

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen

II: Prävention und Gesundheitsförderung

III: Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

IV: Ambulante ärztliche Versorgung

V: Krankenhausversorgung

VI: Geriatrische Versorgung

VII: Zur Kritik am Gesundheitssystem in Deutschland

**Erfahrungsberichte
Aus den Senioren-
beiräten und -vertretungen**

Impressum

Strukturen der Gesundheits- versorgung in Deutschland und Thüringen





Inhaltsverzeichnis

Seite

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen

Gesünder älter werden – Chancen und Herausforderungen für die individuelle Lebensführung und die medizinische Versorgung	Prof. Dr. Holger Gabriel	7
Gesundheitliche Lage und Rahmenbedingungen	Jelena Kleine	11
Akteure im Gesundheitssystem – Wer macht was?	Jelena Kleine	21
Das Finanzierungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung	Jelena Kleine	34

II: Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsvorsorge im Kontext der antiken Lebensphilosophie	Dr. Albert Kitzler	38
Strukturen und Inhalte der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung	Jan Steinhaußen	44
1. Grundlagen	in Zusammenarbeit mit Theresa Kuhrt, Melanie Schieck, Uta Maercker und Martin Staats (AGETHUR)	
2. Strukturen auf Bundesebene		
3. Strukturen in Thüringen		
4. Prävention und Gesundheitsförderung durch die GKV		
5. Spezifische Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter		
6. Neuansätze in der Gesundheitspolitik		
7. Zu kritischen Einwänden gegen die Prävention		

III: Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem Patientenakte, Patientenautonomie, Patienteninformationen/ Patientenleitlinien, Patientensicherheit, Patientenmündigkeit, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Patientenrechte	Dr. Jan Steinhaußen	81
--	---------------------	----

IV: Ambulante ärztliche Versorgung

Ambulante ärztliche Versorgung – Inanspruchnahme und die Rolle des Hausarztes	Jelena Kleine	109
Hilfe bei Krankheit – Die ambulante ärztliche Versorgung in Thüringen	Veit Malolepsy, KV Thüringen	110
VERAH – Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis	Deutscher Hausärzteverband	122
Zur zahnmedizinischen Betreuung Älterer und Pflegebedürftiger	Dr. Klaus-Peter Wefers, Dr. Ilka Gottstein	126



V: Krankenhausversorgung

Die Struktur der Krankenhausversorgung	Dr. Jan Steinhaußen	129
1. Das System der Krankenhausversorgung		
2. Was sind Krankenhäuser		
3. Die Finanzierung der Krankenhäuser		
4. Die Verantwortung des Staates für die Krankenhausversorgung		
5. Zur Profilierung der Krankenhäuser und ihre Versorgungsqualitäten		
6. Statistik zum Krankenhaussektor		
7. Krankenhausbehandlung		
8. Kliniksuche		
9. Krankenhausträger und -standorte in Thüringen		
Die Krankenhausversorgung in Thüringen aus Sicht der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V.	Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen	152
Grüne Damen und Herren	Monika Kümritz	153
Patientenbegleitung in Freiburg	Hilde Rive-Dischinger	157

VI: Geriatrische Versorgung

Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland und Thüringen	Jelena Kleine	159
Versorgung aus einer Hand: System funktioniert, Patient profitiert! – Regionales Versorgungskonzept Lippe	Anja Rethmeier-Hanke	167

VII: Zur Kritik am Gesundheitssystem in Deutschland

Medizin im Alter: Lebensverlängerung oder häufigste Todesursache?	Dr. Gerd Reuther	175
Demenz als Folge medizinischer Behandlung	Hans Vogt	181

Erfahrungsberichte

Seniorenbeiräte und -vertretungen		187
-----------------------------------	--	-----

Vorwort

**der Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie,
Heike Werner (DIE LINKE)**

Der demografische Wandel stellt Thüringen – vor allem in den ländlichen Regionen – vor große Herausforderungen. Im Koalitionsvertrag für die 6. Wahlperiode wird betont, dass es weiterer politischer und zivilgesellschaftlicher Anstrengungen bedarf, um älteren und alten Menschen ein selbstbestimmtes Leben in Würde und ohne Armut zu ermöglichen. Gleichzeitig hat die Landesregierung das generelle Ziel, die Gesundheitsversorgung in Thüringen qualitativ zu stärken, um den Herausforderungen des demografischen Wandels wirksam zu begegnen. Dabei sollen die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung zukünftig eine größere Rolle spielen.

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Juli 2015 und mit Unterzeichnung der darauf bezogenen Landesrahmenvereinbarung für Thüringen im April 2016 wird die Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensphasen und Lebensbereichen gestärkt. Auf Grundlage der Landesrahmenvereinbarung können die Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung und das Land Thüringen gemeinsame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention abstimmen. Das Besondere an unserem Thüringer Präventionsmodell ist das Zusammenspiel der Landesrahmenvereinbarung und der Landesgesundheitskonferenz. Die Landesgesundheitskonferenz ist das institutionalisierte Beschlussgremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen. Sie wird den Gesundheitszieleprozess im Freistaat weiterentwickeln und neue gesundheitspolitische Akzente setzen. Ein zentrales Arbeitsfeld im Kontext des Präventionsgesetzes und der Gesundheitsförderung ist dabei die Lebensphase „Gesund alt werden“. Altersbedingt, chronische Erkran-



kungen – insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, kognitive Einschränkungen und Neubildungen – dominieren das Krankheitsgeschehen im Alter. Die Prävention bezieht sich demzufolge auf funktionelle Einschränkungen, drohenden Verlust der körperlichen und mentalen Fitness und auf die Förderung der Teilhabe im Alter. Primärpräventive Maßnahmen haben das Ziel, ein ungünstiges Gesundheitsverhalten zu verändern. Gesundes Altern wird als Prozess verstanden, der auf den Erhalt der eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten in einer altersgerechten Umgebung sowie auf die Partizipation abzielt. Das Thema Altersarmut und der Einfluss des Sozialstatus auf die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit werden bei der Entwicklung von Maßnahmen mitbedacht.

Ein flächendeckendes Netz an Krankenhäusern und die flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung der Menschen in Thüringen – auf die ich etwas näher eingehe – gehören zu den wichtigsten Aufgaben, vor der unsere Gesellschaft steht. Sie werden durch die demografische Entwicklung in der Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung die Verantwortlichkeit dafür zu, zeigen jedoch auch weitere Handlungsspielräume auf. Ausgefüllt

werden müssen diese jedoch von den Beteiligten vor Ort. Hervorzuheben ist an dieser Stelle das oft über das geforderte Maß hinaus geleistete Engagement der Ärztinnen und Ärzte, der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den verschiedenen Einrichtungen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die beteiligten Institutionen, beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und die Krankenkassen, schaffen durch Kreativität und personelles und finanzielles Engagement die Grundlage dafür.

Mit dem „Seniorenreport. Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Thüringen“, der sich dem Thema „Gesünder älter werden“ widmet, liegt ein wichtiges Informationsmaterial vor. Er ist darüber hinaus aber auch eine wertvolle Positionsbestimmung, mit der sich der Landeseniorenrat Thüringen an der Debatte um die gesundheitliche Versorgung älterer und alter Menschen beteiligt. Bei denjenigen, die am Zustandekommen des Reports beteiligt waren, bedanke ich mich für diesen bedeutsamen Diskussionsbeitrag.

Heike Werner
Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

„DAS KANN SELBSTHILFE!“ – so heißt die Fotoausstellung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), die seit Sommer 2016 durch Deutschland tourt. Die Ausstellung zeigt Fotos von Studierenden und Berufsanfängern aus den Bereichen Design und Fotografie, die sich mit dem Thema gesundheitliche Selbsthilfe künstlerisch auseinandergesetzt haben. Die Kombination aus Fotos, Texten und Zitaten mit Bezug auf die Selbsthilfe trägt dazu bei, dass der Ausstellungsbesucher sich intensiv mit dem Thema Selbsthilfe beschäftigt.

So vielfältig die Selbsthilfe ist, so bunt ist das Panorama der Fotos: nachdenklich, hoffnungsvoll, verspielt, traurig, aber immer nah dran an den Menschen. Die Bilder zeigen eindrucksvoll, dass Selbsthilfe zunächst beim Einzelnen beginnt. Dass sich der Betroffene seiner Erkrankung stellt, bevor er aus der Isolation heraustritt. Dass er den Status quo nicht einfach nur akzeptiert, sondern nach vorne blickt und sich mit anderen Menschen zusammenschließt. Denn in Selbsthilfegruppen nutzen Menschen ihr Wissen und ihre Kompetenzen, um sich gegenseitig zu unterstützen.

Seit mehr als 25 Jahren fördern die Ersatzkassen (BARMER, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Kranken-

kasse, hkk – Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse) die Selbsthilfe und sind als größte Kassenart inzwischen auch ihr Hauptfinanzier. Denn Selbsthilfe ist längst mehr als nur der klassische Stuhlkreis, sie ist eine wichtige Größe im deutschen Gesundheitssystem.

Aber wie gehen junge Menschen mit dem Thema Selbsthilfe um? Um dies zu erfahren, hat der vdek 2015 unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den Fotowettbewerb „WAS KANN SELBSTHILFE?“ mit Unterstützung des Medienpartners DER TAGESSPIEGEL an allen deutschen Hoch- und Fachschulen für Fotografie und Design ausgeschrieben. Beteiligen konnten sich auch Berufsanfänger bis zwei Jahre nach Studienabschluss. Die besten Fotos wurden von einer prominent besetzten Jury mit Vertretern aus Politik, Selbsthilfe und Fotografie sowie dem vdek prämiert und gemeinsam mit weiteren Einsendungen zu einer Ausstellung konzipiert, die das breite Spektrum der gesundheitlichen Selbsthilfe zeigt. Von Kinderrheuma über Suchthilfe bis hin zu Seniorensport haben die jungen Studierenden und Berufsanfänger die unterschiedlichsten Themen auf künstlerische Weise umgesetzt und geben so der Selbsthilfe ein Gesicht. Alle Fotos und begleitenden Texte und Zitate sind zudem in einem Fotoband veröffentlicht.

Die Preisträger hat der vdek am 5. Juli 2016 auf einer Festveranstaltung mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Humboldt-Carré in Berlin geehrt (s.u.). Die Redner und Laudatoren würdigten die Wettbewerbsbeiträge und hoben die besondere Bedeutung der gesundheitlichen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen hervor. In einer Frageunde erklärten die jungen Künstler, welche Ideen oder auch eigenen Erfahrungen mit der Selbsthilfe hinter ihren Fotoarbeiten stehen. So ist beispielsweise Benedikt Ziegler, der Gewinner des Wettbewerbs mit der Fotoserie „Kinderrheuma ist, was Du daraus machst.“, selbst Rheumatiker und lebt mit der Erkrankung seit seiner frühen Kindheit. Als Betroffener ist er Mitglied in verschiedenen Selbsthilfegruppen und unterstützt diese darüber hinaus in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

In dieser Ausgabe sind einige Fotos aus der Ausstellung veröffentlicht. Lassen Sie sich inspirieren und besuchen Sie die vdek-Fotoausstellung „DAS KANN SELBSTHILFE!“ vom 9. Oktober bis 2. November 2017 im SRH Wald-Klinikum in Gera. Alle weiteren Stationen finden Sie auf www.vdek.com unter Der Verband / vdek-Fotowettbewerbe.



DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Stephanie Braun



I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Gesünder älter werden – Chancen und Herausforderungen für die individuelle Lebensführung und die medizinische Versorgung

– Begleittext zum Vortrag von Prof. Dr. Holger Gabriel anlässlich der Fachtagung „Medizinische Versorgungsherausforderungen der Gegenwart und Zukunft“ des Landesseniorenrats Thüringen am 16. Mai 2017

Vorbemerkung

Sich dem Lebensthema „Gesünder älter werden“ zu stellen heißt: Es geht um den Menschen an sich. Der Mensch steht im Mittelpunkt. Es bedeutet nicht, dass der Mensch lediglich Mittel zum Zweck für andere Interessen ist.

Den Menschen in den Mittelpunkt des Denkens, des Fühlens und des Handelns rund um das Thema Altern und Gesundheit zu stellen, soll auch etwas für das Gemeinschaftsleben bewirken. Es soll bewirken, dass älter werdende Menschen mit Gesundheit und Krankheit als „Jemand“ und nicht als „Etwas“ erkannt werden. Älter werdende oder alt gewordene kranke und gesunde Menschen sollen als Person wie jede andere Person wahrgenommen werden, und zwar ganz unabhängig von ihren Fähigkeiten, Eigenschaften und Leistungen.

Umgekehrt soll es heißen: Selbst wenn ein Mensch nichts mehr äußerlich leisten kann, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten nach und nach durch Alter und Krankheit verschwinden, seine Eigenschaften und aktiven Beiträge für das soziale Leben sich sichtbar verändern, bleibt er ohne Einschränkung und unangetastet in Würde Mensch.

Leistung und Bewegung

Die Fähigkeit, sich zu bewegen und damit ein Mindestniveau an Leistungsfähigkeit zu ermöglichen, sind essentielle Lebensbestandteile. Der Verlust der Bewegungsmöglichkeit geht mit einschneidenden Auswirkungen des physischen, psychischen und sozialen Lebens einher. Der funktionierende Energiestoffwechsel ist eine Voraussetzung, um die lebensnotwendige Leistungsfähigkeit zu ermöglichen. Aus physiologischer Sicht wird die Mindestleistungsfähigkeit als *vita minima* bezeichnet. Im Gegensatz dazu bezeichnet die *vita maxima* die individuelle Spitzenleistungsfähigkeit, die üblicherweise im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter beobachtet wird. Am Lebensanfang und Lebensende, während gravierender Krankheitsphasen, nach schweren Traumata, während intensivmedizinischer Betreuungsnotwendigkeit, während Immobilisationen (beispielsweise im Rahmen von Folter oder bei Katastrophen) leben Menschen nahe an ihrer *vita minima*. Übung und Training ermöglichen Bewegungen. Die Leistungsfähigkeit ist nach oben und unten adaptierbar. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit sind eng verbunden mit dem Altern, mit Gesundheit und Krankheit sowie dem sozialen Leben. Bewegung als Solches und der Wille zur körperlichen Aktivität beeinflussen sich gegenseitig, mit der allgemeinen Lebensführung einschließlich ihrer physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen.

Altern ist ein Zukunftsthema

Altern kann aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben werden. Altern ist ein dynamischer Prozess mit Gewinnen und Verlusten, ein biologischer und medizinischer Prozess, ein Produkt des Verhältnisses von Person und Umwelt, ein ökonomisch beeinflusster Prozess, ein ge-

schlechtsspezifischer, differenzierter, multidimensionaler und multidirektionaler Prozess, eine Angelegenheit zwischen Objektivität und Subjektivität und ein plastischer Prozess mit Grenzen. Aus normativer Sicht soll bestimmt werden, wie mit dem Altern und dem Alter umzugehen ist. Dafür sind u.a. anthropologisch, ethisch, kulturell und theologisch beeinflusste Entwicklungen mitverantwortlich (Abb. 1).

