

# QUALITÄT & PATIENTENSICHERHEIT

9. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit am 3. und 4. Dezember 2015 in Berlin

FREITAG, 27. NOVEMBER 2015

EINE BEILAGE DER GESUNDHEITSTADT BERLIN GMBH

SEITE 1



Operation geglückt? Ob Zuschüsse für gute und Abschläge für schlechte Kliniken, wie sie das neue Krankenhausstrukturgesetz vorsieht, wirklich zu mehr Qualität führen, ist in der Branche heftig umstritten. | Foto: Jochen Tack/Mauritius

## Antibiotika drastisch reduzieren

VON ULF FINK

Weltweit stieg der Antibiotikaverbrauch in den letzten zehn Jahren um 40 Prozent an. Die Folge: Antibiotika-Resistenzen nehmen zu und Erkrankungen wie Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen oder Tuberkulose können mit herkömmlichen Medikamenten nicht mehr erfolgreich behandelt werden. Die OECD schätzt, dass inzwischen 50 Prozent aller Infektionen weltweit durch Erreger verursacht werden, die gegen herkömmliche Antibiotika resistent sind.

Nach wie vor werden viel zu viele Antibiotika verschrieben. Zwischen 40 und 60 Prozent der Antibiotika-Rezepte in Deutschland, so Schätzungen, sind Fehlverordnungen. Langfristig hat das gravierende Folgen. Menschen sterben an Infektionen, weil Antibiotika wirkungslos sind. Bereits heute gibt es für immungeschwächte Patienten oft keine Therapiemöglichkeit mehr.

Nicht nur Kliniken, auch Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen sind gefordert. Die Zunahme der Resistenzen ist eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für die öffentliche Gesundheit. Neue Wirkstoffe sind, so Experten, in den nächsten Jahren kaum zu erwarten. Deshalb führt kein Weg daran vorbei, den Antibiotika-Verbrauch deutlich zu reduzieren. Dies betrifft nicht nur die Humanmedizin; auch der Antibiotikaeinsatz in der Tiermast ist sehr kritisch zu sehen.

Kürzlich hat eine repräsentative Befragung der erwachsenen Bevölkerung zur Patientensicherheit ergeben, dass sich zwei Drittel der Patienten vor der Anstreckung mit einem multiresistenten Keim in Kliniken fürchten. Die wichtigste Hygienemaßnahme in Krankenhäusern lautet: regelmäßige Händedesinfektion. Leider wissen wir nicht exakt, wie es darum in den deutschen Kliniken bestellt ist. Zwar nehmen rund 50 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland an der freiwilligen „Aktion Saubere Hände“ teil, aber knapp 1000 Kliniken nicht. Durch die Aktion konnte der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln gesteigert werden, doch die Hygienevorgabe für das Personal, sich in jeder erforderlichen Situation die Hände zu desinfizieren, erreicht nicht das geforderte Durchführungs-Niveau von 80 Prozent.

Wie die Hygiene und Infektionsprävention in den Kliniken verbessert werden kann und welche einzelnen Maßnahmen sinnvoll sind, diskutiert ausführlich der Nationale Qualitätskongress Gesundheit, der am 3. und 4. Dezember in Berlin zum neunten Mal von Gesundheitsstadt Berlin veranstaltet wird. Aus Anlass dieses Kongresses haben wir diese Beilage erstellt. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Der Autor ist Senator a.D. und Vorsitzender des Vorstands von Gesundheitsstadt Berlin e.V.



Ulf Fink

## Kein Rabatt für schlechte Arbeit

Kann man Qualität im Gesundheitswesen gesetzlich verordnen? Die Bundesregierung versucht es gerade mit einem neuen Institut und zwei Gesetzen

VON BEATRICE HAMBERGER

Weltweit wird das deutsche Gesundheitssystem als vorbildlich gelobt. Im Inland hört man dagegen oft andere Töne. Experten wie Prof. Matthias Schrappe, Lehrbeauftragter für Patientensicherheit und Risikomanagement an der Universität Köln, führen rund 20000 Todesfälle pro Jahr auf mittelbare und unmittelbare Behandlungsfehler zurück, und sagen seit Jahren „nicht weiter so“. Die Unternehmensberatung Roland Berger verweist in einer aktuellen Studie darauf, dass Deutschland 2005 im europäischen Vergleich noch auf Platz drei bei der Qualität stationärer Behandlungen gelegen habe, Ende 2013 jedoch auf Platz neun abgerutscht sei. Schuld daran könnte die angespannte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sein, mutmaßen die Studienautoren. Rund 40 Prozent schrieben rote Zahlen.

Die Bundesregierung ist derweil nicht untätig geblieben und hat in ihrem Koalitionsvertrag eine „Qualitätsoffensive“ verbrieft. Das umfangreiche Maßnahmenpaket beinhaltet unter anderem die Gründung eines neuen unabhängigen Quali-

Ergebnisqualität schon sehr viel schwerer messbar“, so Frei.

Doch genau dieses Steuer will der Gesetzgeber nun mit dem neuen Krankenhausstrukturgesetz stärker an sich reißen. Erstmals sollen Qualitätszuschläge und -abschläge für Leistungen eingeführt werden: eine Art finanzielles Belohnungs- und Bestrafungssystem. In der Branche ist „Pay-for-Performance“ allerdings heftig umstritten. Für den Qualitätspapst Schrappe ist es eines von zehn Geboten, für den Präsident der Bundesärztekammer Prof. Frank-Ulrich Montgomery bislang nichts als „intellektuelle Selbstbefriedigung ohne Substanz“, wie er im vergangenen Jahr schriftlich erklärte.

Mittlerweile hat es die qualitätsorientierte Vergütung immerhin in den Gesetzesentwurf geschafft. Und das im Januar gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (ITQIG) hat bereits den Auftrag, jene Parameter zu entwickeln, die man für eine qualitätsabhängige Bezahlung braucht, nämlich Indikatoren, die erstens Qualität messen und zweitens rechtssicher sind.

Momentan spricht jedoch vieles dafür, dass sich die Leistungsabschläge als zahlloser Tiger entpuppen. Selbst der Leiter des ITQIG Dr. Christof Veit räumt ein, Qualität werde man nie umfassend messen können. Er hält Pay-for-Performance daher allenfalls in einigen wenigen Bereichen für umsetzbar. Scheitern könnte das Vorhaben auch daran, dass man geduldete Qualitätsmängel den Patienten wohl kaum verkaufen könnte. Kassen und Krankenhäuser ziehen da mal ausnahmsweise an einem Strang. „Schlechte Qualität soll akzeptabel sein, wenn Kassen dafür einen Rabatt bekommen?“, fragt der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Thomas Reumann. Das sei unzumutbar für die Patienten. Er fordert, genau wie der Vorsitzende des GKV-Spitzenverbands Johann Magnus von Stackelberg: „Wenn Krankenhäuser dauerhaft unzureichende Qualität liefern, sollten sie vom Netz genommen werden können, sie sollten diese Leistung nicht mehr erbringen dürfen.“

Unrealistisch ist dieses Szenario nicht. Schließlich wird Qualität ab 2016 als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. In den 3,2 Milliarden Datensätzen, die Deutschlands Krankenhäuser jährlich für ihre Qualitätsberichte abliefern müssen, sind bereits genug Informationen ent-

halten, um Auffälligkeiten wie hohe Sterblichkeit oder Wundinfektionsraten dingfest zu machen. Bislang werden „Ausreißer“ in die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zu einer Art Nachsitzen eingeladen. Künftig könnte „Wiederholungstätern“ ein blauer Brief in Haus flattern.

In die Schlagzeilen war die neue Krankenhausreform jedoch aus einem ganz anderen Grund geraten. Kliniken gingen wegen der vorgesehenen Einsparungen von rund einer Milliarde Euro pro Jahr sprichwörtlich auf die Straße. Mit Erfolg: Statt Kürzungen kommt der Gesetzgeber den Krankenhäusern nun mit allerlei Bonbons entgegen. Pflegezuschlag, Tarifaufgleichsrate, Pflegestellenförderprogramm und Verlängerung des Programms für mehr Hygienepersonal sind Dinge, mit denen Deutschlands Krankenhäuser gut leben können. „Endlich wird anerkannt, dass Qualität Ressourcen braucht“, zeigt sich DKG-Präsident Reumann erleichtert. Durch die Reform werde nun die Refinanzierung der Betriebs- und Personalkosten auf eine deutlich bessere Grundlage gestellt.

In das Pflegestellenförderprogramm werden zum Beispiel in den Jahren 2016 bis 2018 rund 660 Millionen Euro gesteckt. Anschließend soll es für die Pflege am Bett jährlich bis zu 330 Millionen Euro

geben. Laut Bundesregierung werden damit rund 6300 neue Stellen geschaffen. Ein Tropfen auf den heißen Stein, findet der Sachverständige Prof. Michael Simon, der den Bedarf auf 100000 Vollzeitstellen beziffert. Die Gewerkschaft Verdi spricht sogar von 162000 fehlenden Pflegestellen.

### Wichtige Probleme bleiben weiter ungelöst: fehlende Mittel und zu wenig Personal

Abgesehen von diesem nicht gerade erheblichen Defizit bleiben weitere Probleme ungelöst. Keine Antwort hat das neue Gesetz auf die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder gefunden, ebenso blieben die chronische Unterfinanzierung der Notfallambulanz sowie der Extremkostenfälle auf der Strecke. Fehlende Mittel gehen aber immer zu Lasten der Qualität. Ein richtig großer Durchbruch ist die neue Krankenhausreform deshalb nicht.

Ähnlich dürfte es um das neue Versorgungsstärkungsgesetz bestellt sein. Mit dem Gesetz versucht man zum Beispiel, Ärzte in strukturschwache Gebiete zu locken, etwa durch finanzielle Anreize

oder die Einrichtung einer Praxis durch die KV. Dort soll der frischgebackene Landarzt dann vorerst als Angestellter arbeiten können, ohne unternehmerisches Risiko. Das klingt angesichts des ländlichen Ärztemangels vernünftig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist jedoch skeptisch, ob der medizinische Nachwuchs das überhaupt will. „Gesetze sind wichtig, um attraktive Rahmenbedingungen möglich zu machen. Sie führen aber nicht automatisch dazu, dass sich beispielsweise junge Ärzte in Gebieten niederlassen, wo es keinen Bäcker und keinen Metzger mehr gibt“, sagt KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen. Das Engagement gegen den Ärztemangel bleibt Gassen zufolge „eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung“.

Die im Versorgungsstärkungsgesetz verankerten Terminservicestellen der KVen, die Versicherten einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen garantieren sollen, hält der KBV-Chef sogar für überflüssig. „Die Terminservicestellen sind von der Politik als eine Art ‚Beruhigungspille‘ für ein objektiv nicht vorhandenes Problem per Gesetz beschlossen worden“, sagt Gassen. Weltweit würden die Deutschen um ihre vergleichsweise kurzen Wartezeiten beneidet.

Weniger neidvoll dürfte das Ausland auf die intersektorale Qualitätssicherung blicken. Experten sehen Deutschland hier auf dem Niveau eines Entwicklungslandes. Denn momentan endet die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung mit dem Tag der Krankenhaus-Entlassung. Was danach mit dem Patienten passiert, bleibt nebulös. Dabei verfügen die Kassen über alle Daten – eigentlich.

Was Jahrzehnte nicht geklappt hat, soll nun das ITQIG richten. So datensparam wie möglich will Institutsleiter Veit erstmals für Deutschland eine sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung entwickeln – um endlich Transparenz in die gesamte Behandlungskette zu bringen. Die Qualitätssicherungsproben Kliniken sind schon gespannt. „Wenn es gelingen würde, die Routinedaten aus der stationären und der ambulanten Versorgung zusammenzuführen, wäre viel für die Qualitätssicherung getan“, meint Charité-Vorstand Ulrich Frei. „Aber was wir nicht brauchen können, ist eine neue Qualitätsbürokratie. Wir sammeln bereits genug Daten.“

### Der Gesetzgeber kann einen Rahmen abstecken – aber kein Ergebnis garantieren

tätsinstituts und zwei neue Gesetze. Das Versorgungsstärkungsgesetz ist bereits seit Sommer teilweise in Kraft und zielt auf die Verbesserung der ambulanten Versorgung. Das Krankenhausstrukturgesetz ist eine neue Krankenhausreform, die Qualität und Finanzierung der Krankenhäuser ab Januar 2016 zukunftsfest machen soll.

Frägt man Ärzte, ob sich Qualität in der Medizin tatsächlich gesetzlich verordnen lässt, kommt man im Schnitt auf ein bescheidenes „Jein“. Der Gesetzgeber könne zwar gewisse Rahmenbedingungen vorgeben und mit semigesetzlichen Regelungen die Strukturqualität beeinflussen, meint der Ärztliche Direktor der Charité Prof. Ulrich Frei. Etwas in Form von gewissen Anforderungen an Personalausstattung, so wie es auf Intensivstationen oder Neonatologien der Fall ist, oder mit Mindestmengenregelungen. „Dagegen ist die

### DER KONGRESS

#### Die Krankenhauslandschaft gestalten

**AUF EINEN BLICK**  
9. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit  
3. und 4. Dezember 2015  
Steigenberger Hotel  
Am Kanzleramt, Ella-Trebe-  
Straße 5, 10557 Berlin;  
die Veranstaltung ist kostenpflichtig.

**AUS DEM PROGRAMM**  
3. Dezember  
10.15 Uhr: Annette Widmann-Mauz, MdB, Parl. Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit: Die Qualitätsinitiative der Bundesregierung  
13.30 Uhr: Prof. Dr. Bap-

tist Gallwitz, Ärztlicher Direktor Universitätsklinik Tübingen: Qualitätssicherung in der Diabetologie  
15.30 Uhr: Prof. Dr. Lutz Jatzwauck, Leiter Krankenhaushygiene Universitätsklinik Dresden: Kosten und Nutzen von Infektionsschutz im Krankenhaus

4. Dezember  
9 Uhr: Prof. Dr. Matthias Rothmund, Medizin-Dekan a.D., Universitätsklinik Marburg: Risikomanagement in der Chirurgie  
9 Uhr: Prof. Dr. Günter Neubauer, Direktor, Institut für

Gesundheitsökonomik München: Wie viele Krankenhäuser braucht Deutschland unter Qualitätsgesichtspunkten?  
10.45 Uhr: Annett Kling-sporn, Geschäftsführung Personalmanagement, Vivantes: Wie gelingt gute Personalführung im Krankenhaus?

Das komplette Programm mit insgesamt 130 Experten-Vorträgen sowie Details zur Anmeldung findet man unter:  
[www.qualitaetskongress-gesundheit.de](http://www.qualitaetskongress-gesundheit.de)

### INHALT

SCHMERZVERSORGUNG	2
Eine effektive Schmerztherapie ist möglich. Doch in deutschen Kliniken gibt es große Qualitätsunterschiede.	
PALLIATIVVERSORGUNG	3
Wie Behandlung und Betreuung in der letzten Lebensphase gut gelingen.	
KOSTEN & QUALITÄT	4
Krankenhäuser tun bereits heute viel, um besser zu werden, sagt Vivantes-Geschäftsführerin Andrea Grebe.	
PATIENTENSICHERHEIT	5
Was zu guter medizinischer Versorgung gehört und wie Betroffene sich informieren können.	
GESUNDHEITS-APPS	6
Digitale Technik kann Ärzte und Patienten unterstützen.	
ZENTREN & ZWEITMEINUNGEN	7
Wie Mediziner im Team die beste Therapie finden.	
PFLERGE	8
Die Branche freut sich über mehr Auszubildende. Fachkräfte werden aber weiter dringend gebraucht.	



**SCHMERZVERSORGUNG** Warum hier alle Experten an einem Strang ziehen müssen

**Den Schmerz vergessen lernen**

VON REGINE KLINGER

Nach langjährigen Erkenntnissen aus Wissenschaft und Praxis ist Schmerz ein bio-psycho-soziales Geschehen. Chronische Rücken-, Kopfschmerzen oder Migräne haben neben körperlichen Faktoren immer auch eine psychische Seite. Lernprozesse und genetische Faktoren bilden eine Prädisposition von Krankheiten und Beschwerden, die aber nur ausgelöst und verstärkt werden, wenn bestimmte Lebensereignisse und psychische Verarbeitungsprozesse dazukommen.

