfügen müssen. Entscheidend sei die ärztliche Unabhängigkeit von etwaigen wirtschaftlichen Interessen an der Durchführung des Eingriffs. Die Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Infos auch unter www.g-ba.de

Arzneimittel- verordnungsreport 2017

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel sind 2016 auf 38,5 Milliarden Euro angestiegen. Das geht aus dem im Oktober vorgelegten Arzneiverordnungs-Report 2017 hervor und entspricht einem Anstieg von 3,9% gegenüber dem Vorjahr. Die Anzahl der Verordnungen ist 2016 mit 2,1% dagegen geringer gewachsen als die Ausgaben. Demnach haben die Ärzte im vergangenen Jahr etwas mehr, vor allem aber teurere Arzneien verordnet. Prof. Dr. Ulrich Schwabe, Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports 2017, führt dies auf die überproportionale Kostensteigerung bei den patentgeschützten Wirkstoffen zurück.

Jahresbericht Endoprothesenregister

Der im Oktober veröffentlichte zweite Jahresbericht des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) informiert ausführlich über die Versorgung mit künstlichem Gelenkersatz im Jahr 2016. Im EPRD wurden im vergangenen Jahr Dokumentationen aus 673 Krankenhäusern ausgewertet und 245 000 Operationen registriert. Das entspricht etwa 56% aller in dem Jahr in Deutschland durchgeführten endoprothetischen Eingriffe an Knie und Hüfte. Der Einsatz von jährlich insgesamt mehr als 400 000 künstlichen Hüft- und Kniegelenken zählt zu den häufigsten Operationen, die hierzulande durchgeführt werden. Anhand der Registerdaten wurde erstmals untersucht, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk in den ersten zwei Jahren nach dem Ersteingriff gewechselt werden muss. Mit dem Ziel, Qualitätsprobleme bei Implantaten oder Versorgungsformen frühzeitig aufdecken zu können und vermeidbare Wechseloperationen zu reduzieren, arbeitet das EPRD gemeinsam mit anderen nationalen Registern daran, die Auswertungen immer weiter zu spezifizieren. Infos unter www.eprd

PEPP-Entgeltkatalog 2018

Ab 2018 wird der pauschalierende, tagesbezogene Entgeltkatalog für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-Entgeltkatalog 2018) verbindlich – darauf haben sich der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) verständigt. Der PEPP-Entgeltkatalog ist ein leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem, bei dem die Vergütung, anders als beim DRG-System, tagesbezogen erfolgt. Seit 2013 konnte der Entgelt-Katalog bereits optional von den Krankenhäusern angewendet werden. Ab 2018 wird die Anwendung für jedes psychiatrische und psychosomatische Krankenhaus bzw. jede Einrichtung mit entsprechender Fachabteilung verpflichtend. Bis Ende 2019 bleibt die Umsetzung budgetneutral.

Operationen im Krankenhaus

Bei 38% (7,1 Millionen) von knapp 19 Millionen stationären Krankenhauspatienten wurde 2016 eine Operation durchgeführt. Laut Statistischem Bundesamt ist der Anteil gegenüber dem Vorjahr gleichgeblieben. Gut die Hälfte derjenigen, die sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen mussten, waren 60 Jahre und älter. Zu den häufigsten Operationen dieser Altersgruppe zählten sogenannte »andere Operationen am Darm«, zum Beispiel das Lösen von Verwachsungen oder die Aufdehnung von Darmabschnitten. Danach folgten endoskopische Operationen an den Gallengängen und vor allem bei Frauen die Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk. Arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken wurden vor allem bei den 45- bis 59-Jährigen vorgenommen. Bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren waren Operationen im Zusammenhang mit Entbindungen am häufigsten. Bei Männern dieser Altersgruppe wurden vorrangig operative Eingriffe an der unteren Nasenmuschel vorgenommen. Bei Kindern bis 14 Jahre gehörten das Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle sowie die Entfernung der Rachenmandeln zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen.

Zuzahlungen für Medikamente

2,1 Milliarden Euro haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2016 an Selbstbeteiligung für Arzneimittel leisten müssen. Damit stiegen die Zuzahlungen in den vergangenen fünf Jahren um 300 Millionen Euro. Laut Informationen des Deutschen Apothekerverbandes gibt es aktuell für 5184 von 21 201 Medikamenten einen Rabattvertrag. Das entspricht einer Quote von 24,5%. Im Jahr 2008 waren noch 60% der rabattierten Arzneien zuzahlungsbefreit. Grund für diese Entwicklung sei die Senkung von Festbeträgen. Aufgrund neuer Rabattverträge haben die Kassen im Jahr 2016 rund 3,9 Milliarden Euro eingespart.

Krankheitskosten

Krankheiten in Deutschland haben im Jahr 2015 Kosten in Höhe von 338,2 Milliarden Euro verursacht. Das entspricht durchschnittlich 4140 Euro pro Kopf. Nach einer aktuellen Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes verursachen psychische Krankheiten inzwischen ähnlich hohe Kosten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Während die Krankheitskosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 46,4 Milliarden Euro betragen (13,7%), lagen die Kosten durch psychische und Verhaltensstörungen bei 44,4 Milliarden Euro (13,1%). Die dritthöchsten Kosten verursachten Krankheiten des Verdauungssystems. An vierter Stelle folgten Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Krankheitskostenrechnung schätzt die ökonomischen Folgen von Krankheiten für die deutsche Volkswirtschaft ab. Zu den Kosten zählen die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen Ausgaben.

**Adipositas:
Ursachen & Behandlungs-
konzepte**



Tendenz: zunehmend

Immer mehr Menschen sind viel zu dick. Die überzähligen Pfunde gehen zulasten der individuellen Gesundheit, verkürzen die Lebenserwartung und kosten die Solidargemeinschaft viel Geld. Sie wieder loszuwerden ist alles andere als leicht. Doch es gibt Strategien, um den fatalen Trend zum massenhaften Übergewicht umzukehren.

DIE DEUTSCHE BEVÖLKERUNG geht in die Breite, und das seit Jahren. Mittlerweile, so meldet das Robert Koch-Institut, sind etwa zwei Drittel der Männer (67%) und gut die Hälfte der Frauen (53%) in Deutschland übergewichtig. Etwa jeder vierte Erwachsene ist adipös, also stark übergewichtig. Allein zwischen 2003 und 2013 stieg der Anteil adipöser Menschen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland von 12,9 auf 15,7%. Das entspricht einem Zuwachs um 22%. Im internationalen Vergleich zählt Deutschland in Sachen Übergewicht zu den Spitzenreitern. In ihrem Jahresbericht 2015/2016 teilte die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mit, dass in 22 der seinerzeit 34 OECD-Mitgliedsstaaten mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung nach eigenen Angaben übergewichtig oder fettleibig war. Am höchsten war der Anteil adipöser Menschen an der Gesamtbevölkerung in den USA und Mexiko (über 32%), am niedrigsten in Japan und Korea (unter 5%). Deutschland lag mit einem Anteil von 23,6% deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 19%.

Zur Einschätzung des Gewichts wird meist der Body-Mass-Index (BMI) verwendet, der sich nach der einfachen Formel »Gewicht in Kilogramm geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat« errechnet. Nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Mensch mit einem BMI von 25 und höher übergewichtig. Bei einem BMI von 30 oder darüber sprechen Ärzte bei Erwachsenen von Adipositas, einer »über das Normalmaß hinausgehenden Zunahme des Körperfetts«, die beispielsweise die WHO als eigenständige Krankheit einstuft.

Massive gesundheitliche Folgen

Chronisches Übergewicht gilt inzwischen als das größte Krankheitsrisiko weltweit. Mit der Menge der überzähligen Pfunde steigt die Gefahr für diverse Begleit- und Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankun-

gen, Diabetes, Schlaganfall, Krebs und psychische Leiden. Zu diesem Schluss kommt auch das 2016 vom unabhängigen Forschungs- und Beratungsinstitut IGES herausgegebene Weißbuch *Adipositas*, das umfassende Daten zur Versorgungssituation in Deutschland ausgewertet hat. Demnach haben adipöse Menschen im Vergleich zu Normalgewichtigen ein bis zu zwölfmal höheres Risiko, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Das Risiko einer koronaren Herzkrankheit ist bei sehr dicken Männern doppelt, bei adipösen Frauen bis zu dreimal so hoch. Bestimmte Krebsarten treten bei stark Übergewichtigen häufiger auf, und sie haben ein höheres Risiko, frühzeitig zu sterben. Die Mitte September 2017 veröffentlichte aktuelle *Global Burden of Disease Study* benennt einen hohen Body-Mass-Index als den am schnellsten wachsenden Risikofaktor für Krankheiten und vorzeitige Todesfälle weltweit.

Übergewicht birgt Risiken für Begleiterkrankungen



All das schlägt sich auch in steigenden Gesundheitskosten nieder: Die direkten Ausgaben, die für die medizinische Versorgung im Zusammenhang mit Adipositas im deutschen Gesundheitswesen anfallen, belaufen sich auf etwa 8,6 Milliarden Euro pro Jahr, errechnete eine Forschergruppe aus Hamburg und Leipzig. Andere Berechnungen, die auch die für die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen erbrachten Leistungen mit einbeziehen, beziffern die direkten Kosten sogar auf rund 29,4 Milliarden Euro jährlich. Hinzu kommen volkswirtschaftliche Auswirkungen, etwa aufgrund vermehrter krankheitsbedingter Fehlzeiten und einer kürzeren Lebensdauer.

Vielfältige Ursachen

Übergewicht entsteht, wenn dem Körper über die Nahrung mehr Energie zugeführt wird, als er verbraucht. Die Hauptursachen sind eine zu energiereiche Ernährung in Kombination mit zu geringer körperlicher Aktivität. Die Wissenschaft geht aber davon aus, dass noch eine ganze Reihe weiterer Ursachen zum Entstehen einer Adipositas beitragen können. Dazu zählen unter anderem genetische Einflüsse und psychische Beeinträchtigungen, Stress, Medikamente, Schlafprobleme, hormonelle sowie Stoffwechselstörungen, aber auch äußere Faktoren wie die ständige Verfügbarkeit hochkalorischer Nahrungsmittel, etwa in Form von Fertiggerichten, Fastfood und zuckerhaltigen Getränken.

Therapieoptionen bei Adipositas

Gemäß der S3-Leitlinie zur »Prävention und Therapie der Adipositas« besteht die Basistherapie bei Erwachsenen in einer sogenannten multimodalen Behandlung, bei der ernährungs-, bewegungs- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen miteinander kombiniert werden. Bei diesen in der Regel langfristig angelegten Programmen sollen die Teilnehmer mit der Unterstützung von Ärzten, Ernährungsfachleuten, Sportexperten und Psychologen lernen, ihren Lebensstil – insbesondere das Bewegungs- und Essverhalten – schrittweise umzustellen. Ziel ist es, das Gewicht zu reduzieren und dauerhaft auf einem niedrigeren Niveau zu stabilisieren, um so den Gesundheitszustand zu verbessern. Dieses Basisprogramm kann in schweren Fällen um eine medikamentöse Behandlung ergänzt werden.

Daneben existieren verschiedene Operationstechniken zur Adipositasbehandlung. Diese werden in der Regel in Betracht gezogen, wenn eine konservative Therapie nicht anspricht und sich Folgeerkrankungen gravierend zu verschlimmern drohen. Bei diesen sogenannten bariatrischen Operationen wird zum Beispiel der Magen operativ verkleinert oder ein Stück des Dünndarms operativ entfernt. Die Kostenübernahme für eine solche Operation muss bei der Krankenkasse beantragt werden; in der Regel erstellt der Medizinische Dienst ein Gutachten, auf dessen Grundlage die Kasse entscheidet.

Ein solcher Eingriff führt meist zu einem raschen und umfangreichen Gewichtsverlust, ist aber auch mit Risiken verbunden: Die Sterberate bei operierten Patienten liegt in den ersten vier Jahren nach dem Eingriff um 7,7% höher als bei nicht operierten, heißt es im Krankenhausreport 2016

der BARMER, der sich dem Schwerpunktthema Adipositas widmete. Und auch durch eine bariatrische Operation kommt der Patient nicht um eine umfangreiche Umstellung des Lebensstils herum. Dazu gehören die lebenslange Einhaltung strikter Ernährungsregeln und regelmäßige Nachuntersuchungen. Laut Krankenhausreport lag die Zahl der bariatrischen Operationen in Deutschland 2014 bei 9225 Eingriffen und hatte sich damit gegenüber dem Jahr 2006 mehr als verfünffacht.

Neue Wege in der Prävention

Mit den bisherigen Präventionsbemühungen, die vor allem auf eine Verhaltensänderung des Individuums abzielen, ist es nicht gelungen, den Vormarsch der Adipositas zu stoppen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation WHO nun, bessere Rahmenbedingungen für ein gesünderes Verhalten zu schaffen. Solche Maßnahmen der Verhältnisprävention wären zum Beispiel eine höhere Besteuerung ungesunder Nahrungsmittel oder ein Verbot von Lebensmittelwerbung, die speziell auf Kinder zugeschnitten ist. Insbesondere sehr zuckerhaltige Lebensmittel stehen in letzter Zeit stark in der Kritik. Mediziner und Präventionsexperten warnen insbesondere vor dem »versteckten Zucker« in vielen Lebensmitteln, der bei der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spiele. In einer im November vorgestellten Studie der Universität Hamburg haben Forscher berechnet, dass durch eine Mehrwertsteuerbefreiung für Obst und Gemüse und eine gestaffelte Erhöhung dieser Steuer für ungesunde Lebensmittel der Anteil der stark übergewichtigen Menschen an der Bevölkerung um 10% gesenkt werden könnte.

Derzeit sieht es also so aus, als wäre der Kampf gegen die Epidemie des Übergewichts nur durch eine Kombination aus individueller Disziplin, therapeutischer Begleitung und gesamtgesellschaftlicher Anstrengung zu gewinnen.

Bessere Rahmenbedingungen für gesundes Verhalten



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

Abnehmen durch Operation – wie geht das?

Ob Magenband, Schlauchmagen oder Magenverkleinerung – das Abnehmen über einen chirurgischen Eingriff kann bei Menschen mit massivem Übergewicht eine erfolgreiche Langzeittherapie sein. Voraussetzung ist, dass sie beim richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt durchgeführt wird. Wann welche OP sinnvoll und was vorher und nachher zu bedenken ist – das erklärt Chirurgin Dr. Angelika Alfes.

BEI DER ENTSCHEIDUNG für oder gegen einen Eingriff helfen Kriterien, die in verschiedenen nationalen und internationalen Leitlinien formuliert sind. So kann eine bariatrische Operation bei Patienten mit einem BMI über 35 infrage kommen, wenn er an Begleiterkrankungen wie *Diabetes mellitus* Typ 2, Schlafapnoe oder arterieller Hypertonie leidet. Mög-

lich ist die OP auch, wenn die multimodale Therapie ausgeschöpft ist und der Patient trotzdem nicht abgenommen hat. Unabdingbar für den Erfolg eines Adipositas-chirurgischen Eingriffs

Adipositas-Chirurgie: Es gibt mehr als eine Methode

ist, dass der Patient dauerhaft seinen Lebensstil in Bezug auf Essverhalten und Bewegung unter Berücksichtigung möglicher körperlicher Einschränkungen verändert.

Chirurgische Eingriffe führen bereits bei einem Übergewicht von 30 bis 40 kg zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität durch Senkung des Körpergewichts und Verbesserung der Begleiterkrankungen. Je nach Operationsmethode liegt die durchschnittliche Abnahme des Übergewichtes zwischen 50 und 75%. Konservative Therapieansätze führen bestenfalls zu Gewichtsreduktionen von fünf bis zehn Kilogramm, die i. d. R. nicht längerfristig gehalten werden.

Unterschiedliche Verfahren

Adipositas-Operationen wurden bisher nach ihrer Hauptwirkung in restriktive und malabsorptive Verfahren unterschieden. Neue Erkenntnisse sprechen allerdings dafür, dass Mikrobiom, Gallensäuren und intestinale Hormone entscheidend die postoperativen (Gewichts-)Veränderungen beeinflussen. Bei den sogenannten restriktiven Verfahren wird die Nahrungsmenge, die jemand aufnehmen kann, eingeschränkt. Malabsorptive Verfahren verändern die enterale Nahrungsverwertung. Zudem gibt es Verfahren, bei denen



beides kombiniert wirkt. Alle diese Operationen werden heute in minimalinvasiver Technik vorgenommen.