Perspektiven der Sportmedizin und Gesundheitsförderung

Sportmedizin kann als medizinische Fachdisziplin mit seinen naturwissenschaftlich-medizinischen Methoden und mit dem Anspruch, gerade in der Krankheitsprävention tätig zu sein, der Gesundheitsförderung wichtige Argumente und Hilfestellungen geben. Umgekehrt hilft Gesundheitsförderung dabei, das der Sportmedizin inhärente pathogenetische Paradigma neu zu gestalten und angemessen zu erweitern. Zu erwarten ist, dass sowohl für die Sportmedizin als auch die Gesundheitsförderung auf der Basis einer gegenseitigen Verschränkung neue Ansatzpunkte für die jeweiligen und im Zweifelsfall gemeinschaftlichen Handlungskonzepte und praktischen Anwendungen entwickelt und zur Anwendung gebracht werden können.

Damit ist das Ziel des Lehrstuhls für Sportmedizin und Gesundheitsförderung an der Friedrich-Schiller-Universität Jena genannt: Unter dem Vorzeichen Menschsein sollen Sportmedizin und Gesundheitsförderung in den Dienst der theoretischen Begründung und anwendungsorientierten (Weiter-)Entwicklung einer dem Menschen gerecht werdenden gesunden Lebensführung genommen werden.



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

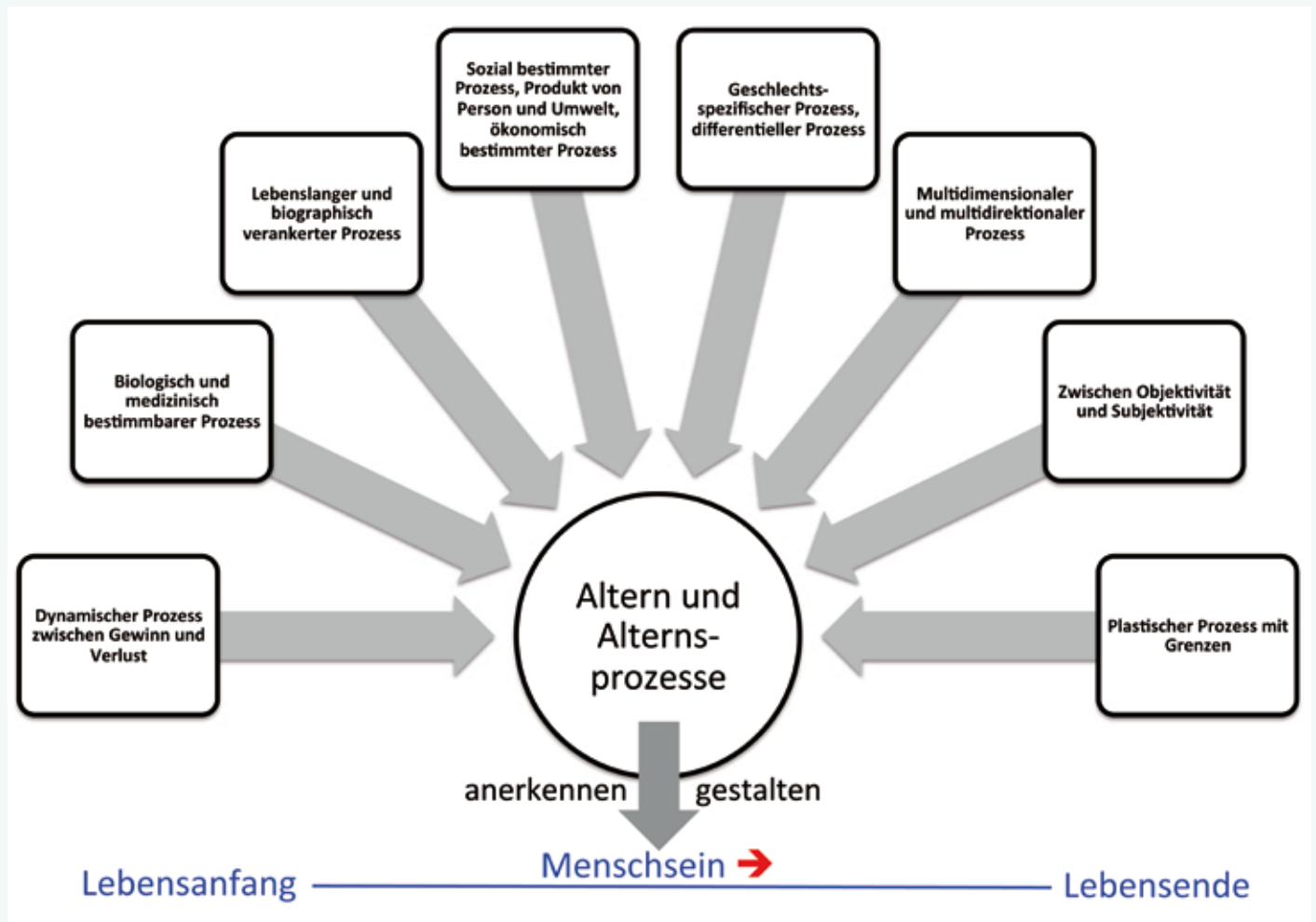


Abbildung 1: Schematische Darstellung unterschiedlicher Perspektiven auf das (lebenslange) Altern und die Alternsprozesse.

Gesundheit und Krankheit

Die Frage danach, was Gesundheit ist, kann nicht beantwortet werden, ohne zu fragen: Gesundheit, wozu? Das Leben als solches ist nicht dazu da, gesund zu werden. Es ist vielmehr umgekehrt so, dass der Wille zur Gesundheit und die Gesundheitsbemühungen ein Weg sind, Leben und Handeln zu ermöglichen. Gesundheit und Leben hängen eng miteinander zusammen. Gesundheit und Krankheit können aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Subjektive und objektive Betrachtungsweisen ermöglichen die Kommunikation über Gesundheit und darüber hinaus auch über ein mehr oder weniger gesundes Leben. Gesundheit kann die Angelegenheit der objektiven Betrachtung sein.

Mehr noch ist Gesundheit eine Lebensweise. Verschiedene Theorien und Modelle haben bislang versucht, Gesundheit und Krankheit zu beschreiben und ihre gegenseitige Beziehung zu erfassen. Personen und Gesellschaften ziehen ihre Schlüsse aus der Tatsache, mehr oder weniger gesund zu sein. Daraus werden Ableitungen getroffen, wie das individuelle und soziale Leben zu gestalten sei. Für Menschen ist es letztlich nicht möglich, mit Gesundheit und Krankheit angemessen umzugehen, ohne sich auf das Altern, die Leistungsfähigkeit und die Bewegung zu beziehen.

Keine Gesundheits- oder Krankheitsdefinition ist vollständig, ohne den Lebensanfang und das Lebensende in die Überlegungen einzubeziehen.

Dazu gehören auch Überlegungen zur vita minima und zur vita maxima. Letztlich ist von Menschen anzuerkennen, dass das biologische Leben in der zeitlichen Dimension und dem Ausmaß nach begrenzt ist. Innerhalb dieser Grenzen bestehen jedoch Umgangsmöglichkeiten und das Potential für Veränderungen und Adaptationen. Es ist eine Frage der individuellen und gesellschaftlichen Normen, inwieweit Veränderungen ermöglicht werden sollen und welche Mittel dabei angewendet werden dürfen bzw. sollen und welche nicht.

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Abbildung 2: Dargestellt ist ein Gesundheitsmodell, das in der Horizontalen die körperliche, seelische und soziale Ebene skizziert. Dabei können die körperlichen, seelischen und sozialen Funktionen aus der „Ich-Perspektive“, also der subjektiven Sicht (gestrichelte Linien), und der Perspektive einer anderen Person (beispielsweise von Angehörigen oder Ärztinnen und Ärzten; durchgezogene Linien) wahrgenommen werden. Jede dieser Ebenen kann mit einem Mehr oder Weniger an Funktionsfähigkeit beschrieben werden. In der senkrechten Ebene, also jeweils in ein Verhältnis zu den Ebenen der körperlichen, seelischen und sozialen Funktionsfähigkeit, wird die Umgangsfähigkeit dargestellt. Die Umgangsfähigkeit meint im Kern eine Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben und die eigene Lebensführung. Dieses Modell bezieht gerade die Umgangsfähigkeit mit dem Alter, der Krankheit und der Gebrechlichkeit, dem Weg der letzten Lebenszeit, dem Sterben mit ein. Die Herausforderung des Sterbens, das Anerkennen der Begrenztheit des Lebens und der Unausweichlichkeit des biologischen Todes, bleibt im praktischen Lebensvollzug eine zentrale und persönliche Lebensaufgabe von größter Bedeutung. Sie bezieht jedoch ausdrücklich die Möglichkeit des „Sein-Lassens“ mit ein und betont die Möglichkeit des „Dürfens“ in existentiellen und möglicherweise letzten Lebensvollzügen, in denen das „Müssen“ sich aufdrängt.

Gesundheit, wozu?

Wenn man sich dem Thema Gesundheit stellt, wird man nicht umhinkommen, sich Gedanken über das eigene Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu machen. Jeder Mensch hat ein gewisses Verständnis davon, was es für ihn heißt, krank zu sein oder gesund zu sein. In aller Regel wird man feststellen: Kranksein und Gesundsein hängen

eng miteinander zusammen, selten ist man nur entweder gesund oder krank. Meistens wird man sagen können: Ich bin ein gesunder und ein kranker Mensch (jeweils mehr oder weniger).

Ein bekannter Arzt der sogenannten „Heidelberger Schule“ war Richard Siebeck, der auf einen Kern der Gesundheit hinwies:

„Gesundheit ist nicht erfüllt ohne die Frage: Gesundheit, wozu? Wir leben ja nicht, um gesund zu sein, sondern wir sind gesund, wollen gesund sein, um zu leben und zu wirken.“

(Richard Siebeck, *1883, †1965, Internist der „Heidelberger Schule“ und Schüler von Ludolf von Krehl; In: Medizin in Bewegung, Thieme, 1949, S. 486).

Damit verweist Richard Siebeck auf sein Verständnis von Gesundheit. Er sieht Gesundheit als etwas an, dass das eigentliche Ziel ermöglicht: Der sinnvolle praktische Lebensvollzug, der sich in einem sozialen Kontext wieder findet und in den ein Mensch sich leistungsfähiger einbringen kann, wenn er gesund ist. Gesundheit ist damit nicht der Zielpunkt der Bemühungen im Leben, sondern die Bemühungen um die Gesundheit ermöglichen andere, nämlich die eigentlichen Lebensvollzüge. Gesundheit ist in dieser Sichtweise ein Ermöglichungsgut.

Die Diskussion um die Verantwortung für die eigene Gesundheit ist wahrlich keine Erfindung der Gegenwart. Der berühmte griechische Arzt Hippokrates (geboren um 460 v. Chr., gestorben um 370 v. Chr.) äußerte sich dazu wie folgt: „Nicht bloß der Arzt muss bereit sein, das Erforderliche zu leisten, sondern auch der Kranke selbst und seine Pfleger und die äußeren Lebensbedingungen.“ Die Verantwortung für die eigene Gesundheit liegt nicht nur bei jeder Person selbst, sondern sie findet sich im sozialen Kontext wieder. Der evangelische Theologe Karl Barth beschreibt seine Perspektive auf die Verantwortung für die Gesundheit mit folgenden Worten:

„Mens sana in corpore sano - in societate sana. Und diese Erweiterung (Anmerkung: gemeint ist hier „societate sana“) kann nicht nur bedeuten, dass dafür gesorgt sein muss, dass die Wohltaten der Hygiene, des



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

Sportes und der Medizin allen oder doch möglichst Vielen zugute kommen. Sie muss bedeuten, dass eben die allgemeinen Lebensbedingungen Aller oder doch möglichst Vieler so gestaltet werden, dass sie als solche für deren Gesundheit nicht nur keine negative, sondern die positive, präventive Wirkung bekommen, die sie ja für viele Bevorzugtere, wenn auch in verschiedenem Maß, faktisch schon haben. ... Wo die Einen krank werden müssen, da können auch die Anderen nicht mit gutem Gewissen gesund sein wollen.“ (Karl Barth,*1886, † 1968, evangelischer Theologe, Kirchliche Dogmatik III/4, §55 Freiheit zum Leben, Evangelischer Verlag, Zollikon-Zürich, 1951, S. 413).

Rasch wird deutlich, dass die Themen Altern und Gesundheit eng verbunden sind mit Menschenbildern und Weltanschauungen. Die aktuelle und zukünftige gesellschaftliche Wirklichkeit zeigt, dass die Pluralität von Menschenbildern und Weltanschauungen nicht nur Beschreibungen sind, sondern geradezu zur Norm und damit zur Normalität geworden sind. Damit verbindet sich die Realität, dass in wichtigen Entscheidungsfragen des Lebens ein Diskurs erforderlich ist, wie aus welcher Perspektive, mit welchen anthropologischen und ethischen Hintergrundannahmen lebenspraktisch gehandelt werden soll.

Für jede Patientin, jeden Patienten, jeden Arzt, jede Ärztin, für Angehörige und sonstige Entscheidungsträger stellen sich in medizinischen Zusammenhängen Fragen nach dem Lebensanfang und dem Lebensende, aber nicht nur dort. Individuelle und gesellschaftliche Lebensziele, die Art der Wirklichkeitszugänge und deren Ertrag für das individuelle Leben einer Person und deren Würde können durchaus zu sehr unterschiedlichen praktischen Entscheidungen in den

Kernfragen um die beginnende Existenz, das Weiterleben, das Sterben und den Tod bedeuten.

Entscheidungen in medizinischen Fragen und Kontexten bedürfen Entscheidungs- und Orientierungshilfen für jeden einzelnen Menschen mit dem Ziel der Hilfe zu einer dem Menschen gerecht werdenden Lebensführung. Dies schließt explizit ein, dass Menschen aufgrund genetischer Prädispositionen, aufgrund von Krankheit, Alter oder sonstigen Gründen auf die Fürsorge und menschenangemessene Entscheidungen anderer Menschen angewiesen sind. Und auch in dieser Sichtweise wird schon im Ansatz deutlich, wie die Diversität der Menschenbilder und Weltanschauungen relevant in die Lebenspraxis austragen kann. Denn im Kern wird es insbesondere darum gehen und gehen müssen, was einem Menschen als Person angemessen ist und was nicht.