Dabei wirkt sich auch das soziale Umfeld auf das Krankheitsgeschehen aus. Beispielsweise können bei einem Patienten degenerative Veränderungen der Wirbelsäule festgestellt werden, er hat aber über Jahre keine Beschwerden. Dies ändert sich in dem Moment, in dem er beruflich erheblichen Belastungen ausgesetzt ist. Er versucht, diese Schwierigkeiten durch Überstunden auszugleichen, verzichtet deshalb auf seinen Freizeitsport und bemerkt nach einigen Wochen Rückenschmerzen. Seine Lebensweise hat sich verändert, durch den Mangel an Sport kann sein an sich unerheblicher körperlicher Befund nicht mehr ausgeglichen werden, es kommt zu muskulären Verspannungen und Schmerzen. In der ohnehin beruflich angespannten Situation sind diese Schmerzen Anlass für Sorgen und negative Gedanken: „Nicht auch noch Rückenschmerzen, ich habe doch genug Ärger mit dem Beruf!“

**Wege aufzeigen, um besser mit Stress, Angst und Überforderung umzugehen**

Diese „katastrophisierenden Gedanken“ respektive psychischen Verarbeitungsprozesse sind eine wichtige Weichenstellung im Übergang von akuten zu chronischen Schmerzen, also von der Stufe, wo aus einem „normalen“ Rückenschmerz ein häufiges Problem wird. An dieser Stelle setzt die Psychologische Schmerztherapie an. Sie ist eine spezielle Weiterbildung für Psychotherapeuten mit dem Ziel, sowohl die Schmerzempfindung, als auch die mit Schmerzen verbundenen Einschränkungen im Erleben und Verhalten zu verringern. In der schmerzpsychologischen Diagnostik werden die psychosozialen Merkmale des Schmerzverhaltens und -erlebens erhoben. Die Befunde werden mit den Schmerzmedizinern besprochen und ein integrativer Therapieplan erstellt. Den Schmerz hemmende Erlebens- und Verhaltensmuster werden geübt, bis sich die chronische Schmerzempfindung und die damit verbundene Einschränkung in der Lebensgestaltung spürbar verringern.

Parallel wird von ärztlicher Seite die medizinische Schmerztherapie durchgeführt und beide Behandlungsteile aufeinander abgestimmt. Hierdurch kann der Teufelskreis von Ängsten vor einer Schmerztherapie und der dadurch eintretenden Schmerzverstärkung durchbrochen werden. Die Patienten lernen, dass zum Beispiel Stress, Angst, Unzufriedenheit, hektische Lebensweise und überhöhte Leistungsansprüche zu einer Zunahme der Schmerzen führt und wie sie dies verändern können.

Die Autorin ist Psychologische Schmerztherapeutin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Patienten den Rücken stärken. Bei der Schmerztherapie müssen Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Pfleger zusammenarbeiten. Je früher dies geschieht, desto größer die Chancen auf Heilung oder zumindest Linderung. | Foto: Jochen Tack/Imago

**Gute Therapie ist machbar**

In Deutschland gibt es große Unterschiede in der schmerzmedizinischen Versorgung. Regelungen für mehr Qualität wären nötig

VON MICHAEL SCHÄFER

Patienten in deutschen Krankenhäusern erleben eine große Variabilität in der Akutschmerztherapie, je nachdem, in welche Klinik sie eingewiesen werden. Der HTA-Bericht 126 des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aus dem Jahr 2013 stellt fest, dass immer noch 56 Prozent aller Patienten unter nicht akzeptablen akuten Schmerzen leiden. Das heißt entweder Ruhe-, Belastungs- und/oder Maximalschmerz liegen über den definierten Grenzwerten für ein akzeptables Erträglichkeitsniveau. Besonders Schmerzpatienten auf konservativen Stationen werden unterversorgt; 41 Prozent der Patienten (ohne Krebskrankung) mit nicht-akzeptablen Schmerzen erhalten keine analgetische Behandlung.

Demgegenüber zeigen Qualitätsmanagementprogramme wie QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie) oder CERTCOM (Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie), dass eine effektive Schmerztherapie möglich ist. Diese Programme zeigen im Sinne eines Benchmarking, dass es zum Teil gravierende Unterschiede in der schmerztherapeutischen Versorgung von Patienten gibt. Leider nehmen nur etwa zehn Prozent der deutschen Krankenhäuser an einem solchen schmerzrelevanten Qualitätsmanagement teil.

Gerade in Zeiten eines sich weiter verschärfenden ökonomischen Drucks kommt es immer öfter vor, dass bei der schmerzmedizinischen Versorgung ge-

spart wird. Ist diese unzureichend, ist das jedoch der ideale Nährboden einer Chronifizierung von Schmerzen, die sich selbständigen können und dann zu einem eigenen Krankheitsbild werden. Dieses ist dann letztlich nur noch sehr schwer therapierbar und führt zu einer deutlich gesteigerten Anzahl von Arztbesuchen, notfallmäßigen Krankenhausaufenthalten, erfolglosen Rehabilitationsmaßnahmen, Tagen der Berufsunfähigkeit und letztendlich einer Zunahme gesundheitsökonomisch relevanter Kosten.

**Sind die Beschwerden erst einmal chronisch, beginnt oft eine lange Odyssee**

Wie auf dem 2. Nationalen Schmerzforum im September mit Vertretern aller Partner des Gesundheitssystems erörtert, stellt die Deutsche Schmerzgesellschaft daher fest, dass Regelungen der Qualitätsorientierung als Leitplanken einer hochwertigen Krankenhausversorgung nötig sind. So sollte man die Kliniken im Hinblick auf eine gute Schmerzversorgung künftig vergleichen können, etwa durch die Entwicklung eines fachübergreifenden „Schmerz-Indikators“. Dies hat auch der Deutsche Ärztetag sowie im Juni die 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder gefordert.

Eine deutliche Verbesserung in der Strukturqualität der Krankenhäuser wäre zum Beispiel die Forderung nach der

Einrichtung eines Akutschmerzdienstes in der zukünftigen Krankenhausplanung. Diese würde die adäquate Versorgung von Patienten, die eine komplexe Akutschmerzbehandlung benötigen, sicherstellen. Zusätzlich würde eine Verbesserung der Prozessqualität durch eine regelmäßige Abfrage patientenrelevanter Endpunkte erzielt, wie etwa die Zeitdauer von der Anforderung bis zum Erhalt einer Schmerzmedikation.

Sind die Schmerzen der Patienten erst einmal chronifiziert, so beginnt häufig eine wahrhafte Odyssee durch das Gesundheitssystem. Neben einer oft zu langen und unzureichenden Selbstmedikation, treffen die Patienten nach geraumer Zeit auf Vertreter unterschiedlichster Fachdisziplinen. Schmerz, vor allem chronischer, kann nur fachübergreifend gut behandelt werden; dazu müssen Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Pflegekräfte und der Patient gut und intensiv zusammenarbeiten. Im Rahmen einer sogenannten multimodalen Schmerztherapie ist eine solche enge Zusammenarbeit der genannten Fachdisziplinen gewährleistet. Zahlreiche Studien belegen: Kommen Patienten frühzeitig in diese multimodalen Behandlungsprogramme, geht die Beanspruchung des Gesundheitssystems deutlich zurück und die Chance für eine Rückkehr zum Arbeitsplatz erhöht sich signifikant.

In letzter Zeit ist eine deutliche Zunahme der multimodalen Therapie erkennbar. Jedoch entspricht diese Behandlung nicht immer den strukturellen und therapeutischen Mindestanforderun-

gen an eine solche Therapie, wie sie die Ad-hoc-Kommission Multimodale Interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. fordert. Multimodale Therapie darf nicht ein Nebeneinanderher an verschiedenen Behandlungselementen sein, sondern erfordert den täglichen interdisziplinären Austausch und die Nachjustierung der therapeutischen Konzepte für jeden individuellen Patienten.

Um den Erfolg dieser Behandlung besser zu erfassen und abzubilden, empfiehlt die Deutsche Schmerzgesellschaft die Beteiligung an KEDOQ, einem IT-gestützten System zur Kerndokumentation und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie. Ziel in der Zukunft ist die Erstellung eines Schmerzregisters, das unter anderem hilft, auf versorgungsrelevante Fragen eine Antwort zu finden.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft setzt sich für eine flächendeckende abgestufte schmerzmedizinische Versorgung der Bevölkerung ein. Dies mag regional sehr unterschiedlich sein, so dass zwar in Städten und Ballungsgebieten eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist, in ländlichen Gebieten jedoch häufig nicht. Es gilt nun, diese abgestuften Therapiemöglichkeiten in Form eines „Schmerzatlases“ auf die deutsche Landkarte zu projizieren und Regionen einer potentiellen Unterversorgung zu identifizieren.

Der Autor ist Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

**Mehr als Medikamente**

Wie Schmerzzentren umfassend helfen

VON CHRISTOPH STEIN

Die Versorgung chronischer Schmerzpatienten hat sich als Teilgebiet der Anästhesiologie entwickelt. Durch die Einführung der Narkose im Jahr 1846 wurde erstmals die schmerzfreie Operation ermöglicht und damit die Ära der modernen Chirurgie und Geburtshilfe eingeläutet. Später weitete sich das Aufgabengebiet der Anästhesie in die Therapie von chronischem Schmerz aus.

Schmerzsyndrome sind Gesundheitsprobleme von höchster sozio-ökonomischer Bedeutung. Sie sind sehr häufig mit entzündlichen Erkrankungen, Arthritis, Operationen, Krebs, Nervenverletzungen sowie höherem Lebensalter assoziiert und belasten bis zu 25 Prozent der Bevölkerung. Viele Patienten bleiben unzureichend behandelt. Schmerzsyndrome finden sich daher unter den vordringlichsten Themen in der internationalen Forschung und Gesundheitspolitik. Schmerztherapie darf dabei nicht bloß körperlich ausgerichtet sein, also zum Beispiel nur in Schmerzmitteln bestehen. Auch die Psyche und das soziale Umfeld sind wichtig. Chronischer Schmerz wie etwa Rückenschmerz kann zwar anfangs eine konkrete körperliche Ursache haben, verfestigt sich aber später oft, zum Beispiel aufgrund von Veränderungen des Nervensystems oder infolge des Verhaltens von Familienmitgliedern, Arbeitskollegen oder auch Ärzten.

Patienten die unter Schmerzen leiden, werden meist rücksichtsvoll behandelt. Dies ist angenehm, kann aber zu einer Verstärkung des Schmerzverhaltens führen. Zum Beispiel wenn der Partner sich extrem unterstützend verhält, kann dies wie eine „Belohnung“ für den Schmerz wirken, der dann beibehalten oder gar verstärkt wird. Lernvorgänge spielen beim Schmerz und in dessen Therapie eine wichtige Rolle. Dabei müssen Patienten den umgekehrten Vorgang lernen, nämlich die Belohnung von „Gesundverhalten“ – etwa von erhöhter körperlicher Aktivität – durch das soziale Umfeld und die



Bewegung tut gut. Statt sie zu bedauern, sollten Angehörige Schmerzpatienten für gesundes Verhalten loben. | Foto: H. Lossie/p.a.-dpa

Therapeuten. Gleichzeitig werden kognitive Therapieansätze angewandt, mit denen die Bewertung von Schmerz verändert wird. Dies sind Merkmale multidisziplinärer Behandlungskonzepte, die an Schmerzzentren verfolgt werden.

Zu einem Schmerzzentrum gehören auch Forschung, Facharztzubereitung und studentische Lehre, um neue Erkenntnisse, innovative Therapieansätze und kompetente Therapeuten zu gewinnen. Beispielsweise sind derzeit verfügbare Schmerzmittel durch schwerwiegende, teilweise lebensgefährliche Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Übelkeit, Atemstillstand, Suchtentwicklung, Blutungen und Magen-Darm-Geschwüre limitiert. Ein aktuelles Problem ist der weltweit ausufernde Über- und Fehlgebrauch von Schmerzmitteln, begleitet von intensiven Debatten um Lebensqualität, Medikamentenüberdosierung und die Rolle des Gesundheitswesens. Zur Weiterentwicklung neuer Schmerzmedikamente und nicht-pharmakologischer Therapien sind daher interdisziplinäre Forschungsansätze notwendig, die Ergebnisse aus Computersimulationen oder zellbiologischen Experimenten in Tiermodelle und klinische Studien in Patienten übertragen.

Auch ethische, sozial- und geisteswissenschaftliche Fragestellungen sind dabei sehr wichtig. Es gibt nur wenige Schmerzzentren die all diese Komponenten aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung integrieren. Meist sind diese an Universitätskliniken für Anästhesiologie zu finden.

Der Autor leitet die Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Campus Benjamin Franklin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

ANZEIGE

**M A Z A R S**  
Roever Broenner Susat Mazars  
www.mazars.de

Stellen Sie sich den Herausforderungen der Gesundheitsbranche – mit unserem Know-how

Roever Broenner Susat Mazars zählt zu den führenden Prüfern und Beratern von Leistungserbringern und Kostenträgern im deutschen Gesundheitswesen. Eine Vielzahl von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Rehakliniken, niedergelassenen Ärzten, gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen vertraut auf unsere langjährige Expertise.

Wirtschaftsprüfung  
Steuerberatung  
Accounting  
Rechtsberatung  
Financial Advisory Services

Anspruchspartner  
WP/StB Ingo Fehlberg  
ingo.fehlberg@mazars.de

**Charité und AOK Nordost kooperieren gegen Kopfschmerz**

VON HARALD MÖHLMANN

Geschätzte acht Millionen Deutsche leiden unter Kopfschmerzen. Ihre Behandlung verlangt eine sorgfältige Erhebung der Beschwerden, eine eingehende körperliche Untersuchung und spezielles medizinisches Wissen um Kopfschmerzen und Migräne. Eine strukturierte und integrierte Versorgung von an chronischen Kopfschmerzen und Migräne leidenden Patienten ist unerlässlich.

Im Schnitt dauert es jedoch mehr als zwei Jahre, bis Patienten mit chronischen Schmerzen eine ausreichend wirksame Behandlung erhalten. Zahlen der AOK Nordost belegen, dass gut die Hälfte der Versicherten, die 2012 wegen chronischer Kopfschmerzen in Behandlung waren, keine angemessene ambulante Facharztversorgung bekamen. Denn 60 Prozent suchten zunächst ihren Hausarzt bei Schmerzen auf, auch weil es im ambulanten Sektor schwer ist, Therapieangebote zu finden, die dem komplexen Charakter der Erkrankung Rechnung tragen.

Die Charité und die AOK Nordost haben jetzt mit dem Kooperationsvertrag „KopfschmerzSPEZIAL“ eine für die Region Nordost einmalige Vereinbarung geschlossen.

Ziel ist es, die Versorgung von an chronischen Kopfschmerzen und Migräne leidenden Versicherten in Berlin zu verbessern. Kopfschmerz und Migräne sind vielschichtige Krankheitsbilder. Sie werden durch biologische, gedankliche, gefühlsmäßige sowie soziale Einflüsse bedingt und müssen auf verschiedenen, abgestimmten Wegen behandelt werden.

Versicherte der AOK Nordost können nun in der Kopfschmerzambulanz der Charité auf ein interdisziplinäres Team aus Neurologen und Physikalischen Medizinern, Krankengymnasten sowie Psychologen und bei Bedarf auf weitere Spezialisten wie Anästhesisten oder Orthopäden zählen: Sie nehmen sich Zeit, um die individuell beste Therapie zu finden. Kontrollierte Schmerzmittelinnahme sowie Schulung zur Erkrankung und Anleitung zum korrekten Selbstmanagement sollen die weitere Chronifizierung verhindern und Betroffenen wieder mehr Lebensqualität schenken. Und das dauerhaft, denn die Klinikärzte stehen mit dem kooperierenden und nachbetreuenden Arzt in der ambulanten Versorgung in enger Abstimmung.