Das Magenband ist ein restriktives Verfahren. Dabei wird das Magenband wie ein Gürtel unterhalb des Mageneingangs platziert. Der oberhalb liegende kleine Magenanteil erlaubt nur noch kleine Nahrungspartien. Über ein Portsystem kann das Band durch Injektion einer Flüssigkeit individuell in seinem Durchmesser verändert werden.

Beim Schlauchmagen, der ebenfalls zu den restriktiven Verfahren gehört, werden große Anteile des Magens entfernt. Es verbleibt ein schlauchförmiger Restmagen, was zu einer raschen Sättigung und verminderten Nahrungsaufnahme führt. Zusätzlich verringert sich das Hungergefühl u. a.

durch eine Reduzierung des *Peptidhormones Ghrelin*. Die reguläre Magen-Darm-Passage bleibt bei dieser Technik erhalten.

Bypassverfahren

Der Roux-Y-Magenbypass kombiniert den restriktiven und malabsorptiven Effekt. Neben einer Verkleinerung des Magens durch Bildung eines kleinen Magenpouches wird die Darmpassage durch eine Umleitung verkürzt. Der Pouch wird mit einer hochgezogenen Dünndarmschlinge verbunden, während das vom Restmagen herkommende Darmende weiter unten wieder angeschlossen wird. Durch diese Umgehung des Zwölffingerdarmes wird die hormonelle Regelung der Verdauung verändert. Mangelerscheinungen können unbehandelt eher auftreten als bei rein restriktiven Verfahren.

Der Omega-Loop-Bypass ist ein vorwiegend malabsorptives Verfahren. Auch hier wird die normale Nahrungspassage durch den Zwölffingerdarm umgangen. Nach Abtrennen eines schlauchförmigen Magenpouches wird dieser mit einer etwa 150 cm tiefer liegenden Dünndarmschlinge verbunden. Dadurch ergibt sich der Vorteil nur einer neuen Verbindung zwischen Magen und Dünndarm.

Magenbypass und Schlauchmagen werden bevorzugt

Und schließlich kann auch noch die sogenannte Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch – ebenfalls malabsorptiv – durchgeführt werden. Durch eine Magenverkleinerung und die Ausschaltung großer Teile des Dünndarms verbleibt nur noch eine kurze Strecke zur Nahrungsverwertung, was zu einer extremen Mangelverdauung führt. Da zudem die in Deutschland noch immer nicht finanzierte Nachsorge extrem aufwendig ist, wird diese Technik jedoch nur sehr selten angewandt.

Magenband nur in Ausnahmefällen

Die am häufigsten durchgeführten Verfahren sind mit je 40 bis 50% der Schlauchmagen und der Magenbypass (Y-Roux). Das Magenband wird nur noch in Ausnahmefällen eingesetzt. Der Omega-Loop-Bypass erfährt dagegen gegenwärtig eine rasante Verbreitung.

Weitere Möglichkeiten einer Gewichtsreduktion mittels Gastroplikatur, Endobarrier und Magenschrittmacher kommen nur unter Studienbedingungen in einigen Zentren zum Einsatz. Die Ergebnisse der chirurgischen Adipositas-Therapie werden zur Qualitätssicherung in zwei nationalen Datenbanken erfasst (AN-Institut, StuDoQ Register der DGAV).

Engmaschige Kontrollen und Nachsorge

Als Kehrseite einer operativen Therapie können Mangelerscheinungen oder Ernährungsprobleme (Diarrhoe, Unverträglichkeiten) mehr oder weniger ausgeprägt auftreten. Dementsprechend sind die Nachsorgeintervalle, Vitamin-

und Nährstoffempfehlungen sowie Laborkontrollen anzupassen. So werden im ersten Jahr aufgrund der ausgeprägten Veränderung mindestens vier Kontrollen empfohlen. Insbesondere nach Bypass-Operationen muss möglichen Eisen-

Adipositas-Chirurgie: Indikationen

Die folgenden Kriterien sind so in verschiedenen nationalen und internationalen Leitlinien formuliert:

- ▶ BMI > 40 ohne weitere Begleiterkrankungen
- ▶ BMI > 35 mit Begleiterkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2, Schlafapnoe, arterielle Hypertonie)
- ▶ Übergewicht seit mehr als drei Jahren
- ▶ Alter über 18 Jahre; bei über 65-Jährigen ist das biologische Alter entscheidend
- ▶ Ausgeschöpfte multimodale Therapie über mindestens 6 Monate (Ernährungsberatung, Bewegungstraining, bei psychiatrischer Indikation Verhaltenstherapie)
- ▶ Primäre Indikation bei fehlender Erfolgsaussicht weiterer konservativer Therapien
- ▶ Ausschluss oder erfolgreiche Behandlung von Sucht- oder schweren psychiatrischen Erkrankungen
- ▶ Ausreichende Einsicht in das Behandlungskonzept

und Vitaminmangelzuständen entgegengewirkt werden. Eine veränderte Resorption muss auch bei Medikamenten beachtet und kontrolliert werden. So können unter anderem Antidiabetika häufig schon sehr rasch durch den günstigen Stoffwechsel-Effekt, weshalb man auch von metabolischer Chirurgie spricht, reduziert werden. Im Rahmen der Nachsorge sollten neben der Gewichtsentwicklung vor allem Begleiterkrankungen, Ernährungsverhalten, Komplikationen sowie die Lebensqualität beurteilt werden.

Bei der Krankenkasse beantragen

In der Regel werden die Adipositas-Operationen in aktuell 54 zertifizierten Zentren durchgeführt. Für eine Zertifizierung müssen nach den Vorgaben der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Therapie (CAADIP) und der Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie (DGAV) entscheidende Erfolgskriterien wie Qualifikation der Operateure, interdisziplinäre Kooperation, adäquate Infrastruktur, Erfassung der Behandlungsqualität sowie die Nachsorge nachgewiesen werden. Alternativ kann die dafür erforderliche Struktur direkt dem Kostenträger angegeben werden, sollten die mindestens erforderlichen Eingriffszahlen noch nicht für die Zertifizierung ausreichen. Grundsätzlich ist möglich, dass Adipositas-Operationen von den Krankenkassen finanziert werden, wenn die Kriterien für die Indikation im Einzelfall erfüllt sind. Der Patient stellt dazu einen Antrag bei seiner Krankenkasse. In der Regel wird dann der MDK mit der Begutachtung beauftragt, in der die Voraussetzungen für die Kostenübernahme des Eingriffs geprüft werden. Aus klinischer Sicht ist zu fordern, dass die bariatrischen Operationen ohne Antrag durchgeführt werden können, wenn die Voraussetzungen entsprechend der Leitlinie vorliegen.

Vor dem Eingriff begutachtet in der Regel der MDK



Dr. Angelika Alfes ist Oberärztin in der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie am Klinikum Leverkusen und leitet dort das Adipositaszentrum. angelika.alfes@klinikum-lev.de

Adipositas­therapie – operativ versus konservativ?

Die Adipositaschirurgie ist seit vielen Jahren in Deutschland auf dem Vormarsch und für viele Betroffene das Mittel der Wahl. Die Frage »Operativ oder konservativ?« lässt sich korrekterweise nicht differenziert beantworten, da eine chirurgische Maßnahme stets auch eine konservative Maßnahme beinhaltet. Dennoch gibt es zahlreiche Argumente, die herangezogen werden sollten, um für jeden einzelnen Patienten die richtige Therapiewahl zu treffen.

EINE ZU HOHE Energiezufuhr und zu wenig Bewegung gelten als Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas. Dementsprechend ist eine Kombination von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (konservative Therapie) grundsätzlich erfolgversprechend und stellt immer die Basis für das Gewichtsmanagement dar. Ziel dieser konservativen Therapie ist eine Änderung des Lebensstils. Auch andere Therapieoptionen wie Formuladiät oder bariatrische Chirurgie werden stets in Kombination mit einer Lebensstiltherapie durchgeführt, da die Lebensstiländerung für ein nachhaltiges Gewichtsmanagement unabdingbar ist, egal mit welcher Methode anfänglich das Körpergewicht reduziert wird. Eine konservative Therapie ist somit für alle Stufen der Adipositas geeignet.

Die konservative Therapie

Bei der konservativen Behandlung werden in der Regel bis zu fünf Ernährungsberatungen im Rahmen einer Lebensstiltherapie nach §43 Sozialgesetzbuch V von den Krankenkassen bezuschusst, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den Kassen gibt. Auch multimodale kommerzielle Abnehmprogramme unterliegen der Einzelfallentscheidung. Die Bezuschussung durch die Krankenkassen erfolgt nach detaillierter Überprüfung. Diese Maßnahmen reichen bei weitem nicht aus, um eine anhaltende Gewichtssenkung zu erreichen. Dafür bedarf es vielmehr langfristiger Therapiekonzepte.

Eine alleinige Lebensstiltherapie, wie sie in verschiedenen (evidenzbasierten) Programmen (unter anderem »Ich nehme ab«, »Weight Watchers«) angeboten wird, führt nach zwölf Monaten zu einer moderaten Gewichtsreduktion von 5 bis 10% des Ausgangsgewichts. Langzeitdaten zufolge gelingt es nur wenigen Personen, ein reduziertes Körperge-

wicht über mehrere Jahre zu halten. Daten zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung etwa 30% der Menschen mit Adipositas einen 10%igen Gewichtsverlust über ein Jahr stabilisieren konnten, nur 12% konnten das reduzierte Gewicht über einen Zeitraum von fünf Jahren halten. Auch wenn die Gewichtsreduktion durch eine alleinige konservative Therapie­maßnahme nur moderat ist, so führt sie zu Stoffwechselförderungen (zum Beispiel Blutwerte) sowie einer Steigerung der Lebensqualität.

Operationen im Trend

Zunehmend mehr Personen mit krankhafter Adipositas und ihre behandelnden Ärzte ziehen die chirurgische Therapie als Mittel der Wahl bzw. Ultima Ratio in Betracht. Die Leitlinie »Prävention und Therapie der Adipositas« der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) sowie die Leitlinie »Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen« der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) benennen klare Indikationen für eine chirurgische Maßnahme zur Adipositas­therapie. Dafür stehen unterschiedliche OP-Verfahren (u. a. restriktiv und malabsorptiv) zur Verfügung (Details zu Leitlinien und op-Verfahren auf den Seiten 8 bis 9).

Das Ausmaß der Gewichtsreduktion durch eine chirurgische Maßnahme hängt vom OP-Verfahren ab. Ein adipositaschirurgischer Eingriff hat stets eine Ernährungsumstellung zur Folge.

Trotz ausgewogener Ernährung kommt es je nach OP-Verfahren bei vielen Personen zu einem Vitamin- und Mineralstoffmangel, so dass ein regelmäßiges Monitoring zum Beispiel durch Laborkontrollen und ggfs. eine Supplementierung von Nährstoffen notwendig sind. Die Nachsorge muss vor allem bei Personen mit bekannten präoperativen

psychischen Störungen und präoperativem selbstschädigendem Verhalten eine psychiatrische/psychologische Mitbetreuung einbeziehen. Zudem ist die psychologische Komponente wichtig, um postoperativ auftretende Essanfälle oder andere psychische Störungen zu erkennen und zu therapieren. Auch ist durch die psychische Nachbetreuung eine Verhaltenstherapie gewährleistet.

Die Nachsorge nach einem adipositaschirurgischen Eingriff ist entscheidend für den Langzeiterfolg. Studiendaten belegen, dass Patienten mit regelmäßiger postoperativer Nachsorge deutlich mehr Gewicht verlieren und weniger Komplikationen haben als solche, die keine Nachsorge erhalten. Die Nachsorge muss lebenslang beibehalten werden und setzt die Bereitschaft des Patienten zur Lebensstiländerung voraus.

In Deutschland existiert bisher keine einheitliche und strukturierte Nachsorge. Die meisten chirurgischen Adipositaszentren haben eigenständige Vor- und Nachsorgekonzepte etabliert, um den Betroffenen eine langfristige Betreuung zu sichern.

Therapien im Vergleich

Die konservative Therapie stellt die unverzichtbare Basistherapie dar, auch wenn sie nur zu einer moderaten Gewichtsreduktion führt. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion durch eine chirurgische Maßnahme hängt nicht zuletzt auch vom jeweiligen OP-Verfahren ab. Somit ist die chirurgische Therapie einer alleinigen Lebensstilmaßnahme im Hinblick auf die Änderung des Gewichts deutlich überlegen. Ebenso schneiden die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder das Absetzen der Medikation nach einer Adipositaschirurgie besser ab als nach einer alleinigen konservativen Therapie-maßnahme. Zusätzlich verbessert die Adipositaschirurgie die diabetische Stoffwechsellage und erhöht signifikant die Lebenserwartung.

Aus diesem Grunde wird in der Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen, die derzeit unter Federführung der DGAV erarbeitet wird, ein besonderes Augenmerk auf die metabolische Chirurgie gelegt sowie betont, dass das Ziel der Operation nicht eine alleinige Gewichtsreduktion ist, sondern auch Gesundheitszustand, Lebensqualität und Lebenserwartung verbessert werden sollen. Eine operative Methode müsse stets in ein multimodales Konzept eingebunden sein und erfordere eine lebenslange Nachsorge.

Kostenübernahme

Vor allem der Kostenübernahme für eine adipositaschirurgische Maßnahme durch die Krankenkassen geht meist ein langwieriger Begutachtungsprozess voraus. Beantragt ein Patient die Kostenübernahme für eine Adipositasoperation bei seiner Krankenkasse, so kann diese den MDK beauftragen zu prüfen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen dafür vorliegen. Diese finden sich in einem Begutach-

tungsleitfaden des MDK, der in der Vergangenheit zu Kontroversen zwischen Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen führte. Deshalb wurde die Entscheidung über eine Kostenübernahme nicht selten von einem Sozialgericht getroffen. Aus Sicht vieler Betroffener, Ärzte und Therapeuten gehen MDK bzw. Krankenkassen restriktiv bei der Genehmigung einer Adipositaschirurgie in Deutschland vor und sehen als Indiz dafür, dass überwiegend Personen ab einem Body-Mass-Index (BMI) von 50 kg/m² operiert werden. Auch die Kosten für die konservative Adipositasstherapie werden – so die Erfahrung von vielen Beteiligten – nur eingeschränkt von den Kassen übernommen. Die langfristige Nachsorge nach Adipositaschirurgie werde von den Kassen in der Regel nicht bezahlt.

Fazit

Ein erfolgreiches Gewichtsmanagement ist eine lebenslange Aufgabe. Dies ist wichtig, da es bei jeder Gewichtsreduktion zu einer Anpassung der Energiebilanz auf niedrigerem Niveau kommt. Jede betroffene Person muss die Energiezufuhr und den Energieverbrauch anpassen, um den gefürchteten Jo-Jo-Effekt zu vermeiden. Die chirurgische Therapie ist bei extremer Adipositas indiziert, vor allem wenn die konservative Therapie ausgeschöpft ist. Aber auch der Erfolg einer Adipositaschirurgie hängt von einer dauerhaften Lebensstiländerung ab.



Dr. rer. nat. Christina Holzapfel ist Ernährungswissenschaftlerin und wissenschaftliche Geschäftsführerin des Kompetenznetzes Adipositas, München. christina.holzapfel@tum.de



Prof. Dr. med. Hans Hauner ist Mediziner und leitet das Institut für Ernährungsmedizin am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München. hans.hauner@tum.de

Auf guter Grundlage

Für Menschen mit starkem Übergewicht / Adipositas übernimmt die Krankenkasse unter bestimmten Umständen die Kosten für eine Operation. Beantragt ein Versicherter eine solche OP, beauftragt die Kasse in der Regel den MDK zu prüfen, ob die notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind. Unterstützen soll dabei ein jetzt überarbeiteter Begutachtungsleitfaden.

»ADIPOSITAS-CHIRURGIE (Bariatrische Chirurgie und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen« heißt der im Oktober 2017 veröffentlichte Begutachtungsleitfaden, der die Version aus 2009 ablöst. Anlass für die Überarbeitung war die Aktualisierung der interdisziplinären S3-Leitlinie »Prävention und Therapie der Adipositas« im Jahr 2014. Unter Federführung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) haben die beteiligten Fachgesellschaften darin die Kriterien für Indikationen in der Adipositas-Chirurgie geändert. Die Tendenz geht dabei zu einem chirurgischen Eingriff bei niedrigerem BMI (Body-Mass-Index) als bisher, insbesondere bei Patienten mit *Diabetes mellitus*. Eine Operation soll ebenfalls bei Betroffenen mit einem hohen BMI von über 50 kg/m² indiziert sein, auch wenn die konservative Therapie nicht ausgeschöpft wurde (primäre Indikation).