Allgemeines Fazit

Ein auf persönlicher oder gesellschaftlicher Ebene geführter Diskurs wird aushalten müssen, dass neben miteinander vereinbarten Positionen auch unvereinbare Positionen gegenüber stehen in der Beantwortung der Frage, was denn im Mindestmaß für einen Menschen angemessen ist. Dennoch und gerade deshalb ist es ein Erfordernis der Lebenswirklichkeit, Rahmen und Räume für alltägliche und alle Menschen betreffende Fragen und Handlungen in existentiellen Fragen von Gesundheit, Krankheit, Gebrechlichkeit, Alter und Sterben zu stellen. ■

Univ.-Prof. Dr. med. Holger Gabriel
(s. Header)

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Lehrstuhl für Sportmedizin und Gesundheitsförderung
<http://sportsmedicine.uni-jena.de>

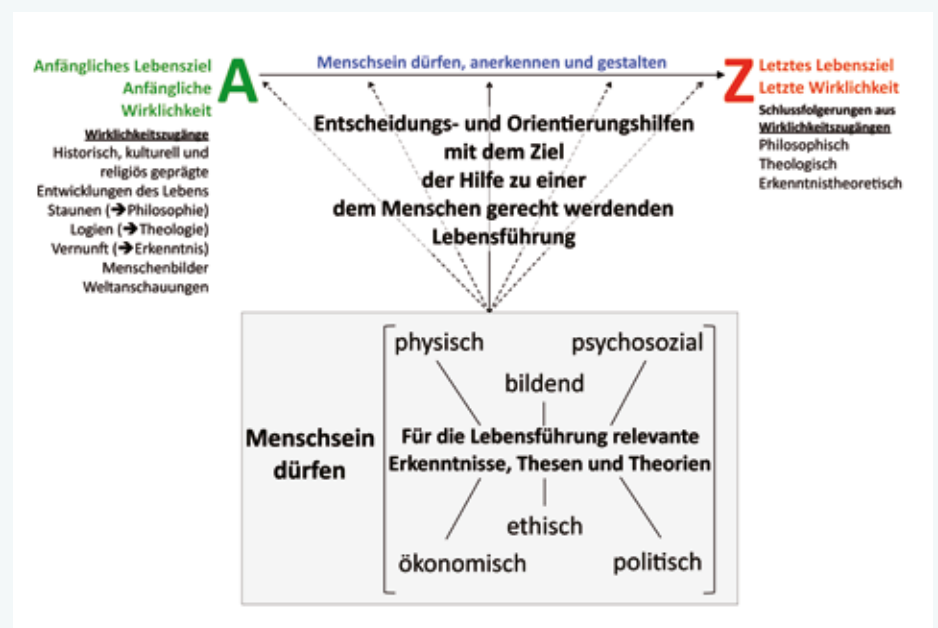


Abbildung 3: Beispielhafte und skizzenhafte Darstellung von Wirklichkeitszugängen ohne Anspruch auf Vollständigkeit, sondern mit dem Ziel des Diskussionsbeitrags. Damit verbunden ist der Hinweis der möglichen und notwendigen Lebensgestaltung jedes einzelnen Menschen als Person, der zugleich in einem sozialen Kontext lebt und sich entwickelt.

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen

Gesundheitliche Lage und Rahmenbedingungen

Abnehmende und stagnierende Geburtenraten auf geringem Niveau sowie eine ansteigende Lebenserwartung haben Einfluss auf die Altersstruktur in Deutschland und Thüringen. Im Jahr 2015 waren in Deutschland 17 Millionen Menschen 65 Jahre alt und älter. Dies entspricht einem Anteil von 21% der Gesamtbevölkerung. Vorausberechnungen zufolge wird diese Altersgruppe im Jahr 2030 ca. 28% der Bevölkerung ausmachen. Im Jahr 2050 ist gar von einem Anteil von 32% auszugehen (GBE 2017). Zwar betrifft die demografische Alterung auch andere Länder, im europäischen Vergleich verzeichnet Deutschland aber nach Italien den höchsten Anteil an über 65-Jährigen. Die Bevölkerung in den ostdeutschen Flächenländern wird besonders stark altern (Statistisches Bundesamt 2016). In Thüringen lebten 2015 etwa 522.000 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter. Mit einem prozentualen Anteil von 24% verzeichnet der Freistaat damit bundesweit, nach Sachsen und Sachsen-Anhalt, den dritthöchsten Wert. Ähnliches gilt für den Anteil an Hochaltrigen. 6,3% der Thüringer/innen sind mindestens 80 Jahre alt – der vierthöchste Anteil im Bundesgebiet (GBE 2017).

Die Zunahme von älteren und alten Menschen ist vor allem in der gestiegenen Lebenserwartung begründet. In Deutschland haben gegenwärtig ein neugeborenes Mädchen eine Lebenserwartung von 83 Jahren und ein Junge eine Lebenserwartung von 78 Jahren. Laut Prognosen werden diese Zahlen bis zum Jahr 2060 auf 89 bzw. 85 Jahre ansteigen (RKI 2015: 21). In Thüringen liegt die Lebenserwartung bei Geburt im Jahr

2015 bei den Mädchen, genauso wie in Deutschland, bei 83 Jahren, bei den Jungen sind es 77 Jahre, das heißt also ein Jahr unter dem Bundeswert. Ein heute 65-Jähriger hat in Deutschland statistisch gesehen noch eine Lebenserwartung von weiteren 17,7 Jahren, bei 65-jährigen Frauen sind es sogar noch weitere 21 Jahre. In Thüringen liegt die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren einige Monate darunter. Männer im Alter von 80 Jahren können in Deutschland noch mit 7,8 weiteren Jahren rechnen, Frauen gar mit 9,3 Jahren. In Thüringen sind es bei den 80-Jährigen Männern noch 7,5 Jahre und bei den Frauen im Alter von 80 Jahren noch weitere 8,9 Jahre (GBE 2017).

Die Lebenserwartung ab 65 Jahren in Deutschland entspricht etwa dem EU-Durchschnitt und ist vergleichbar mit Ländern wie Belgien, den Niederlanden, Österreich, Irland



„Der eine lebt für diesen, der andere für jenen, jedoch keiner lebt für sich selbst.“
Seneca



oder Großbritannien. Entscheidend ist jedoch die Anzahl gesund verbrachter Jahre im Alter. Hier liegt Deutschland im europäischen Vergleich nicht auf einem Spitzenrang. Über 65-Jährige können sich u.a. in Dänemark, Irland, Island, Norwegen, Frankreich, Großbritannien, in der Schweiz oder den Niederlanden über deutlich mehr gesunde Jahre im Alter freuen als die Senioren in Deutschland (Laschet 2016; Eurostat 2017).

Gesundheit im Alter

In verschiedenen Szenarien wird diskutiert, in welchem Gesundheitszustand die gewonnenen Lebensjahre zukünftig verbracht werden. Die Expansions- bzw. Medikalisierungsthese geht davon aus, dass sich mit der steigenden Lebenserwartung die Dauer der chronisch kranken bzw. gesundheitlich eingeschränkten Lebenszeit verlängert. Im Gegensatz dazu nehmen Vertreter der Kompressionsthese an, dass chronische Erkrankungen vermehrt erst im hohen Alter auftreten und somit auf eine kürzere Lebensphase komprimiert sind (Krol/Ziese 2009: 105f.; Kuhlmei 2008: 89).

Gleichwohl Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen und die Prävalenz von Erkrankungen im höheren Lebensalter (Kuhlmei/Schaeffer 2008: 9). Die gestiegene Anfälligkeit für Erkrankungen im Alter ist u.a. auf die altersphysiologischen Veränderungen (z. B. abnehmende Muskelkraft, verringertes Herzschlagvolumen, hormonelle Veränderung) zurückzuführen (Wurm/Tesch-Römer 2009: 319; Büscher/Wingenfeld 2008: 108). Die ansteigende Lebenserwartung bewirkt besonders einen Anstieg chronischer Erkrankungen. Als Chronifizierung



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

wird „eine Verlängerung eines akuten Krankheitsprozesses über das zu erwartende Maß hinaus“ (Schumacher/Brähler 2004: 6) verstanden. Heutzutage sind **chronische Erkrankungen** die Hauptursache für Krankheitslast, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Weltweit gehen über die Hälfte aller Todesfälle auf chronische Erkrankungen zurück. Besonders in Industrieländern verlieren übertragbare Krankheiten hingegen an Bedeutung. Es ist eine Veränderung des Krankheitspanoramas von akuten Infektionskrankheiten hin zu chronischen Erkrankungen, wie eine koronare Herzkrankheit, Diabetes oder psychische Erkrankungen festzustellen (Maaz et al. 2006: 5f.; Kuhlmeier 2008: 91). Bei einer Befragung des Statistischen Bundesamtes geben 39% der Befragten (über 16 Jahre) an, dass sie an einer chronischen Krankheit leiden. Die Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre ist dabei besonders betroffen: Hier liegt der Anteil bei 63% (GBE 2017).

Hinzu kommt, dass im Alter häufig mehrere Krankheiten gleichzeitig auftreten, also eine Multimorbidität vorliegt. Etwa 76% der Frauen und 68% der Männer im Alter von 65 bis 74 Jahren leiden gleichzeitig unter mindestens zwei chronischen Krankheiten. Bei der Altersgruppe ab 75 Jahren sind es 82% der Frauen und 74% der Männer, etwa jede dritte Frau und jeder vierte Mann ab 75 Jahren weist sogar 5 oder mehr chronische Erkrankungen gleichzeitig auf (RKI 2015: 416). Nicht nur die Beschwerden der einzelnen, parallel vorhandenen Erkrankungen, sondern die Krankheitskonstellationen und die Einschränkung der funktionalen Gesundheit und deren Komplexität sind Hauptprobleme von Multimorbidität (Schmacke 2012: 37). Die **funktionale Gesundheit** bezeichnet die Fähigkeit, trotz ge-

sundheitlicher Beeinträchtigungen den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein und an der Gesellschaft zu partizipieren. Sie kann als Grundlage bzw. Voraussetzung für Autonomie im Alter aufgefasst werden (Seidel et al. 2013: 14). Funktionseinschränkungen oder -verluste können die individuelle Lebensqualität und Selbstständigkeit von älteren Menschen tangieren, Mobilitätsverluste verursachen und gerade bei Hochaltrigen zu Pflegebedürftigkeit führen. Die Betroffenen sind dann meist auf die Hilfe anderer angewiesen, da Aktivitäten des alltäglichen Lebens nicht mehr selbstständig geleistet werden können (Kuhlmeier/Schaeffer 2008: 9; Büscher/Wingensfeld 2008: 107; SVR 2009: 88).

Ihren eigenen Gesundheitszustand bewerten 40% der 65- bis 85-Jährigen als gut oder sehr gut ein. 39% schätzen ihn als „einigermaßen“ ein. Mit dem Alter sinkt der Anteil derjenigen, die den Gesundheitszustand ohne Einschränkungen positiv bewerten. Etwa jeder Dritte der 80- bis 85-Jährigen hat gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen zu beklagen (Pott 2017: 150f.).

Beim physischen Erkrankungsspektrum älterer Menschen überwiegen insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (wie Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankungen, Bluthochdruck und Schlaganfälle) und des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen, Diabetes und chronische Lungenerkrankungen. Diabetes mellitus, eine chronische Stoffwechselstörung, kann bei einer unzureichenden Behandlung die Blutgefäße und peripheren Nerven schädigen und somit u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen (RKI 2015: 61). Diabetes Typ II, der vor allem im Erwachsenenalter auftritt, ist mit einem Anteil von 13% aller Behandlungsfälle die vierthäu-

figste Diagnose bzw. Behandlungsanlass in der allgemeinärztlichen Praxis in Thüringen (TLS 2017). Die Prävalenz von Diabetes steigt mit zunehmendem Alter deutlich an (GBE 2015: 412).

Dementielle Erkrankungen und Depressionen dominieren bei den psychischen Krankheiten im Alter. Bei etwa zwei Drittel aller Demenzzfälle handelt es sich um die Alzheimer-Krankheit, gefolgt von der vaskulären Demenz aufgrund von Hirndurchblutungsstörungen (Saß/Wurm/Ziese 2009: 33ff.; Gerste 2012: 68ff.). Die Prävalenz von Demenz steigt im Alter besonders stark an: Vom 65. Lebensjahr bis zur höchsten Altersgruppe der über 95-Jährigen nimmt sie um das über 20-fache zu (Gerste 2012: 68ff.). Im Jahr 2012 gab es in Deutschland ca. 1,4 Millionen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung (RKI 2015: 413).

Depressive Erkrankungen können im Alter auf soziale Isolation, zunehmende körperliche Beschwerden, funktionelle Einschränkungen und Inaktivität zurückgeführt werden oder aber auch als Begleiterkrankung z. B. bei Demenz oder nach einem Schlaganfall auftreten (RKI 2010: 23f.). Studien zufolge liegt bei knapp einem Viertel der Menschen ab 75 Jahren eine klinisch bedeutsame Depression oder eine nicht klinisch erkennbare depressive Symptomatik vor (RKI 2015: 415). Bei den altersassoziierten gesundheitlichen Einschränkungen sind vor allem Stürze, Inkontinenz, Seh- und Hörbehinderungen und Sarkopenie (altersbedingter verstärkter Verlust von Muskelmasse) von Relevanz (RKI 2015: 418ff.).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die koronare bzw. ischämische Herzkrankheit, eine chronische Erkrankung, bei der durch Kalk- bzw. Fetteinlagerungen der Herzkranz-

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



gefäße die betroffenen Arterien verengt werden, ist in Deutschland bei Frauen und Männern die häufigste Todesursache (RKI 2015: 39f.). Im Freistaat Thüringen verstarben im Jahr 2015 199 Personen je 100.000 Einwohner an dieser chronischen Herzerkrankung. Bundesweit liegt die Sterberate wegen der koronaren Herzerkrankung bei 157 je 100.000 Einwohner, dabei ist die Sterberate in den alten Bundesländern (144 Todesfälle) signifikant niedriger als die in den neuen Ländern (228 Todesfälle). Diese Unterschiede zeigen sich auch bei den altersstandardisierten Sterberaten (GBE 2017). Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein Rückgang der Sterberaten in allen Bundesländern. Brustenge (Angina pectoris), Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche (Herzinsuffizienz) und Herzinfarkt können Folgen einer koronaren Herzkrankheit sein (RKI 2015: 43).

Als zweithäufigste Todesursache in Deutschland ist der Schlaganfall eine bedeutende Herz-Kreislauf-Erkrankung. Allerdings sinkt die Sterblichkeit durch Schlaganfall aufgrund weniger Neuerkrankungen oder weniger tödlicher Fälle stetig

(RKI 2015: 44f.). Eine Ursache von Schlaganfällen und Erkrankungen der Herzkranzgefäße ist vor allem Bluthochdruck, unter dem Schätzungen zufolge jede dritte Person im Alter von 18-79 Jahren in Deutschland leidet (RKI 2016). In allgemeinärztlichen Praxen in Thüringen ist die Essentielle (primäre) Hypertonie (eine Form des Bluthochdrucks) die am häufigsten gestellte Diagnose (TLS 2017).

Weitere Risikofaktoren sind Rauchen, Bewegungsmangel, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Fettleibigkeit (RKI 2015: 38). Neben dem Verlust an Lebensjahren verursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen enorme direkte Krankheitskosten – mit 37 Milliarden Euro die höchsten aller Krankheitsarten (RKI 2015: 38).