Der Autor ist Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost



## PALLIATIVVERSORGUNG *Wie Behandlung und Betreuung in der letzten Lebensphase gut gelingen*

# Wenn Heilung nicht mehr möglich ist

Gute Palliativmedizin nimmt die Bedürfnisse Schwerkranker in den Blick. Doch es gibt noch zu wenige Angebote

VON LUKAS RADBRUCH

Palliativversorgung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Dazu gehört die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen, wie auch die Behandlung von anderen psychischen, sozialen oder spirituellen Problemen. Palliativmedizin ist nicht auf das letzte Lebensstadium und auf sterbende Patienten beschränkt, sondern kann auch schon zu einem deutlich früheren Zeitpunkt im Krankheitsverlauf eingesetzt werden. Und zwar nicht nur bei Krebs, sondern auch bei allen anderen unheilbaren Erkrankungen.

Die Behandlungsziele richten sich nach den Bedürfnissen der Patienten. Für sie muss nicht unbedingt die möglichst vollständige Symptomlinderung im Vordergrund stehen. Andere Ziele, wie etwa schnell nach Hause zurückzukehren oder möglichst einen klaren Verstand und volle Konzentrationskraft zu erhalten, können aus Sicht des Patienten wichtiger sein, so dass eine Medikation zur Symptomkontrolle nur soweit gewünscht wird, wie sie diese Ziele nicht gefährdet. Die Prioritäten des Patienten können auch den üblichen Erwartungen widersprechen. Die meisten freuen sich über soziale Kontakte wie Besuche und Gespräche. Bei einigen besteht aber ein klarer Wunsch nach Rückzug und Ruhe.

Doch nicht alle Probleme der Palliativversorgung können gelöst werden. Während körperliche Symptome fast immer gut behandelt werden können, sind Angst oder existenzielle Not bei manchen Patienten übermächtig. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung wird die zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen und der Verlust von Selbständigkeit als würdelos empfunden.

Seit der Einrichtung der ersten Palliativstation in Deutschland im Jahr 1983 und dem ersten Hospiz 1986 sind in Deutschland viele Dienste und Einrichtungen für die Palliativversorgung entstanden. Mittlerweile stehen 217 stationäre Hospize, 286 Palliativstationen und mehr als 240 Teams für die spezialisierte ambulante

Palliativversorgung (SAPV) zur Verfügung, dazu mehr als 1500 ambulante Hospizdienste. Insgesamt haben in Deutschland mittlerweile mehr als 9000 Ärzte eine Zusatzqualifikation in der Palliativversorgung erworben.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach der Qualität der Versorgung an Bedeutung. Es ist jedoch gar nicht so einfach, gute Qualität in der Palliativversorgung zu erkennen. Qualitätskriterien aus anderen Bereichen der Medizin, etwa eine möglichst geringe Sterblichkeitsrate, lassen sich nicht anwenden. Sinnvoll ist die Erfassung von Schmerzstärke und anderen Symptomen oder der Lebensqualität, aber auch das ist bei den schwerstkranken Patienten nur sehr eingeschränkt möglich.

Als Zeichen einer hohen Qualität sind deshalb der schnelle Zugang zur Palliativversorgung für alle Patienten, die sie benötigen, die Rund-um-die-Uhr Verfügbarkeit und die Fortführung der Palliativversorgung auch bei einem Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wichtig. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) führt ein Hospiz- und Palliativregister, in dem die teilnehmenden Einrichtungen für jeden Patienten einen Kerndatensatz eingeben können. Dies soll nicht der Kontrolle der teilnehmenden Einrichtungen dienen, sondern den Einrichtungen selbst einen Vergleich mit anderen Einrichtungen ermöglichen.

Trotz des langsamen, aber stetigen Ausbaus der Palliativversorgung in den letzten Jahren gibt es in Deutschland noch einige weiße Flecken in der Versorgungslandkarte. Vor allem in ländlichen Gebieten fehlen Angebote zur stationären und ambulanten Palliativversorgung. Bestimmte Gruppen wie Migranten, Bewohner von Pflegeheimen oder Demenzerkrankte finden viel zu oft keinen Zugang zur Palliativversorgung. Immer noch wird diese vorwiegend für Tumorerkrankte angefordert, obwohl viele Menschen mit anderen unheilbaren Erkrankungen sie ebenso dringend benötigen. Insgesamt erhalten derzeit nur rund 30 Prozent der



Das letzte Weihnachtsfest steht derzeit vielen Hospizbewohnern bevor. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin fordert eine bessere Vernetzung von Einrichtungen der Palliativversorgung, ambulanten Hospizdiensten und Gemeinden. | Foto: M. Boeschmeyer/Imago-epd

Sterbenden eine allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung. Die Schätzung des Bedarfs liegt aber bei 60 bis 90 Prozent der Sterbenden, so dass hier eine erhebliche Lücke in der Versorgung sichtbar wird. Für eine flächendeckende Versorgung mit hoher Qualität müsste die Zahl der Hospize und Palliativstationen verdoppelt werden.

Nötig ist auch eine bundesweite Vereinheitlichung der Regulierungen, die sich derzeit zwischen den Bundesländern deutlich unterscheiden, und eine bundesweit einheitliche Qualitätssicherung, zum Beispiel mit dem nationalen Hospiz- und Palliativregister der DGP. Vor allem aber brauchen wir den Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung über

### Jedes Krankenhaus und jedes Pflegeheim bräuchte einen Palliativbeauftragten

Hausärzte, Krankenhausärzte und Pflegedienste. So fordert die DGP beispielsweise einen Palliativbeauftragten in jedem Krankenhaus und jedem Pflegeheim, der die allgemeine Palliativversorgung vor Ort organisieren, weiterentwickeln und vernetzen soll.

Dieser Ausbau muss von einem gesellschaftlichen Prozess begleitet werden, in dem die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden nicht nur als Aufgabe des Gesundheitssystems verstanden wird, sondern auch als gesellschaftliche Aufgabe. Das Ziel einer gemeinde-nahen Versorgung erfordert die Vernetzung der Einrichtungen der Palliativversorgung, der ambulanten Hospizdienste mit den ehrenamtlichen Begleitern, der lokalen Verwaltung und anderen Organen in der Gemeinde. Erst damit wird die Versorgung bis zum Lebensende auch Teil der sozialen Gemeinschaft, und damit ein Teil des Lebens.

Der Autor ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

## Das neue Hospiz- und Palliativgesetz

VON WINFRIED HARDINGHAUS

Eine Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung bringt bei Betroffenen und Angehörigen viele Ängste mit sich. Welche Symptome sind zu erwarten und was kann man dagegen tun? Werde ich zuhause sterben können? Kann ich das alles meinem Partner, meiner Familie, meinen Freunden zumuten? Wo finde ich Unterstützung?

Das Anfang November im Bundestag verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) bringt in vielen dieser Fragen Verbesserungen. Die ärztliche und pflegerische Versorgung soll gestärkt, die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten – Hausarzt, Pflegedienst, Therapeuten und Hospizdiensten – gefördert, Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der Versorgung vereinheitlicht werden. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) vor allem auf dem Land soll ausgebaut werden, so dass auch Menschen mit schwerwiegenden Symptomen zuhause begleitet werden können.

Die ambulanten Hospizdienste erhalten nun neben den Personalkosten Sachkosten erstattet. Das bedeutet mehr Planungssicherheit für die über 1500 Dienste, deren Arbeit sich vor allem durch den Einsatz gut ausgebildeter Ehrenamtlicher auszeichnet. Sie bringen weit mehr Zeit mit als professionelle Pflegedienste und unterstützen die Betroffenen sowie die Angehörigen.

Das HPG sieht außerdem vor, dass ambulante Hospizdienste nun auch Begleitungen im Krankenhaus – wo fast die Hälfte aller Menschen stirbt – abrechnen können. Bei stationären Hospizen wurde der Satz der zuschussfähigen Kosten erhöht. Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, über die Möglichkeiten hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung aufzuklären und mit Palliativmedizinern und ambulanten Hospizdiensten zusammenzuarbeiten.



Ambulante Hospizdienste sollen nun auch eine Begleitung im Krankenhaus abrechnen dürfen. | Foto: Sebastian Kahmert/p.a.-dpa

Auch wenn andere Punkte im Gesetz nicht berücksichtigt wurden – etwa der Hospiz- und Palliativbeauftragte, der Ärzte und Pflegepersonal berät und unterstützt – bietet das HPG vielfältige Ansätze für eine bessere Begleitung und Versorgung Schwerkranker und Sterbender. Die gesellschaftliche Aufmerksamkeit, welche die Hospizarbeit durch das Gesetzgebungsverfahren und die Debatte zum Verbot gewerblicher und organisierter Formen der Beihilfe zum Suizid erfahren hat, hat dazu geführt, dass die Menschen auch mehr über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativarbeit erfahren haben. Offene Fragen beantworten jederzeit die Hospiz- und Palliativdienste in der Nähe.

Der Autor ist Vorsitzender des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV)

## Lindern und Trösten

Hospizdienste begleiten unheilbar kranke Menschen. Sie sollen so selbstbestimmt und unbelastet wie möglich leben können

VON WERNER WEINHOLT

Wenn das Leben eines Menschen durch die Diagnose einer unheilbaren Krankheit an seine Grenzen gerät, bedeutet das nicht, dass die medizinische Versorgung am Ende ist und der Betroffene mit seinen Schmerzen und der Trauer allein gelassen wird. Eine solche Situation stellt Medizin und Pflege vor besondere Herausforderungen, denen die Hospiz- und Palliativversorgung begegnet.

Die Hospiz- und Palliativbewegung leistet wichtige Aufklärungsarbeit darüber, welche Versorgungsmöglichkeiten es am Ende des Lebens gibt und wer sie nutzen kann. Sie setzt sich dafür ein, das Sterben als natürliche Lebensphase zu begreifen, die besonderer ärztlicher und pflegerischer Zuwendung bedarf. Heute wird viel dafür getan, dass jeder Mensch die letzte Lebensphase so verbringen kann, wie es sich die meisten wünschen: im eigenen Zuhause, im Kreis von Angehörigen und Freunden – und überwiegend ohne

Schmerzen. Dabei steht nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis im Vordergrund, sondern die qualitative Lebensverbesserung trotz fortschreitender Erkrankung. Damit greift die Hospizbewegung auf eine Beschreibung des ärztlichen Versorgungsauftrags aus dem 16. Jahrhundert zurück: Heilen manchmal. Lindern oft. Trösten immer.

Dafür sind besondere Versorgungsstrukturen und rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen worden. Denn Menschen mit einer nicht heilbaren oder weit fortgeschrittenen Erkrankung, bei der die Lebenserwartung zeitlich sehr begrenzt ist, haben Anspruch auf spezialisierte pflegerische und medizinische Versorgung im eigenen Zuhause, in einer Pflegeeinrichtung oder im Hospiz. Bedingungen dafür sind multiprofessionelle Pflege und ärztliche Betreuung, die eine umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle gewährleisten sowie umfassende seelsorgliche und psychologische Begleitung. Sterbenden Menschen kann auf diese Weise

die letzte Lebensphase mit möglichst wenigen belastenden körperlichen und seelischen Symptomen, wie Luftnot oder Angstzustände, ermöglicht werden.

Vor der Aufnahme in ein stationäres Hospiz werden die Möglichkeiten der spezialisierten ambulanten Hospizversorgung (SAPV) im eigenen Zuhause geprüft. Dort soll die Betreuung so lange wie mög-

### Wie auch sonst in der Medizin gilt: ambulant vor stationär

lich durchgeführt werden. In der Hospizarbeit gilt wie in allen Bereichen der medizinischen Versorgung die Regel: ambulant vor stationär. Ambulante Hospiz- und Palliativdienste bieten dafür ein umfassendes Hilfsnetzwerk: Mitarbeiter vermitteln spezialisierte Pflegedienste oder Ärzte an Betroffene und bieten schwerstkranken und sterbenden Menschen Begleitung und Un-

terstützung sowohl in der eigenen Wohnung, als auch im Pflegeheim oder im Krankenhaus. Ehrenamtliche Hospizhelfer und Sterbegleiter spenden praktische Hilfe im Alltag, persönliche Zuwendung, Ermutigung und Trost.

Dort, wo eine ausreichende ambulante palliative Versorgung zuhause nicht mehr möglich ist, bieten stationäre Hospize Sterbenden ein wohnliches Umfeld in familiärer Atmosphäre. Die Bewohner sollen sich wohl und gut versorgt fühlen. Ihre verbleibende Lebenszeit sollen sie an einem Ort verbringen, an dem es möglich ist, eigene Gewohnheiten beizubehalten und bis zuletzt selbstbestimmt und würdevoll zu leben.

Wesentlich dafür ist neben der umfassenden menschlichen Zuwendung eine umsichtige Symptomkontrolle, das heißt die sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer Probleme körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Hierzu gibt es spezielle Angebote, etwa im Bereich der Biographie-

Der Autor ist leitender Theologe der Paul Gerhardt Diakonie e.V. Berlin und Wittenberg

ANZEIGE

## Innovative IT-Dienstleistungen IM GESUNDHEITSWESEN

### Die neue Dimension der Privat abrechnung

PVS dialog – die Online-Kommunikationsplattform für Ihre Abrechnungsdaten. Lassen auch Sie sich begeistern!



Treffen Sie uns auf dem Qualitätskongress:  
03.12.2015 - 13:30 bis 15:00 - Symposium 5  
Chancen der Auswertung digitalisierter Krankenakten

## PVS berlin-brandenburg

EIN UNTERNEHMEN  
DER PVS HOLDING

Als Unternehmen der PVS holding zählen wir zu den größten berufsständischen Verrechnungsstellen Deutschlands und sind die Experten für Ihre Privat abrechnung. Mit unserem Online-Kundenbereich PVS dialog haben wir die neueste Technologie entwickelt, mit der Sie immer einen Schritt voraus sind:

- > direkte Online-Rechnungserfassung
- > Auswertung archivierter Patientenakten
- > aussagekräftige Reporting-Tools
- > ab 2016 komfortables Patientenportal

Invalidenstr. 92  
10115 Berlin

Tel.: 030 319008-45  
info-bb@ihre-pvs.de

www.pvs-bb.de



**KOSTEN & QUALITÄT** Wo der Gesetzgeber regulierend eingreift – und wo er es bisher nicht tut

Mittel gegen Krebs werden immer teurer

VON WOLF-DIETER LUDWIG

Fortschritte in der Krebsforschung haben das Verständnis für die Entstehung und das Wachstum von Tumoren deutlich verbessert und die Entwicklung neuer medikamentöser Therapiestrategien ermöglicht. Gleichzeitig ist es in den letzten zehn Jahren zu einem enormen Preisanstieg bei onkologischen Arzneimitteln gekommen. Bereits heute sind Krebsmedikamente in Deutschland mit 4,4 Milliarden Euro die mit Abstand umsatzstärkste Wirkstoffgruppe im Arzneimittelmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei sind die Kosten für stationär verabreichte Mittel nicht berücksichtigt. Prognosen gehen für 2018 von Umsätzen in Höhe von 120 bis 140 Milliarden US-Dollar weltweit aus, mit einem gegenüber 2014 jährlichen Umsatzwachstum von sieben bis zehn Prozent.

Vor diesem Hintergrund kritisieren Onkologen zunehmend die Preisentwicklung bei onkologischen Wirkstoffen – mit Jahrestherapiekosten in Höhe von 50.000 bis mehr als 100.000 Euro pro Patient. Diskutiert wurden vor allem die Auswirkungen für Patienten („finanzielle Toxizität“, etwa in den USA durch hohe Zuzahlungen) und der mitunter geringe Nutzen neuer Wirkstoffe. Hingewiesen wurde auch auf die Entwicklung einer Vielzahl lukrativer Wirkstoffe mit marginalem Nutzen, die sich negativ auf die Entwicklung echter Innovationen auswirken.

Wie wenig sich die Preise neuer onkologischer Wirkstoffe derzeit an deren Innovationsgrad oder klinischem Nutzen orientieren, zeigen Analysen des National Cancer Institute in den USA. Sie ergaben bei den von der Food and Drug Administration (FDA) zwischen 2009 und 2013 neu zugelassenen 51 onkologischen Arzneimitteln keine Korrelation zwischen Innovationsgrad (etwa neuartiges Wirkprinzip), dem nachgewiesenen klinischen Nutzen und der Höhe der von pharmazeutischen Unternehmen verlangten Preise.