Experten uneinig

»Nicht einig sind sich Chirurgen und Ernährungsmediziner vor allem bei der Frage nach der primären Indikation und bei der Einschätzung, ob Patienten mit therapierefraktärem *Diabetes mellitus* Typ 2 in Sonderfällen bereits bei niedrigem Adipositasgrad (I) operiert werden sollen«, erläutert PD Dr. Annegret Herrmann-Frank vom MDS. Die Spezialistin für Evidenzbasierte Medizin leitet die Sozialmedizinische Expertengruppe »Methoden- und Produktbewertungen« der MDK-Gemeinschaft (SEG 7) und hat die Arbeiten am neuen Begutachtungsleitfaden koordiniert. Herrmann-Frank ergänzt: »Für den Leitfaden haben wir internationale Leitlinien ausgewertet und ein aktuelles Gutachten des MDS berücksichtigt, in dem der Nutzen einer Operation im Vergleich zur konservativen Behandlung untersucht wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass der Nutzen der Adipositas-Chirurgie je nach Patientengruppe unterschiedlich bewertet werden muss.« (Zentrale Aussagen des Gutachtens siehe Kasten.)

OP als Ultima Ratio

Der Begutachtungsleitfaden basiert nach wie vor auf der zentralen Aussage, dass eine Adipositas-Operation das letzte Mittel (Ultima Ratio) im Kampf gegen Übergewicht und die damit verbundenen Begleiterkrankungen sein soll. »Für eine Abkehr von diesem Grundsatz gab es keine Belege aus hochwertigen Studien«, betont Herrmann-Frank. Eine Operation soll deshalb in der Regel nur für bestimmte Patientengruppen infrage kommen, wenn zuvor die konservativen Behandlungsmöglichkeiten erfolglos ausgeschöpft wurden.

Laut Begutachtungsleitfaden kann eine Adipositas-OP bei Patienten mit einem BMI von 35 bis 39,9 (Adipositas-Grad II), die an erheblichen Begleiterkrankungen leiden, und bei Patienten mit einem BMI über 40 (Adipositas-Grad III) in Betracht gezogen werden, wenn die konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. In Sonderfällen kann dies auch für Patienten mit einem BMI unter 30 (Adipositas-Grad I) gelten, die an einem *Diabetes mellitus* Typ 2 leiden, der mit den üblichen Mitteln nicht therapierbar ist. Da dazu keine Daten aus hochwertigen klinischen Studien gefunden wurden, handelt es sich, so der Begutachtungsleitfaden, allerdings um einen absoluten Ausnahmefall.

Eine OP kann auch bei Patienten gerechtfertigt sein, bei denen die Durchführung konservativer Maßnahmen aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen nicht gefordert werden kann oder keinen Erfolg verspricht, beispielsweise wenn der Betroffene nicht mehr mobilisierbar ist. Eine generelle Empfehlung zu einer unmittelbaren OP kann aus der Literatur nicht abgeleitet werden, so das Fazit des MDS-Gutachtens.



Elke Grünhagen ist Fachberaterin im Team Öffentlichkeitsarbeit beim MDS. e.gruenhagen@mds-ev.de

Worauf achten die MDK-Gutachter?

Beauftragt die Krankenkasse den MDK mit einer Stellungnahme, prüfen die Fachärzte des MDK zunächst, welchen Grad der Adipositas der Betroffene hat und ob bereits erhebliche Begleiterkrankungen vorliegen. Weiterhin müssen sie feststellen, ob die Adipositas durch eine Erkrankung verursacht wurde, die auf andere Weise zu behandeln ist, oder ob Kontraindikationen das geplante Operations-Verfahren ausschließen. Voraussetzung dafür ist, dass alle Befunde und Berichte aussagekräftig sind und dem MDK-Gutachter vollständig vorliegen. Zentraler Punkt der Begutachtung ist die Frage, ob die konservativen Maßnahmen erfolgreich ausgeschöpft sind. Gemeint ist die Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie mit dem Ziel, eine Änderung des Lebensstils zu erreichen. Experten sehen eine Adipositas-Therapie als erfolgreich an, wenn ein

Patient mit einem BMI zwischen 25 und 34,9 binnen 6 bis 12 Monaten mehr als 5% seines Ausgangsgewichts verliert. Wer einen BMI über 35 hat, sollte 10% seines Körpergewichts abnehmen.

Hat der Patient nachweislich versucht, seinen Lebensstil mit konservativen Maßnahmen zu ändern, waren diese Versuche nachvollziehbar erfolglos und scheint der Patient fähig zu sein, die direkt nach der OP notwendige Ernährungsumstellung lebenslang einhalten zu können, wird der MDK-Gutachter eine OP befürworten.

Bilanz

In den vergangenen drei Jahren wurden die Medizinischen Dienste in mehr als 37 000 Fällen von den Krankenkassen mit einer Stellungnahme zu einer geplanten Adipositas-Operation beauftragt. Zwischen 2014 und 2016 stieg die Zahl der Anfragen von ca. 11 000 auf 13 500. Das entspricht einer Steigerung von 23%, und es ist damit zu rechnen, dass die Anfragen weiter steigen. »Mit dem neuen Begutachtungsleitfaden, den wir im Team mit Mitgliedern der SEG 7, Mitarbeitern der MDK, des MDS und des Kompetenz-Centrums Psychiatrie und Psychotherapie erstellt haben, werden wir natürlich nicht das gesellschaftliche Problem Adipositas lösen. Aber wir bieten den Gutachtern eine fundierte Hilfestellung, um im Einzelfall eine patientenorientierte Empfehlung auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse geben zu können«, resümiert Annegret Herrmann-Frank.

Infos auch unter www.mds-ev.de



Zentrale Ergebnisse des MDS-Gutachtens zur Adipositas-Chirurgie

Das Gutachten »Adipositas-Chirurgie - Überprüfung und Bewertung der Evidenzlage« hat der Bereich Evidenzbasierte Medizin beim MDS im März 2017 erstellt und dafür systematisch nach randomisiert kontrollierten Studien (RCT) recherchiert, um Informationen zum Nutzen der Adipositas-Chirurgie bei Erwachsenen im Vergleich zu einer konservativen Behandlung zu erhalten.

Berücksichtigt wurden Veränderungen bei den Kriterien Gewicht / BMI, Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Schlafapnoe), Medikamenteneinnahme, Lebensqualität, schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (z. B. Komplikationen bei oder nach der OP, Notwendigkeit von Wiederholungs-OP, Mangelernährung) und Mortalität (Sterblichkeit). Ausgewertet wurden 14 Publikationen zu zehn relevanten Studien. Die meisten Studien berichten Daten von ein bis zwei Jahren nach Operation. Nur in zwei Studien wurden die Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren nachbeobachtet. Eine langfristige Nachbeobachtung von z. B. 10 Jahren gab es bei keiner Studie. Insofern fehlt die Basis, um den langfristigen Nutzen sowie den Schaden einer Adipositas-Operation beurteilen zu können. Wissenslücken gibt es insbesondere auch zu den Auswirkungen einer Operation auf Begleiterkrankungen, denn hier zu fehlen entweder Daten in den Studien oder sie sind methodisch nur bedingt belastbar.

Vor diesem Hintergrund kommt das Gutachten unter anderem zu folgendem Fazit:

- ▶ Generell ergeben sich bei Gewicht / BMI, Lebensqualität, Absetzen der Medikation kurzfristig (1-2 Jahre) und mittelfristig (3-5 Jahre) Hinweise / erste Hinweise auf einen Nutzen der Adipositas-Chirurgie gegenüber einer konservativen Therapie.
- ▶ Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 wird ein Rückgang des Diabetes und damit verbundener Begleiterkrankungen mittelfristig nur bedingt erreicht.
- ▶ Bei Patienten mit Schlafapnoe gibt es keine Hinweise auf einen Nutzen / Schaden.
- ▶ Für Patienten mit Adipositas Grad I liegt keine Evidenz aus randomisierten Studien vor.
- ▶ Bei Patienten mit Adipositas-Grad II und Grad III sollte die Adipositas-Chirurgie als letztes Mittel betrachtet werden, wenn die konservative Therapie ausgeschöpft ist.
- ▶ Gleiches gilt für Patienten mit einem BMI über 50 kg / m². Unter bestimmten Umständen kann auf die vollumfängliche konservative Behandlung verzichtet werden (z. B. bei Immobilität oder besonderer Schwere von Begleiterkrankungen).
- ▶ Generell sind die Vorteile einer Adipositas-Operation gegenüber den Nachteilen (verfahrensbedingte Komplikationen der Operation) für jeden Patienten individuell abzuwägen.

Dr. Kerstin Lipperheide MPH,
Bereich Evidenzbasierte Medizin beim MDS

Weniger Gewicht, mehr vom Leben

Die Zahl der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst stetig. Ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, zunehmender Medienkonsum, genetische Veranlagung und soziokulturelle Faktoren begünstigen diese Entwicklung. Das Adipositaszentrum Oberhausen therapiert seit 20 Jahren übergewichtige und adipöse Kinder – ein Beispiel von vielen.

700 GRAMM SIND es, die Lynn* in der vergangenen Woche abgenommen hat. Dabei hat sie weder übermäßig Sport gemacht noch hat sie gehungert. Vielmehr erzählt sie von einem Wochenende mit ihrer Freundin, davon, dass beide Probleme gewälzt hätten und kaum rausgekommen seien aus dem Kinderzimmer. Lynn ist 13. Sie ist die Jüngste von sechs Jugendlichen, die um einen großen Tisch sitzen und unter der Anleitung von Familientherapeutin Kornelia Klytta die vergangenen sieben Tage Revue passieren lassen. Offen und reflektiert berichten die zwei Mädchen und vier Jungen von ihrem Alltag. Tom, der Älteste ist 17, macht gerade den Führerschein und ärgert sich, dass er 600 Gramm zugenommen hat. Vielleicht sind Pizza und Cola schuld daran – er hat sich von seinen Freunden überreden lassen. Mario war in den Herbstferien in Asien: »Da gab es nur eklige, glibberige Sachen zu essen; ich hatte so schön abgenommen, aber jetzt hab ich alles wieder drauf und sogar 700 Gramm mehr.« Cems Bilanz dagegen kann sich sehen lassen – er bringt 800 Gramm weniger auf die Waage, war dafür aber auch viermal beim Sport.



Viele Kinder betroffen

So unterschiedlich die Jugendlichen sind, so sehr verfolgen sie doch alle das gleiche Ziel: Sie müssen abnehmen, weil sie übergewichtig sind und ihre Zucker- und Fettwerte entweder hart an der Grenze sind oder selbige längst überschritten haben. Und sie sind keinesfalls allein mit diesem Problem: Laut aktuellem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht KIGGS des Robert Koch-Instituts (RKI) sind knapp 17% der unter 17-Jährigen hierzulande übergewichtig, mehr als 6% sind adipös.

Gesundes Verhalten kann man lernen

Anders als bei Erwachsenen lässt sich die Berechnung des BMI bei Kindern nicht ohne weiteres übertragen. Bei Kindern und Jugendlichen im Wachstum wird die sogenannte Perzentile errechnet, in der aktuelle Größe, Gewicht, Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Ein Perzentil gibt an, wie viel Prozent Gleichaltriger gleichen Geschlechts einen geringeren BMI als das entsprechende Kind haben. Sind es mehr als 90%, gilt das Kind als übergewichtig. Sind es mehr als 97%, gilt es als adipös.

Ernährung, Verhalten, Bewegung

Das Programm, an dem die sechs übergewichtigen Jugendlichen teilnehmen, kombiniert wie viele andere Schulungsprogramme die Bereiche Ernährung, Bewegung und Verhalten und dauert ein ganzes Jahr: »Wir, das Team aus Arzt, Verhaltenstherapeut und Ernährungsberater, treffen uns einmal in der Woche eine Stunde lang mit den Kindern und ihren Eltern zur Verhaltens- und Ernährungsschulung und kontrollieren Gewicht, Blutdruck und Puls. Daneben gibt es zwei Stunden in der Woche Ausdauersport für die Kids, Hallensport und Schwimmen«, erklärt Internistin und

Ernährungsmedizinerin Dr. Annette Chen-Stute das Therapieprogramm T.O.M. für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren und Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren, das sie in Oberhausen umsetzt.

Während Lynn, Tom, Mario, Cem und die anderen gemeinsam mit der Familientherapeutin typische Verhaltensweisen einzuordnen versuchen, erklärt die Oecotrophologin Annika Stief im zweiten Gruppenraum fünf Müttern und einem Vater die unterschiedliche Zusammensetzung von Brotsorten. »Ist das Weizen, Hafer, Roggen oder Dinkel?«, fragt sie und zeigt Getreidesorten in kleinen Gläsern. Anschaulich erzählt sie, dass Weißbrot, Toast und normale Brötchen deutlich weniger Nährstoffe enthalten als vollwertige Körnerbrote – für den einen oder anderen eine völlig neue Erkenntnis. In der kommenden Woche wird getauscht – dann wechselt die Ernährungsexpertin zu den Kids und die Familientherapeutin zu den Eltern. Gesprächsbedarf gibt's genug. So erzählt eine Mutter, sie habe einen leeren Piz-zakarton versteckt im Kleiderschrank ihres Sohnes gefunden und erfolglos versucht, ihn zur Rede zu stellen.

Eltern als Vorbild

Annette Chen-Stute und ihr Team haben die Erfahrung gemacht: »Jugendliche in der Pubertät brauchen keinen erhobenen Zeigefinger, sie brauchen Verständnis, positive Verstärkung und Motivation. Für uns ist der Zeitpunkt günstig, um sie zu therapieren, denn in der Pubertät entwickelt sich das Gehirn weiter. Wird es herausgefordert, neue Wege zu gehen, zum Beispiel bei Ernährung und Bewegung, der Einstellung zur Umwelt, Familie, Gesundheit, sind die Aussichten auf Erfolg sehr gut. Wenn wir es schaffen, dass Essen für die Kids nicht mehr die oberste Priorität hat, sondern andere Dinge, die sie als Menschen ausmachen, dann ist das für uns schon ein gutes Ergebnis.«

Der Ansatz, nicht nur die Kinder, sondern auch deren Eltern zu schulen, ist für das Team in Oberhausen ganz wesentlich, denn: »Übergewicht bei Kindern ist in erster Linie ein Problem, das man den Eltern anlasten muss«, sagt Chen-Stute: »Eltern sind Vorbild – im Guten wie im Schlechten. Wird zu Hause jeden Tag literweise Cola getrunken und stehen die Gummibärchen immer selbstverständlich und griffbereit auf dem Tisch, hat das wenig mit verantwortungsbewusster Erziehung zu tun«, kritisiert sie und fügt hinzu: »Viele Mütter und Väter können weder richtig einkaufen noch richtig kochen. Viele haben auch keine Lust zu kochen, nehmen lieber vorgefertigtes Zeug. Statt Butterbrot, Obst, Gemüse für die Schule bekommen die Kinder Geld und kaufen sich dafür etwas Ungesundes.«

Mehr Medien, weniger Bewegung

Das Ernährungsverhalten hierzulande sei grottenschlecht und das ziehe sich durch alle gesellschaftlichen Schichten. »Kinder aus eher wohlhabenden Familien sind ständig ver-



Patientenschulungsprogramme

In Deutschland gibt es viele Patientenschulungsprogramme, mit denen übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche lernen sollen, gesünder zu leben, bewusster zu essen und sich mehr zu bewegen. Eine Evaluation der langfristigen Wirksamkeit und Erfolge dieser Schulungsprogramme steht noch aus. Die Verbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben – zuletzt aktualisiert im April 2015 – zusammen mit der Sozialmedizinischen Expertengruppe SEG 1 »Leistungsbeurteilung/ Teilhabe« der MDK-

Gemeinschaft »Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche« festgelegt. Darin werden inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse definiert. Grundlegende Anforderungen sind individuelle Zielvereinbarungen, Prävention und Umgang mit Rückfällen, Einbindung der Eltern und Schaffung sozialer Netzwerke außerhalb der Familie zur Minderung des Rückfallrisikos.

plant, gehen reiten, spielen Tennis, aber niemand hat ein offenes Ohr für ihre Probleme. Also beruhigen sie sich und ihre Sorgen mit Essen. Der Lehrer ist doof, die Arbeit war schlecht – da ess ich doch lieber ein süßes Teilchen.« Schwer adipöse Kinder hätten meist auch massive psychische Probleme, so Chen-Stute. Das sei oft ein Kreislauf – »von schlechter Ernährung zu Hause, ständiger Verfügbarkeit des Essens und der Erfahrung, dass Essen der Beruhigung dient. Die Kinder werden dick, werden gemobbt, und sie beruhigen sich wieder, indem sie essen.«

Mehr bewegen statt chillen und surfen.