Krebs

Aktuellen Schätzungen zufolge erkranken 43% der Frauen und 51% der Männer in Deutschland im Laufe ihres Lebens an Krebs. Wirft man einen Blick auf das Krebsgeschehen der letzten Jahrzehnte, dann zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Krebsneuerkrankungsraten. Seit 1961 gibt es bei den Männern – mit Ausnahme des Magenkrebses, dessen Neuerkrankungsrate deutlich gesunken

ist – eine stetige Zunahme an neuen Fällen aller Krebsarten. Besonders der Prostatakrebs verzeichnete in den letzten zwanzig Jahren einen starken Anstieg und stellt heutzutage die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland und Thüringen dar. Auch Lungen- und Darmkrebs zählen weiterhin zu den häufigsten Krebsneuerkrankungen, gleichwohl ihre Rate in den vergangenen Jahren gesunken ist. Bei den Frauen – sowohl in Deutschland als auch in Thüringen – sind Brust-, Darm- und Lungenkrebs die drei häufigsten Krebsneuerkrankungen. Besonders die Brustkrebsrate ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnte deutlich gestiegen. Mehr als jede vierte Krebsneuerkrankung betrifft die Brustdrüse. Die Neuerkrankungsrate beim Lungenkrebs erhöhte sich in den letzten Jahren, ist jedoch weiterhin viel niedriger als die der Männer (GKR 2016) (siehe Abb. 1,2 und 3).



Begehbares Lungenmodell auf dem Tag der Organspende 2017 in Erfurt



I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen

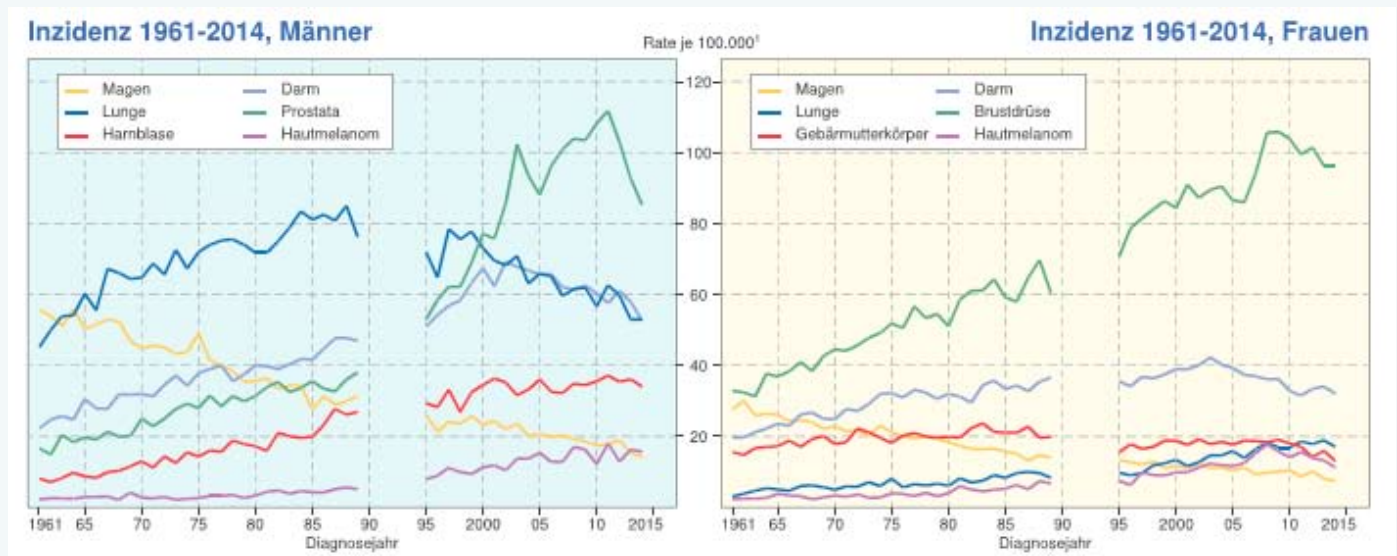


Abb. 1: Krebsneuerkrankungsraten von 1961-2014 in Thüringen (GKR 2016)

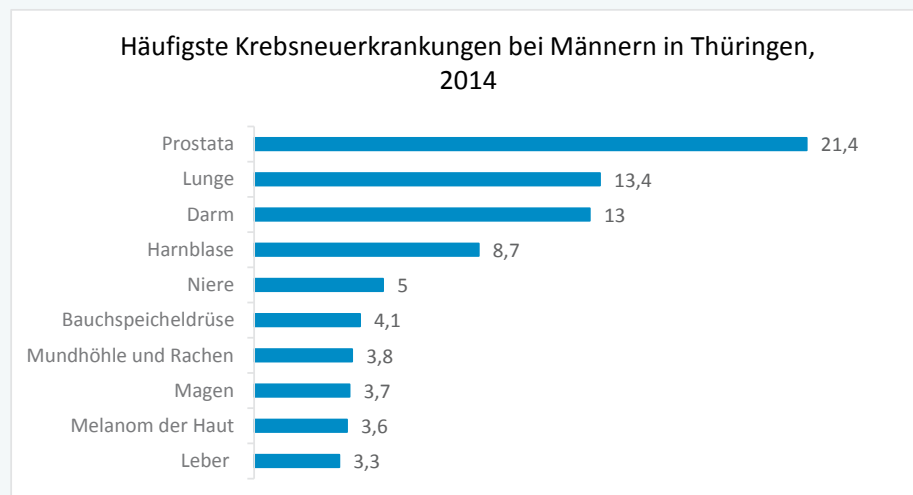


Abb. 2: Häufigste Krebsneuerkrankungen bei Männern in Thüringen im Jahr 2014, prozentualer Anteil an allen Krebsneuerkrankungen (GKR 2016)

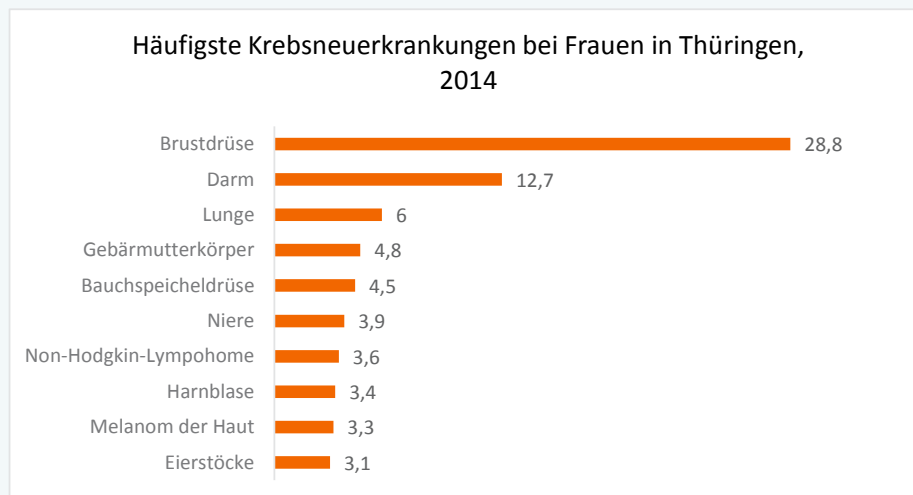


Abb. 3: Häufigste Krebsneuerkrankungen bei Frauen in Thüringen im Jahr 2014, prozentualer Anteil an allen Krebsneuerkrankungen (GKR 2016)

Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen Krebserkrankungen die häufigste Todesursache in Deutschland und im Freistaat Thüringen dar. Im Jahr 2015 ist jeder Vierte Todesfall auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Bei fast einem Viertel aller Krebstodesfälle bei Thüringer Männern ist ein Karzinom der Lunge die Todesursache. Prostatakrebs, die häufigste Krebsneuerkrankung bei Männern, ist nur die dritthäufigste Krebstodesursache. Bei den Frauen sind die meisten Krebstodesfälle auf einen Tumor der Brustdrüse zurückzuführen (GBE 2017; GKR 2016) (siehe Abb. 4 und 5) .

Die Gründe für die Zunahme von Krebsfällen sind vielfältig. Das Risiko, an Krebs zu erkranken, steigt im Alter an, sodass die demografische Alterung der Gesellschaft einen wichtigen Faktor für die Zunahme von Krebserkrankungen darstellt. Darüber hinaus sind Umweltfaktoren, chronische Infektionen, lebensstilbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel zu beachten. Laut der Weltgesundheitsorganisation könnten mehr als 30% aller Krebstodesfälle durch einen gesunden Lebens-

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Häufigste Krebstodesfälle bei Männern in Thüringen, 2014

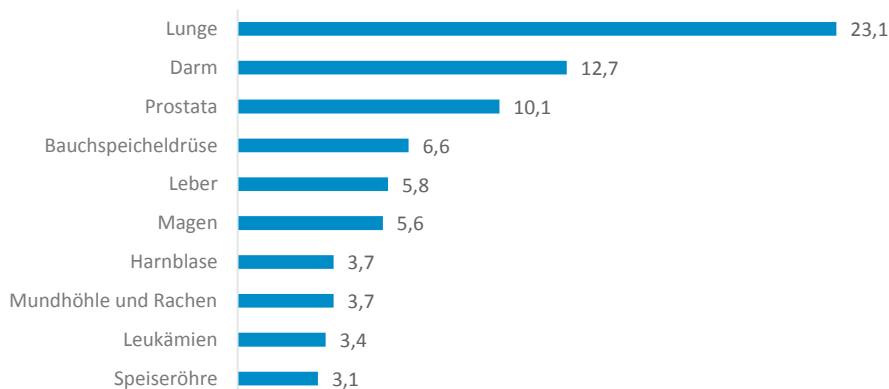


Abb. 4: Häufigste Krebstodesfälle bei Männern in Thüringen im Jahr 2014, prozentualer Anteil an allen Krebstodesfällen (GKR 2016)

Häufigste Krebstodesfälle bei Frauen in Thüringen, 2014

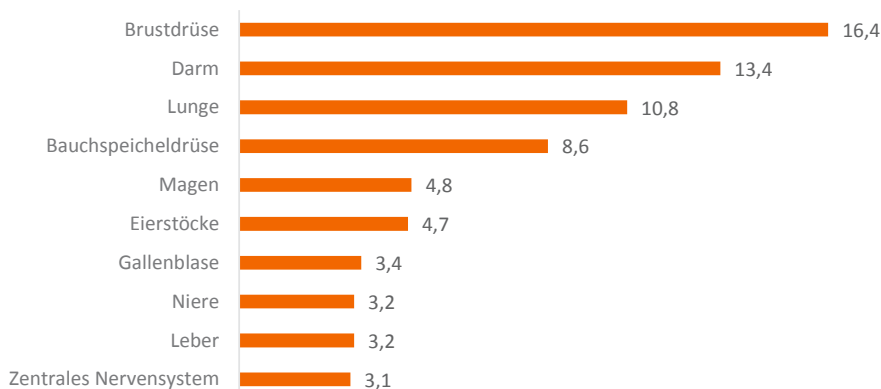


Abb. 5: Häufigste Krebstodesfälle bei Frauen in Thüringen im Jahr 2014, prozentualer Anteil an allen Krebstodesfällen (GKR 2016)

stil vermieden werden (RKI 2015: 52f.). Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass heutzutage Tumore durch einen vermehrten Einsatz von Früherkennungsuntersuchungen besser und früher erkannt werden, sodass auch mehr Krebsfälle zu verzeichnen sind und in den Statistiken auftauchen.

Ausführliche Informationen und Daten zum Krebsgeschehen im Freistaat Thüringen, auch für alle Landkreise und kreisfreien Städte, stellt das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und

der Freistaaten Sachsen und Thüringen bereit (www.berlin.de/gkr/dienstleistungen/daten). Des Weiteren empfiehlt sich der Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, herausgegeben vom Robert Koch-Institut.

Muskel- und Skelett-Erkrankungen

Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Sie verursachen nicht nur chronische Schmerzen und eine Einschränkung der

Lebensqualität und Teilhabe, sondern beachtliche Kosten für das Gesundheitssystem. Muskel- und Skeletterkrankungen sind der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeitstage sowie der zweithäufigste Grund für gesundheitlich bedingte Frühberentungen (RKI 2015: 69).

Rückenschmerzen, deren Prävalenz mit dem Lebensalter zunimmt, sind der häufigste Behandlungsanlass in orthopädischen Praxen in Thüringen (TLS 2017). Neben regelmäßiger körperlicher Bewegung wird auch die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen zur Vermeidung von Rückenschmerzen empfohlen.

Arthrose, die häufigste Gelenkerkrankung bei Erwachsenen, betrifft vor allem Knie-, Hüft-, Schulter-, Finger- und Wirbelgelenke und kann erhebliche Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag verursachen. Ältere Menschen und Frauen sind signifikant häufiger von Arthrose betroffen. Um die Krankheitsentwicklung und Symptome zu



Seniorenreport zur Bedeutung von Sport und Bewegung im Lebensverlauf, bestellbar über Landesseniorenrat Thüringen. Als Download: http://www.landesseniorenrat-thueringen.de/files/content/dokumente/seniorenreport_2015_2.pdf



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

lindern, empfehlen Experten vor allem gelenkschonende sportliche Aktivitäten wie Schwimmen, Radfahren und Wandern. Auch die Osteoporose, eine den Knochenstoffwechsel betreffende Skeletterkrankung, die die Bruchanfälligkeit des Knochens erhöht, betrifft insbesondere (ältere) Frauen. Etwa die Hälfte aller Betroffenen erleiden osteoporosebedingte Knochenbrüche wie Wirbel- und Hüftfrakturen. Ernährung und Bewegung können die Entstehung einer Osteoporose verhindern oder verzögern (RKI 2015: 70ff.).

Todesursachen

Deutschland hatte im Jahr 2015 insgesamt 925.200 Sterbefälle (aufgrund von Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen) zu verzeichnen, davon waren 475.688 (51,4%)

weiblich und 449.512 (48,6%) männlich. Je 100.000 Einwohner gab es 1.146 Todesfälle.

2015 gab es in Thüringen insgesamt 28.830 Todesfälle, davon waren 14.653 (50,8%) weiblich und 14.177 (49,2%) männlich. Je 100.000 Einwohner konnten 1.332 Todesfälle verzeichnet werden.

Laut Todesursachenstatistiken, die aus Daten der von den Ärztinnen bzw. Ärzten ausgestellten Todesbescheinigung ermittelt werden, sind die meisten Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bundesweit 38%, in Thüringen 41%) zurückzuführen (GBE 2017). Während bei den unter 65-Jährigen Krebserkrankungen die Todesursachenstatistik anführen, sind bei älteren Menschen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache (GBE 2015:

416). Experten kritisieren, dass Ärzte Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzversagen) häufig als Todesursache ohne Evidenz in den Totenscheinen vermerken. Unsicherheiten der Ärzte bei der Bestimmung der Todesursachen, eine fehlende oder fehlerhafte Leichenschau können so die Todesursachenstatistiken und damit auch eine der wichtigsten Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen verfälschen (Ruhland 2014).