**Viele Wirkstoffe sind zwar lukrativ, helfen aber kaum**

Diese Ergebnisse widerlegen nachdrücklich die von Industrie-seite häufig genannten Gründe für die sehr hohen Kosten – Ausgaben für Forschung und Entwicklung – und belegen, dass die aktuelle Preisgestaltung nicht rational erfolgt, sondern eher widerspiegelt, was der Markt bereit ist zu zahlen.

Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zu erwägen, die künftig angemessene Preise für patientenrelevanten therapeutischen Fortschritt festlegen und somit Kosten für unser Gesundheitssystem reduzieren. Dabei sollten sich Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit neuer onkologischer Arzneimittel noch stärker am evidenzbasierten Nutznachweis orientieren. Einer ausschließlich marktwirtschaftlich orientierten Preisgestaltung durch Pharmaunternehmen muss von Seiten der Politik wirksam begegnet werden. Die Bestimmung dieses „Werts“ ist abhängig von klinischen Kontextfaktoren wie der Art der Erkrankung, bestehenden Therapiemöglichkeiten, kulturellen Einflüssen, aber auch persönlichen Werthaltungen.

Der Autor ist Vorstandsvorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Vivantes-Geschäftsführerin Dr. Andrea Grebe über Geldsorgen der Kliniken, freiwillige Qualitätsanstrengungen und das Engagement in der Flüchtlingshilfe

**Frau Dr. Grebe, ob man sich auf medizinischen Kongressen umhört oder in den Entwurf der neuen Krankenhausreform schaut – das Thema „Qualität“ hat offenbar oberste Priorität. Ist dieser Stellenwert aus Ihrer Sicht angebracht?**

Das schon, aber der Begriff „Qualität“ wird derzeit inflationär verwendet. Man muss sich zunächst einmal klarmachen, worüber wir eigentlich reden. Reden wir über die Wartezeit auf einen Facharzttermin, den Zeitdruck am Krankenbett oder über das Behandlungsergebnis? Wenn Sie näher hinschauen, werden Sie merken, dass jeder unter Qualität etwas anderes versteht.



Dr. Andrea Grebe ist Fachärztin für Innere Medizin und seit 2014 Vorsitzende der Geschäftsführung des landeseigenen Klinik Konzerns Vivantes. Das Interview führte Beatrice Hamberger.

**Für den Patienten dürfte das Behandlungsergebnis entscheidend sein.**

Ergebnisqualität ist die Königsdisziplin in der ganzen Qualitätsdiskussion, die aber leider gar nicht so einfach zu messen ist. Sie können zum Beispiel die Sterblichkeitsrate oder die Komplikationsrate erfassen. Damit wissen Sie aber noch lange nicht, ob es dem Patienten nach der Operation tatsächlich besser geht und ob sich zum Beispiel das neue Hüftgelenk im Alltag bewährt. Eine gelungene Operation sagt eben nichts über das langfristige Ergebnis aus, geschweige denn über die Zufriedenheit des Patienten.

**Sie meinen, Qualität hat auch immer etwas Subjektives?**

Was ich sagen will: Qualität zu definieren ist viel komplexer, als es auf den ersten Blick vielleicht scheint. Das heißt aber nicht, dass wir nicht weiter alles tun müssen, um noch besser zu werden oder die Patienten vor vermeidbaren Fehlern zu schützen.

**Wird da aus Ihrer Sicht genug getan?**

Die Krankenhäuser sind heute auf einem sehr guten Weg. Allein die Tatsache, dass sie sich seit Jahren mit ihrer Qualität kritisch auseinandersetzen, hat enorm viel in Bewegung gebracht. Ich nenne Ihnen ein Beispiel aus den Anfängen der externen Qualitätssicherung: Anfang der 1970er Jahre fiel Ärzten im Raum München auf, dass die Säuglingssterblichkeit in der Geburtshilfe von Haus zu Haus sehr unterschiedlich war. Also hat man angefangen, die verschiedensten Daten rund um die Geburt zu sammeln. Noch während der Datenerfassung ging die Sterblichkeitsrate bereits messbar zurück.



Das läuft. Die Krankenhäuser in Deutschland setzen sich bereits seit Jahren mit ihrer Qualität auseinander, sagt Andrea Grebe. Allein die Beschäftigung mit dem Thema habe viel gebracht. Dabei sei vor allem Transparenz wichtig. | Foto: Jochen Tack/Imago

Daran sieht man, dass allein das sich Befassen mit dem eigenen Handeln zu Veränderungen führt.

**Heute sind die Krankenhäuser verpflichtet, einmal im Jahr ihre Qualitätsdaten offenzulegen. Ist das ein Ansporn, sich selbst genauer auf die Finger zu schauen?**

Auf jeden Fall. Viele Krankenhäuser leisten aber freiwillig noch weitaus mehr. Auch hier ist der Weg das Ziel, sprich: Wer sich offen

mit seinen Daten auseinandersetzt – und das können Peer-Review-Verfahren, M&M-Konferenzen bis hin zu Patientenbefragungen sein – der tut bereits eine Menge für mehr Qualität. Unser Klinikkonzern tritt damit zunehmend nach außen auf. Deshalb finden Sie beispielsweise auch unsere Statistiken über resistente Keime oder unsere IQM-Daten zu Sterblichkeit und Komplikationen auf unserer Internetseite. Ich bin davon überzeugt, dass Transparenz Vertrauen schafft.

**Dem Gesetzgeber scheinen die Qualitätsanstrengungen aber nicht ganz zu reichen. Mit finanziellen Zu- und Abschlägen will er künftig gute Leistung belohnen und schlechte bestrafen. Stichwort: „Pay for Performance“. Wie sehen Sie diese staatliche Zensur?**

Hier bin ich auf die konkrete Ausgestaltung der Umsetzung gespannt. Sie brauchen justiziable Qualitäts-Messinstrumente und bis die entwickelt sind, wird noch viel Zeit vergehen.

**Immerhin wurde im Januar 2015 ein neues Qualitätsinstitut geschaffen, das dieses Vergütungskonzept auf den Weg bringen soll.**

Auch hier wird sich zeigen, wie dies in der Praxis aussehen wird. Ich halte es jedenfalls nicht für sinnvoll, dass man schlechte Qualität einfach schlechter bezahlt. Wenn eine Abteilung dauerhaft schlechte Leistungen bringt, gehört sie meiner Meinung nach geschlossen. Grundsätzlich ist gegen finanzielle Anreize nichts einzuwenden, aber wie gesagt: Mir ist nicht ganz klar ist, wie das in der Praxis funktionieren soll.

**Was würde Vivantes denn als Erstes mit mehr Geld tun?**

Das kann ich Ihnen sagen: Pro Schicht eine Pflegekraft mehr einsetzen – das würden nicht nur die Patienten, sondern auch unsere Pflegekräfte unmittelbar spüren. Dafür braucht man kein Qualitätsinstitut.

**Würde nicht soeben im Krankenhausstrukturgesetz mehr Geld für Personal zugesagt?**

Die finanziellen Zugeständnisse haben wir hart erkämpft. Dennoch reichen sie nicht, um die Lücke zwischen unseren Einnahmen und den wachsenden Ausgaben etwa durch Tarifsteigerungen zu schließen. So lange das so ist, bleibt die zusätzliche Pflegekraft pro Schicht eine Illusion.

**Berlin hat noch ein weiteres Problem: Das Land investiert so wenig wie kein anderes Bundesland in seine Krankenhäuser.**

Berlin ist diesbezüglich leider seit Jahren das bundesweite Schlusslicht. Nächstes Jahr soll es rund 110 Millionen Euro für Investitionen geben – wohlgemerkt für alle Berliner Krankenhäuser. Das ist ein gewisser Lichtblick. Allerdings benötigen die Krankenhäuser mindestens doppelt so viel Geld für dringend notwendige Investitionen. Darüber hinaus wird der neue Krankenhausplan einen Bettenzuwachs ausweisen. Damit trägt man der wachsenden Metropolregion Rechnung: Rund 40.000 Menschen ziehen jedes Jahr nach Berlin.

**Jetzt kommen noch die Flüchtlinge hinzu. Könnte es deshalb Versorgungsengpässe geben?**

Momentan kann überhaupt keine Rede davon sein. Das Engagement der Menschen in Berlin ist einfach beeindruckend. Bürger, Ärzte und Pfleger melden sich freiwillig, ganz einfach weil sie helfen wollen. Und das nicht nur bei uns, sondern auch in kleineren Häusern. Viele tun das ehrenamtlich in ihrer Freizeit. In den großen Einrichtungen wie Tempelhof und Spandau zählt die Vor-Ort-Versorgung aber inzwischen als offizielle Arbeitszeit.

**Fehlen die Mitarbeiter denn nicht an anderer Stelle?**

Bei Vivantes wird kein einziger Mitarbeiter wegen der Flüchtlingsversorgung aus der regulären Krankenversorgung abgezogen. Wir haben sogar Ärzte aus dem Ruhestand wieder eingestellt, damit die Versorgung reibungslos klappt. Wir fragen momentan auch nicht, wann genau wir das refinanziert bekommen. Wir machen einfach. Das ist doch eine Selbstverständlichkeit. Im Übrigen sehen wir gerade am Beispiel der Flüchtlinge, auf welchem hohem Niveau wir uns in Deutschland in der gesamten Qualitätsdiskussion bewegen. Manchmal ist es gut, ein wenig über den Tellerrand zu blicken.

ANZEIGE

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

**Ihr Plus zur Therapiesicherheit**  
**RückenSPEZIAL**  
Rückenschmerzen, wer kennt sie nicht? Wir helfen die beste Therapie- bzw. Operationsentscheidung zu finden.

Gesundheit in besten Händen **aok.de/nordost**

Falscher Anreiz

Eine qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhäusern verfehlt ihr Ziel

VON INGO FEHLBERG

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung in Deutschland, vor allem des stationären Sektors, zu gewährleisten hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Dezember 2014 ein 24-seitiges Reformpapier vorgelegt. Ziel ist unter anderem eine qualitätsorientierte Vergütung. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember 2016 einen Katalog von Leistungen erstellen, für die Zu- und Abschläge vorgesehen sind.

Dabei sollen Einrichtungen, die qualitativ hervorragende Leistungen erbringen für diese entsprechende Zuschläge erhalten. Bei Einrichtungen, die eine unzureichende Qualität erbringen, soll ein Abschlag erfolgen, wenn nach Feststellung der Mängel nicht innerhalb eines Jahres eine Nachbesserung erfolgt.

Diese Vorstellung des G-BA ist nicht kritisch zu sehen. Zum einen ist bekannt, dass finanzielle Anreize zu einer Verbesserung führen können. Andererseits ist empirisch ermittelt, dass „Bestrafungen“ nicht zu einer Verbesserung der Leistung führen. Es stellt sich also die Frage, ob ein Qualitätsabschlag ein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Qualität von Krankenhausleistungen darstellt. Ebenso ist zu erwarten, dass sich Verschiebungen bei den Behandlungen



Mehr Geld für gute Erfolge? Das könnte dazu führen, dass eine Klinik vor allem leichte Fälle behandelt, um ihre Statistik zu verbessern. | Foto: Tobias Hase/p.a.-dpa

ergeben werden. So könnte ein Krankenhaus vorwiegend leichte Fälle behandeln, um die Statistik zu verbessern. Die vermeintlich qualitativ guten Krankenhäuser müssten die schwereren Fälle auffangen und werden nach aktueller Lage mit

Mehrleistungs- oder Fixkostendegressionsabschläge bestraft. Dies steigert bei diesen Krankenhäusern nicht gerade die Motivation.

Die Erhebung von Abschlägen wird die finanzielle Situation der Klinik belasten. Wenn Mittel gekürzt werden, stehen diese weder zur Steigerung noch zum Halten der Qualität in den „guten Bereichen“ zur Verfügung. In diesen Fällen dürfte sich eine Abwärtsspirale in Bewegung setzen, an deren Ende die Schließung eines Hauses stehen könnte. Dann gehen auch die qualitativ hochwertigen Teilbereiche eines solchen Krankenhauses für die Versorgung der Bevölkerung verloren.

Grundsätzlich ist die Steigerung der Qualität der Krankenhausbehandlung als Ziel des Gesetzgebers zu begrüßen. Fraglich ist allerdings, ob dieses Ziel mit den vorgesehenen Zu- und Abschlägen erreicht werden kann. Vielmehr kann erwartet werden, dass dieses Vergütungssystem zu einer Konzentration zu noch größeren Einheiten und/oder zu einem Anstieg der Privatisierungen von bedrohten Krankenhäusern führen wird. Ob diese Entwicklung im Sinne der Patienten und Patientinnen ist, kann bezweifelt werden.

Der Autor ist Wirtschaftsprüfer und Steuerberater in Berlin



## PATIENTENSICHERHEIT Was zu guter medizinischer Versorgung gehört – und wie man die Spreu vom Weizen trennt

### Operation Sicherheit

VON LUTZ FRITSCHKE

Im Krankenhaus gilt: Jeder Fehler ist einer zu viel. Theoretisch ist eine Eingriffsverwechslung zu 100 Prozent vermeidbar. Die hohe Arbeitsteiligkeit im Krankenhaus und gelegentlich unübersichtliche Situationen, in denen unter Zeitdruck schnell gehandelt werden muss, bergen jedoch Risiken. Viele Kliniken fahnden daher fortwährend nach Gefahrenquellen im Behandlungsverlauf. In dem von der World Health Organization (WHO) initiierten Projekt „Action on Patient Safety: High5s“ erarbeiteten Kliniken aus acht Ländern Maßnahmen, die die Sicherheit bei operativen Eingriffen erhöhen sollen. In Deutschland nahmen 16 Krankenhäuser teil; in Berlin engagierten sich sechs Einrichtungen der Paul Gerhardt Diakonie.

Das Ziel des Projekts war, Risikofaktoren bei der Behandlung mithilfe einer standardisierten Handlungsempfehlung zu minimieren. Zwischen 2010 und 2015 erarbeiteten die Projekt-Krankenhäuser eine eigene Version der WHO-OP-Checkliste, welche die haustypischen Abläufe vor, während und nach einem Eingriff berücksichtigt. Sie gibt einen einheitlichen Versorgungsprozess vor, regelt die Zuständigkeiten der OP-Vorbereitung und den Umgang mit Abweichungen.

Die Umsetzung ist einfach, aber wirksam: An verschiedenen Zeitpunkten vor Beginn des Eingriffs wird der Patient mindestens anhand von zwei Merkmalen – wie etwa vollständiger Name und Geburtsdatum – identifiziert und anhand der Patientenakte abgeglichen. Weiter wird geprüft, ob die erforderliche Aufklärung und Zustimmung des richtigen Patienten sowie die vollständige Akte und alle Befunde vorliegen. Zur letzten Absicherung verlangt die Checkliste das Durchführen eines „Team-Time-Outs“: Dabei überzeugt sich der Operateur vor dem ersten Schnitt, dass alle Sicherheitsvorkehrungen durchgeführt wurden und die Beteiligten korrekt über den Eingriff informiert sind. Die adaptierten WHO-OP-Checklisten der Krankenhäuser sind auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums abrufbar und können von anderen Kliniken als Vorlage genutzt werden.

Nicht immer ist ein Patient während seines Krankenhausaufenthalts körperlich oder psychisch in der Lage, sich verlässlich zu identifizieren. Als ebenso wichtiges Instrument für die Steigerung der Patientensicherheit haben sich in diesen Fällen Armbänder erwiesen, welche Verwechslungen nahezu ausschließen. Durch ihre Nutzung kann die Identität von Patienten während des gesamten Klinikaufenthaltes gewährleistet werden – vor operativen Eingriffen, aber auch bei der Medikationsgabe, Blutentnahme, Befundzuordnung, Diagnostikstellung und therapeutischen Maßnahmen.

Bei der Aufnahme erhält der Patient ein Armband, aus dem neben dem Namen auch Kerndaten und Befunde wie Laborproben oder Medikationen von Pflegern und Ärzten direkt am Behandlungsort entnommen werden können. Dies hilft nicht nur, den Patienten zu identifizieren, sondern trägt auch dazu bei, das Risiko für vermeidbare Fehler bei der Medikation zu minimieren.