Für viele Experten spielt auch der Medienkonsum bei der Entwicklung des Übergewichts eine zentrale Rolle. So seien Kinder und Jugendliche immer öfter online und immer weniger in Bewegung. Dazu passt, dass auch Sportvereine über fehlenden Nachwuchs klagen – oft als Resultat der Ganztagschule. Dabei, so bemängelt Chen-Stute, sei auch der Schulsport längst nicht immer und überall optimal. Viele Schulen müssten aufholen – besonders auch bei der Schulverpflegung.

Dorothee Buschhaus

*Alle Vornamen von der Redaktion geändert

Zuckerzoff: Die Politik muss handeln

Drei Viertel aller in Deutschland verkauften Lebensmittel enthalten Zucker. Dem Konsumenten wird es dabei nicht gerade leicht gemacht, zwischen gesunden und ungesunden Produkten zu unterscheiden. Verklausulierte Nährwertangaben, irreführende Werbung und fehlende Aufklärung führen dazu, dass die Deutschen noch immer viel zu viel Zucker zu sich nehmen.

FÜR DIE WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO), die selbst Studien zu diesem Thema veröffentlicht hat, steht fest: Der Zuckerkonsum ist mitverantwortlich dafür, dass die Menschen hierzulande immer dicker werden. In der Konsequenz können schwere Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verschiedene Krebsarten aus dem Übergewicht resultieren. Die WHO empfiehlt für

Deutschland als Entwicklungsland in Sachen Zucker

Erwachsene eine Tageshöchstmenge von 50 g Zucker. Noch besser sei es allerdings, den Zuckerverzehr auf unter 25 g zu senken, was sechs Teelöffeln Zucker pro Tag entspricht. Tatsächlich liegt der

deutsche Durchschnitt mit 90 g aber deutlich höher. Der Auffassung der Weltgesundheitsorganisation gegenüber steht die Zuckerlobby. Ihr Credo: Zucker macht weder dick noch krank. Stoisch vertritt sie den Standpunkt, dass eine Regulierung deshalb auch nicht nötig sei. Längst ist ein politischer Krieg entbrannt, mit Ärzten und Zuckergegnern auf der einen Seite und Lobbyverbänden der Zucker- und Lebensmittelindustrie auf der anderen Seite. Und während immer mehr Länder den Richtlinien der WHO nachkommen, steht Deutschland scheinbar hilflos zwischen den Fronten und verpasst den Anschluss.

Andere Staaten sind deutlich weiter

»In Sachen Zuckerreduktion ist Deutschland ein Entwicklungsland«, prangert Martin Litsch an. Der AOK-Vorstandschef fordert die schrittweise Reduzierung des weißen Gifts, und zwar mit verbindlich geregelten Zielen. Die reine Absichtserklärung, bis 2020 ein nationales Konzept zur Reduktion von Zucker, Salz und Fett in Fertignahrungsmitteln entwickeln zu wollen, ist einfach zu wenig, kritisiert Kai Kolpatzik, Abteilungsleiter Prävention beim AOK-Bundesverband, und wirft der Bundesregierung schlichtweg Tatenlosigkeit vor. »Passiert ist in den vergangenen zwei Jahren

fast nichts.« Während in Staaten wie Großbritannien, Mexiko und Ungarn etwa Steuern auf Softdrinks und Lebensmittel mit hohem Zuckergehalt erhoben werden, wird hierzulande gern auf die Selbstverpflichtung der Industrie oder die Konsumentensouveränität verwiesen. Aber das gewünschte Ergebnis konnte damit noch nicht erzielt werden. Eine offizielle Ampelkennzeichnung steht in Deutschland zum Beispiel immer noch aus. Schweden, Norwegen und Irland sowie zahlreiche andere Länder sind längst weiter, haben gar die Werbung für ungesunde Konsumartikel deutlich eingeschränkt, besonders im Radio- und TV-Kinderprogramm. Experten sind davon überzeugt, dass hierzulande der Gesetzgeber tätig werden muss, dass freiwillig vonseiten der Industrie fast gar nichts passiert. Sie wünschen sich eine breite Allianz gesellschaftlich relevanter Akteure, die klare Zielvorgaben macht und auch Druck ausübt. Darüber hinaus nehmen sie die Europäische Union in die Pflicht.

Erster Deutscher Zuckerreduktions-Gipfel

Einen ersten Schritt in Richtung einer solchen breiten Allianz stellt der Erste Deutsche Zuckerreduktionsgipfel dar, bei dem im Juni in Berlin Vertreter aus Medizin und Wissenschaft, Politik, Verbänden und Wirtschaft auf Einladung des AOK-Bundesverbandes über eine schrittweise Reduzierung des süßen Gifts diskutierten. Ein erklärter Feind: der versteckte Zucker, der sich hinter siebzig verschiedenen Begriffen wie *Glucose*, *Dextrose* oder *Fructose* verbirgt. Mediziner und Präventionsexperten haben diese Stoffe im Visier, wenn sie auf die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und zahlreiche Folgekrankheiten verweisen. Prof. Graham MacGregor von der *Action on Sugar*-Kampagne, die in Großbritannien mittels Forschung und Lobbyarbeit dem Zucker in Fertignahrungsmitteln den Kampf angesagt hat, macht deutlich: »Zucker ist die einzige Ursache für Karies, hat großen Anteil an Fett-

leibigkeit und ist Risikofaktor ersten Ranges für Typ-2-Diabetes. Es ist lächerlich, dass wir es der Industrie erlauben, unsere Kinder damit vollzustopfen.« In seinem Land habe bereits die Ankündigung der Strafsteuer erste Hersteller dazu bewogen, den Zuckergehalt in Getränken und Essen unter die erst ab 2018 geltenden Grenzwerte zu drücken. So gibt es etwa eine Zuckersteuer auf Getränke in zwei Schwellen, die bei 8 und bei 5g pro 100ml liegen. »Die meisten Hersteller lagen bei mehr als 8g, jetzt wollen sie unter 5g kommen«, erklärt MacGregor. Das bedeute eine Zuckerreduktion um fast 50%.

Vier Maßnahmen gegen Adipositas

Die *Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten* (DANK), ein Zusammenschluss von zwanzig wissenschaftlichen Organisationen, hat nun vier Maßnahmen erarbeitet, die bevölkerungsweit das Ernährungsverhalten positiv verändern können. Dazu zählt eine nach Gesundheitsaspekten gestaffelte Mehrwertsteuer für Lebensmittel. Ungesunde oder sehr ungesunde Lebensmittel sollten demnach mit 19% oder mehr besteuert werden, normale Lebensmittel mit 7%, Obst und Gemüse sehr wenig oder gar nicht. In vielen anderen Ländern gelten bereits derlei Besteuerungsmodelle. So ist in Kalifornien nach der Einführung einer speziellen Steuer der Softdrink-Absatz um 21% zurückgegangen. Auch Frankreich, Ungarn, Finnland und Mexiko haben Sondersteuern auf zuckerhaltige Getränke eingeführt. Unternehmen, so die Hoffnung, könnten von sich aus die Rezepturen von Fertigprodukten verbessern, um eine höhere Besteuerung zu umgehen.

Als zweite wirksame Maßnahme empfehlen die Wissenschaftler ein Verbot für an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel. Denn 90% der beworbenen Kinderlebensmittel sind nach WHO-Kriterien gesundheitsschädlich. Hinzu kommt die Einhaltung verbindlicher Standards für die Schulverpflegung. Bisher hat nur das Saarland die 2007 von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung herausgegebenen einheitlichen Standards eingeführt. Laut Bertelsmann-Stiftung wird in 75% der Kitas zu viel Fleisch serviert, aber nur in 12% ausreichend Obst. Lediglich in 19% aller Kitas steht ausreichend Rohkost auf dem Speiseplan. Darüber hinaus hält die DANK ausreichend Bewegung für unabdingbar. Täglich sollte mindestens eine Stunde Bewegung in Schulen und Kitas



auf dem Plan stehen, denn das fördert das körperliche und seelische Wohlbefinden der Kinder.

Alle sozialen Schichten erreichen

Diese Maßnahmen könnten ein wesentliches Problem ausmerzen: Es würden alle Menschen aus allen sozialen Schichten erreicht. Denn noch heute ist es so, dass Menschen, die einer niedrigeren Bildungsschicht entstammen, eher gefährdet sind, sich ungesund zu ernähren, sich weniger zu bewegen, übergewichtig zu werden und dadurch bedingt zu erkranken. »Die Kosten für die Solidargemeinschaft, verursacht durch Diabetes und ihre Folgeerkrankungen, belaufen sich jährlich auf rund 35 Milliarden Euro«, weiß Dr. Dietrich Garlichs, ehemaliger Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft und Beauftragter des Vorstands. Dem Beschwören der Konsumentensouveränität kann er nichts mehr abgewinnen: »Damit erreichen wir nur die ohnehin Gesundheitsbewussten.« Welche Relevanz der Zucker in der breiten Bevölkerung genießt, beweist ein aktueller Fall, der hohe Wellen geschlagen hat. Als bekannt wurde, dass Ferrero den Zuckeranteil in seiner Nuss-Nougat-Creme Nutella erhöht hat, kassierte das Unternehmen einen gigantischen Shitstorm in den sozialen Netzwerken. Nachahmer in der Nahrungsmittelindustrie dürften also vorgewarnt sein.

Doch haben die rieselnden Kristalle auch positive Seiten: Als Bestandteil von Schokolade lassen sie den Blutzuckerspiegel ansteigen und stimulieren das Belohnungszentrum im Gehirn, welches daraufhin den Wohlfühlstoff Dopamin ausschüttet. Schokolade macht glücklich, das weiß jeder. Selbst Gesundheits-Experten verteufeln den Zucker nicht pauschal. »Ein genereller Verzicht auf Zucker ist überhaupt nicht notwendig«, meint Hans-Georg Joost von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. »Er gehört zu unserer Lebensqualität dazu. Wir haben ihn nur überdosiert.«



Peter Büttner arbeitet als freier Journalist in Unna. briefkasten@buettner-pr.de

Mit neuen Erkenntnissen zu passgenauen Behandlungen

Für die betroffenen Patienten ist Krebs meist eine lebensbedrohende Erkrankung. Es existieren zahlreiche Behandlungsansätze, doch nicht alle sind erfolgversprechend. Das Kompetenz-Centrum Onkologie bewertet sie – immer mit Blick auf den Nutzen für die Patienten.

»DIE MEDIZIN HAT in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte auf dem Gebiet der Onkologie gemacht«, sagt Professor Dr. Axel Heyll. Der Leiter des Kompetenz-Centrums Onkologie des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der MDK-Gemeinschaft erklärt: »Insbesondere in der Entwicklung von Diagnoseverfahren, Arzneimitteln und Behandlungsmethoden sind wegweisende Veränderungen eingetreten. Durch die moderne Diagnostik ist es gelungen, Lungenkarzinome besser zu charakterisieren und zu unterscheiden. Für einige Krebsarten sind spezifische Medikamente entwickelt worden, die die Prognose der Patienten deutlich verbessern können. Manche Patienten können gut und gerne noch jahrelang damit leben.«

In Zahlen

Berechnungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zufolge leben derzeit rund vier Millionen Menschen in Deutschland, die schon einmal an Krebs erkrankt waren. Rund 500 000 Menschen erkranken pro Jahr neu an Krebs, etwa 220 000 Menschen sterben jedes Jahr daran. Fast jeder Zweite, so die Prognosen, wird im Verlauf seines Lebens an Krebs erkranken: 51% der Männer und 43% der Frauen. Die absolute Zahl der Neuerkrankungen hat sich seit Anfang der 1970er-Jahre in Deutschland nahezu verdoppelt, heißt es in dem vom RKI herausgegebenen »Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016«. Demnach waren Frauen im Mittel 67 Jahre alt, Männer 68, als sie erkrankten, und 74 beziehungsweise 72 Jahre alt, als sie starben. Die häufigste Krebsdiagnose bei Frauen war Brustkrebs und bei Männern Prostatakrebs. Beide Geschlechter zusammengenommen, sind Lungenkrebs und Dickdarmkrebs die häufigsten Diagnosen.

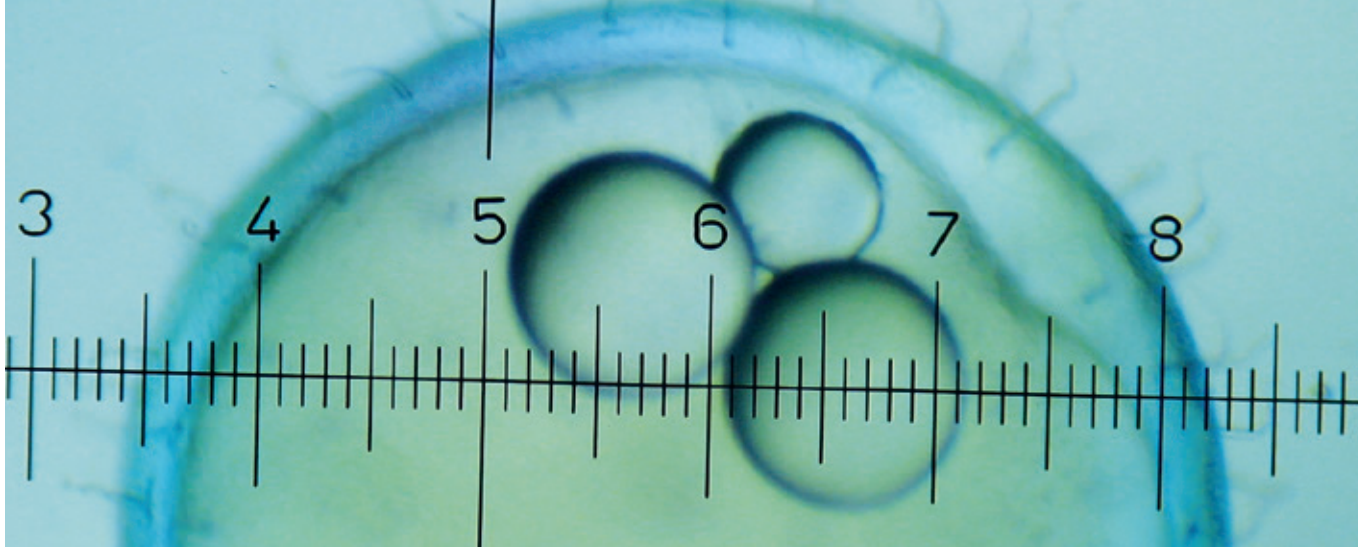
Jeder zweite könnte an Krebs erkranken

Weltweit werden Krebserkrankungen häufiger in wirtschaftlich stärkeren Regionen diagnostiziert. Nach Auffassung von Experten hängt dies nicht nur mit einer höheren Lebenserwartung zusammen, sondern auch mit dem Le-

bensstil und unterschiedlichen Entdeckungsquoten für bösartige Tumore. Auch innerhalb der EU unterscheiden sich die Neuerkrankungs- und Sterberaten teilweise erheblich. Nach Angaben des RKI liegt Deutschland im Mittelfeld.