Arbeitsunfähigkeit (AU)

Bundesweit sind die absoluten AU-Fälle in den letzten Jahren angestiegen, während die AU-Tage je Fall leicht sinken (GBE 2017). Laut einer Auswertung der BARMER GEK verzeichnet Thüringen im Jahr 2015 deutlich höhere Kennzahlen zu AU-Fällen und -Tage als der Bundesdurchschnitt. Dies gilt für alle ostdeutschen Flächenländer (siehe Tabelle 1). Die Thüringer Landkreise Hildburghausen, Nordhausen, Wartburgkreis, Sömmerda, Kyffhäuserkreis und Sonneberg überschreiten die bundesweiten Fehltagelagen um mehr als 25 Prozent (BARMER GEK 2016: 16ff.).



Heike Werner, Thüringer Gesundheitsministerin, auf dem Tag der Organspende am 3. Juni 2017 in Erfurt

Etwa zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle dauern in Deutschland und Thüringen maximal 7 Tage. Während jüngere Erwerbstätige häufiger arbeitsunfähig sind, sind ältere Beschäftigte (pro Fall) länger arbeitsunfähig. Die Mehrheit der Fehlzeiten in Deutschland (22,1%) und Thüringen (22,7%) sind auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (z. B. Erkrankungen des Rückens) zurückzuführen. Bundesweit sind psychische Erkrankungen die zweithäufigste Diagnose (18,8%), gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems (z. B. Erkältungskrankheiten) (14,7%). In Thüringen sind 15,8% der Fehlzeiten auf Krankheiten des Atmungs-

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



	AU-Fälle je 100 Versicherungs- jahre	Abweichung vom Bundesdurch- schnitt	AU-Tage je 100 Versicherungs- jahre	Abweichung vom Bundesdurch- schnitt
Bundesweit	131		1.771	
Thüringen	156	+18,9%	2.116	+19,5%
Sachsen	143	+9,3%	1.901	+7,3%
Sachsen-Anhalt	153	+17,0%	2.097	+18,4%
Brandenburg	150	+14,7%	2.129	+20,2%
Meckl.-Vorpom- mern	150	+14,5%	2.125	+20,0%

Tabelle 1: Arbeitsunfähigkeitsfälle (Eigene Darstellung. Quelle: BARMER GEK 2016: 10ff.)

systems und 14,5% auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Die AU-Tage aufgrund von Verletzungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Atmungssystems überschreiten die bundesweiten Werte, während die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen unterschritten werden (BARMER GEK 2016: 25ff.).

Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2015 waren in Deutschland 2.860.293 Menschen pflegebedürftig, davon werden 73% zu Hause durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste versorgt. Je 100.000 Einwohner in Deutschland gibt es 3.481 Pflegebedürftige. Im Freistaat Thüringen gab es 2015 94.280 Pflegebedürftige. Dies entspricht 4.343 pflegebedürftige Personen je 100.000 Einwohner in Thüringen. Fast zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind Frauen (GBE 2017).

Gesundheitsverhalten

Zu den verbreitesten Gesundheitsrisikofaktoren zählen u.a. Rauchen, zu viel Alkohol, niedriger Obst- und Gemüsekonsum sowie mangelnde Bewegung. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt 75 Minuten sehr anstrengende körperliche Aktivitäten

pro Woche. Alternativ können auch zweieinhalb Stunden pro Woche mäßig körperliche Anstrengungen (z.B. Fahrrad fahren oder zügiges Spaziergehen) erbracht werden – dies erreichen 65% der Frauen und 56% der Männer nicht. Gut die Hälfte der Frauen und zwei Drittel der Männer in Deutschland sind übergewichtig, stark übergewichtig ist jede/r vierte/r Frau bzw. Mann (RKI 2016).



Kampagne gegen Abhängigkeitserkrankungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Zum Thema Suchtverhalten ist die 2016 erschienene Ausgabe des Seniorenreports „Du kannst dein Leben ändern! Sucht und Abhängigkeitserkrankungen – Möglichkeiten und Alternativen einer Lebens- und Verhaltensänderung“ zu empfehlen (s. rechte Abb. unten). Hier sind auch ausführliche Informationen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit im Alter zu finden. Neben der erhöhten Inanspruchnahme von am-



Der Seniorenreport ist über den Landesseniorenrat Thüringen bestellbar oder als Download auf der Homepage verfügbar.



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

bulanten und stationären Gesundheitsleistungen geht Multimorbidität im Alter auch mit der Einnahme einer Vielzahl von Arzneimitteln einher. Diese sogenannte Polypharmazie bzw. Multimedikation kann Folgen wie Überdosierungen, Neben- und Wechselwirkungen und dadurch anfallende vermeidbare Krankenhausaufenthalte, höhere Sturzraten sowie Medikamentenabhängigkeit nach sich ziehen und stellt demnach eine große Herausforderung für die Gesundheitsversorgung im Alter dar.

Diagnosen ohne Nutzen?

Aussagen über den Gesundheitszustand und das Vorkommen von Erkrankungen beruhen vor allem auf amtlichen Statistiken, epidemiologischen Studien und Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Über ärztliche Diagnosen und Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor wird die Morbidität (Krankheitshäufigkeit) in Bevölkerungen abgebildet. Laut Kühlein, Freund und Joos (2013) werden umso mehr Diagnosen erzeugt, je mehr Diagnostik (bei beschwerdefreien Menschen) betrieben wird. So reduzieren beispielsweise Gesundheitschecks Studien zufolge weder die Morbidität noch die Mortalität. Die Untersuchungen erhöhen allerdings die Anzahl neu gestellter Diagnosen, die in die Statistiken über Gesundheit und Krankheit eingehen. Wird also die „falsche“ Morbidität gemessen? Ein großer Anteil ärztlicher Diagnosen, die meist technisch erzeugte Befunde sind, verursacht für Patienten zunächst keinerlei Leiden. Statt Krankheiten handelt es sich vielmehr um Risikofaktoren für Krankheiten. Führt mehr Morbidität zu mehr ärztlichen Tätigkeiten? Oder führt mehr ärztliche Tätigkeit – paradoxerweise – zu mehr Morbidität?

Jelena Kleine



Gesundheitsausgaben

In den Gesundheitsausgaben sind Kosten für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen enthalten. Hierzu zählen auch Forschungs- und Entwicklungskosten, Aufwendungen für Pflege, betriebliche Gesundheits-sicherung und gesundheitliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben. Kosten für Fitness oder Wellness fallen nicht unter Gesundheitsausgaben.

- Insgesamt wurden in Deutschland im vergangenen Jahr 344 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben.
- Davon entfällt mehr als die Hälfte (58%) auf die Gesetzliche Krankenversicherung, gefolgt von privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (13%), sonstigen Ausgabenträgern (12%), der Privaten Krankenversicherung (9%) und der Sozialen Pflegeversicherung (8%).

- 26% der Gesundheitsausgaben gehen in Krankenhäuser, 15% in Arztpraxen. Nur 1,3% der Mittel werden für die Gesundheitsförderung eingesetzt.
- Die Gesundheitsausgaben steigen kontinuierlich an. Von 1992 bis heute haben sie sich mehr als verdoppelt und nahmen in den letzten Jahren stärker zu als das Bruttoinlandsprodukt.

Krankheitskosten

Unter direkte Krankheitskosten fallen alle unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen Kosten, einschließlich der Verwaltungskosten.

- 254 Milliarden Euro Krankheitskosten verzeichnet Deutschland (im Jahr 2008).
- Fast die Hälfte dieser Kosten entfällt auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen.
- Jeder siebte Euro wird für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verwendet.
- Je stationärem Krankenhausfall fallen durchschnittlich 4.378 Euro an. Der Freistaat Thüringen liegt unter diesem Bundesdurchschnitt.

Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Gesundheit/Gesundheit.html>

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Literatur

- BARMER GEK (Hrsg.) (2016): Gesundheitsreport 2016 Thüringen. Junge Menschen am Start ihres Berufslebens, Wuppertal.
- Büscher, A./ Wingenfeld, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 107-119.
- Eurostat (2017): Healthy life years, 2014 (years). Online verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_2014_\(years\)_YB16-de.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years_2014_(years)_YB16-de.png)
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017): Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gestaltbare Tabellen. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D
- Gerste, B. (2012): Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. In: Günster C./ Klose, J./ Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, 67-98.
- GKR – Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (Hrsg.) (2016): Aktuelles Krebsgeschehen in Thüringen, Berlin.
- Krol, L.E./ Ziese, T. (2009): Kompression oder Expansion der Morbidität? In: Böhm, K./ Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 105-112.
- Kühlein, T./ Freund, T./ Joos, S. (2013): Patientenorientierte Medizin. Von der Kunst des Weglassens. In: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(48): A 2312-4.
- Kuhlmei, A. (2008): Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 85-96.
- Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Laschet, Helmut (2016): Internationaler Vergleich: Gesund altern klappt in Deutschland selten. In: Ärzte Zeitung, 12.04.2016.
- Maaz, A./ Winter, M.H.-J./ Kuhlmei, A. (2006): Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen. In: Badura, B./ Schellschmidt, H./ Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Heidelberg: Springer, 5-23.
- Pott, E. (2017): Gesundheitszustand und -verhalten – vor allem eine Frage des Alters und der sozialen Schicht. In: Generali Deutschland AG (Hrsg.): Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben, Berlin: Springer-Verlag, 149-170.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin.
- RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Berlin: RKI.

- Ruhland, C. (2014): Totenscheine: Experten beklagen fehlerhafte Leichenschau. Online verfügbar unter: <https://www.welt.de/gesundheit/article125116425/Experten-beklagen-fehlerhafte-Leichenschau.html>
- Saß, A.-C./ Wurm, S./ Ziese, T. (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm, K./ Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Berichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 31-61.
- Schmacke, N. (2012): Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In: Günster C./ Klose, J./ Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, 33-50.
- Schumacher, J./ Brähler, E. (2004): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In: Strauß, B./ Berger, U./ von Trotschke, J./ Brähler, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Göttingen: Hogrefe, 17-39.

- Seidel, G./ Schneider, N./ Möller, S./ Walter, U./ Dierks, M.-L. (2013): Patientengerechte Gesundheitsversorgung für Hochbetagte. Anforderungen aus der Sicht älterer und hochaltriger Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Ältere Menschen in Deutschland und der EU, Wiesbaden.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Langfassung. Baden-Baden 2010.
- TLS – Thüringer Landesamt für Statistik (2017): Online Gesundheitsportal. Daten zur Gesundheitsberichterstattung Thüringen. Online verfügbar unter: <http://www.statistik.thueringen.de/GBE/index.asp?id=start>
- Wurm, S./ Tesch-Römer, C. (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, K./ Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 7-20.

„Gesundheit in Deutschland“

Einen umfassenden Überblick über die Gesundheitssituation und -versorgung in Deutschland bietet der 2015 vom Robert Koch-Institut herausgegebene Bericht „Gesundheit in Deutschland“. Auf gut 500 Seiten, gestützt auf eine umfangreiche Datenbasis, werden u.a. die gesundheitliche Lage in Deutschland, Einflussfaktoren auf die Gesundheit und Angebote der Gesundheitsversorgung thematisiert.

Die Themen „Wie gesund sind ältere Menschen?“ sowie „Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung?“ werden in eigenen Kapiteln erläutert und erhalten damit einen besonderen Stellenwert in dem Gesundheitsbericht. Mit der Breite an Informationen, angereichert mit zahlreichen Abbildungen, ist der aktuelle Gesundheitsbericht für alle interessant, die sich mit den Entwicklungen und Herausforderungen im Gesundheitsbereich beschäftigen. Als kürzere Lektüre empfiehlt sich die Broschüre „Gesundheit in Deutschland – die

wichtigsten Entwicklungen“, die als Kurzfassung des Berichts „Gesundheit in Deutschland“ die wichtigsten Erkenntnisse zu dem Gesundheitsverhalten, den Lebensbedingungen sowie der körperlichen und psychischen Gesundheit in Deutschland sehr anschaulich und kompakt zusammenfasst.

Der Bericht und die Broschüre können kostenlos im Internet unter www.rki.de/gesundheitsbericht als PDF-Version heruntergeladen oder als Druckexemplar bestellt werden. JKI





I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

ONLINE Gesundheitsportal

DATEN ZUR GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG - THÜRINGEN

Themenfelder

- Themenfeld 02**
Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems
- Themenfeld 03**
— Mortalität und Morbidität
— Krankheiten/ Krankheitsgruppen
- Themenfeld 04**
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- Themenfeld 05**
Gesundheitsrisiken aus der Umwelt
- Themenfeld 06**
Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Themenfeld 07**
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung
- Themenfeld 08**
Beschäftigte im Gesundheitswesen
- Themenfeld 09**
Ausbildung im Gesundheitswesen
- Themenfeld 10**
Ausgaben und Finanzierung
- Themenfeld 11**
Kosten

Die Indikatoren werden **schrittweise** für Thüringen aufgebaut bzw. erstellt und **fortlaufend aktualisiert**.

- **Statistische Datenbasis**
- **Vorbemerkungen**
- **Zeichenerklärung**

Druckfassung der 2 Bände zum **Länder-Indikatorensatz:**

- **Band 1 - Themenfelder 1 bis 5**
- **Band 2 - Themenfelder 6 bis 11**

Weiterführende Links:

- **Gemeinsames Krebsregister** der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen
(www.krebsregister.berlin.de)
- **Robert Koch Institut - Infektionsschutz**
(www.rki.de)
- **Institut für bakterielle Infektionen und Zoonosen** beim **Friedrich-Löffler Institut**
(www.fli.bund.de)
- **Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes**
(www.gbe-bund.de)

Freistaat
Thüringen

Ministerium
für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

Die Internetpräsentation entsteht in enger Kooperation mit dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Copyright © Thüringer Landesamt für Statistik, Erfurt 2017
Europaplatz 3, 99091 Erfurt - Postfach 90 01 63, 99104 Erfurt

[Home](#)

Gesundheitsberichterstattung

Im Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) ist das Referat 46 in der Abteilung Gesundheit zuständig für Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Suchthilfe.

Nachfolgend wird dargestellt, welche Aufgaben und Funktion die Gesundheitsberichterstattung im Kontext der Gesundheitsförderung, des Präventionsgesetzes und der Landesrahmenvereinbarung wahrnimmt.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) hat eine Informations-, Orientierungs- und Kontrollfunktion für Politik, Wissenschaft und Akteure des Gesundheitssystems. Dazu wird die gesundheitliche Lage der Bevölkerung beschrieben sowie Entwicklungen und Trends in den genannten Bereichen dargestellt. Sowohl die Gesundheitsberichterstattung als auch die Steuerung und Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Diensten und Angeboten sind sich ergänzende Teilaufgaben und nicht separat zu betrachten. Die GBE ist eine Querschnittsaufgabe, die über institutio-

nelle Zuständigkeitsgrenzen hinweg alle relevanten Themen und Akteure berücksichtigt.