Der Autor ist Medizinischer Vorstand der Paul Gerhardt Diakonie



Muss das jetzt sein? Nach dem Vorbild der US-amerikanischen Kampagne „Choosing Wisely“ will die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Empfehlungen für sinnvolle, bisher wenig genutzte Verfahren aussprechen – und umgekehrt auch solche benennen, die oft unnötig zum Einsatz kommen. | Foto: Imago/Westend61

#### Eine Checkliste regelt die Abläufe vor, bei und nach Operationen

Nicht immer ist medizinisches Handeln sinnvoll und notwendig. In Klinik und Praxis bekommen Patienten täglich Untersuchungen und Behandlungen verschrieben, die ihnen nicht nützen oder sogar schaden. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) im vergangenen Jahr ihre Initiative „Klug entscheiden“ gestartet. Dem US-amerikanischen Vorbild, der „Choosing Wisely“-Initiative folgend, hat sie das Ziel, die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern und langfristig sicherzustellen.

Die „Klug-entscheiden“-Initiative basiert auf der Erkenntnis, dass trotz zahlreicher medizinischer Leitlinien häufig wichtige Aspekte in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen nicht adäquat berücksichtigt werden. So werden einerseits klare diagnostische und therapeutische Empfehlungen zu häufig nicht umgesetzt – dadurch entsteht Unterversorgung. Andererseits werden aber diagnostische und therapeutische Maßnahmen ergriffen, obwohl Studien bereits zeigen, dass diese für die spezielle Situation des Patienten nicht nutzbringend sind und damit eine Überversorgung entsteht.

Die DGIM als Vertreterin der gesamten Inneren Medizin hat sich daher zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit mit ihren Schwerpunktgesellschaften Aspekte der Über- und Unterversorgung in den einzelnen Fachbereichen zu identifizieren. So werden in den kommenden Mo-

naten von den zwölf internistischen Schwerpunkten jeweils zehn sogenannte „Klug-entscheiden“-Empfehlungen erarbeitet. Hierbei handelt es sich um Positiv-Empfehlungen für solche diagnostischen oder therapeutischen Verfahren, die bisher – obwohl ihr Nutzen nachgewiesen ist – zu wenig durchgeführt wurden. Und es handelt sich um Negativ-Empfehlungen für Verfahren, die häufig durchgeführt werden, obwohl gezeigt wurde, dass sie für die in Frage kommende Patientengruppe nicht nutzbringend sind.

Die Ergebnisse werden von einer Fachgruppe überprüft und verabschiedet. Zu ihr gehören auch Patientenvertreter, denn die Einbindung von Patienten in die Entwicklung von „Klug-entscheiden“-Empfehlungen und deren Umsetzung ist ein wesentliches Kennzeichen der Initiative. Die Empfehlungen sollen sowohl in den medizinischen Fachmedien, als auch für Laien nachvollziehbar aufbereitet veröffentlicht werden.

Durch eine groß angelegte Mitgliederbefragung will die DGIM von ihren rund 24.000 Mitgliedern Informationen einholen über die Häufigkeit und mutmaßlichen Ursachen von Über- und Unterversorgung. Von großem Interesse ist für uns dabei auch die Einschätzung der

#### Noch dies abklären und noch jenes – weniger wäre nicht selten mehr

Interne, wie die „Klug-entscheiden“-Empfehlungen eingesetzt werden können, um die identifizierten Aspekte der Über- und Unterversorgung zu beseitigen. Hier stellt sich insbesondere die Frage, ob die Veröffentlichung der Empfehlungen allein zur Lösung des Problems beitragen kann.

Die Initiative zielt darauf ab, die Indikationsqualität diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu verbessern. Andere Qualitätsaspekte der medizinischen Versorgung sind die Strukturqualität und schließlich die Ergebnisqualität. Die Qualitätsinitiative der Bundesregierung fokussiert gegenwärtig auf die Ergebnisqualität. Umso wichtiger erscheint uns die „Klug-entscheiden“-Initiative: Ein Behandlungsergebnis kann schließlich nur dann als gut bezeichnet werden, wenn die Behandlung auch erforderlich, das heißt, indiziert war. Im nächsten Schritt müssen dann wissenschaftliche Untersuchungen evaluieren, ob „Klug-entscheiden“-Empfehlungen mittelfristig tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität durch bessere Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen geführt haben.

Die Autorin ist Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Die Autorin ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

### Risiken in der Psychiatrie managen

VON IRIS HAUTH

Patientensicherheit und Risikomanagement sind in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie von hoher Bedeutung, allerdings ergeben sich im Vergleich zu den somatischen Disziplinen Besonderheiten: Stürze in der Gerontopsychiatrie, nicht ausreichende Begleitung und Überwachung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Suizidabsichten sowie fehlerhafte Medikamentenverabreichung sind die wichtigsten Schadensursachen.

Wichtig ist dabei ein strukturiertes Deeskalationstraining der Behandlungsteams. In den psychiatrischen Kliniken werden oft akut und schwer kranke Menschen aufgenommen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in ihren Möglichkeiten zur Affektregulierung und Impulskontrolle eingeschränkt sind. Angst und Anspannung führen zu Stress, der das Risiko erhöht, auf die unbekannte Umgebung, Mitpatienten oder die Behandlungsteams mit aggressiven Verhaltensweisen zu reagieren. Unreflektierte Formen der Interaktion der Mitarbeiter können ungewollt dazu beitragen, dass solche akute Situationen eskalieren.

Daher kommt der Sensibilisierung der Mitarbeiter für die möglichen Wirkungen ihrer Kommunikationsstile bei der Prävention von Aggression und Gewalt eine hohe Bedeutung zu. Aber auch für Situationen, die bereits eskaliert sind, benötigen die Mitarbeiter geeignete Handlungsstrategien, um professionell, einfühlsam und entängstigend zu deeskalieren. Es ist daher sinnvoll, dass Einrichtungen ihre Mitarbeiter für die vielfältigen Aufgaben im Bereich der Deeskalation und Gewaltprävention qualifizieren.



Falsche Medikamentengabe ist eine der häufigsten Fehlerquellen. | Foto: P. Seeger/p.a.dpa

Darüber hinaus führen alle Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie qualitätssichernde Maßnahmen und Risikomanagement durch. Gemeinsame Diagnostik- und Therapieplanung mit den Patienten und ihren Angehörigen zählen zur Routine. Strukturierte Konzepte und Materialien zur Patientenaufklärung, insbesondere beim Einsatz der Psychopharmaka, schaffen Transparenz für die Patienten mit dem Ziel des informierten Konsenses. Die Therapie erfolgt nach den evidenzbasierten Leitlinien und wird durch regelmäßige interne und externe Supervision sowie durch regelmäßige Fall- und Komplikationskonferenzen kontrolliert. Ein strukturiertes Beschwerdemanagement und ein klinikweites Fehlermeldesystem tragen ebenfalls zur Patientensicherheit bei.

Die Autorin ist Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

## Klug entscheiden

Eine neue Initiative will die Deutschen vor Über- und Unterversorgung schützen

VON GERD HASENFUSS

Nicht immer ist medizinisches Handeln sinnvoll und notwendig. In Klinik und Praxis bekommen Patienten täglich Untersuchungen und Behandlungen verschrieben, die ihnen nicht nützen oder sogar schaden. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) im vergangenen Jahr ihre Initiative „Klug entscheiden“ gestartet. Dem US-amerikanischen Vorbild, der „Choosing Wisely“-Initiative folgend, hat sie das Ziel, die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern und langfristig sicherzustellen.

Die „Klug-entscheiden“-Initiative basiert auf der Erkenntnis, dass trotz zahlreicher medizinischer Leitlinien häufig wichtige Aspekte in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen nicht adäquat berücksichtigt werden. So werden einerseits klare diagnostische und therapeutische Empfehlungen zu häufig nicht umgesetzt – dadurch entsteht Unterversorgung. Andererseits werden aber diagnostische und therapeutische Maßnahmen ergriffen, obwohl Studien bereits zeigen, dass diese für die spezielle Situation des Patienten nicht nutzbringend sind und damit eine Überversorgung entsteht.

Die Ursachen für Über- oder Unterversorgung können vielfältig sein. Überversorgung erfolgt vielfach aus dem Bestreben, das Maximale für den Patienten zu tun. Gerade in Anbetracht der zunehmenden Arbeitsverdichtung ist es oft der vermeintlich einfachere Weg, noch ein weiteres diagnostisches Verfahren anzuwenden, anstatt die Entscheidung für eine Diagnose oder Therapie auf Basis der vorliegenden Kernbefunde zu treffen. Auch in Deutschland spielt sicher die Sorge vor dem Vorwurf der Unterlassung eine zunehmende Rolle. Ein „Mehr“ an Untersuchungen wird aber auch durch finanzielle Fehlanreize unseres Entgeltsystems und die Erwartungshaltung der Patienten gefördert.

Die DGIM als Vertreterin der gesamten Inneren Medizin hat sich daher zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit mit ihren Schwerpunktgesellschaften Aspekte der Über- und Unterversorgung in den einzelnen Fachbereichen zu identifizieren. So werden in den kommenden Mo-

naten von den zwölf internistischen Schwerpunkten jeweils zehn sogenannte „Klug-entscheiden“-Empfehlungen erarbeitet. Hierbei handelt es sich um Positiv-Empfehlungen für solche diagnostischen oder therapeutischen Verfahren, die bisher – obwohl ihr Nutzen nachgewiesen ist – zu wenig durchgeführt wurden. Und es handelt sich um Negativ-Empfehlungen für Verfahren, die häufig durchgeführt werden, obwohl gezeigt wurde, dass sie für die in Frage kommende Patientengruppe nicht nutzbringend sind.

Die Ergebnisse werden von einer Fachgruppe überprüft und verabschiedet. Zu ihr gehören auch Patientenvertreter, denn die Einbindung von Patienten in die Entwicklung von „Klug-entscheiden“-Empfehlungen und deren Umsetzung ist ein wesentliches Kennzeichen der Initiative. Die Empfehlungen sollen sowohl in den medizinischen Fachmedien, als auch für Laien nachvollziehbar aufbereitet veröffentlicht werden.

Durch eine groß angelegte Mitgliederbefragung will die DGIM von ihren rund 24.000 Mitgliedern Informationen einholen über die Häufigkeit und mutmaßlichen Ursachen von Über- und Unterversorgung. Von großem Interesse ist für uns dabei auch die Einschätzung der

Interne, wie die „Klug-entscheiden“-Empfehlungen eingesetzt werden können, um die identifizierten Aspekte der Über- und Unterversorgung zu beseitigen. Hier stellt sich insbesondere die Frage, ob die Veröffentlichung der Empfehlungen allein zur Lösung des Problems beitragen kann.

Die Initiative zielt darauf ab, die Indikationsqualität diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu verbessern. Andere Qualitätsaspekte der medizinischen Versorgung sind die Strukturqualität und schließlich die Ergebnisqualität. Die Qualitätsinitiative der Bundesregierung fokussiert gegenwärtig auf die Ergebnisqualität. Umso wichtiger erscheint uns die „Klug-entscheiden“-Initiative: Ein Behandlungsergebnis kann schließlich nur dann als gut bezeichnet werden, wenn die Behandlung auch erforderlich, das heißt, indiziert war. Im nächsten Schritt müssen dann wissenschaftliche Untersuchungen evaluieren, ob „Klug-entscheiden“-Empfehlungen mittelfristig tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität durch bessere Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen geführt haben.

Die Autorin ist Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bei der Verbraucherzentrale Bundesverband

## Vergleichen und bewerten

Woran man als Laie erkennen kann, ob eine Klinik sicher ist

VON ILONA KÖSTER-STEINEBACH

Wie misst man Patientensicherheit? Die erste mögliche Antwort ist die Sterblichkeit. Verschiedene Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung erheben sie. Die „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM) fokussiert sogar hierauf. Aber wie so oft ist die Sache bei näherer Betrachtung nicht so einfach: In hochqualifizierten Krankenhäusern werden in der Regel die schwereren Fälle behandelt; natürlich ist da auch die Sterblichkeit höher. Das muss man über die sogenannte Risikoadjustierung ausgleichen, damit nicht ausgerechnet die besten Kliniken am schlechtesten abschneiden. Was auf jeden Fall die Sicherheit erhöht, ist eine sorgfältige Untersuchung der Todesfälle darauf, was man hätte besser machen können.

Damit sind wir bei einem weiteren wichtigen Merkmal von Patientensicherheit: dem Qualitäts- und Risikomanagement. Dazu gehören etwa die Anwendung von Checklisten vor Operationen, Maßnahmen gegen Verwechslungen, Sturzprophylaxe oder die Beteiligung an Fehlermeldesystemen. Und natürlich gehört der gesamte Bereich der Hygiene und Infektionsprävention dazu, also etwa der ratio-

nale Einsatz von Antibiotika, Screenings auf multiresistente Erreger, Händedesinfektion und der Einsatz und die Bedeutung von Hygienekommissionen und -personal. All diese Aspekte werden in Zukunft über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser erfasst und sind dann in Portalen wie qualitätskliniken.de, der Weißen Liste oder dem Krankenhausnavigator für Patienten einsehbar.

Was daraus aber nicht hervorgeht, ist, ob die Maßnahmen nur auf dem Papier bestehen oder ob sie wirklich mit Leidenschaft umgesetzt werden. Generell ist die Personalausstattung hochgradig relevant für die Patientensicherheit. Internationale Studien zeigen, dass für jeden Patienten, den eine Pflegekraft mehr betreuen muss, die Sterblichkeit um sieben Prozent steigt. Relevant ist natürlich auch, ob genügend Ärzte mit den benötigten Fachrichtungen und hinreichender Erfahrung vorhanden sind. Und sicherheitsrelevant sind ebenfalls die wenig beachteten Kräfte, etwa bei der Gebäudereinigung.

Einige Angaben dazu, nämlich zu ärztlichem und Pflegepersonal, findet man in den Qualitätsberichten. Aber schon bei den Therapeuten fehlen wichtige Zahlen, die übrige Personalsituation wird gar nicht

erfasst. Eine Beurteilung der Personalausstattung setzt jedoch voraus, dass es einen Standard gibt und dass Vergleiche möglich sind. Das scheidet derzeit schon daran, dass selbst die Fachabteilungen jeder Klinik nach eigenen Vorstellungen im Qualitätsbericht benannt und dargestellt werden können.

Zusammengefasst ist die Transparenz, die die vermeintlich objektiven Angaben der Qualitätsberichte der Krankenhäuser über die Patientensicherheit schaffen, nach wie vor gering. Selbst Experten können aus den Angaben nicht unbedingt ablesen, ob ein Krankenhaus sicherer ist als ein anderes. Die beste Orientierung für Patienten bieten immer noch die Umfrageergebnisse, die Krankenhausvergleichsportale angeben. Eine über- oder unterdurchschnittliche Einschätzung zur Sauberkeit oder auch die Weiterempfehlungsraten sind nach wie vor die beste Orientierung – auch in der Frage der Patientensicherheit. Denn Patienten bemerken oft viele der oben genannten Punkte und beziehen sie in ihre Bewertung mit ein.

Die Autorin ist Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bei der Verbraucherzentrale Bundesverband

ANZEIGE



Alexianer

Die Alexianer GmbH ist ein Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, in dem mehr als 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind. Bundesweit betreibt sie Krankenhäuser, Heime der Senioren- und Eingliederungshilfe, ambulante Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen sowie Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfirmen. Träger der Alexianer GmbH ist die Stiftung der Alexianerbrüder. Noch heute – mit rund 800-jähriger Tradition – sind die Werte der christlichen Nächstenliebe das Fundament unserer Arbeit. Gesundheit, Pflege, Betreuung und Förderung von Menschen stehen bei uns im Mittelpunkt.

#### UNSERE EINRICHTUNGEN IN BERLIN

In unseren Einrichtungen begegnen wir jedem Menschen in seiner Individualität mit Zuwendung und Achtsamkeit. Kompetent und verlässlich.