Prognosen und Perspektiven

»Durch eine verbesserte Versorgung und neue Behandlungsoptionen wird sich Krebs immer mehr zu einer chronischen Erkrankung entwickeln«, prognostiziert Axel Heyll. »Dafür müssen die Patienten aber immer wieder Krebsbehandlungen auf sich nehmen.« Deshalb lautet für ihn die entscheidende Frage: »Wie strukturieren wir die onkologische Versorgung so, dass die Patienten davon profitieren und die Behandlungsmöglichkeiten nur in den Händen von wirklich kompetenten Spezialisten liegen?« Heyll plädiert nicht nur für eine Zentralisierung der Versorgung, sondern auch für die sogenannte erkenntnisgenerierende Versorgung. Heißt, jeder einzelne Fall sollte erfasst und ausgewertet werden, um einen schnellen Erkenntnisfortschritt zu erreichen: »Wenn ich hundert Krebspatienten habe, und es geht um eine Behandlung, die nur bei zweien wirkt, dann muss ich diese beiden schnellstens identifizieren können, um ihnen zu helfen, und kann den anderen 98 die Risiken und Belastungen einer Behandlung ersparen.« Auf diese Weise, so der 61-Jährige, ließen sich Behandlungsmethoden gezielt und effektiv für den Patienten einsetzen. Das setze jedoch voraus, dass die speziellen Therapien nur in onkologischen Fachabteilungen oder Schwerpunktpraxen mit enger interdisziplinärer Kooperation durchgeführt würden – für Heyll eine inzwischen unumkehrbar gewordene Entwicklung, die aber noch nicht abgeschlossen ist: »Wir haben Zahlen, die belegen, dass schon heute ca. 80% der Patientinnen mit Brustkrebs in Zentren behandelt werden, die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert worden sind.«



Von Vernetzung profitieren

Eine stärkere Vernetzung zwischen Hochschulkliniken, onkologischen Fachabteilungen und Schwerpunktpraxen ist aus Sicht des Kompetenz-Centrums Onkologie (KCO) eine wesentliche Voraussetzung, um entscheidende Erkenntnisse aus den Behandlungen zu gewinnen und damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. So hat das KCO zum Beispiel die Krankenkassen in NRW bei einem Vertrag mit dem Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs an der Uniklinik Köln beraten. Alle Patienten mit Lungenkrebs erhalten dort eine aufwendige molekulargenetische Diagnostik und danach einen individuellen Behandlungsvorschlag. Wenn möglich, wird auch die Empfehlung ausgesprochen, sich an einer Studie mit neuen Behandlungsoptionen zu beteiligen. Parallel werden die Daten zur Behandlung zentral gesammelt und ausgewertet.

Wissen teilen und vermitteln

Das 2000 gegründete, dem MDK Nordrhein organisatorisch angegliederte KCO ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-SV und der MDK-Gemeinschaft. Es unterstützt die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände bei Fragen zur Versorgung in der Onkologie. Das KCO berät den GKV-SV in den Gremien auf Bundesebene, zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Axel Heyll ist zudem Mitglied der »off label«-Expertengruppe Onkologie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), beteiligt.

Im Team mit 13 Mitarbeitern, darunter Ärztinnen und Ärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Strahlentherapie und Gynäkologie mit sozialmedizinischer Expertise und großer klinischer Erfahrung in der Betreuung onkologischer Patienten, kümmert sich das KCO um die sozialmedizinische Bewertung onkologischer Behandlungsmethoden und Medikamente. Im Auftrag der MDK-Gemeinschaft erstellen die Mediziner auch Gutachten zu ausgewählten Einzelfällen.

Das KCO steht im regelmäßigen Austausch mit den onkologischen MDK-Gutachtern: »Wenn wir uns zweimal im Jahr treffen, werden neue Therapien oder Studienergebnisse vorgestellt. Dabei geht es immer um zwei Aspekte: die optimale Behandlung für Patienten und die Frage, ob bei neuen Methoden und Medikamenten eine wissenschaftlich so gut ge-

sicherte Basis besteht, dass den gesetzlichen Krankenkassen eine Übernahme der Leistung empfohlen werden kann«, ergänzt Heyll und präzisiert: »Nehmen wir zum Beispiel ein Mittel, das für eine bestimmte Indikation, zum Beispiel Darmkrebs, zugelassen ist. Jetzt wird von der Arzneimittelbehörde geprüft, ob es auch für eine andere Indikation, etwa Lungenkrebs, zugelassen werden kann. Konnte in hochwertigen klinischen Studien gezeigt werden, dass dieses Mittel einen Überlebensvorteil für Patienten mit Lungenkrebs im Vergleich zur Standardtherapie bringt, können wir der Kasse auch vor der offiziellen Zulassung die Kostenübernahme im *Off-Label-Use* empfehlen. Im weiteren Verlauf sind dann für uns aber die Zulassungsentscheidung der Behörde und die Bewertung des Zusatznutzens durch den G-BA maßgeblich.«

Besser keine Empfehlung als eine, die schadet

Bei schweren aussichtslosen Fällen schaut sich das KCO gemeinsam mit den MDK-Kollegen genau an, ob es wenigstens Hinweise darauf gibt, dass etwas helfen kann, oder ob die Erkenntnislage so dünn ist, dass man keine Empfehlung geben kann.

Was bringt die Zukunft?

Neue onkologische Medikamente, aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik und neue Methoden der Strahlentherapie – die Experten des KCO geben ihr Wissen regelmäßig auch in Schulungen weiter, um die MDK-Gutachter und die Mitarbeiter der GKV bei der sozialmedizinischen Bewertung komplexer onkologischer Sachverhalte zu unterstützen.

Ob es gilt, Diskussionen anzustoßen, Impulse zu geben, Entwicklungen einzuschätzen – das KCO trägt dazu bei, Lösungen und Konzepte für eine zukunftsfähige patientenorientierte onkologische Versorgung zu entwickeln.

Dorothee Buschhaus

Weitere Infos auch unter www.kconkologie.de

Kommunale Gesundheitsförderung im Fokus

Geht es um Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen, aber auch in Senioren- und Freizeiteinrichtungen, spielen die Kommunen eine zentrale Rolle: Sie legen die Rahmenbedingungen fest und übernehmen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

DER NEUE PRÄVENTIONSBERICHT VON MDS UND GKV-SPITZENVERBAND WIDMET SICH IN DIESEM JAHR DEM SCHWERPUNKTHEMA KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION. BEREITS FÜR DIE KLEINEN SOLLTEN ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG WICHTIG SEIN: OB IN KITAS ODER SCHULEN – DAMIT DIE KIDS GESUND AUFWACHSEN, NICHT ÜBERGEWICHTIG ODER GAR ADIPOS WERDEN, SOLLTEN SIE ERMUTIGT WERDEN, SICH GESUND UND AUSGEWOGEN ZU ERNÄHREN UND SICH REGELMÄßIG ZU BEWEGEN. DABEI SIND DIE KOMMUNEN GEFORDERT, GESUNDHEITSFÖRDERLICHE RAHMENBEDINGUNGEN WIE ETWA AUSREICHENDE BEWEGUNGSMÖGLICHKEITEN ZU SCHAFFEN UND DAZU BEIZUTRAGEN, DASS AUCH SOZIAL BENACHTEILIGTE GEFÖRDERT WERDEN.

Prävention in der Praxis

Ein Beispiel von vielen: In Nordrhein-Westfalen setzen 120 Fachverbände, 160 hauptberufliche Mitarbeiter und 12 000 Sportvereine das Programm »NRW bewegt seine Kinder!« um und bringen so fünf Millionen Kinder in Bewegung. Teil des Programms ist das Gütesiegel »Anerkannter Bewegungskindergarten«, mit dem bislang über 800 Einrichtungen ausgezeichnet wurden; 300 davon sind außerdem »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung«. Gesundes Frühstück, gemeinsames Kochen, Bewegungsparcours – die Einrichtungen werden für ganz unterschiedliche regelmäßige Aktionen und Aktivitäten ausgezeichnet.

Die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, ist ein Schwerpunkt der 2016 von der Nationalen Präventionskonferenz beschlossenen bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben. Diese bilden die Grundlage für die Vereinbarungen auf Landesebene. Darin verständigen sich die Sozialversicherungsträger und die zuständigen Stellen in den Ländern auf

gemeinsame Grundsätze ihrer Zusammenarbeit. Mit dem Ziel, Ressourcen zu bündeln und Transparenz zu schaffen, soll dabei auch die Zusammenarbeit zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Kommunen weiterentwickelt und intensiviert werden.

Aktuelle Zahlen

Der aktuelle Präventionsbericht zeigt, dass die Krankenkassen zunehmend in die Gesundheitsförderung ihrer Versicherten investieren. Mit ihren Präventionsangeboten in Lebenswelten erreichten sie 2016 insgesamt 3,3 Mio. Menschen in 35 000 Settings. Im Vergleich zu 2015 bedeutet dies eine Steigerung von 31% (bei den erreichten Personen) bzw. 45% (bei den Lebenswelten). Dabei wurden über 600 000 Menschen in 530 Orten/Stadtteilen mit Programmen kommunaler Gesundheitsförderung erreicht.

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung konnten die Krankenkassen rund 1,4 Mio. Beschäftigte in 13 000 Betrieben direkt ansprechen. Dies sind 20% mehr Betriebe und 11% mehr Beschäftigte als 2015. Rund 14 000 Betriebe erreichten sie mit Aktivitäten zur Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung in überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen. In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention förderten die Krankenkassen rund 1,7 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen. Die Ausgaben für alle Bereiche lagen bei knapp 500 Mio. Euro, das entspricht 6,64 Euro je Versicherten. Der Betrag liegt damit bereits im ersten Jahr nach dem Präventionsgesetz schon fast an dem gesetzlich vorgesehenen Ausgabenziel.

Den Präventionsbericht 2017 und den dazugehörigen Tabellenband finden Sie im Internet unter www.mds-ev.de oder www.gkv-spitzenverband.de



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



Nadine Schempp ist Mitarbeiterin im Team Versorgungsberatung beim MDS. n.schempp@mds-ev.de

Qualitätsprüfungen werden erweitert

Ab 2018 übernehmen die Medizinischen Dienste zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Qualitätsprüfung von ambulanten Pflegediensten. Das betrifft Pflegedienste, die ausschließlich häusliche Krankenpflege und insbesondere außerklinische Intensivpflege anbieten – also Leistungen, die nicht von der Pflegeversicherung, sondern von der Krankenversicherung bezahlt werden.

JEDES JAHR PRÜFT der Medizinische Dienst die Qualität von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen. Dabei nimmt der MDK die Strukturen und die Arbeitsabläufe in den Einrichtungen unter die Lupe (Strukturqualität und Prozessqualität) und schaut sich an, welche Qualität beim Pflegebedürftigen ankommt (Ergebnisqualität). Geprüft werden alle Pflegeeinrichtungen, die mit den Pflegekassen einen Vertrag über die Versorgung von Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) abgeschlossen haben.

Erbringt ein Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung keine Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung, kann der MDK lediglich die Strukturqualität des Dienstes prüfen. Die Überprüfung der Qualität der pflegerischen Leistungen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung muss in diesen Fällen außen vor bleiben, obwohl der Pflegedienst Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringt. Zur häuslichen Krankenpflege gehört zum Beispiel die Wundversorgung, die Medikamentengabe, das Insulin-Spritzen oder auch die außerklinische Intensivpflege, etwa bei Patienten, die künstlich beatmet werden.

Neu ab 1. Januar 2018

Ab 1. Januar 2018 werden bei der Qualitätsprüfung auch Personen berücksichtigt, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten. Ist in der regulären Personenstichprobe keine Person dabei, bei der aufwendigere Leistungen der häuslichen Krankenpflege (z. B. eine Wundversorgung) erbracht werden, wird die Stichprobe so erweitert, dass die Qualität entsprechender Leistungen geprüft werden kann. Dabei können dann auch Personen einbezogen werden, die nur häusliche Krankenpflege erhalten. Erbringt ein Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege, beinhaltet die gesamte Stichprobe Personen, für die die Krankenkasse Leistungen finanziert. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung

der außerklinischen Intensivpflege umfassen die Pflegequalitätsprüfungen ab Januar auch diese Leistungen.

Auch die Qualität und die Abrechnungen der bundesweit rund 200 bis 300 Pflegedienste, die sich auf außerklinische Intensivpflege spezialisiert und keinen Versorgungsvertrag für die Pflegeversicherung haben, werden ab 2018 jährlich vom MDK geprüft. Rechtlich wird dies über eine Ergänzung in §275b SGB V ermöglicht. Auftraggeber für diese Prüfungen sind die Landesverbände der Krankenkassen. Außerdem können ab Januar Pflegedienste, die mit den Kassen einen Versorgungsvertrag über häusliche Krankenpflege haben, anlassbezogen auf der Grundlage des §275b SGB V geprüft werden. Den Auftrag dazu erteilen die Landesverbände der Krankenkassen oder die einzelnen Krankenkassen. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, stimmen sich die Kranken- und Pflegekassen ab.

Prüfgrundlagen für die Prüfungen bilden die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des GKV-Spitzenverbandes und eine neue QPR für häusliche Krankenpflege (QPR-HKP), die beide unter Beteiligung von MDK und MDS erarbeitet worden sind.

Weitreichende Reform

Die Änderungen sind ein Zwischenschritt auf dem Weg zu einer weitreichenden Reform, mit der insbesondere der mangelnden Aussagekraft der bisherigen Transparenzberichte über die Qualität in der Pflege begegnet werden soll. Es wird damit gerechnet, dass das neue System für die stationäre Pflege im Jahr 2019 an den Start geht, das neue System für die ambulante Pflege wird voraussichtlich ab 2020 umgesetzt.



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

Im Mittelpunkt steht der Mensch, nicht das Häkchen

»Wir würden ja gerne mehr Zeit für eine individuelle Pflege und Betreuung haben, aber wir müssen so viel dokumentieren«, so klagten Pflegeeinrichtungen über viele Jahre hinweg. Mit dem Projekt www.ein-step.de sollte dem gegengesteuert werden. Unter der Leitung von Elisabeth Beikirch, ehemalige Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im BMG, wurden alle Akteure an einen Tisch geholt, um eine verschlankte Dokumentation zu erarbeiten. Die bundesweite Implementierungsstrategie ist nun abgeschlossen. Eine Bilanz.

forum Frau Beikirch, weniger Bürokratie, mehr Zeit für Pflege – hat Ein-STEP sein Ziel erreicht?

Elisabeth Beikirch Ja, und zwar im vollen Umfang: Jede zweite von bundesweit über 11 500 Pflegeeinrichtungen hat inzwischen ihre Dokumentationspraxis auf den Prüfstand gestellt und auf das notwendige Maß zurückgeführt und zwar ohne fachliche und rechtliche Standards zu vernachlässigen. Dass sich so viele Pflegeeinrichtungen auf diese grundlegende inhaltliche und organisatorische Veränderung eingelassen haben, zeigt, wie groß

der Druck zur Entbürokratisierung bei der Pflegedokumentation war. Es war allerhöchste Zeit für einen Paradigmenwechsel.

forum Kurz zurückgeblickt – wie war denn die Situation damals?

Beikirch Die Pflegedokumentation war in Art und Umfang aus dem Ruder gelaufen. Dies hatte verschiedene externe und interne inhaltliche, juristische und strukturelle Ursachen. Der eigentliche Zweck der Dokumentation, nämlich den Pflegeprozess zu steuern und tagesaktuell einen Überblick für alle, die an der Pflege und Betreuung beteiligt sind, zu

schaffen, war kaum mehr erkennbar. Zwischen den Einrichtungs- und Kostenträgern hatte sich parallel ein Klima von Misstrauen und Schuldzuweisungen bezüglich überbordender Dokumentationsanforderungen entwickelt. Die Medizinischen Dienste und Heimaufsichten der Länder gerieten in den Fokus und wurden dafür mitverantwortlich gemacht. Hierbei spielten vielfältige Vorgaben des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der Qualität und Entscheidungen im Zuge der Föderalismusreform indirekt eine große Rolle. Die Pflegenden fühlten sich vielfach fremdbestimmt, in ihrem fachlichen Wissen und Können nicht anerkannt und sahen sich einer sinnentleerten Dokumentationspraxis ausgesetzt. Die Pflegedokumentation war der Motivationskiller Nummer eins in der Langzeitpflege. Mich hat damals sehr beschäftigt, wie das Pflegemanagement in eine Situation geraten konnte, die nur noch auf Reaktion ausgerichtet war. Angesichts des ohnehin angespannten Pflegealltags waren das bedrückende Erkenntnisse, die eine umfassende und mit den Verbänden abgestimmte Reaktion auf Bundes- und Landesebene im politischen Raum erforderte. Und das hat sehr gut funktioniert. Die Kolleginnen und Kollegen aus den Einrichtungen haben die Idee des Strukturmodells aus fachlicher Überzeugung mit Engagement aufgegriffen und so den eigenen Weg der Entbürokratisierung – trotz



Elisabeth Beikirch

aller Anstrengungen – erfolgreich voran gebracht.

forum Wie konnten Unsicherheit und Angst abgebaut werden?