Laut § 1 der „Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ vom 8. August 1990 (Ges-DV TH) hat der öffentliche Gesundheitsdienst u. a. die Aufgaben,

1. die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu schützen (Gesundheitsförderung)
2. die gesundheitlichen Verhältnisse in der Bevölkerung zu beobachten und zu bewerten (Gesundheitsberichterstattung, GBE).

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz setzt die Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung – für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen. In Thüringen wurden mit der Unterzeichnung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) am 7. April 2016 die Vorgaben des im Sommer 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes umgesetzt. Die Landesrahmenvereinbarung bietet die Möglichkeit, bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen bzw. auszubauen und neue Initiativen gemeinsam voranzubringen. Die bereits seit mehr als zehn Jahren vorhandenen Gesundheitsziele im Land Thüringen sind Ausgangsbasis für die Umsetzung der neuen im § 20 SGB V dargestellten nationalen Präventionsstrategie. Um den Prozess nachhaltig anzulegen und dabei den jeweils aktuellen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden, wurden die bestehenden, eher krankheitsbezogenen Ziele in Lebensphasen bezogene Gesundheitsziele („Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“, „Gesund alt werden“) modifiziert. Nach der Landesrahmenvereinbarung beinhaltet der neue Prozess eine Orientierung an den bestehenden Bedarfen auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Landes und der Kommunen unter Einbeziehung vorhandener Studien. Wichtige Basis für die Analyse der Zielgruppen bildet dabei auch der gemeinsame Indikatorenansatz der Länder von der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen

und Familie (TMASGFF) sowie das Thüringer Landesamt für Statistik tragen die fachliche Verantwortung für die Aktualisierung der Thüringen spezifischen Indikatoren, die im Thüringer Online Gesundheitsportal bereitgestellt und für die Öffentlichkeit zugänglich sind. In diesem Portal sind insgesamt ca. 300 Indikatoren zur gesundheitlichen Lage, zu Ressourcen und Leistungen im Gesundheitswesen bereitgestellt, die ein Monitoring von z. B. Gesundheitszielen und Dienstleistungen im Gesundheitssektor gestatten. Die Analyse beispielsweise dieser Indikatoren im Rahmen der GBE bieten die Chance, Entwicklungen, Defizite und prioritäre Handlungsfelder sowohl hinsichtlich der entwickelten Zielbereiche als auch der Maßnahmen aufzuzeigen und stellen somit Planungs- und Kommunikationsgrundlage für die abzuleitenden gesundheitspolitischen Bedarfe dar.

Referatsleiter/in:

Norbert Scheitz

(Tel.: 0361 3811460)

Bearbeiter/in: Maria Wagner

(Tel.: 0361 3811468)

Unter folgender Adresse gelangen Sie zum Thüringer Online Gesundheitsportal:

www.statistik.thueringen.de/GBE

Akteure im deutschen Gesundheitssystem – Wer macht was?

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird von zahlreichen Akteuren unterschiedlicher Hierarchieebenen beeinflusst und gestaltet (s. Abb. 1 S.22).

Auf der **Makroebene** finden sich staatliche Stellen wie Bund und Länder wieder, die das Verhalten anderer Akteure z. B. durch Gesetze und Verordnungen steuern. Gleichwohl Deutschland nicht über ein staatliches Gesundheitssystem verfügt, haben die politischen und staatlichen Akteure einen deutlichen Einfluss und eine starke Steuerungs-, Regulierungs- und Kontrollfunktion auf das Gesundheitswesen und dessen Rahmenbedingungen.

Die in Deutschland besonders ausgeprägte **Mesoebene** besteht aus Körperschaften und Verbänden (korporatistische Akteure), denen der Staat die Aufgabe überträgt, die gesundheitliche Versorgung zu organisieren und sicherzustellen und damit die Rahmenvorschriften des Staates inhaltlich auszugestalten. Im Rahmen von Verhandlungssystemen, der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung, schließen Vertreter der Leistungserbringer und der Kostenträger Verträge ab und können eigenständiger agieren als in Systemen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst (wie etwa in Großbritannien) (Gerlinger/Noweski 2012; Gerlinger/ Burkhardt 2012). Gleichwohl müssen gesetzliche Vorschriften beachtet werden und der Staat bleibt „die oberste und letztentscheidende Instanz für die Regulierung des Gesundheitssystems“ (Simon 2017: 70). Auch freie Organisationen, Institute und Interessenvertretungen sind auf der Mesoebene angesiedelt.

Die **Mikroebene** besteht aus den Individualakteuren, also vor allem Leistungserbringer (wie Ärzte) und



I. **Gesundheit in Deutschland und Thüringen**

Leistungsempfänger (Patienten/Versicherte), die Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen bestimmen (Gerlinger/Noweski 2012).



Abbildung: Akteure im deutschen Gesundheitswesen (Auswahl) (Eigene Darstellung)

MAKROEBENE **Staatliche und politische Akteure**

Bundestag und Bundesrat

- Entscheidung über gesundheitspolitische Gesetze (z. B. Arzneimittelgesetz oder Krankenhausfinanzierungsgesetz)
- Regelung von Grundsatzfragen der Sozialversicherung im Sozialgesetzbuch (z. B. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

- Gestaltung der Gesundheitspolitik der Bundesregierung;
- Entwicklung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften u. a. zur Gesetzlichen Krankenversicherung.
- Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Verbände und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Kranken- und Pflegeversicherung (z. B. Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Gemeinsamer Bundesausschuss).
- Reform des Gesundheitssystems bzw. der Kranken- und Pflegeversicherung
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege ist dem BMG zugeordnet.

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Institutionen/Behörden im Geschäftsbereich des BMG

Folgende Institutionen mit hoheitlichen Aufgaben sind dem BMG nachgeordnet. Das BMG hat die Dienst- und Fachaufsicht.

- **Robert Koch-Institut (RKI):** Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von (Infektions-) Krankheiten; Gesundheitsberichterstattung.
- **Paul-Ehrlich-Institut (PEI):** u. a. Zulassung von Impfstoffen.
- **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):** Arzneimittelzulassung sowie Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten (z. B. Prothesen).
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung (z. B. Entwicklung und Umsetzung von Kampagnen zur Suchtprävention, Sexualaufklärung, etc.) sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung.
- **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI):** Bereitstellung von Informationssystemen u. a. für Arzneimittel, Medizinprodukte und Versorgungsdaten und Herausgabe des Klassifikationssystems zur Kodierung von Diagnosen und Operationen.

Bundesversicherungsamt

- u. a. Aufsicht über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger (z. B. der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung); Verwaltung des Gesundheitsfonds.

Parteien und Parlamentsfraktionen

- Entwicklung von gesundheitspolitischen Meinungen und Programmen meist in Kommissionen und Arbeitsgruppen unter Beteiligung von ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis, auch unter Mitwirkung von parteinahen Stiftungen (z. B. Konrad-Adenauer-Stiftung oder Friedrich-Ebert-Stiftung).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

- Wissenschaftliches Beratergremium des BMG, das Gutachten für die Gesundheitspolitik erstellt.

Behörden der Bundesländer (Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder, Landesgesundheitsämter, andere Landesbehörden):

- Erstellung von Krankenhausplänen (Ermittlung der erforderlichen Anzahl an Kliniken, Abteilungen, Betten) und Finanzierung der Investitionen (z. B. Baumaßnahmen und Anschaffung von Großgeräten) von Plankrankenhäusern;
- Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. Gesundheitsförderung und Prävention, Umweltmedizin);
- Fachaufsicht über die kommunalen Gesundheitsämter.
- Die Länder sind zudem Träger von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z. B. Universitätskliniken).

Kommunen

- Die kommunalen Gesundheitsämter erfüllen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, z. B. Infektionsschutz, Hygieneüberwachung von öffentlichen Einrichtungen, Schulgesundheitspflege.
- Kommunen können auch Träger von Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren sein.



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

MESOEBENE

Verbände und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)



- Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen zur Steuerung der medizinischen Versorgung. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien (z. B. Verordnung von Arzneimitteln) den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für mehr als 70 Millionen Versicherte und entscheidet, ob neue medizinische Leistungen (z.B. eine Behandlungsmethode) in die Gesetzliche Krankenversicherung eingeführt und finanziert werden.
- Der G-BA besteht aus 13 Mitgliedern, darunter Unparteiische, Mitglieder der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung, der deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes der Krankenkassen. Organisationen der Patientenvertretung und Selbsthilfe haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht.
- Rechtsgrundlage der Arbeit ist das SGB V.



Eine öffentliche Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

GKV-Spitzenverband

- **Verbände der Krankenkassen bzw. der Ersatzkassen:**

Die Gesetzliche Krankenversicherung gliedert sich in sechs unterschiedliche Kassenarten. Hierzu zählen Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK); Betriebskrankenkassen (BKK); Innungskrankenkassen (IKK); Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK); Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) und Ersatzkassen. Unter dem Dach der Krankenkassen befinden sich seit 1995 auch die Pflegekassen als Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Kassenarten werden von eigenen Verbänden vertreten. Die Landesverbände einer Kassenart bilden einen Bundesverband: AOK-Bundesverband; BKK Dachverband e.V.; IKK Bundesverband/IKK e.V.; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG); Knappschaft-Bahn-See; Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Zum Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gehören BARMER, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk- Handelskrankenkasse, HEK Hanseatische Krankenkasse.

- **Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen** (GKV-Spitzenverband): Seit 2008 vertritt der neue GKV-Spitzenverband die Krankenkassen allein auf Bundesebene. Zu den Aufgaben gehören Vertragsabschlüsse mit der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung und der deutschen Krankenhausgesellschaft z. B. zur Vergütung in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung.



Vertreter des GKV-Spitzenverbandes

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

- Sicherstellung und Mitgestaltung der Rahmenbedingungen der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie Vertretung der Ärzteschaft.
- Mitglieder der KBV sind die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.



Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei einer öffentlichen Sitzung des G-BA

Kassenärztliche Vereinigungen (KV)

- Diese haben den gesetzlichen Auftrag (SGB V) der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die gesetzlich versicherte Patienten versorgen, sind Mitglieder der KV ihres Bundeslandes. Es finden Vertragsabschlüsse mit den Landesverbänden der Krankenkassen statt. Die KV ist zuständig für die Verteilung der Vergütung an die Vertragsärzte und -psychotherapeuten.
- Jedes Bundesland verfügt über eine eigene Kassenärztliche Vereinigung (in NRW gibt es zwei).

Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

- Analoge Aufgaben zu der KBV und KV für den zahnmedizinischen Bereich.



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft im G-BA

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

- Vertragsabschlüsse mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (z.B. zum Vergütungssystem der stationären Versorgung);
- Vertretung der Krankenhausträger (öffentlich, freigemeinnützig oder privat) in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)

- Freiwilliger Zusammenschluss von Krankenhausträgern zur Interessenvertretung sowie Beratung ihrer Mitglieder.
- Beteiligung an Vertragsabschlüssen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (z. B. zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus oder zum Notdienst) sowie Mitwirkung an der Krankenhausplanung der Bundesländer.

Institutionen und Interessenvertretungen

Bundesärztekammer

- Freiwilliger Zusammenschluss der Landesärztekammern zur Vertretung der Interessen der Ärzteschaft in Politik und Gesellschaft.
- Der Bundesärztekammer sind verschiedene Institutionen und Gremien angegliedert.
- Die Berufsgruppen der Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten verfügen über eigene Kammern.

Landesärztekammern

- Selbstverwaltung aller in den jeweiligen Bundesländern tätigen Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern, usw.).
- Zu den Aufgaben einer Ärztekammer zählen u.a. die Vertretung der beruflichen Interessen von Ärzten, die Erlassung der ärztlichen Berufsordnung, die Regelung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung (z. B. Facharztprüfung) und die Klärung bei ärztlichen Behandlungsfehlern.
- Jedes Bundesland verfügt über eine eigene Ärztekammer (in NRW gibt es zwei).

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- Beratung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung und Erfüllung von Begutachtungsaufgaben im Einzelfall (z. B. Feststellung von Pflegebedürftigkeit).

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (MDS)

- Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen, z. B. Beurteilung von neuen Behandlungsmethoden.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

- Unabhängiges wissenschaftliches Institut der gleichnamigen Stiftung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erarbeitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

- u. a. Bewertung von Therapieverfahren, Bereitstellung von Patienteninformationen, Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden.
- Das unabhängige Institut arbeitet im Auftrag des BMG und des G-BA.

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Die Patientenvertretung in einer Sitzung des G-BA

Freie Organisationen - Beispiele

- **Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV):** Vertretung der gesundheitspolitischen Interessen der privaten Krankenversicherungsunternehmen.
- **Deutscher Hausärzteverband:** Größter Berufsverband für die Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland zur Interessenvertretung und Weiterbildung.
- **Hartmannbund:** Freier Verband für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

- **Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA):** Spitzenverband der Apothekerkammern und -verbände der Bundesländer.
- **Bundesverband Managed Care:** Verband für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und die Information über neue Versorgungsformen.
- **Diverse Patientenverbände**

MIKROEBENE

Individualakteure

Zu den Individualakteuren gehören die Mitglieder der korporatistischen und freien Verbände, also diejenigen, die Gesundheitsleistungen und -güter erbringen, finanzieren und in Anspruch nehmen. Insgesamt ist das Spektrum der einzelwirtschaftlichen Akteure sehr breit. Gerlinger und Noweski (2012) zählen neben den Versicherten und niedergelassenen Ärzten auch Krankenhäuser, Einzelkassen und Arzneimittelhersteller zu den Individualakteuren.

Gesundheitsleistungen bzw. -güter werden in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft angeboten, die in einem Zwiebel-Modell zusammengefasst werden können. Den Kernbereich stellen Krankenhäuser, Vorsorge-

und Rehabilitationseinrichtungen, Arzt- und Zahnarztpraxen, nicht-ärztliche medizinische Praxen (z. B. Physiotherapie), (teil)stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und Apotheken dar. Hinzu kommen der Bereich der „Vorleistungs- und Zulieferindustrien“ wie Medizin- und Gerontotechnik, Pharmaindustrie und Gesundheitshandwerk sowie Randbereiche der Gesundheitswirtschaft wie Wellness und Gesundheitstourismus (Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 4f.).



Die Struktur der Gesundheitswirtschaft (Eigene Darstellung in Anlehnung an Fretschner/Heinze/Hilbert, 2003)



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

In den Einrichtungen des Gesundheitssystems sind unterschiedliche Gesundheitsberufe tätig:

- Gesundheitsdienstberufe für die unmittelbare Patientenversorgung, d. h. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, medizinische Fachangestellte, zahnmedizinische Fachangestellte, Diätassistenten, Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistenten;
- soziale Berufe wie Altenpfleger, Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger;
- Gesundheitshandwerker, d.h. Augenoptiker, Orthopädiemechaniker, Zahntechniker, Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhmacher;
- sonstige Gesundheitsfachberufe wie Gesundheitsingenieure, Gesundheitstechniker, Pharmakanten, pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, gesundheitsichernde Berufen, z. B. Desinfektoren und Gesundheitsaufseher;
- andere Berufe im Gesundheitswesen, wie bspw. Sozialarbeiter in Krankenhäusern (Afentakis/Böhm 2009: 9f.).