- //// Krankenhaus Hedwigshöhe Höhensteig 1 //// 12526 Berlin //// Telefon: (030) 67 41 - 0
- //// St. Hedwig-Krankenhaus Große Hamburger Straße 5-11 //// 10115 Berlin //// Telefon: (030) 23 11 - 0
- //// St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee Gartenstraße 1 //// 13088 Berlin //// Telefon: (030) 927 90 - 0
- //// Bischof-Ketteler-Haus Seniorenpflegeheim Gartenstraße 5 //// 13088 Berlin //// Telefon: (030) 927 90 - 0
- //// Seniorenzentrum St. Michael Höhensteig 2 //// 12526 Berlin //// Telefon: (030) 67 41 - 41 01
- //// St. Alexius Seniorenpflegeheim Zingster Straße 74 //// 13051 Berlin //// Telefon: (030) 96 27 74 - 0

Ausführliche Informationen finden Sie im Internet unter [www.alexianer.de](http://www.alexianer.de)



**GESUNDHEITS-APPS** Wie die digitale Technik Patienten und Ärzte unterstützen kann

## Aufs Kleingedruckte achten

Medizinische Apps können sinnvoll sein – oder eine Mogelpackung. Wie man gute von schlechten unterscheidet

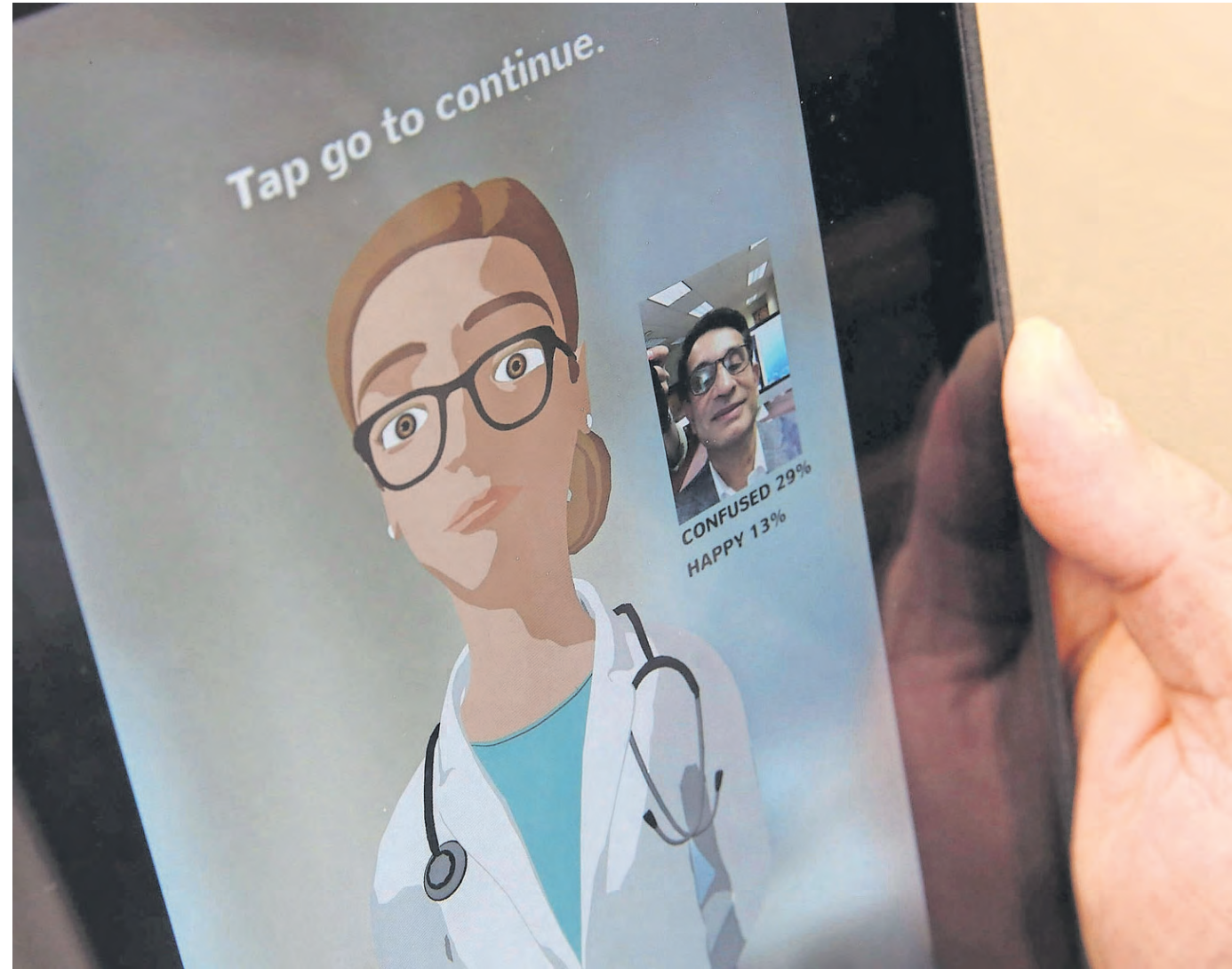
VON CHRISTIAN DIERKS

Von den rund 1,5 Millionen Apps im Apple Store dürften sich einige 10.000 mit gesundheitlichen Themen beschäftigen. Und der Store ist nicht der einzige: auch Google, Blackberry, Windows und andere stellen Apps bereit. Was können sie zur besseren medizinischen Versorgung beitragen? Die Leistungsfähigkeit und die Möglichkeiten einer Applikation hängen naturgemäß davon ab, was der Programmierer hineingesteckt hat.

Eine App, die den Body-Mass-Index ausrechnet oder mitteilt, dass ein Blutdruck von 200 zu 140 zu hoch ist, bewegt sich auf einem anderen Niveau als etwa ein Expertensystem zur EKG-Aufzeichnung. Apps können also theoretisch genau dasselbe wie Applikationen auf einem Rechner. Ein entscheidender Punkt ist jedoch anders: Der Nutzer hat die App auf seinem Smartphone stets bei sich. Diese fortlaufende Verfügbarkeit ermöglicht die kontinuierliche Erfassung von Körperfunktionen und Aufzeichnung von Daten zu einem persönlichen Monitoring, die weit über das hinausgehen, was in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus möglich ist. Dies wird auch mit großer Begeisterung getan: Millionen von Menschen benutzen die Apps, um sich selbst zu messen, die Daten im Zeitverlauf zu vergleichen und zu bewerten.

Viel seltener aber wird von der eigentlich sinnvollen Möglichkeit Gebrauch gemacht: diese Daten dem behandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen. Die hierfür erforderlichen Schnittstellen sind immer noch nicht standardisiert. Die Interoperabilität der Systeme muss erst noch geschaffen werden. Sie wird sich langfristig als das entscheidende Qualitätsmerkmal für den Beitrag der Apps zur Medizin erweisen, denn damit werden die blinden Flecken in der Betrachtung des Gesundheitszustandes geschlossen.

Apps können den Arzt natürlich nicht vollständig ersetzen, sondern nur die



Am Puls der Zeit. Am sinnvollsten sind Apps immer dann, wenn sie die beim Patienten erhobenen Daten gleich dem behandelnden Arzt zur Verfügung stellen – so wie dieser Avatar einer Anwendung in den USA. | Foto: Imago/Zuma Press

Behandlung ergänzen. Eine Fernbehandlung ist zulässig, wenn sie nicht die einzige medizinische Maßnahme ist, die den Patienten bezüglich einer bestimmten Indikation erreicht, sondern in ein anteiliges Behandlungsgeschehen eingebettet ist.

Schwierig wird es für den Nutzer, wenn er die Qualität einer App beurteilen will. Anders als bei Arzneimitteln, die man in der Apotheke nur erwerben kann, wenn sie über eine behördliche Zulassung verfügen, herrscht im App Store kaum kontrollierter Wildwuchs. Anhaltspunkte über die Qualität liefern Nutzerkommentare und Testberichte, etwa auf Internetseiten wie healthon.de.

Eine App, die der Erkennung, Verhütung, Überwachung oder Behandlung von Krankheiten oder der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen dient, ist allerdings nach dem Gesetz ein Medizinprodukt, und darf nur mit einer Zertifizierung in Verkehr gebracht werden. Diese ist am CE-Kennzeichen zu erkennen, das man allerdings bei den meisten Apps vergeblich sucht.

Die Zulassungsbehörden haben dieses Jahr begonnen, sich mit den medizinischen Apps zu beschäftigen. Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat eine Bekanntmachung veröffentlicht, welche Apps von ihr zugelassen werden müssen

und bei welchen dies voraussichtlich nicht der Fall ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte befindet sich auf einem ähnlichen Weg. Doch noch ist die Anzahl der zertifizierten Apps klein. Da die Zulassungsverfahren den Nachweis von Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität erfordern und dem Vertrieber zusätzliche Pflichten auferlegen, wird es zertifizierte Apps nur zu deutlich höheren Preisen geben, als es der Nutzer bisher gewohnt ist.

Und überhaupt, die Kosten: Eine App für nur wenige Euro sollte zum Nachdenken anregen. Wenn man fast kein Geld für eine Applikation ausgibt, ist man möglicherweise nicht der Käufer, son-

dern die Ware! Viele Apps übermitteln unerkannt fortlaufend Informationen über ihre Nutzer an den Betreiber, der mit der Weitergabe dieser Daten sein eigentliches Geschäft macht. Dies ist datenschutzrechtlich nur zulässig, wenn der Nutzer zuvor seine Einwilligung zu genau diesem Zweck erteilt hat. Ob dies allerdings in den Nutzungsbedingungen tatsächlich so erklärt wird, wird man nur erfahren, wenn man diese auch liest und nicht leichtfertig akzeptiert. Eine gute Datenschutzerklärung sollte Angaben über Nutzerkontrolle, anonyme Nutzungsmöglichkeit und Datensicherheit enthalten.

Der beste Schutz gegen schlechte Apps sind also Information und Analyse (siehe zum Beispiel TÜV Rheinland: „Check your App“). Eine gute App erkenne ich unter anderem daran, dass der Vertrieber (Gibt es ein Impressum? Kann ich den den Händler kontaktieren?) klare Angaben über Anwendungsbereich, Nutzen, Studien und Finanzierung macht. Was erfahre ich über den Zweck und die Funktion der App? Sind die medizinischen und technischen Risiken ausreichend beschrieben? Welche Aussagen macht der Vertrieber über die Autoren, ihre Qualifikation sowie Interessenkonflikte, so dass man die Verlässlichkeit des Inhalts beurteilen kann? Hierzu gibt es eine Checkliste auf der Seite des Aktionsforums Gesundheitsinformation af-gis.de.

Apps werden übrigens nicht nur von potenziellen Patienten eingesetzt, sondern auch von Ärzten und anderem medizinischen Fachpersonal. Soweit sie dabei ihre eigenen Smartphones benutzen, spricht man vom „Bring your own device – BYOD“. Um für diesen Einsatz eine ausreichende Qualität und Datensicherheit zu erreichen, ist ein strukturiertes System erforderlich, das von der jeweiligen Einrichtung gestaltet werden muss, ein sogenanntes Mobile Device Management System, kurz MDM.

Apps spielen also im Gesundheitswesen eine zunehmend wichtigere Rolle. Der Nutzer hat durchaus die Möglichkeit, sich über ihre Qualität zu informieren und sie sinnvoll einzusetzen. An der dafür notwendigen Einbindung in das Gesundheitssystem im Übrigen muss allerdings noch gearbeitet werden.

Der Autor ist Fachanwalt für Medizinrecht und Facharzt für Allgemeinmedizin in Berlin

## Mit Musik gegen Ohrgeräusche

VON DIRK HEINRICH

Fast jeder kennt Ohrgeräusche. Sie tauchen unvermittelt auf und verschwinden meist so plötzlich, wie sie gekommen sind. In manchen Fällen halten die Störgeräusche jedoch länger an: über Stunden, über Tage, über Monate. Der chronische Tinnitus bezeichnet ein Symptom, bei dem die Betroffenen dauerhaft Geräusche wahrnehmen, ohne dass eine äußere Schallquelle zugeordnet werden kann. Die Patienten hören Brumm- und Pfeiftöne, ein Zischen, Knacken oder Klopfen – beidseitig oder auf einem Ohr, durchgängig oder in Intervallen. Die Begleiterscheinungen sind oft sehr belastend. Tinnitus führt zu Schlaf- und Konzentrationsstörungen, einer verminderten Leistungsfähigkeit bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. Auch Angststörungen und Depressionen können auftreten.

Seit Oktober läuft in 23 Hamburger HNO-Praxen ein vielversprechendes Modellprojekt einer neuen Tinnistherapie. In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der HNO-Ärzte bietet die Techniker Krankenkassen (TK) ihren Versicherten mit Tinnitracks eine App fürs Smartphone, die Tinnitus mit speziell frequenzgefilterter Musik behandelt. Der Wirkungsmechanismus ist dabei nicht neu. Musik wird so gefiltert, dass sie im Bereich der individuellen Tinnitusfre-



Die gefilterten Lieder sollten täglich zuhause oder unterwegs in ruhiger Umgebung gehört werden. | Foto: Imago/Imagebroker

quenz der Patienten keine Signale mehr enthält. Ihr Klang ist leicht, doch nicht wahrnehmbar verändert. Durch das Hören der gefilterten Musik wird das gestörte Gleichgewicht der Hörnerven im Gehirn nach und nach wiederhergestellt. Klinische Studien konnten den Nutzen von Tinnitracks nachweisen.

Vor der Behandlung mit Tinnitracks steht die Untersuchung beim HNO-Facharzt. Infrage kommen alle Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit einem tonalen Tinnitus mit einer Frequenz von maximal 8,5 kHz. Sie dürfen keine akute Psychose aufweisen und keine Drogen nehmen. Bei der Eingangsuntersuchung wird die individuelle Tinnitusfrequenz ermittelt. Anschließend geben die Patienten ihren Frequenzwert in die App ein und schicken ihre Lieblingsmusik zum Tinnitracks-Server. Dort wird sie umgewandelt und bereitgestellt.

In den kommenden Monaten hören die Patienten die gefilterte Musik täglich anderthalb Stunden über ihr Smartphone. Wichtig ist dabei, einen hochwertigen Kopfhörer zu benutzen. Der Therapiefortschritt wird bei drei Anschlussuntersuchungen kontrolliert. Nach einem Jahr findet die Abschlussbestimmung beim HNO-Arzt statt. Die Kosten der Behandlung trägt die TK.

Der Autor ist Präsident des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte

## Wenn's piepst, bitte Pille nehmen

Die Diabetes-App „MyTherapy“ ist besonders bei Älteren beliebt. In der Charité wurde nun ihr Nutzen getestet

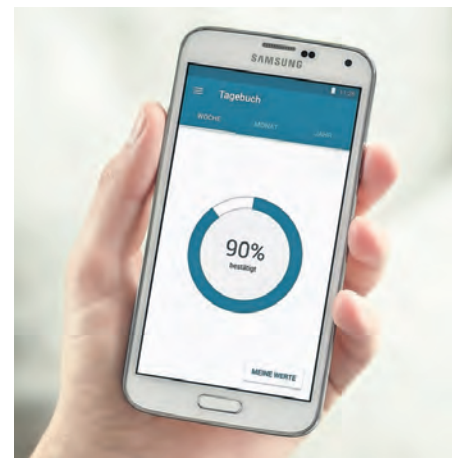
VON ELISABETH STEINHAGEN-THIESSEN

Diabetes zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Fast 5,8 Millionen Menschen leiden an der Volkskrankheit – Tendenz steigend. Besonders unter älteren Menschen ist Diabetes Typ II verbreitet: Bei den über 70-Jährigen ist sogar jeder Fünfte Diabetiker. Viele dieser Patienten sind auf Medikamente angewiesen. Damit diese wirken, ist eine regelmäßige Einnahme entscheidend. Nach Schätzungen der WHO werden allerdings die Hälfte der Medikamente, die chronisch Kranken verschrieben werden, nie eingenommen.

Um dem entgegenzuwirken und Menschen unter anderem bei ihrer Diabetes-therapie zu unterstützen, hat das Münchner Unternehmen Smartpatient die

Smartphone-App „MyTherapy“ entwickelt. Sie erinnert den Nutzer daran, seine Medikamente einzunehmen, sich ausreichend zu bewegen und anstehende Messungen vorzunehmen. Die Aktivitäten kann man wie in einer To-do-Liste abhaken, bis keine Aufgabe mehr ansteht. Zugleich lassen sich gemessene Werte wie Blutzucker oder das Gewicht in die App eintragen. Ein PDF-Bericht fasst die Informationen monatlich zusammen und dient als Gesprächsgrundlage beim nächsten Arztbesuch.