Beikirch Das ging nur, weil sich alle Beteiligten mit der Politik auf ein bundeseinheitliches Vorgehen und ein gemeinsames Schulungskonzept verständigt haben. Jeder hat dafür seinen Beitrag geleistet. Das war nicht selbstverständlich, vor allem wenn man bedenkt, dass das strategisch aufgebaut und in der Praxis umgesetzt wurde, als die zentralen Akteure durch die Vorbereitung und Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze bereits sehr gefordert waren. Die Medizinischen Dienste haben sich 2015 sehr engagiert und Ressourcen für die Schulung der Prüfteams und die Mitarbeit in den Gremien geschaffen. Für die ausdauernde Unterstützung auf dem langen gemeinsamen Weg danke ich allen herzlich. Ich hoffe, dass es für die kommende Phase der Verstetigung ebenso konstruktiv weiterläuft. Ein weiterer wichtiger Faktor war das Zusammenspiel mit der Politik. Zum einen gab es die Initiative des damaligen Pflegebevollmächtigten mit 15 zentralen Veranstaltungen, in denen für das Strukturmodell geworben wurde, zum anderen wurden bundesweit 1600 Multiplikatoren aus Verbänden und Prüfinstanzen geschult. Auf dieser Grundlage konnte Vertrauen wieder schrittweise zurückgewonnen werden.

forum Das Strukturmodell ist weit mehr als eine verschlankte Dokumentation. Am Anfang steht das Miteinandersprechen, warum?

Beikirch Mehr Zeit für Pflege, der pflegebedürftige Mensch im Mittelpunkt des Handelns und die Stärkung der Fachlichkeit der Pflegenden – darum geht es bei Umsetzung des Strukturmodells. Von vornherein ging es um viel mehr als um die bloße Einführung eines neuen Dokumentationsverfahrens. Es werden mittels der *Strukturierten Informationssammlung (sis®)* Informationen gesammelt, indem die Pflegefachkraft den pflegebedürftigen Menschen ermuntert, zunächst zur Situation aus seiner Sicht zu sprechen. Der Pflegenden fragt, wie der Pflegebedürftige seine gesundheitliche und soziale Situation einschätzt, welche Wünsche und Bedürfnisse er hat und wo er seinen Unterstützungsbedarf sieht. Es werden keine Häkchen gesetzt, sondern im Freitext Informationen aus dem Gespräch festgehalten.

forum Und welche Rolle spielt dabei die Pflegefachkraft?

Beikirch Die Pflegefachkraft gibt ihre Einschätzung aus pflegefachlicher Sicht ebenfalls in der *sis®* ab. Das umfasst den Pflege-

und Betreuungsbedarf ebenso wie die Einschätzung von Risiken. Im weiteren Prozess wird dann aus diesen Informationen der individuelle Maßnahmenplan erstellt. Im Berichtblatt werden dann nur noch Abweichungen und tagesaktuelle Ereignisse festgehalten. Schließlich erfolgt individuell ausgerichtet die Evaluation des Pflegeprozesses. Allein schon der Einstieg in den Pflegeprozess mit dem Konzept der *sis®* ist auf die Person zentriert und teilhabeorientiert. Das entspricht auch dem fachlichen Selbstverständnis der Pflegenden. Und es verlangt Empathie, Einfühlungsvermögen und aktives Zuhören von den Pflegenden sowie das Einlassen auf einen gemeinsamen Aushandlungsprozess für die Gestaltung der Versorgung. Wenn sich eine Einrichtung für das Strukturmodell entscheidet, dann ist das eine ziemliche Herausforderung, die Motivation von den Pflegenden und die Bereitstellung von Ressourcen durch das Pflege- und Qualitätsmanagement erfordert. Das Modell verlangt auch gute Vorbereitung und Transparenz im Vorgehen.

forum Was hat die Entbürokratisierung mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu tun?

Beikirch Bei der Entwicklung des Strukturmodells sind wir davon ausgegangen, dass der konzeptionelle Vorschlag zur Entbürokratisierung auch den Paradigmenwechsel in der Pflege unterstützen sollte. Es gibt Unterschiede, aber auch Zusammenhänge zwischen Strukturmodell und neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie dem Begutachtungsinstrument. Die Konzeption des Strukturmodells unterstützt das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Damit ist gemeint, dass die Aufmerksamkeit auf die Person in ihrer Gesamtheit ausgerichtet ist und nicht nur auf die gesundheitlichen oder mit Pflegebedürftigkeit korrespondierenden Einschränkungen. In der praktischen Umsetzung bedeutet das, dass eine Einrichtung unter Umständen auch ihre Organisationsabläufe überprüfen und neu ausrichten muss.

forum Welche Rolle spielte der MDK bei der Entwicklung und Umsetzung?

Beikirch Die Eindrücke aus den Prüfungen vor Ort und der Beratungsansatz der MDK spielten und spielen immer noch eine sehr große Rolle. Ein Ziel der Implementierungsstrategie war, dass die Atmosphäre zwischen den Prüfteams und den Pflegeeinrichtungen bei den Qualitätsprüfungen von einem konstruktiven und fachlich kollegialen Dialog geprägt sind. An der weitestgehend positiven Bilanz sind ganz maßgeblich die Prüfteams der Medizinischen Dienste beteiligt. Es bleibt ein Phänomen, dass Pflegefachkräfte auch

heute bei Prüfereignissen fragen: Ist das denn jetzt richtig dokumentiert, und was sagen MDK und Heimaufsicht dazu, anstatt das eigene Vorgehen fachlich vorzustellen und zu begründen. Das zeigt, wie viel bei der Verstetigung des Strukturmodells noch zu tun ist. Deshalb ist wichtig, dass die Kooperationsgremien auf Landesebene sich weiterhin regelmäßig treffen und den Prozess begleiten.

forum Wie geht es weiter? Wohin können sich Einrichtungen und Pflegefachkräfte in Zukunft wenden, wenn sie das Strukturmodell anwenden wollen?

Beikirch Das System der Multiplikatoren und die Angebote zur Schulung und Begleitung bei den Landesverbänden bleiben. Die freigemeinnützigen und die privaten Verbände auf Bundesebene übernehmen im Wechsel die zentrale Steuerung von Ein-STEP und stellen Erreichbarkeit per Mail und Telefon sicher. Auf der Homepage Ein-STEP, die von den Verbänden als Kommunikationsplattform übernommen wurde, können weiterhin alle bisher erarbeiteten Formulare und bald auch die überarbeiteten Schulungsunterlagen mit den integrierten Leitfäden zur Tages- und Kurzzeitpflege heruntergeladen werden. Und zu guter Letzt: Die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, hat die Schirmherrschaft über das Lenkungsgremium auf Bundesebene übernommen. Das ist eine wichtige Entscheidung mit Signalwirkung an die Pflegeeinrichtungen: Der weitere Prozess bleibt im Blickfeld der Politik.

Das Interview führte Michaela Gehms.

Wenn der Schlag junge Menschen trifft

Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist der Schlaganfall die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Und die Konsequenzen der Erkrankung sind gravierend: Fast die Hälfte der Patienten leidet an Folgeschäden wie Lähmungen oder Sprachstörungen und ist dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen. In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Erkrankung besonders bei jungen Menschen zu beobachten.

ALS KATHARINA REBER morgens aufwacht und in ihr Schlafzimmer blickt, sieht sie Schrank, Kommode, den gesamten Raum doppelt. »Kurzfristig dachte ich sogar daran, dass etwas mit meinem Kopf nicht stimmte. Aber ich hatte keinerlei Lähmungen, nur Schwindel und Übelkeit«, berichtet die Mitvierzigerin. »In meinem Alter denkt man doch nicht an einen Schlaganfall!« So beginnt sie den Tag wie immer, frühstückt mit ihrem Sohn und wartet, bis er zur Schule aufgebrochen ist. Dann geht sie zu ihrer Hausärztin und setzt sich ins Wartezimmer. Die Hausärztin untersucht Katharina Reber kurz

Symptome werden oft erst spät erkannt

und drückt ihr dann zur weiteren Abklärung eine Überweisung für die neurologische Notfallambulanz in die Hand. Reber nimmt sich ein Taxi, fährt in die Uniklinik und sitzt für zwei weitere

Stunden im Warteraum der neurologischen Ambulanz. Erst am frühen Nachmittag kommt Katharina Reber an die Reihe. Danach geht alles sehr schnell. Nach der Computertomographie steht die Diagnose fest: Schlaganfall. Es ist ein sogenannter Hirninfarkt, hervorgerufen durch ein kleines Blutgerinnsel in einer der Hirnarterien. Katharina Reber wird sofort auf eine Stroke Unit verlegt.

Beschwerden ernstnehmen

Der Schlaganfall ist ein medizinischer Notfall. Jeder Patient mit der Verdachtsdiagnose Schlaganfall soll so schnell wie möglich in eine geeignete Klinik gebracht werden, am besten in eine *Stroke Unit*, eine Abteilung also, die auf die Behandlung von Schlaganfällen spezialisiert ist. Die Geschichte, die Katharina Reber erlebt hat, ist nicht selten bei jüngeren Menschen mit einem Schlaganfall. »Häufig werden die Symptome bei jüngeren Patienten nicht sofort erkannt«, berichtet Dr. Alexander Loevenich, Facharzt für Neurologie und

Leiter des Fachbereichs Neurologie beim MDK Nordrhein. »Die Betroffenen und ihre Angehörigen kommen nicht auf die Idee, dass die Beschwerden auf einen Schlaganfall zurückzuführen sein könnten. In der Klinik oder Praxis kann es dann leider zu diagnostischen Umwegen kommen. Ein typischer Schlaganfall-Patient ist zumeist älter und hat bereits mehrere Vorerkrankungen. Je jünger die Patienten, desto größer ist die Gefahr, dass nicht an die Diagnose Schlaganfall gedacht wird.« Dabei ist der sogenannte juvenile Schlaganfall gar nicht so selten.

Typische Risiken steigen

Rund 260 000 Menschen erleiden in Deutschland jährlich einen Schlaganfall. 15% der Patienten sind jünger als 55 Jahre. Ist die Erkrankung in der Bevölkerung insgesamt leicht rückläufig, so zeigt sich jedoch gerade bei jüngeren Menschen eine Zunahme. In den USA nehmen die Schlaganfälle bei Jüngeren seit 1995 kontinuierlich zu, bei den 35- bis 44-jährigen Männern sogar um 41,5%, bei Frauen immerhin noch um 30%. Ähnliche Zahlen sind auch für Deutschland zu vermuten. Ein Grund dafür ist wahrscheinlich der Anstieg der typischen Risiken für arteriosklerotische Gefäßschädigungen. »Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Bluthochdruck sind klassische Risikofaktoren für einen Schlaganfall, die inzwischen auch immer häufiger bei den jüngeren Patienten zu finden sind«, so Loevenich. Das Spektrum an Ursachen für einen Schlaganfall ist in der Altersgruppe der 18- bis 55-Jährigen grundsätzlich größer. Hier sind zum Beispiel häufiger sogenannte Gefäßdissektionen zu beobachten, also Schädigungen der arteriellen Gefäßwände. Herzfehler oder erbliche Erkrankungen können ebenso eine Ursache sein. »Es gibt aber auch einen nicht unbeachtlichen Teil an Schlaganfallpatienten, bei denen der Grund



für die Erkrankung ungeklärt bleibt« erklärt Loevenich. So ist es auch bei Katharina Reber. Die Ursache für das winzige Blutgerinnsel, das den Schlaganfall ausgelöst hat, wird trotz zahlreicher Untersuchungen nicht gefunden.

Zeitfaktor entscheidet

Sind die Ursachen vielleicht unterschiedlich, so ist die Akutbehandlung zwischen den Altersgruppen in vielen Fällen gleich. Zwei Therapien – die sogenannte Lysetherapie und die Thrombektomie – erzielen bei Patienten mit Hirninfarkt die beste Wirkung. Bei der Lyse wird das Blutgerinnsel in der Hirnarterie durch ein Medikament aufgelöst. Bei der Thrombektomie entfernen Neuroradiologen das Blutgerinnsel mechanisch aus der Hirnarterie mittels eines sehr kleinen Katheters.

»Der entscheidende Faktor für die Behandlung eines Schlaganfalls ist die Zeit. Je früher die Therapie begonnen wird, umso erfolgreicher ist sie«, erläutert Loevenich. »Für die Lysetherapie steht zum Beispiel nur ein Zeitfenster von wenigen Stunden nach Beginn der Symptome zur Verfügung. Danach kommt die Behandlung für die meisten Patienten zu spät. Die Thrombektomie ist eine sehr effektive Therapie, doch auch sie muss so schnell wie möglich durchgeführt werden und sie kommt bisher nur bei einem kleineren Teil der Betroffenen infrage.«

Bei Katharina Reber können die beiden Therapieoptionen nicht mehr angewendet werden. Auf der Stroke Unit werden Blutdruck, Herzfrequenz und andere wesentliche Parameter engmaschig überwacht. Sie wird mit Medikamenten eingestellt und erhält frühzeitig Physiotherapie. Doppelbilder und Schwindel sind nach kurzer Zeit fast verschwunden. »Es ging mir schon viel besser. Meine Planung war, noch ein paar Tage Krankenhaus, eine ambulante Reha und in vier Wochen sitze ich wieder im Büro«, erinnert sich Reber. Doch es sollte anders kommen. Nach acht Tagen wird sie aus dem Krankenhaus entlassen. Doch zu Hause merkt sie, dass doch nicht alles in Ordnung ist. Alltägliches wie Einkaufen, Waschen oder Kochen wird für Katharina Reber plötzlich zur Belastung. »Ich war abgeschlagen und musste mich immer wieder hinlegen, so etwas kannte ich bisher nicht«, sagt sie. Vor allem machen ihr Aufmerksamkeitsstörungen zu schaffen, die sie erst nach und nach bemerkt. »Ich konnte nicht mehr konzentriert einen längeren Text lesen.«

Oft bleiben Beeinträchtigungen

»Trotz guter akuter Therapiemöglichkeiten bleiben nach einem Schlaganfall häufig langwierige Beeinträchtigungen zurück«, berichtet Alexander Loevenich. »Gerade jüngere Patienten leiden unter Einschränkungen beruflich bedeutsamer Fertigkeiten. Es bleiben zum Beispiel Defizite bei der Kommunikation und Hirnleistungsstörungen.« Laut Deutscher Schlaganfall-Gesellschaft kehren von den Betroffenen nach der Erkrankung nur etwa 40% an ihren Arbeitsplatz zurück, etwa ein Drittel bleibt sogar dauerhaft berufsunfähig.

Katharina Reber entscheidet sich für eine ambulante Reha. Insbesondere das körperliche Training tut ihr gut. Regelmäßig werden auch kognitive Tests durchgeführt. Dabei bemerkt sie ihre Defizite. Die Ärzte beruhigen Katharina Reber. Ihre Testergebnisse seien sehr gut, doch die Antworten machen sie nur noch unruhiger. »Ich fühlte mich nicht ernst genommen, denn ich wusste, dass ich so nicht ins Büro zurückkonnte«, erinnert sich Reber.

»Gerade bei der Nachsorge von jüngeren Schlaganfallpatienten kann noch einiges besser laufen«, findet auch Loevenich. »In der Rehabilitation müssen stärker auch die beruflichen Anforderungen der Patienten mit in den Blick genommen werden. Wichtig sind ebenfalls eine ausführliche Aufklärung von Patienten und ihren Angehörigen über die Krankheit, die weitere Therapie und eine engmaschige Begleitung der Patienten. Der Schlaganfall ist ein einschneidendes Erlebnis mit weitreichenden Konsequenzen.«

Katharina Reber hat Glück gehabt. Ihre Beschwerden bessern sich von Woche zu Woche. Nach sechs Monaten kann sie wieder in ihren Beruf einsteigen.

Je eher die Therapie beginnt, desto besser die Erfolge



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

Gegen das Vergessen

Eine Seniorenresidenz in Dresden hat für ihre dementen BewohnerInnen zwei Erinnerungszimmer eingerichtet, die vom DDR-Alltag der Sechziger und Siebziger inspiriert sind. Kreativ statt klinisch bemühen sich mehr und mehr Einrichtungen um Lebensqualität für demente Pflegebedürftige.