Jelena Kleine

Literatur:

- Afentakis, A./ Böhm, K. (2009): Beschäftigte im Gesundheitswesen. Heft 46. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Das Gesundheitssystem. Online verfügbar unter: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/sonstiges/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem_Der_Staat_setzt_den_Rahmen.pdf
- Fretschner, R./ Heinze, R. G./ Hilbert, J. (2003): Die Gesundheitswirtschaft – ein Wirtschaftskcluster im Stress, aber mit guten Aussichten. Bochum: G.I.B.-info.
- Gerlinger, T./ Burkhardt, W. (2012): Merkmale des deutschen Gesundheitswesens. Dossier Gesundheitspolitik für die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72546/merkmale-des-deutschen-gesundheitswesens>
- Gerlinger, T./ Noweski, M. (2012): Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen. Dossier Gesundheitspolitik für die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72721/institutionen-und-akteure-im-gesundheitswesen>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2015): Gesundheitsversorgung in Deutschland. Online verfügbar unter: www.gesundheitsinformation.de
- Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Hogrefe, 6. Auflage.



Das Gesundheitssystem in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex und ausdifferenziert. Trotz z.T. marktähnlicher Mechanismen und überwiegend privaten, gewinnorientierten Strukturen ist es hochgradig reguliert. Es basiert mit dem Kranken- und Pflegeversicherungsgesetz, dem Versorgungstärkungsgesetz, dem Hospiz- und Palliativgesetz, dem Krankenhausstrukturgesetz, dem E-Health-Gesetz sowie

zahlreichen weiteren Bundes- und Landesgesetzen auf rechtlichen Grundlagen, die im Grunde nur Experten zugänglich, d. h. erschließbar sind.

Michael Simon erläutert in seinem Buch „Das Gesundheitssystem in Deutschland“ diese komplexen Strukturen in anspruchsvoller und dennoch verständlicher Weise. Er kontextualisiert es zu seinen historischen Wurzeln. Er stellt mit dem Sozialstaatsgebot, dem Solidaritäts-, dem Subsidiaritäts-, dem Bedarfsdeckungs- und dem Sachleistungsprinzip sowie der Versicherungspflicht seine wesentlichen Grundprinzipien dar. Und er behandelt mit der ambulanten, der Arzneimittel-, der Krankenhaus- und Pflegeversorgung die wesentlichen Leistungen und Strukturen des Systems sowie seiner gesetzlichen Grundlagen. Wie komplex diese Strukturen sind, kann an der Krankenhausversorgung angedeutet werden. Krankenhäuser sind mit ihren internen Strukturen und Funktionsmechanismen hochgradig ausdifferenzierte Organisationen, in denen Patienten sich eher verloren als aufgehoben fühlen. In

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



diesem Abschnitt stellt Michael Simon dar, wie Krankenhäuser sich entwickelt haben, wie viele Krankenhäuser es in Deutschland gibt, welches Personal sie binden, welche Leistungen und Bettenanzahlen sie vorhalten, welche Planungsgrundlagen es gibt, wie Krankenhäuser sich organisieren und strukturieren und auf welchem Finanzierungsmodell sie sich tragen.

Müssen Menschen, die sich als Patient im System der medizinischen Versorgung bewegen, dieses System durchschauen? Sicher nicht, weil die Inanspruchnahme

von Leistungen denkbar einfach und im Grunde zu einfach ist, weil sie einen verantwortungsbewussten Gebrauch von Leistungen und Gesundheitsverhalten kaum fördert. Ein Durchblick erscheint dann notwendig und vorteilhaft, wenn Menschen das System optimal im Sinne ihrer Gesundheit nutzen möchten, wenn sie Entscheidungshilfen bei Behandlungen benötigen, wenn sie die für sich optimalste Behandlung und den richtigen Behandlungsort erfahren möchten oder wenn sie mit dem System kollidieren, etwa weil sie ihre Leistungsansprüche nicht adäquat realisieren können, weil sie

sich nicht adäquat behandelt fühlen, bei Konflikten oder vermeintlichen Fehlbehandlungen. Insofern emanzipieren sich Patienten, indem sie sich informieren. Das Buch von Michael Simon ist für Patienten, Patienten- und Seniorenvertreter, Multiplikatoren in der Sozial- und Seniorenarbeit dafür eine wichtige Grundlage.

Simon, Michael; Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, hogrefe 2017

JSt

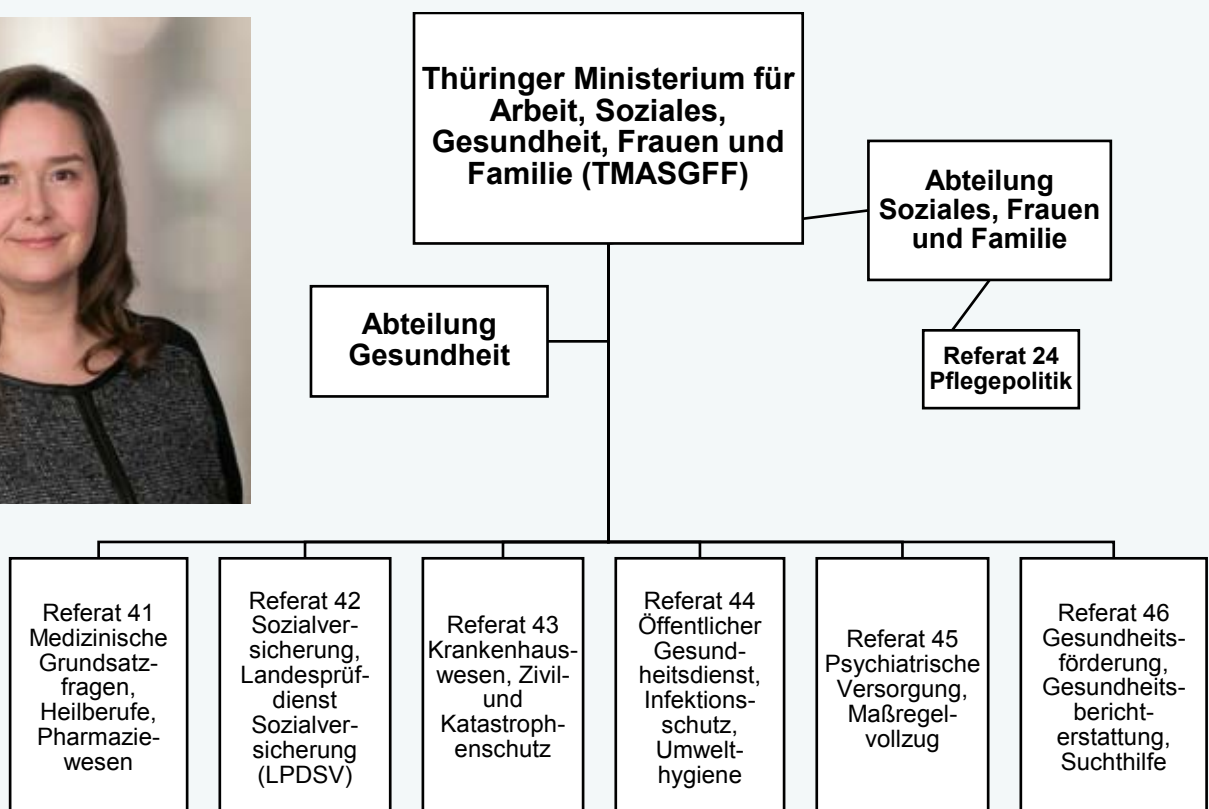
Akteure in Thüringen

Es handelt sich um eine Zusammenstellung wichtiger Akteure im Thüringer Gesundheitssystem. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Thüringer Ministerium



Gesundheitsministerin in Thüringen, Heike Werner





I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

Thüringer Landesverwaltungsamt

Zentrale Mittelbehörde des Freistaates Thüringen mit Sitz in Weimar, die eine Koordinierungs- und Bündelungsfunktion besitzt.

Abteilung V - Wirtschaft und Gesundheit

- **öffentlicher Gesundheitsdienst:**
 - Fachaufsicht über die Gesundheitsämter in Thüringen
 - Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz
 - Statistik des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Kinder- und Jugendgesundheit
 - Durchführung von Verwaltungsverfahren nach Gewerbe- und Steuerrecht (z. B. Genehmigung zum Betreiben von Privatkrankenanstalten)
- **Landesprüfungsamt für Akademische Heilberufe** (Staatsprüfungen in den Studiengängen Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie und Psychotherapie) und **Approbationserteilung**
- **Berufe des Gesundheitswesens:**
 - Überwachung der Ausbildung und Prüfungen in Fachrichtungen wie Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie, etc.
 - Anerkennung von Weiterbildungsstätten
 - Anerkennung von Sozialberufen, deren Abschluss im Ausland erworben wurde
 - Krankenhausförderung, -entgelte, Pflegesätze
 - öffentliche Finanzierung der Krankenhäuser (z. B. Förderung der Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (Neu-, Umbau, usw.)
 - Genehmigung der Krankenhausentgelte und Pflegesätze
 - finanzielle Zuwendungen im Gesundheitsbereich (Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfen und Gesundheitsförderung) und für soziale Einrichtungen wie Selbsthilfekontaktstellen
 - Zuständigkeiten im Bereich des Maßregelvollzugs

siehe auch: <https://www.thueringen.de/th3/tlvwa/gesundheit/>

Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz (TLV):

Obere Landesbehörde des Freistaates Thüringen mit Sitz in Bad Langensalza, die u. a. folgende Aufgaben umfasst:

Arbeitsschutz; Arzneimittelsicherheit; Gesundheitsschutz (Infektionsschutz, Umwelthygiene, Medizinische Mikrobiologie, Gentechniküberwachung, Virologie, Zentrale materiell-technische Laborversorgung)

siehe auch: <http://www.thueringen.de/th7/tlv/>

Landesärztekammer Thüringen

Selbstverwaltungsorgan der Thüringer Ärzteschaft mit Sitz in Jena.
siehe Seite 31ff.

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V.

Zusammenschluss von Krankenhausträgern in Thüringen. Die Geschäftsstelle der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., mit Sitz in Erfurt, versteht sich als Dienstleister und Ansprechpartner für alle Angelegenheiten der Krankenhausversorgung in Thüringen.

siehe Seite 152

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Selbstverwaltungsorgan der niedergelassenen Vertragsärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten in Thüringen mit Sitz in Weimar.

siehe Seite 119

Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen Thüringen e. V.

Sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der Gesetzlichen Kranken- und Sozialen Pflegeversicherung im Freistaat Thüringen mit Hauptsitz in Weimar.

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. -AGETHUR-

Gemeinnütziger Verein zur Initiierung, Koordinierung, Vernetzung und Unterstützung der Gesundheitsförderung in Thüringen.

siehe Seite 64f.

Krankenkassen und ihre Verbände

Diverse Verbände, Vereine und Institutionen

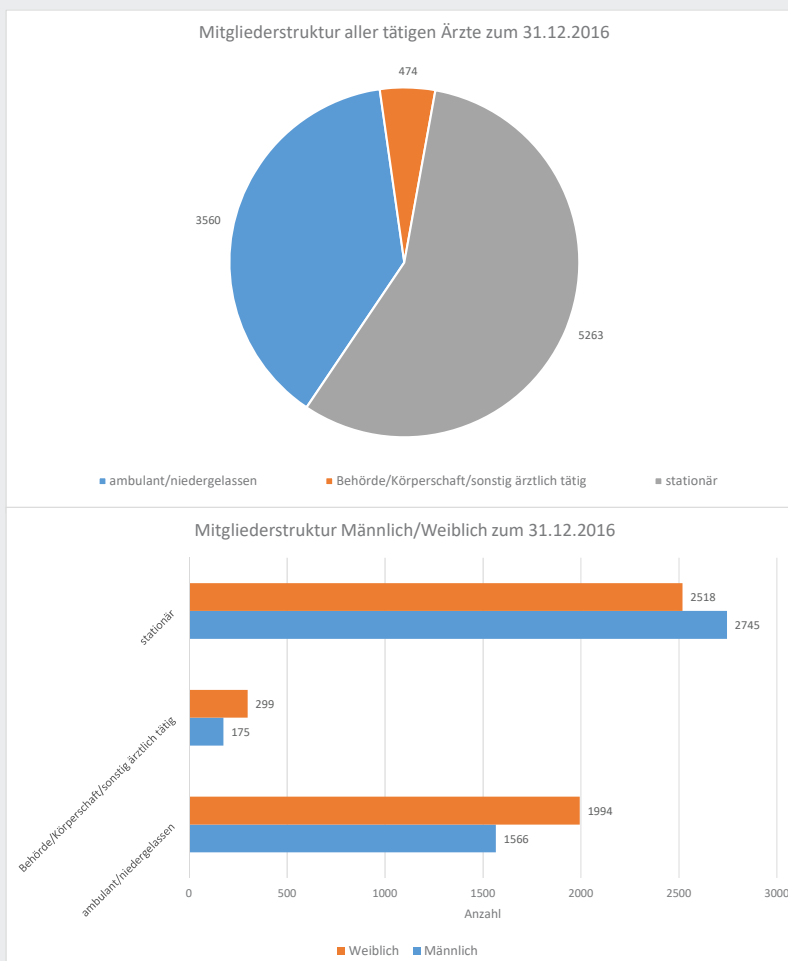
Einzelwirtschaftliche Akteure unterschiedlicher Sektoren und Versorgungsbereiche und Versicherte im Freistaat Thüringen

Die Landesärztekammer Thüringen – Garant für Qualität in der ärztlichen Berufsausübung

Die Landesärztekammer Thüringen vertritt mehr als 13.000 Ärztinnen und Ärzte im Freistaat. Sitz der Landesärztekammer ist die Universitätsstadt Jena. Die Stadt beherbergt die einzige Volluniversität in Thüringen und damit die einzige medizinische Fakultät sowie das Universitätsklinikum. In Jena arbeiten mit etwa 1.700 Personen die meisten Ärztinnen und Ärzte in Thüringen.

Gründung und Aufgaben

Am 7. Juli 1990 ist die Landesärztekammer Thüringen von engagierten Ärztinnen und Ärzten als eingetragener Verein gegründet worden. Sie erhielt am 2. Oktober 1990, also einen Tag vor der



I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen

Wiedervereinigung Deutschlands, die offizielle staatliche Anerkennung. Das Selbstverwaltungsorgan der Thüringer Ärzteschaft erfüllt als Körperschaft öffentlichen Rechts hoheitliche Aufgaben, die im Thüringer Heilberufegesetz festgelegt sind.