Eine Pilotstudie unter Senioren mit der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité zeigte bereits die hohe Benutzerfreundlichkeit und Wirksamkeit der App: Durch die Nutzung von „MyTherapy“ nahmen die Studienteilnehmer ihre Medikamente regelmäßiger ein und hielten sich häufiger an den



Fast geschafft. Die App erinnert daran, Medikamente zu nehmen, sich zu bewegen und nötige Messungen vorzunehmen. | Foto: Promo

Therapieplan. Nun wurde die App in einer zweiten Studie der Charité über einen längeren Zeitraum untersucht: Unter der Leitung von Anika Steinert testeten 36 Diabetespatienten im Alter von 60 Jahren oder älter die Anwendung über drei Monate hinweg. Das Ergebnis war positiv: Über 90 Prozent der Teilnehmer benutzten „MyTherapy“ täglich über den gesamten Zeitraum. Zudem lernten die Senioren 91 Prozent der Aufgaben in ihrer Liste. Fast zwei Drittel empfanden die App, und insbesondere die Funktion zur Medikamentenerinnerung, als hilfreich für ihre Diabetes-Selbstkontrolle.

Letztere wurde zusammen mit der Möglichkeit, einen Bericht zu erstellen, von allen Funktionen am besten bewertet. Die Verwendung von „MyTherapy“ hatte auch einen positiven Effekt auf das subjektive

Gesundheitsempfinden: Nach der Nutzung der App schätzten die Senioren ihren Gesundheitszustand besser ein, als noch davor.

„MyTherapy“ ist nur ein Beispiel für eine App, die den Therapiealltag von Patienten erleichtert. Gesundheits-Apps werden immer häufiger von chronisch Kranken genutzt. Dabei können Funktionen wie ein digitales Gesundheitsstagebuch das Arzt-Patienten-Gespräch erleichtern. Jedoch ist eine übersichtliche Gestaltung wichtig. Gerade älteren Menschen, die im Umgang mit Smartphones noch nicht versiert sind, helfen eine einfache Struktur und eine gute Benutzerführung.

Die Autorin leitet die Forschungsgruppe Geriatrie der Charité – Universitätsmedizin Berlin

ANZEIGE



DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN  
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

## Herzmedizin auf höchstem Niveau

Das Deutsche Herzzentrum Berlin ist eines der größten Herzzentren Deutschlands.

Für die Behandlung unserer Patienten geben wir täglich alles – verantwortungsvoll und mit großer menschlicher Zuwendung.

www.dhzb.de



Für Patienten aller Altersgruppen bieten wir die Behandlung sämtlicher Herz- und Gefäßerkrankungen – basierend auf modernster Technik, intensiver Forschung und enger fachübergreifender Zusammenarbeit.

### Unsere Schwerpunkte

- Bypass-Operationen
- Eingriffe an der Hauptschlagader (Aorta)
- Therapie von Herzklappenerkrankungen und Herzrhythmusstörungen
- Schonende minimalinvasive Behandlungsmethoden

Unsere Programme zur Therapie angeborener Herzfehler, zur Herz-Lungen-Transplantation und für künstliche Kreislaufpumpen zählen zu den größten Deutschlands.

Krankenhaus **Waldfriede**  
Berlin-Zehlendorf

Hochleistungsmedizin für Berlin und Brandenburg  
innovativ – menschlich – sozial engagiert



Krankenhaus Waldfriede | Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Argentinische Allee 40 | 14163 Berlin-Zehlendorf | 030. 81 810-0 | waldfriede.de | f/krankenhauswaldfriede



## ZENTREN &amp; ZWEITMEINUNGEN Zusammenarbeit für die bestmögliche Behandlung

Das Recht auf eine zweite Meinung  
Überflüssige Operationen verhindern

VON FRANZ KNIEPS

In Deutschland wird bei einigen Diagnosen zu schnell und zu häufig operiert. Die Betriebskrankenkassen (BKK) bieten ihren Versicherten daher eine Zweitmeinung an. Das gilt auch für schwere Erkrankungen wie Krebs.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) gilt in Deutschland als das deutsche Gesundheitssystem nicht eben als Brutstätte von Innovation. Doch bei der Zweitmeinung für Krebs gab es schnell grünes Licht für ein Netzwerk für die beste Therapie – geknüpft in Zusammenarbeit mit der Felix Burda Stiftung. Betriebskrankenkassen garantieren ihren Versicherten im Fall einer Krebsdiagnose schnellen Zugang zu Experten der onkologischen Kerndisziplinen. Geschwindigkeit ist entscheidend, denn die Halbwertszeit onkologischen Wissens liegt unter zwei Jahren. In dieser Zeit werden weltweit rund 2500 medizinische Studien zu onkologischen Erkrankungen veröffentlicht. Wird dieses Wissen nicht schnell aus den Unis ans Krankenbett gebracht, droht Experimentieren und Ausprobieren, im schlimmsten Fall ein Scheitern der Behandlung.

Die Zweitmeinung kann zu einem mächtigen Treiber für eine patientenorientierte Medizin werden, wenn sie klare Ziele verfolgt: Überprüfung der Indikation, unabhän-



**63 Prozent der planbaren Knie-OPs konnten so vermieden werden**

gige Qualitätssicherung, Einbindung medizinischer Expertise und Aufklärung der Versicherten – keine Selbstverständlichkeit in der flächendeckenden Versorgung in Deutschland.

Aus den BKK-Zahlen ergeben sich weitere Handlungsfelder: Durch die Zweitmeinung vor einer planbaren Knieoperation etwa konnten 63 Prozent der Eingriffe vermieden werden, bei den Rückenpatienten verzichtete mehr als die Hälfte (54 Prozent) auf eine OP. Bundesweite Verträge mit Schmerzmitteln und eine Kontrolle, ob es Patienten tatsächlich besser geht, sind die Marker für den Erfolg der orthopädischen Zweitmeinung.

Diese Art der Qualitätsprüfung gibt es bisher nicht in der Regelversorgung. Das überzeuge letztlich auch den Gesetzgeber: Für BKK-Projekte zur Zweitmeinung gibt es Bestandsschutz. Allerdings kennt ein Viertel der Patienten das Recht auf Zweitmeinung nicht; 15 Prozent glauben, sie müssten dafür selbst zahlen. Die Mehrzahl wünscht sich jedoch die Zweitmeinung, um einer vermeidbaren Operation zu entgehen. Ein Paradigmenwechsel hin zu einer konsequenten patientenorientierten Medizin kann den teuren Unsinn vieler Operationen, die medizinisch nicht zu begründen sind, schnell beenden. Patientorientierte Medizin erzwingt echte Qualität – dies ist kein unerreichbares Vorbild aus den USA.

Der Autor ist Vorstand des BKK Dachverbands

Zertifizierte Onkologische Zentren garantieren bestimmte Standards. Dennoch sollte man die Qualitätssiegel kritisch prüfen

VON MICHAEL HALLEK

Patienten, die die Diagnose Krebs erhalten, werden immer in eine emotionale Ausnahme-situation katapultiert. Ihr Leben, ihre Existenz und die ihrer Familie ist bedroht. Gleichzeitig müssen sie wichtige Entscheidungen treffen: Ist die gestellte Diagnose plausibel, welche Therapieoptionen gibt es, welchem Arzt vertraut man sich an?

Bei den Antworten auf diese Fragen spielen der Hausarzt und das persönliche Umfeld eine große Rolle. Viele suchen auch im Internet nach Informationen und sind dann häufig erschlagen von der Menge und Widersprüchlichkeit der Aussagen. Außerdem kommt hinzu, dass sich in der Krebsdiagnostik und -therapie in den letzten Jahren sehr viel getan hat, so dass viele dieser Erfahrungen und Informationen bereits überholt sind.

## Informationen in Onlineforen sind häufig verwirrend und noch dazu veraltet

Um den Patienten in dieser Situation eine Hilfestellung zu bieten, hat die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) nach der Jahrtausendwende begonnen, Qualitätskriterien für Organkrebszentren zu formulieren und im Rahmen von jährlichen Überprüfungen zu zertifizieren. Den Anfang machten 2003 die Brustkrebszentren – mittlerweile gibt es für fast alle Krebserkrankungen Anforderungskataloge an die Behandlung. Seit rund zehn Jahren wird außerdem die vernetzte interdisziplinäre Zusammenarbeit in Kliniken im Rahmen der Zertifizierung für ein „Onkologisches Zentrum“ geprüft.

Diese Zertifikate der DKG geben den Patienten die Sicherheit, dass in der jeweiligen Klinik eine größere Zahl von Patienten



Keine Einzelmeinung. Ein wichtiger Qualitäts-Baustein ist die gemeinsame Besprechung jedes Patienten durch die beteiligten Fachärzte in einem „Tumorboard“. Foto: Jochen Tack/Imago

mit der gleichen Erkrankung behandelt wird und dass die Behandlungsabläufe gut durchdacht und eingeübt sind. Ein für Krebspatienten besonders wichtiger Baustein ist dabei die gemeinsame Besprechung jedes neuen Patienten im sogenannten Tumorboard. In einem zertifizierten Krebszentrum ist genau festgelegt, welche Fachärzte an dieser Konferenz teilnehmen und so an der gemeinsamen Diagnosestellung und Therapieempfehlung für einen Patienten beteiligt sein müssen. Diese können daher bei einem „Beschluss des Tumorboards“ darauf vertrauen, dass die empfohlene Therapie keine Einzelmeinung ist, sondern im Konsens mit den Strahlentherapeuten, Pathologen, Chirurgen und Nuklearmedizinern im Haus getroffen wurde.

Mittlerweile hat die Krebsgesellschaft in Deutschland rund 90 Onkologische Zentren zertifiziert. Darüber hinaus gibt es 13 „Onkologische Spitzenzentren“, die jedoch von der Deutschen Krebshilfe ausgezeichnet werden. Die Krebshilfe fokussiert bei der Überprüfung der ausschließlich universitären Kliniken vor allem auf deren Forschungsleistungen und Erfolge bei der Übertragung von Forschungsergebnissen in die therapeutische Versorgung – die sogenannte Translation. Auch der Aufbau regionaler Netzwerke mit anderen Kliniken und Ärzten wird gewürdigt, denn die Zielsetzung der Auszeichnung „Onkologisches Spitzenzentrum“ ist die Verbesserung der Krebsbehandlung in ganz Deutschland mit den Unikliniken als Impulsgeber.

Für die Patienten geben die vorhandenen Siegel der Krebsgesellschaften daher schon einen guten ersten Anhaltspunkt. Trotzdem gilt: Immer auch auf das Kleingedruckte achten. Ist das Zertifikat noch aktuell? Ist meine Erkrankung darin überhaupt erfasst oder erstreckt sich das Siegel nur auf andere Tumore? Bei Unklarheiten immer nachfragen – ein transpa-

rentes Informationsverhalten ist ebenfalls eine Qualitätsanforderung an ein zertifiziertes Zentrum.

Auch für die Kliniken können die Zertifizierung hilfreich sein – wenn man sie intern nutzt, um ständig an der Verbesserung seiner Prozesse zu arbeiten. Fehlende Zertifikate sind im Umkehrschluss aber kein Hinweis auf schlechtere Qualität. Denn trotz aller Argumente, die für die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum sprechen: Bislang ist durch Studien nicht bewiesen, dass die Patienten dort eindeutig besser behandelt werden oder gar länger leben. Aber was die Zertifikate sicher zeigen ist, dass diese Kliniken große Anstrengungen unternehmen, um eine gute Behandlungsqualität für ihre Patienten zu organisieren.

Der Autor ist Direktor des Spitzenzentrums Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn und Direktor der Klinik I für Innere Medizin an der Uniklinik Köln

## MEHR IM INTERNET

## Kliniken finden und Zertifikate verstehen

Über die Zertifikate der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) kann man sich im Internet unter [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) informieren oder auch gleich unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) nach entsprechenden Zentren in Deutschland, der Schweiz, Österreich und Italien suchen.

Die derzeit 13 von der Deutschen Krebshilfe ausgezeichneten „Onkologischen Spitzenzentren“ findet man online unter [www.ccc-netzwerk.de](http://www.ccc-netzwerk.de). Es handelt sich dabei ausschließlich um Uni-Kliniken, darunter auch das Charité Comprehensive Cancer Center in Berlin.

## Ein Fall für Teamplayer

Die Herzchirurgie wird sich künftig in wenigen, dafür aber hoch spezialisierten Zentren konzentrieren

VON VOLKMAR FALK

Die moderne Herzchirurgie ist ein relativ junger Zweig der Medizin. Sie wurde mit der Erfindung der Herz-Lungen-Maschine in den 50er Jahren überhaupt erst ermöglicht und hat seitdem gewaltige Fortschritte gemacht. Dennoch: Die Zeit der Herzchirurgie als einer Königsdisziplin der Medizin, als quasi einziger Möglichkeit zur Heilung von Herz-Kreislaufkrankungen – sie ist vorüber.

Wir befinden uns in einem fundamentalen Wandlungsprozess. Das hat sowohl mit dem medizinischem Fortschritt, als auch mit veränderten Rahmenbedingungen zu tun. Die Herzmedizin erlebte in den 90er Jahren mit der Einführung minimalinvasiver Operationstechniken einen Innovations-schub. War der Zugang zum Herzen bis dahin fast nur durch die Durchtrennung des Brustkorbs möglich, können heute viele Eingriffe durch kleine Einschnitte mit endoskopischen Instrumenten vorgenommen werden. Durch diese schonende „Schlüsselloch-Chirurgie“ können Komplikationen vermieden und der Aufenthalt der Patienten in der Klinik verkürzt werden.

Viele Herzerkrankungen werden heute auch mit dem Herzkatheter behandelt.

Dabei werden die Instrumente über eine Punktion – meist am Bein – über die Blutgefäße bis ins Herz geschoben. Diese Eingriffe fallen überwiegend in den Bereich der interventionellen Kardiologie, also der nicht-chirurgischen Herzmedizin. Aufwändigere katheterbasierte Eingriffe wie der Ersatz kranker Aortenklappen (TAVI) erfordern die enge Zusammenarbeit von Herzchirurgen und Kardiologen. Am Deutschen Herzzentrum Berlin werden zwei hochmoderne „Hybrid-Operationssäle“ betrieben, in denen Kardiologen und Herzchirurgen solche Eingriffe gemeinsam vornehmen.

Die immer schonenderen Möglichkeiten gehen einher mit demographischem Wandel. Denn herzchirurgische Patienten werden immer älter. So hat sich der Anteil von über 70-jährigen Patienten am Deutschen Herzzentrum Berlin in den letzten zehn Jahren um rund 30 Prozent erhöht; fast zehn Prozent der Patienten sind heute sogar 80 oder älter. Entsprechend wachsen die Herausforderungen an Narkoseärzte, Intensivmediziner und Pflegekräfte.

Ein Herzchirurg ist heute also immer weniger allein in seinem persönlichen Wissen und handwerklichen Geschick ab-

hängig. Er ist angewiesen auf ein eingespieltes Spezialistenteam aus der Herz-Anästhesie, der Intensivmedizin, der Kardiotechnik und der Pflege.

Der Aufbau und die routinierte fachübergreifende Zusammenarbeit dieser Teams auch bei der Therapie eher seltener Herzkrankheiten lassen sich aber nur in spezialisierten Kliniken mit einem aus-

reichenden Operationsvolumen realisieren. Somit wird es vermutlich weiterhin zu einer Konzentration auf wenige, aber große Herzzentren kommen. Diese Konzentration bedeutet für Patienten zwar häufig längere Anfahrtswege. Es spricht jedoch vieles dafür, dass damit Qualitätsverbesserungen erzielt werden können. Daten über die Volumen-Ergebnis-Bezie-

hung aus Deutschland und vielen anderen Ländern weisen dramatisch bessere Ergebnisse für größere Kliniken aus.

Es wird die „klassische“ Herzchirurgie weiter geben, nicht nur bei öffentlichkeitswirksamen Transplantationen. So ist etwa bei einem akuten Einriss der Aorten-Innenwand eine Operation am offenen Herzen nach wie vor die einzig lebensrettende Therapie. Auch der Einsatz künstlicher Herzpumpen wird ein immer wichtiger Bereich der Herzmedizin. „Kunstherzen“ überbrücken bei unheilbarer Herzschwäche die Wartezeit auf eine Transplantation, können aber auch eine dauerhafte Alternative zum Spenderherz sein oder im besten Falle eine Erholung des Herzmuskels bewirken. Das Deutsche Herzzentrum Berlin betreibt eines der größten Kunstherz-Programme der Welt, mit entsprechender Intensität auch in der Forschung. Der Herzchirurg von heute muss ein Teamplayer sein, in einer engen fachübergreifenden Zusammenarbeit gleichwertiger Fachdisziplinen. Doch es bleibt ein ebenso herausfordernder wie faszinierender Beruf.