DEMENZ MACHT KEINEN Unterschied zwischen alten und neuen Bundesländern: Erinnerungen verblassen rückwärts – heißt, es bleiben die am längsten erhalten, die tiefer im Leben begraben liegen. Nicht die letzte Mahlzeit bleibt im Gedächtnis, sondern die Lieblingssüßigkeit als Kind, die der Nachbar immer mitgebracht hat, der nun plötzlich auch

wieder unter den Lebenden zu weilen scheint. Das fördert im besten Falle unterhaltsame Anekdoten zutage, doch für alle Beteiligten ist Demenz immer

Erinnerungen verblassen rückwärts

auch eine enorme Herausforderung. Denn es geht vieles verloren: Gedächtnis, Namen, Beziehungen und die Fähigkeit, Alltägliches zu verrichten.

Menschen, die heute zwischen 80 und 90 Jahre alt sind, erkranken zu etwa einem Drittel an Demenz. Sie haben wichtige Dekaden ihres Lebens zwischen zwei historischen Meilensteinen erlebt: dem Ende des zweiten Weltkriegs und der deutschen Wiedervereinigung. In dieser Zeit haben die meisten von ihnen eine Form beruflicher und familiärer Stabilität erlebt, die weniger von Höhepunkten der Zeitgeschichte als vielmehr von Alltag geprägt war.

Wie der DDR-Alltag Biografien prägte

Für die Bewohnerinnen und Bewohner der AlexA-Seniorenresidenz im Dresdner Stadtteil Pieschen fand dieser Lebensabschnitt immerhin ca. 40 Jahre in der DDR statt. Ihre Kinder waren vermutlich bei den Jungpionieren, und irgendwer in der Verwandtschaft hat vielleicht auch das Land verlassen. Unabhängig von ihren politischen Überzeugungen haben sie bestimmte Haushaltsgeräte (vermutlich etwas mit oranger Plastik) benutzt und Kaffee von einer der beiden verfügbaren Marken getrunken.

Gunter Wolfram, Leiter der Einrichtung, war selbst erstaunt darüber, was der *Troll* auslöste, als er ihn vor zwei Jahren im frisch eingeweihten Kino aufstellte: Der DDR-

Motorroller, eine Art sozialistische Vespa, sollte für Zeitkolorit im kleinen Saal sorgen und schaffte weit mehr – er rief Begeisterung, aber vor allem auch Erinnerungen hervor: daran, wie der Motor klang, wie der Gasdrehgriff in der Hand lag, wie die Sitzbank heiß wurde und natürlich an den Ausflug mit der Freundin.

Aus der Begegnung mit dem *Troll* entwickelte sich allmählich die Idee zum Erinnerungszimmer: Zuerst waren es nur ein paar Alltagsgegenstände, die herangeschafft wurden, vor allem Küchenutensilien, die noch nutzbar sein mussten. Denn gerade die vertrauten Handgriffe animierten plötzlich auch jene zum Mitmachen, die vorher lethargisch aus dem Fenster gestarrt hatten. »Die Hände wissen etwas, was der Kopf längst vergessen hat«, erklärt Wolfram.

Die Einrichtung bekam die Möglichkeit, ehemalige Ladenräume hinzuzugewinnen, und schon wurde ein geräumiges Doppelzimmer mit Küche und Wohnzimmer im Stil der 1960er eingerichtet. Die Schaufenster verbinden Jetzt und Damals. Gunter Wolfram betont: »Wir spielen nicht ›Good Bye, Lenin!‹. Wir gaukeln hier niemandem etwas vor.« Die moderne vorbeifahrende Tram und die großen Werbeplakate erinnern an die Gegenwart.

Aktivierende Pflege mit psychedelischer Tapete

Für zwölf Bewohner wurde vor zwei Jahren die DDR der 1960er eingerichtet. Für weitere zehn gibt es seit einem Jahr ein Erinnerungszimmer im Stil der DDR der 1970er mit psychedelischer Tapete, viel Orange und einer wuchtigen Anbauwand. Nicht alle demenzkranken Bewohner nehmen an dem Programm teil. Oftmals profitieren besonders diejenigen davon, die mobil und unruhig sind und sich sonst kaum auf eine Beschäftigung einlassen. Ihre Aufmerksamkeit wird plötzlich von etwas Vertrautem wie dem Duft von Badusan-Badezusatz gebannt.

Heute gibt es in der DDR-Küche Chicorée, der geschnip-



pelt werden muss – auf großen Plastikt Brettern gegenwärtiger Produktion. Frau Kühne* und Frau Bauer schnippeln routiniert um die Wette und witzeln dabei über die Männer: Sie mussten das ja schon immer so machen! Dann legt die Pflegerin eine Schallplatte auf, einige summen mit. Bei Frau Vogel harmonisieren Melodie und Text: »Ich bleib, solange es mir gefällt, und ruf es allen zu / Am schönsten Plätzchen dieser Welt, da find ich meine Ruh.« Da wacht Frau Heller neben dem alten Ofen wieder auf und summt auch mit.

1990 dekorierten die Ostdeutschen um und schmissen fast 20 Millionen Tonnen DDR-Erinnerung weg. 25 Jahre später versorgten Dresdner Trödelmärkte die Seniorenresidenz mit Haushaltsgeräten, Möbeln und Zeitschriften – und einem Porträt Erich Honeckers. Das wachende Auge des einstigen Staatsratsvorsitzenden wurde zwischen den Illustrierten verstaut und beeindruckt hier niemanden mehr. »Den politischen Bezug zur DDR gibt es hier nicht«, sagt Wolfram. Das Prinzip ließe sich mit Goggomobil und Wackeldackel problemlos auch auf die alten Bundesländer übertragen.

Singen mit Hans Albers und Herbert Roth

In diesem Sinne eröffnete eine Hamburger Einrichtung 2016 eine Hafensbar für Demenzkranke. Dort gibt es Hans Albers statt Herbert Roth, Schnapsausschank statt Inter-shop. Auch Wolfram geht es um ein entpolitisiertes Setting, das einen vergleichsweise stabilen Lebensabschnitt rekonstruiert. »Aber das ist nur das Ambiente, das ist nicht die Arbeit. Entscheidend ist, was zwischen den Menschen stattfindet, die Beziehungsarbeit zwischen Pflegenden und Demenzkranken.«

Die Erfolgsstory hat es inzwischen bis zur Washington Post geschafft, denn sie lässt sich gut erzählen und bebildern. Man läuft Gefahr, die Krankheit, die Menschen, die an ihr leiden, und sogar das SED-Regime zu verniedlichen. Zumal das Angebot kein Wundermittel ist: Der Cineast Wolf-

ram findet den Vergleich mit »Zeit des Erwachens« passender als den mit »Good Bye, Lenin!« Die Demenz wird nicht geheilt, aber für ein halbes oder drei Viertel Jahr immerhin verspüren die Demenzkranken eine aufgefrischte Lebensfreude, die sie animiert, Dinge zu tun, die sie sonst womöglich nie wieder getan hätten. Dass sie sich dazu auf einen Alltag berufen, der unbestritten stattgefunden hat, kann nicht mit politischer Naivität gleichgesetzt werden.

Auch der Haifischbar in Hamburg geht es um Momente der Lebensfreude: Die Bewohnerinnen und Bewohner treffen sich schon am Vormittag in der Kneipe zum Kartenspielen und manchmal auch zum Frühschoppen. Statt des Rennsteiglieds wird dann Lili Marleen gesungen. Von diesen Ansätzen unweit entfernt betreut der Pflegedienst Alia Care in Berlin mehrere türkische Demenz-wgs. Hier läuft türkisches Fernsehen, die Bewohnerinnen und Bewohner essen halal und sprechen mit den Pflegenden türkisch, denn ihr Deutsch haben sie durch die Demenz oft vergessen.

Die soziale Gerontologie versteht dies als eine Form der praktischen Anwendung von Biografiearbeit. Details aus den Lebensgeschichten der Menschen mit Demenz sollen helfen, individuelle Geschichten zu bewahren und Erinnerungen als Anreize im Rahmen der aktivierenden Pflege zu nutzen. Dazu wurden Hilfsmittel wie der Ich-Pass und der Biografiebogen entwickelt, die biografische Informationen wie Lieblingsessen und Marotten dokumentieren. Angebote wie Erinnerungszimmer, Haifischbar und kultursensible Altenpflege übertragen diesen Ansatz dagegen auf ein gemeinschaftliches Lebensgefühl mit nostalgischem Anstrich.

*Alle Namen von der Redaktion geändert

**Individuelle
Geschichten
bewahren**



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

Bei Anruf Arzt!

Ob gegen überlastete Notaufnahmen in Krankenhäusern, weniger Ärzte in ländlichen Regionen, lange Wartezeiten in Praxen oder die ganz alltägliche Ansteckungsgefahr im Wartezimmer: Um auch künftig eine gute medizinische Betreuung gewährleisten zu können, sind neue Versorgungskonzepte gefragt. In Baden-Württemberg startet 2018 das Pilotprojekt DocDirekt.

VIELE ÄRZTE IN Baden-Württemberg – vor allem in den ländlichen Regionen – finden bereits heute keinen Nachfolger mehr. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) geht davon aus, dass in den nächsten fünf Jahren rund 500 Arztsitze nicht mehr nachbesetzt werden können. In der Folge werden die verbleibenden Haus- und Facharztpraxen noch mehr Patienten als bisher versorgen müssen.

Daher will die KVBW eine neue Ebene in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einziehen: Per Telefon, Videotelefonie oder im Online-Chat gibt es kompetente medizinische Beratung von niedergelassenen Ärzten – eine Entlastung für alle Beteiligten und zugleich ein großer Schritt in Richtung Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Start im Südwesten

Das Pilotprojekt soll DocDirekt im Frühjahr 2018 zunächst in zwei Modellregionen im Südwesten starten und voraussichtlich in zwei Jahren in der Regelversorgung ankommen. Es gilt als das erste von der gesetzlichen Krankenversicherung mitgetragene Vorhaben dieser Art in Deutschland.

Andreas Vogt, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK) in Baden-Württemberg, sieht in der Telemedizin, die beispielsweise in der Schweiz oder Estland schon lange fest etabliert sei, »eine gigantische Chance für das deutsche Gesundheitssystem«.

»Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen DocDirekt im laufenden Jahr mit 1,9 Millionen Euro, denn die Vorteile sind offensichtlich: Die telemedizinische Behandlung kann eine Antwort auf die Unterversorgung in strukturschwachen Regionen sein und die wenigen ansässigen, überlaufenen Praxen entlasten. Mobil eingeschränkte Personen müssten seltener lange Anfahrtswege zum Arzt auf sich nehmen oder einige Erkrankungen ließen sich via Online-Sprechstunde vom Hausarzt behandeln«, so Vogt weiter.

Telemedizin als Chance

Andreas Vogt, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK) in Baden-Württemberg, sieht in der Telemedizin, die beispielsweise in der Schweiz oder Estland schon lange fest etabliert sei, »eine gigantische Chance für das deutsche Gesundheitssystem«.

Wie funktioniert die Behandlung?

Bei akuten Erkrankungen können Patientinnen und Patienten, sofern sie ihren behandelnden Hausarzt nicht erreichen, werktags zwischen 9 und 19 Uhr bei DocDirekt anrufen. Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) erfassen zunächst die Personalien sowie die Krankheitssymptome und klären zudem die Dringlichkeit.

Bei einem lebensbedrohlichen Notfall wird der Anruf an die Notrufnummer 112 und somit an die Rettungsleitstelle weitergeleitet. Andernfalls erfolgt die Weitergabe zur telefonischen Beratung an einen Tele-Arzt von DocDirekt. Hierfür erstellt die MFA ein Ticket, das der Tele-Arzt online über eine webbasierte Plattform aufrufen kann.

Der Tele-Arzt ruft den Patienten zurück und geht konkret auf die geschilderten Beschwerden ein, erhebt die Anamnese und klärt das Beschwerdebild. Im Idealfall kann der Patient abschließend telemedizinisch beraten werden. Allerdings kann der Tele-Arzt keine Rezepte für verschreibungspflichtige Arzneimittel online ausstellen. Hierfür oder falls eine weitergehende medizinische Behandlung erforderlich ist, stellt der Tele-Arzt per E-Mail oder SMS einen Berechtigungscode aus und leitet den Patienten an eine dienstbereite PEP-Praxis weiter.

PEP steht für »patientennah erreichbare Portalpraxis«. Hier ermöglichen zugelassene Haus- und Fachärzte eine taggleiche Akutbehandlung für die DocDirekt-Patienten. Dafür erhält die teilnehmende Vertragsarztpraxis eine leistungsgerechte extrabudgetäre Vergütung.

Wer kann den Service nutzen?

Alle gesetzlich Versicherten sollen die neue Behandlungsmöglichkeit nutzen können. Telefonische Beratung sowie der Arztbesuch sind dabei nicht mit zusätzlichen Kosten

Beratung am kurzen Draht



für die Patientinnen und Patienten verbunden. Ab März 2018 wird das Projekt im Stadtkreis Stuttgart sowie im Landkreis Tuttlingen getestet. Um die Erfahrungen besser vergleichen zu können, wurden für das Pilotprojekt bewusst ein Ballungsraum sowie eine ländliche Kommune gewählt.

Wenn DocDirekt in den beiden Modellregionen erfolgreich für mindestens zwei Jahre angelaufen ist, soll es auf ganz Baden-Württemberg ausgeweitet werden – und voraussichtlich in die Regelversorgung überführt werden.

Die Tele-Ärzte sind ausschließlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte. Sie werden im Vorfeld intensiv geschult, um auf die spezifischen Anforderungen von Fernberatung und -behandlung vorbereitet zu sein. Zudem erhalten sie eine kostenlose webbasierte Software, über die Termine zur Telefonsprechstunde vermittelt werden. Tele-Ärzte entscheiden zudem selbst, wie viel Zeit sie pro Woche für DocDirekt aufwenden möchten.

Änderung der Berufsordnung

Den Weg freigemacht für die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte hatte die Landesärztekammer Baden-Württemberg. Durch einen bundesweit einmaligen Grundsatzbeschluss wurde die ärztliche Berufsordnung in Baden-Württemberg geändert. Diese gestattet seither Modellversuche zur Fernbehandlung ohne vorherigen direkten Arzt-Patienten-Kontakt, sofern diese von der Landesärztekammer genehmigt und während ihrer Laufzeit evaluiert werden. Gewährleistet sein muss beispielsweise, dass bei Fernbehandlungen der medizinische Standard eingehalten wird. Patientensicherheit, aber auch Datenschutz und Qualitätssicherung haben höchste Priorität.

Ärztliche Fernbehandlungen und Telemedizin finden bereits heute deutschlandweit statt, jedoch ausschließlich bei »Bestandspatienten«.

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg begrüßt Projekte wie DocDirekt: »Die Digitalisierung in der Medizin und Pflege«, so Minister Manne Lucha, »kann die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg gerade im ländlichen Raum auch in Zukunft auf einem sehr hohen Niveau erhalten. Ich begrüße es sehr, dass die kv Baden-Württemberg mit DocDirekt bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt.« Das Ministerium für Soziales und Integration hat im Mai dieses Jahres den Förderaufruf *Digitalisierung in Medizin und Pflege* mit einem Volumen von vier

Millionen Euro bekanntgegeben. Bis zum Fristablauf am 30. Juni 2017 sind 96 Bewerbungen mit einem Antragsvolumen von über 40 Millionen Euro eingegangen. Minister Lucha: »Diese riesige Resonanz zeigt, dass es sich um ein wichtiges Zukunftsthema handelt, bei dem die Mittel des Landes gut investiert sind.« 14 Vorhaben sollen nun gefördert werden.

Vorbild Schweiz

Als einer der Paten für DocDirekt gilt auch das 1999 gegründete Medgate Telemedicine Center in der Schweiz. Medgate ist nach eigenen Angaben das größte ärztlich betriebene telemedizinische Zentrum Europas und führender Anbieter telemedizinischer Dienstleistungen in der Schweiz. Rund 320 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 100 Ärztinnen und Ärzte, sorgen hier für bis zu 5000 Patientenkontakte pro Tag und haben seit dem Jahr 2000 insgesamt rund 6,6 Millionen Telekonsultationen bearbeitet.

»Etwa die Hälfte der Patienten benötigt danach keine weitere Behandlung mehr. Die andere Hälfte wird gleich auf den richtigen Behandlungspfad geschickt«, so Andreas Vogt: »Wenn wir sehen, dass bei uns Facharztpraxen und Notfall-Aufnahmen über eine hohe Frequentierung klagen und in den kommenden fünf bis zehn Jahren die Hälfte der heutigen Hausärzte in den Ruhestand geht, ist die telemedizinische Beratung künftig nicht nur eine willkommene Ergänzung, sondern ein Muss!« Ob sich mit DocDirekt auch in Deutschland der von der Landesärztekammer Baden-Württemberg erhoffte Paradigmenwechsel in der ärztlichen Behandlung einleiten lässt, wird das Modellprojekt zeigen.

»Wir freuen uns, dass wir mit diesem Projekt einen neuen Schritt in der Versorgung gehen können«, wie Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der kvBW, betont: »Aus vielen Untersuchungen wissen wir, dass die Patienten so etwas durchaus wünschen. Jetzt haben wir ein solches Angebot und können auch in Deutschland damit Erfahrung sammeln.«



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

Der House-Freund

»Unsere Ärzte sind ganz normale Klinikärzte – keiner von uns ist Dr. House«, informiert Prof. Dr. Jürgen Schäfer diejenigen, die im Internet das Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen (ZusE) in Marburg besuchen. Ein berechtigter Hinweis, denn Schäfer wird gern als deutsches Pendant jenes amerikanischen TV-Arztes bezeichnet, der als Spezialist für Diagnostik scheinbar ausweglose Krankheitsfälle löst.

AUCH WENN DIE letzte Folge der Serie »Dr. House« vor fast fünf Jahren ausgestrahlt wurde, wiederholen derzeit drei Fernsehsender in Deutschland, Österreich und der Schweiz die unterschiedlichen Staffeln und bescheren eingefleischten Fans »gut gemachte Unterhaltung mit Anspruch«. Kaum einer kann das besser beurteilen als Prof. Dr. Jürgen Schäfer, Internist, Kardiologe, Endokrinologe und Intensivmediziner in Marburg. Gemeinsam mit seiner Frau, einer Gastroenterologin, hat er nächtelang den Wahrheitsgehalt der House-Fälle analysiert und sich zum Beispiel gefragt, ob zu viel Gebissshaftereme tatsächlich eine Zinkvergiftung auslösen kann. »Sie kann

Gut gemachte Unterhaltung mit Anspruch

oder besser konnte«, erklärt Schäfer: »Früher hatten solche Haftcremes sehr hohe Zinkanteile, und wenn zu viel davon verwendet wurde, haben die Betroffenen schlimmstenfalls Neuropathien durch eine Zinkvergiftung entwickelt.«

Die ungewöhnlichen und schwierigen medizinischen Fälle sind es, die Schäfer und House miteinander verbinden. Schäfers Diagnose: »Ich bin zwar fachlich nicht so gut, aber menschlich nicht so kompliziert wie der miesepetrige, zynische TV-Doktor.«

Preiswürdige Seminarreihe

Der 61-Jährige hat über die »Housemedizin« nicht nur ein Buch geschrieben, sondern sie 2008 auch zum Thema einer erfolgreichen Seminarreihe für Medizinstudenten an der Philipps-Universität Marburg gemacht. »Dr. House revisited oder: Hätten wir den Patienten in Marburg auch geheilt?« war und ist unter den Studierenden außerordentlich beliebt und ließ auch die Medien aufmerksam werden. »Dass so ein kleines Seminar so großen Wirbel machen würde, hätte ich nie für möglich gehalten«, meint Schäfer: »Die Über-

legung war, Studenten für seltene Erkrankungen zu interessieren, und dazu bot das Dr. House-Sendeformat eine schöne Vorlage.« Für sein innovatives Lehrkonzept wurde der Marburger Professor 2010 vom Stifterverband und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) mit dem Ars legendi-Preis für exzellente Lehre in der Medizin ausgezeichnet. Auch heute noch finden sechs bis acht House-Seminare im Semester statt, und die haben nahezu Kultstatus.

Geschichten, die das Leben schrieb

Dass gute Unterhaltung sogar Leben retten kann, erfuhr Jürgen Schäfer 2012, als ein Patient Rat suchte, der unter einer schweren Herzschwäche, massivem Hör- und Sehverlust, geschwollenen Lymphknoten, Fieberschüben und einer Schilddrüsenunterfunktion litt. Nach monatelangen erfolglosen Klinikaufenthalten drohte eine Herztransplantation. Auf den ersten Blick gab es keine möglichen Ursachen, nur den Hinweis auf eine OP: Der Patient hatte ein künstliches Hüftgelenk bekommen. Glücklicherweise erinnerte sich Schäfer an eine House-Folge und kam so auf die richtige Diagnose: Sein Patient hatte eine Kobalt-Vergiftung, ausgelöst durch eine beschädigte Hüftgelenkprothese. Nachdem die ursprüngliche Keramik-Prothese bei einem Sturz gebrochen war, hatte er ein künstliches Gelenk aus Metall erhalten. Dabei waren winzige Keramiksplitter im Gelenkspalt verblieben. Wie Schmirgelpapier schabten sie am neuen Gelenk Metallspäne ab und setzten so Kobalt frei. Die Metallprothese wurde durch eine neue auf Keramik beschichtete Prothetik ausgetauscht, und dem Patienten ging es langsam wieder besser. House und Schäfer machten (weltweit) Schlagzeilen, schafften es sogar in die renommierte medizinische Fachzeitschrift *The Lancet*. Im Zuge eines Interviews mit dem amerikanischen Sender CBS kam Schäfer schließ-

lich mit dem Drehbuchautor der Kobalt-Folge in Kontakt, der ihm die wahre Geschichte erzählte: Der Patient sei Orthopäde gewesen, hätte viel Sport getrieben, ein neues Hüftgelenk gebraucht und die Kobaltvergiftung schließlich selbst diagnostiziert.

Anlaufstelle für schwierige Fälle

Mit zunehmender Popularität und Präsenz in den Medien wurde das Uniklinikum Gießen und Marburg (UKGM) von Anfragen regelrecht überschüttet. Es blieb nur eine Möglichkeit: 2013 wurde das Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen (ZusE) am UKGM gegründet, dessen Leiter Jürgen Schäfer ist. »Wir sind vermutlich das einzige Institut, das seine Existenz einer amerikanischen Fernsehserie verdankt«, lacht er. Die Abkürzung ZusE habe einen direkten Bezug zu Konrad Zuse, der 1941 den ersten selbst gebauten funktionsfähigen Computer präsentierte: »Die Digitalisierung spielt für uns eine große Rolle, sowohl bei der Bewältigung der vielen Anfragen als auch bei der Archivierung, dem Datenaustausch und der Diagnosefindung.«

Mehr als 7000 Anfragen sind in den vergangenen vier Jahren am ZusE eingegangen, höchstens 1000 können Schäfer und sein Team im Jahr bewerten. Nicht nur deshalb wünscht sich der erfahrene Mediziner künftig deutlich mehr Anlaufstationen mit »Kümmerer-Auftrag« für unerkannte Erkrankungen in Deutschland, die gute und umfassende Diagnostik leisten können und diese auch entsprechend honoriert bekommen.

Endlich eine Diagnose

»Trotz aller Mühen kommen auch wir nur bei ungefähr der Hälfte der Fälle zu einer belastbaren Diagnose, und das heißt keineswegs, dass damit gleichzeitig auch eine Heilung verbunden ist«, weiß Schäfer. Dennoch, allein endlich eine

Odyssee durch Praxen und Kliniken

Diagnose zu bekommen, sei für manche Betroffenen bereits ganz wesentlich. Viele Menschen hätten eine Odyssee durch Arztpraxen und Krankenhäuser hinter sich, nicht selten seien ihre Symptome fälschlich als psychosomatisch abgetan und sie selbst nicht ernstgenommen worden. Dabei sieht er Schwächen im System der Fallpauschalen: »Welche Entlassdiagnose bekommt ein Patient, der mit unklarem Ganzkörperschmerz eine Woche in der Klinik war, bei dem die Ärzte aber trotz entsprechendem Aufwand nichts Greifbares gefunden haben?« Bei diversen Patienten, die genau deshalb mit einer sogenannten F-Diagnose für psychische oder Verhaltensstörungen entlassen worden seien, hätten er und sein Team am Ende dann doch eine somatische Ursache gefunden: eine Medikamenten-Nebenwirkung einer hormonfreisetzenden Spirale zum Beispiel oder eine versteckte Stoffwechselerkrankung.

Spurensuche

Die Anfragen, die über den behandelnden Arzt, Kliniken, Fachärzte oder den Patienten selbst am ZusE in Marburg eingereicht werden und umfassende Krankenunterlagen enthalten, werden von erfahrenen Medizern gesichtet und für die wöchentlichen ZusE-Team-Sitzungen ausgewählt. Gemeinsam mit zwei Internistinnen und zehn Fachkollegen aus den Bereichen Neurologie, Radiologie, Allgemeinmedizin, Onkologie, Nephrologie bis hin zur Psychosomatik werden Symptome analysiert, Laborwerte hinterfragt, Röntgenbilder und CTS angesehen, Befunde eingeordnet. Bei

Seltene Erkrankungen

In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10 000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind, so das Bundesministerium für Gesundheit. Allein in Deutschland leben Schätzungen zufolge etwa vier Millionen Menschen mit einer der weltweit bis zu 8000 unterschiedlichen seltenen Erkrankungen (SE), in der gesamten EU geht man von 30 Millionen Menschen aus.

Das ZusE ist eines von derzeit 30 Zentren, die sich seit 2009 deutschlandweit an Universitätskliniken konstituiert haben und sich mit der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen beschäftigen, wobei sich die Marburger Mediziner ausschließlich den unerkannten

Erkrankungen von Erwachsenen widmen. Weitere Informationen auch unter:

- ▶ www.ukgm.de/ugm_2/deu/umr_zuk/27260.html (Infos über das ZusE)
- ▶ www.portal-se.de (Zentrales Informationsportal über seltene Erkrankungen – ZIPSE)
- ▶ www.namse.de (Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen)
- ▶ www.research4rare.de (Forschung für seltene Erkrankungen)
- ▶ www.orpha.net (Portal für seltene Erkrankungen und Orphan Drugs)
- ▶ www.achse-online.de (Allianz chronischer seltener Erkrankungen)

dieser »Arzt-Hirnschmalz-Zeit«, wie Schäfer sie nennt, können alle ihre Ideen und Gedanken einbringen. Kommt das Team zu einer neuen Einschätzung des Falls, schicken die Experten eine entsprechende Empfehlung an den behandelnden Arzt.

»Wir hatten sogar schon einen Tierarzt mit in unserem Team« erinnert sich Schäfer. Der erfahrene Parasitologe konnte dabei helfen, in einer Stuhlprobe den Erreger einer Bilharziose nachzuweisen, einer tropischen Infektionskrankheit. Allerdings war der Patient niemals in den Tropen. Schäfer kam ihm trotzdem auf die Schliche: Der Patient züchtete tropische Garnelen, hatte die Tiere im Großeinkauf erworben, ohne dass diese zuvor in Quarantäne waren. House hätte seine helle Freude gehabt.

Dorothee Buschhaus

Geburt mit



Hindernissen

Ein Auto – liegengeblieben im Schneesturm, Minustemperaturen, unberührte Natur, nur ein paar Elche und Wölfe und das nächste Krankenhaus in weiter Ferne. Für werdende Eltern keine beruhigende Vorstellung. Im abgelegenen nordschwedischen Sollefteå unterrichten Hebammen aus gutem Grund das Kinderkriegen im Auto.

GROSS WAR DER AUFSCREI, als die Geburtenklinik im 7400 Seelen zählenden Ort Sollefteå im Februar aus Kostengründen für immer ihre Pforten schloss. Denn die nächsten Entbindungstationen in Örnköldsvik und Sundsvall sind bis zu 200 Kilometer weit entfernt. Bei normaler Witterung dauert die Fahrt bis zu eineinhalb Stunden. Manchmal kommt es aber auch zu heftigen Schneestürmen bei bis zu minus 20 Grad. Dann können Autos auch schon mal stecken bleiben. Bis die Straßen wieder geräumt sind, vergehen gut und gerne bis zu acht Stunden. Und die Landstraßen sind weder beleuchtet noch gibt es Handyempfang auf der einsamen Strecke.

Decken, Teelichter und Kopfleuchte

Aus der Notwendigkeit heraus, aber auch aus Protest bieten Hebammen der stillgelegten Klinik deshalb schwangeren Frauen und deren Partnern Kurse an, in denen sie auf das Kinderkriegen im Auto vorbereitet werden. Dies in einer der reichsten Wohlfahrtsnationen der Welt.

Eine der Dozentinnen ist die 57-jährige Maria Dahlberg. 29 Jahre lang arbeitete sie an der fast hundert Jahre alten Entbindungstation des Krankenhauses. Dahlberg und ihre Kolleginnen versuchen nun, die werdenden Eltern mit praktischen Tipps zu beruhigen. »Frauen, die nicht so groß sind, können auf dem Rücksitz gebären.« Bei anderen empfiehlt Krankenschwester und Dozentin Stina Näslund, die Vordersitze zurückzustellen und die Rückenlehnen so weit wie möglich nach hinten zu klappen. So kann die Frau auf dem Beifahrersitz ihr Baby zur Welt bringen, während der Partner vom Fahrerplatz aus assistiert. Auch rät sie dem Partner, eine Kopfleuchte zu tragen, denn manchmal reicht die Autoinnenbeleuchtung nicht aus.

»Warme Decken, in die das Kind eingewickelt wird, sind wichtig, aber auch eine wasserabweisende Decke, auf der die Frau sitzt. Weil es draußen so kalt ist, und die Stand-

heizung nicht ausreichen könnte, empfehlen wir, drei Teelichter anzuzünden. Die sind zwar klein, halten aber die Wärme gut im Wagen«, meint die erfahrene Hebamme.

Für die Fernbetreuung (aus)gerüstet

Damit die Hebammen die Geburt »fern-betreuen« können und der Mann beide Hände für Frau und Kind freihat, sollte das Auto mit Freisprechanlage ausgerüstet und das Handy aufgeladen sein. Am besten gibt es noch einen zusätzlichen Akku. »Mit den Kursteilnehmern fahren wir die Strecke zum nächsten Krankenhaus ab, auch um uns Streckenabschnitte zu merken, auf denen es Handyempfang gibt«, sagt Näslund. Dank des plakativen Unterrichts zum Kinderkriegen im Auto hat die Schließung der Entbindungstation landesweit riesige Wellen geschlagen. Die schlechte Versorgung von Schwangeren ist so in Schweden ein großes Thema geworden. Denn es fehlt überall an Hebammen und Krankenhausplätzen. 2016 hat eine Südschwedin ihr Kind verloren, weil ein Krankenhaus sie wegen Platzmangel abgewiesen hatte. Sogar eine Stockholmerin musste ihr Kind im Taxi gebären, weil ein Krankenhaus sie nicht aufnehmen wollte. Eine Frau aus Ostschweden musste schließlich nach Finnland, weil es in ihrer Gegend nicht genügend Plätze für Frühgeburten gab. Inzwischen werden Eltern von viel zu früh geborenen Kindern landesweit gedrängt, ihre Kinder deutlich früher als bisher mit nach Hause zu nehmen. Weil die Plätze gebraucht werden.



André Anwar ist Nordeuropakorrespondent für die österreichische Tageszeitung »Die Presse«. anwar.extern@nnag.de

MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

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

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

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

MDK im Lande Bremen

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

MDK Hessen

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

MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

MDK Niedersachsen

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

MDK Nord

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

MDK Nordrhein

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

MDK Rheinland-Pfalz

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

MDK im Saarland

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

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

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

MDK Sachsen-Anhalt e.V.

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

MDK Thüringen e.V.

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

MDK Westfalen-Lippe

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

MDS e.V.

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

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

Verantwortlicher Redakteur

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

Redaktion

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

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

Redaktionsbüro

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

Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titelabbildung: *Die fette Küche* (Öl auf Holz), Jan Havicksz Steen (1625/26-79) / The Cheltenham Trust and Cheltenham Borough Council / Bridgeman Images

S. 19 Raposal / photocase.de
S. 25 Airene / photocase.de
S. 27 misterQM / photocase.de
S. 29 schiffner / photocase.de

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

ISSN 1610-5346