Der Autor ist Ärztlicher Direktor des Deutschen Herzzentrums Berlin



In den „Hybrid-Operationssälen“ des Deutschen Herzzentrum Berlin nehmen Kardiologen und Herzchirurgen viele Eingriffe gemeinsam vor. Foto: Imago/ImagoBroker

ANZEIGE

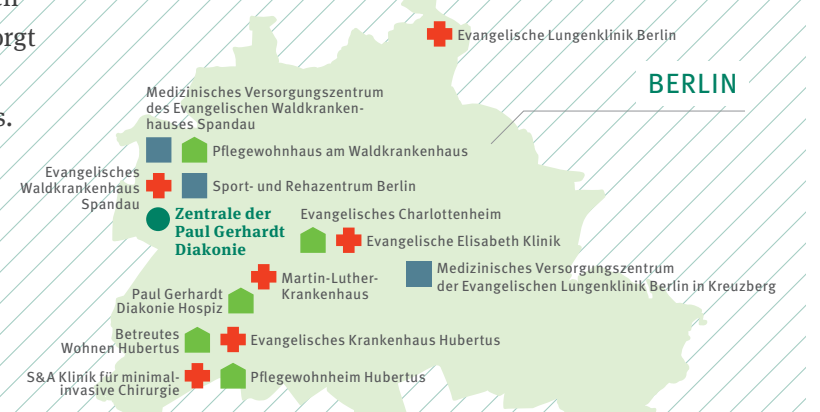
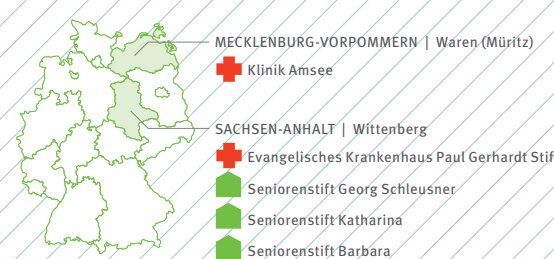


## Werte für unsere Zeit

Dafür stehen wir bei der Paul Gerhardt Diakonie: moderne Gesundheitsversorgung und Pflege auf hohem medizinischen Niveau – immer im Einklang mit diakonischen Werten.

KRANKENHÄUSER | SENIOREINRICHTUNGEN | AMBULANTE VERSORGUNG | HOSPIZ

Jahr für Jahr werden in unseren Häusern um die 78.000 Patienten und Bewohner von unseren 4.800 Mitarbeitern kompetent versorgt und individuell betreut. Damit gehören wir zu den größten konfessionellen Gesundheitsversorgern im Nordosten Deutschlands.



Alle Häuser und weitere Informationen: [www.pgdiakonie.de](http://www.pgdiakonie.de)



**PFLEGE** Was die alternde deutsche Gesellschaft braucht und wie man die passende Einrichtung findet

# Nur Menschen können Menschen pflegen

Die Branche freut sich über immer mehr Azubis. Fachkräfte werden aber weiter dringend gesucht

VON THOMAS GREINER

Der demographische Wandel zählt zu unseren größten gesellschaftspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte. Denn die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird sich in den nächsten 30 Jahren von derzeit 2,7 Millionen auf fast 4,5 Millionen erhöhen. Das hat gravierende Folgen, vor allem für unsere sozialen Versicherungssysteme. Aber es hat auch große Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. Derzeit arbeiten bereits rund eine Million Menschen in der Pflegebranche, das sind mehr als in der deutschen Automobilindustrie.

Gleichwohl fehlen ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen mehr als 30000 ausgebildete Pflegefachkräfte, von denen wir allein bis 2020 weitere 75000 benötigen. Hohe Belastungen durch Überstunden und zusätzliche Wochenenddienste stehen daher für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der Tagesordnung. Deshalb wird der drohende Fachkräftemangel zur größten Herausforderung der gesamten Pflegebranche.

Aber wo kommen die zusätzlichen pflegenden Hände her? Eine Frage, die der Politik und den Arbeitgebern unter den Nägeln brennt. Denn eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege alter Menschen lässt sich nur durch einen auskömmlichen Personaleinsatz leisten. Nur Menschen können Menschen pflegen. Dies können sie wohnortnah, krisensicher und mit einer monatlichen Entlohnung von durchschnittlich 2400 Euro brutto tun. Ein



Altenpflegerin Jie Lu gehört zu den ersten fünf Chinesinnen, die im Januar 2014 als Altenpflegerinnen nach Deutschland kamen – hier in einem Frankfurter Seniorenzentrum. Mit dem Projekt will der Arbeitgeberverband Pflege dem Fachkräftemangel begegnen. Wichtige Voraussetzung ist dabei das Erlernen der deutschen Sprache. Foto: Imago/epd

Beruf, in dem man keine Arbeitslosigkeit zu fürchten braucht. Doch trotz anhaltender Rekordzahlen in der Altenpflegeausbildung und bei der Umschulung ist die Pflegebranche mehr denn je auf die Zuwanderung gut ausgebildeter Pflegefachkräften aus EU- und Drittstaaten angewiesen. Gut 50000 Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind bereits heute ausländischer Herkunft. In einem Land, in dem junge

Menschen immer mehr zur „Mangelware“ werden und gleichzeitig neue Dienstleistungszweige für Senioren entstehen, sind gute Ideen und Konzepte, aber auch eine weitsichtige Personalpolitik gefragt. Die Ausbildung des Nachwuchses gehört dabei zu den wichtigen Säulen. Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege stieg mit Ausbildungsbeginn in diesem Herbst um mehr als acht Prozent

zum Vorjahr an. Einen solch positiven Trend können nur wenige Ausbildungsberufe vorweisen. Zu den bundesweit 26740 neuen Ausbildungsstellen in der Altenpflege, die mit Beginn des Ausbildungsjahres 2014 zur Verfügung standen, konnten im aktuellen Ausbildungsjahr 2015/16 über 2140 weitere Plätze geschaffen werden. Insgesamt werden in den drei Ausbildungsjahren in der Alten-

pflege aktuell fast 70000 junge Menschen fit für diesen Beruf gemacht.

Das ist ein neuer Ausbildungsrekord und ein mehr als positives Signal für die Branche. Ich hoffe sehr darauf, dass wir bald auch junge Flüchtlinge ausbilden können. Denn die Altenpflege hat mit der Ausbildung von Menschen aus Drittstaaten bereits sehr gute Erfahrungen gemacht. Die Beherrschung der deutschen Sprache ist

beim Umgang mit alten Menschen jedoch eine Grundvoraussetzung. Kombinierte Schul- und Ausbildungsmodelle können dieses Problem aber recht effektiv lösen.

Eine weitere Maßnahme gegen den drohenden Personalmangel in der Altenpflege ist die Umschulung von Menschen mittleren Alters. Viele Berufsfelder sind in den letzten Jahren weggebrochen, und nicht wenige Frauen suchen nach der Zeit des Mutterschutzes nach neuen beruflichen Herausforderungen. Aus diesen Gründen befinden sich derzeit mehr als 8000 Menschen bundesweit in Umschulungsmaßnahmen zum examinierten Altenpfleger. Wir

## Die vier Säulen: Ausbildung, Umschulung, Qualifizierung und Zuwanderung

brauchen darum alle Säulen: Ausbildung, Umschulung und die Weiterqualifikation von Hilfskräften, um dem starken Bedarf an gut ausgebildeten Pflegefachkräften Rechnung zu tragen. Aber wir brauchen auch die Zuwanderung von Fachkräften.

China zum Beispiel bildet jährlich zehntausende Krankenschwestern aus, die auf dem heimischen Arbeitsmarkt derzeit keine Anstellung finden. Der Arbeitgeberverband Pflege hat daher vor drei Jahren gemeinsam mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) ein erfolgreiches Pilotprojekt mit der chinesischen Arbeitsverwaltung ins Leben gerufen.

Eine stark überalternde Gesellschaft wie die deutsche braucht nicht nur ein Konzept, um Versorgung, Betreuung und Pflege sicherzustellen, sondern viele Lösungsansätze. Denn eines ist ganz sicher: Alt werden wir alle einmal.

Der Autor ist Präsident des Arbeitgeberverbands Pflege

## Mehr Transparenz, bitte!

Das Pflegenoten-System führt in die Irre. Nun wird es modifiziert

VON RALF SUHR

Die Pflegenoten sollten Verbrauchern bei der Beurteilung der Qualität von Pflegeangeboten helfen. Doch das derzeitige Noten-System ist irreführend. Die Kriterien stehen ohne Gewichtung nebeneinander und lassen keine abgestufte Bewertung zu. Einige Kriterien, etwa das Aushängen eines lesbaren Speiseplans, bilden nur Mindeststandards ab, was kein Nachweis für gute Pflegequalität ist. So kommen flächendeckend sehr gute Noten für die Pflegeanbieter zustande. Der Gesetzgeber hat nun reagiert. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II, wird die Grundlage dafür geschaffen, eine neue Form der Qualitätsdarstellung für Pflegeangebote zu entwickeln.

Die Qualitätsberichterstattung in der Pflege soll künftig auf eine verlässliche, systematische Grundlage gestellt werden. Es ist vorgesehen, wissenschaftlich fundierte Indikatoren für die ambulante und stationäre Pflege sowie Module für die Befragung von pflegebedürftigen Menschen weiterzuentwickeln. Ziel ist es, dass bis Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung und Darstellung der Qualität der stationären und ambulanten Pflege vorliegen. Anschließend soll ein Pilotversuch folgen. Die Vereinbarungen über die Qualitätsdar-

stellungen sind für den stationären Bereich bis Dezember 2017, für den ambulanten Bereich bis Dezember 2018 zu treffen. Bis dahin gelten die bisherigen Pflegenoten weiter.

Unumstritten ist, dass zur Bewertung professioneller Pflege objektive Qualitätskriterien benötigt werden und die Darstellungsform der Pflegequalität verlässliche und nutzergerechte Informationen bieten muss. Aus Sicht der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ist aber bisher offen, welches Qualitätsverständnis und welche konkreten Qualitätsziele zukünftig gelten sollen – und wie diese erreicht werden können.

Im Besonderen gilt dies für die ambulante Pflege. Sie ist durch andere Bedingungen gekennzeichnet als die Versorgung im Heim. So sind Verantwortlichkeiten und Handlungsbereiche ambulanter Dienste bisher nicht eindeutig festgelegt. Bei der Bewertung der Qualität in der ambulanten Pflege muss unter anderem berücksichtigt werden, dass hier meist verschiedene Akteure – zum Beispiel pflegende Angehörige, Ehrenamtliche, Pflegekräfte und Ärzte – für das Versorgungsergebnis verantwortlich sind.

Zudem müsste das Thema Patientensicherheit in einem neuen Bewertungssys-

tem viel stärker berücksichtigt werden. Das betrifft den Umgang mit Fehlern, beispielsweise bei der Medikation oder der Ernährung, aber auch die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen und den Schutz vor Gewalt. Ziel muss es sein, transparent darzustellen, welche Qualität durch konkrete Tätigkeiten tatsächlich am Pflegebett ankommt.

Insgesamt hat die Beurteilung von Qualität viele Dimensionen: zum Beispiel pflegefachliche, gesundheitliche, soziale. Ob eine einzelne Pflegenote, selbst in weiterentwickelter Form, überhaupt diese Komplexität zutreffend abbilden kann, sollte offen diskutiert werden. Welche Darstellungsform tatsächlich geeignet ist, damit die Informationen für Nutzer echte Transparenz schaffen, muss gründlich geprüft werden.

Bis die neue Qualitätsberichterstattung eingeführt wird, ist es nun umso wichtiger, auch in der Pflegeberatung die Aussagekraft der aktuellen Pflegenoten zu erläutern und pflegebedürftige sowie deren Angehörige über Auswahlkriterien für ein Pflegeheim oder einen ambulanten Dienst aufzuklären.

Der Autor ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege in Berlin

## Broschüre „Pflegeheime Berlin“ bietet Orientierung für Angehörige

Pflegebedürftigkeit kommt in der Regel plötzlich – etwa nach einem heftigen Sturz oder einer schweren Krankheit. Und wenn dann die häusliche Pflege durch Angehörige oder einen ambulanten Pflegedienst nicht in Frage kommt, muss binnen weniger Tage ein Heimplatz her. Viele Fragen stürzen dabei auf die Angehörigen ein, die jetzt schnell alles organisieren müssen. Die Broschüre „Pflegeheime Berlin 2015/2016“ von Tagesspiegel und Gesundheitsstadt Berlin will dabei helfen, Fragen wie die folgenden zu beantworten:

### Wo sollte sich das Heim am besten befinden?

Die meisten Menschen möchten auch nach dem Umzug in der Nähe zum gewohnten Kiez bleiben, um soziale Kontakte und liebgewonnene Orte und Einkaufsmöglichkeiten nicht zu verlieren – oder aber die Nachbarschaft zu Verwandten, um Besuche zu erleichtern. Die Tabellen mit den Pflegeheimen in der Broschüre sind deshalb nach den 23 alten Bezirken geordnet.

### Wie wichtig sind Spezialisierungen?

Manchmal ist die Kieznähe des Heimes ein zweitrangiges Kriterium. Besonders

dann, wenn ein sehr speziell ausgestattetes Haus gebraucht wird, von denen es nur wenige gibt, zum Beispiel zur Versorgung von Demenzerkrankten, Beatmungspflichtigen oder Wachkomapatienten. Diese Menschen haben ganz andere Ansprüche an die Pflege – weshalb es zum einen weit weniger solcher spezialisierter Pflegeheime gibt und zum anderen der Aufwand so groß ist, dass entsprechende Spezialisierungen auch für die Pflegebedürftigen weitere Kosten bedeuten.

### Was kostet ein Pflegeheimplatz?

Selbstverständlich spielt es bei der Heimwahl eine Rolle, welches Budget zur Verfügung steht. Denn trotz der Leistungen der Pflegeversicherung bleibt in Pflegeheimen noch ein erheblicher Eigenanteil, den die Bewohner aufbringen müssen – und wenn sie dies nicht können, müssen (abzüglich von Freibeträgen) die nahen Angehörigen oder – wenn auch von dort keine Unterstützung möglich ist – die Sozialhilfeträger einspringen (siehe Seite 44 der Broschüre).

Im Schnitt kostet ein Pflegeheimplatz der Pflegestufe III in Berlin um die 3000 Euro im Monat; im Einzelfall kann der Preis noch höher sein. Je nach Ausstat-

tung verlangen Heime auch schon mal 4000 Euro und mehr im Monat. Die Pflegekasse zahlt in der Pflegestufe III aber nur 1612 Euro. Und Achtung: Die Rechnung „teuer gleich gut“ geht in der Pflege übrigens nicht auf, sagen Fachleute.

### Muss man die Pflegeheime persönlich besuchen, um das beste Haus zu finden?

Daran führt trotz aller Vorbereitungen kein Weg vorbei. Natürlich kann man nicht alle rund 300 Heime in Berlin persönlich aufsuchen, das wird einem nicht einmal im nahen Kiez möglich sein. Am besten wählt man drei oder vier besonders geeignete Heime aus und fährt dort vorbei.

— „Pflegeheime Berlin“ kostet 12,80 Euro und ist erhältlich im Tagesspiegel-Shop unter Telefon 030/29021-520.

### QUALITÄT & PATIENTENSICHERHEIT:

Beilage der Gesundheitsstadt Berlin GmbH, Schützenstraße 6a, 10117 Berlin, zum 9. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit 2015. Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Franz Dormann, Gesundheitsstadt Berlin GmbH. Produktion: Verlag Der Tagesspiegel GmbH

ANZEIGE

# WIR BRAUCHEN DICH!

## Arbeiten bei Vivantes

Vivantes



Bewirb dich  
noch heute unter  
[www.vivantes.de/karriere](http://www.vivantes.de/karriere)