Dazu gehören:

1. die Festlegung von Standards für die Weiter- und Fortbildung sowie die Organisation, Koordination und Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen,
2. die Überprüfung der Qualität ärztlicher Berufsausübung,
3. die Berufsaufsicht,
4. die Wahrnehmung beruflicher Interessen,
5. die Beratung, Information und Aufklärung und
6. die Altersversorgung.

In der Erfüllung dieser Aufgaben sorgt die Landesärztekammer für Qualität in der ärztlichen Berufsausübung und medizinischen Versorgung, damit die Thüringer Bürgerinnen und Bürger nach dem anerkannten Stand medizinischer Wissenschaft behandelt werden, indem die Landesärztekammer u. a.

- jährlich etwa 300 Facharztprüfungen organisiert,
- jährlich etwa 150 Prüfungen in den Zusatzweiterbildungen durchführt,
- jährlich etwa 280 Weiterbildungs-ermächtigungen (Befugniserteilung zur Weiterbildung junger Ärzte) ausspricht,
- jährlich etwa 190 Fortbildungsveranstaltungen durchführt,
- jährlich etwa 8000 Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert,
- jährlich etwa 1050 Fortbildungszertifikate erteilt,

- jährlich etwa 800 Vorgänge im Rahmen der Berufsaufsicht bearbeitet,
- jährlich etwa 200 Prüfungen für Medizinische Fachangestellte durchführt,
- jährlich zahlreiche Stellungnahmen zu fachlich-medizinischen Fragen an das Landesverwaltungsamt und Thüringer Ministerien u. a. zur Krankenhausstruktur oder zur Hygiene abgibt und letztlich
- jährlich etwa 2000 Bürger zu Fragen der Orientierung im Gesundheitswesen berät.

Diese Aufgaben erfüllt die Landesärztekammer auf Grundlage definierter Standards, die in Ausschüssen und Kommissionen sowohl auf Bundes- als auch Landesebene von den in der Selbst-



verwaltung engagierten Ärztinnen und Ärzten fachlich fundiert festgelegt werden.

Struktur

Die Landesärztekammer funktioniert in einem satzungsgemäß festgelegten Zusammenspiel von Ehrenamt und Hauptamt. Neben dem siebenköpfigen Vorstand, zu ihm gehören die Präsidentin Dr. Ellen Lundershausen und zwei Vizepräsidenten, tragen die Kammerversammlung, das Parlament der Thüringer Ärzteschaft mit 43 Mitgliedern, und zahlreiche Ausschüsse und Kommissionen wie u.a. der Weiterbildungs- oder Qualitätssicherungsausschuss flankiert von der Arbeit der Geschäftsstelle mit mehr als 70 Mitarbeitern zur Aufgabenerfüllung bei. Das Organigramm verdeutlicht das Zusammenspiel von Hauptamt und Ehrenamt in der ärztlichen Selbstverwaltung.

Weitere Aufgaben und Projekte – eine Auswahl:

Neben der Erfüllung der bereits genannten satzungsgemäß festgelegten Kernaufgaben gibt es weitere Themenfelder bzw. Probleme, die die Landesärztekammer diskutiert und verfolgt. Dazu gehört und gehörte insbesondere im Zusammenhang mit dem langjährig präsenten Problem Ärztemangel die Gewinnung bzw. Förderung junger Kolleginnen und Kollegen. Neben der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin oder dem Kompetenzzentrum gehört dazu auch die Etablierung eines Mentoren-Projektes, um die Qualität ärztlicher Berufsausübung und damit auch die Versorgung langfristig zu sichern.

Mentoren-Projekt für Medizinstudierende – Nachwuchsgewinnung und Sicherung der Qualität

Mit dem Mentoren-Projekt soll künftigen jungen Ärztinnen und Ärzten

frühzeitig die Möglichkeit gegeben werden, ärztlichen Alltag unmittelbar kennenzulernen und mögliche Anforderungen, aber auch Freude sowie Erfüllung im angestrebten Beruf zu erleben. Im Kern geht es darum, dass Medizinstudierende von Beginn an die Möglichkeit erhalten, ihren Mentor in regelmäßigen Abständen in Klinik oder Praxis halb- bis ganztätig zu begleiten. Dabei bleibt es Mentoren und Medizinstudierenden überlassen, in welcher Häufigkeit die Hospitationen in der Praxis stattfinden. Die Studierenden begleiten die ärztlichen Mentoren auf der Station, in der Ambulanz, im Operationssaal oder in der Praxis; sie beobachten, fragen und arbeiten soweit wie möglich mit.

Ziele des Mentoren-Projektes

Kennenlernen des ärztlichen Alltags, dabei Reflexion:
- über Erwartungen an den Arztberuf,



Neue Aufgaben erfordern neue Räume. Der Erweiterungsbau der Landesärztekammer ist seit dem Frühsommer 2017 fertiggestellt.



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

- über Kommunikationsfähigkeiten,
- über Situationen mit ethischen Problemen.

Seit dem Sommersemester 2017 wird das Mentoren-Projekt der Landesärztekammer im JEnaer Neigungs-Orientierten Studium (JENOS) der Medizin als Unterricht am Patienten anerkannt. Und eines ist jetzt schon gewiss, dass im Mentoren-Projekt immer beide Seiten profitieren, quasi ein doppelter Gewinn, wie die Beteiligten selbst einschätzen.

Fachsprachenprüfung bzw. Patientenkommunikationstests für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Ausländische Ärztinnen und Ärzte haben in Deutschland eine Fachsprachenprüfung zu absol-

vieren, bevor sie die Approbation, d. h. die Berufszulassung, erhalten. Diese Aufgabe möchte die Landesärztekammer – so wie in anderen Bundesländern bzw. Ärztekammerbereichen bereits etabliert – selbst wahrnehmen, um nach klaren und einheitlichen Regeln und Bedingungen die Fachsprachenprüfung durchführen zu können. Die Übertragung dieser Aufgabe ist der Ärztekammer seitens des Thüringer Gesundheitsministeriums zugesagt worden. Ab Januar 2018 werden die Fachsprachenprüfungen bzw. Patientenkommunikationstests zentral bei der Ärztekammer in Jena durchgeführt werden können.

Ausblick

Nach den Jahren des Aufbaus und der Konsolidierung der ärztlichen Selbstverwaltung verbunden mit der Schaffung einer Geschäftsstelle der

Landesärztekammer in Jena befindet sich die Ärztekammer in einer neuen Phase der Erweiterung ihres Aufgabenspektrums. Dies zeigt sich mit dem Erweiterungsbau der Ärztekammer am Standort Jena, der Fort- und Weiterbildungs- sowie Prüfungszentrum für alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und der Medizinischen Fachangestellten in Thüringen ist.

Landesärztekammer Thüringen
Dr. Ulrike Schramm-Häder

Leiterin Kommunikation
Pressesprecherin/Redakteurin
Ärzteblatt Thüringen
Im Semmicht 33, 07751 Jena
Mail: pressestelle@laek-thueringen.de

Das Finanzierungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mit Einführung des Gesundheitsfonds im Rahmen der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 erheben Krankenkassen weiterhin Beiträge von den gesetzlich Versicherten. Die Krankenkassen müssen diese Einnahmen allerdings an eine zentrale Sammelstelle von Geldern weiterleiten. Der Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet.

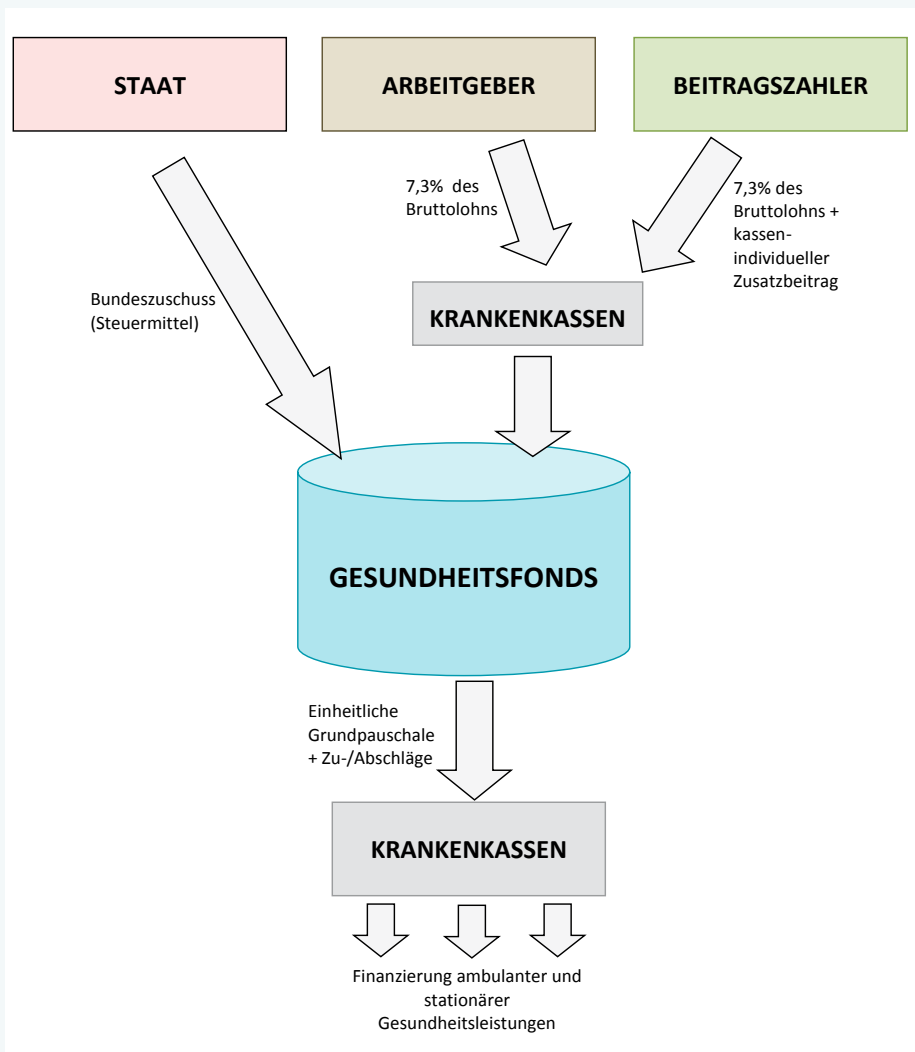
Die Krankenkassen erheben aktuell einen einheitlichen Beitragssatz von 14,6%. 7,3 % werden vom Bruttolohn des Arbeitnehmers abgezogen, den gleichen Beitrag zahlt der Arbeitgeber. Nach dem Solidaritätsprinzip finanzieren die Arbeitnehmer und Arbeitgeber in Deutschland da-

mit auch die Gesundheitskosten von nicht selbst einzahlenden Personen, wie von Kindern und Arbeitslosen.

Die von den Krankenkassen eingenommenen Beiträge fließen in den Gesundheitsfonds. Hinzu kommt ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss. Aus dem Fonds wird das Geld an die gesetzlichen Krankenkassen verteilt. Dabei richtet sich die Höhe der Zuweisung nach der Zusammensetzung der Mitglieder. Jede Krankenkasse erhält pro Versicherten einen pauschalen Betrag sowie risikoadjustierte Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Mitglieder. Das bedeutet, dass eine Krankenkasse mit vielen jungen, gesunden Mitgliedern und damit geringeren Ausgaben weniger Mittel aus dem Fonds bekommt als eine Krankenkasse, die aufgrund von älteren und krankheitsanfälligeren Versicherten höhere Kosten zu verzeich-

nen hat. Diese Umverteilung der Finanzmittel, der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, berücksichtigt also den unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten und den Finanzaufwand der Krankenkassen. Die jährliche Berechnung und Festlegung der Höhe der Zu- und Abschläge erfolgt durch das Bundesversicherungsamt. Krankenkassen, die gut wirtschaften, können ihren Mitgliedern Bonuszahlungen gewähren. Krankenkassen, die dagegen nicht mit den aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mitteln auskommen, können von ihren Mitgliedern seit dem 1.1.2015 einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Diese werden nur von den Mitgliedern und nicht von den Arbeitgebern gezahlt (§242 SGB V). Für einen Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen fließen auch die

I. Gesundheit in Deutschland und Thüringen



Finanzierung der GKV über den Gesundheitsfonds (Eigene Darstellung)

Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen in den Gesundheitsfonds. Aus diesem bekommen die Krankenkassen die Beträge aus den Zusatzbeiträgen in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Das heißt, der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse wird mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert (§270a SGB V) (Simon 2017: 118ff; BMJV o.J.).

Wie bekommt ein Arzt sein Geld? – Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Honorarverteilung und -berechnung in der ambulanten ärztlichen Versorgung erfolgt nach einem sehr komplexen System. Ein Vertragsarzt oder ein Psychotherapeut bekommt seine Leistungen nicht direkt von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt. Stattdessen entrichten die gesetzlichen Krankenkassen einen vereinbarten festen Geldbetrag (Pauschale je Mitglied) an die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der Bereitstellung dieses Budgets, der

sogenannten Gesamtvergütung, hat eine Krankenkasse keine weiteren Pflichten zur Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss hingegen mit der Gesamtvergütung auskommen, egal wie viele Leistungen die Vertragsärzte tatsächlich in dem betreffenden Zeitraum erbringen (Gerlinger/Burkhardt 2012).

Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung an die ambulant tätigen Ärzte. Diese Honorarverteilung ist notwendig, da Patienten medizinische Leistungen unbegrenzt in Anspruch nehmen können, aber Finanzierungsmöglichkeiten begrenzt sind. Quartalsweise reicht ein Arzt seine Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung ein. Dabei bildet der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)** die Grundlage für die Abrechnung. Der EBM ist ein Verzeichnis aller ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der GKV abrechenbar sind, und wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.

Die erbrachten Leistungen der Ärzte werden zu einem Großteil aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt, die allerdings einer Mengenbegrenzung unterliegt. Das bedeutet, dass nicht alle Leistungen zu den Preisen des EBM honoriert werden können. Leistungen, die über eine bestimmte Menge im Quartal hinausgehen, werden zu geringeren Preisen vergütet. Die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eines Bundeslandes jedes Quartal neu vereinbart. Über eine extrabudgetäre Gesamtvergütung können Leistungen wie präventive Maßnahmen in voller Höhe honoriert werden.



I.

Gesundheit in Deutschland und Thüringen

Ein weiteres Element in diesem Vergütungssystem ist der Fremdkassen-zahlungsausgleich. Die Kassenärztliche Vereinigung (Thüringen), in deren Gebiet der Versicherte wohnt (z. B. Wartburgkreis), muss der Kassenärztlichen Vereinigung (z.B. Hessen), in deren Gebiet der Versicherte Leistungen in Anspruch genommen hat, die Leistungsvergütung erstatten (KBV 2017).

Bei privat versicherten Patienten stellt der Arzt eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus. Der Privatpatient reicht diese Rechnung bei seiner privaten Krankenkasse ein und bekommt einen vertraglich vereinbarten Teil der Kosten (auf Basis der GOÄ) erstattet (Simon 2017).

Jelena Kleine

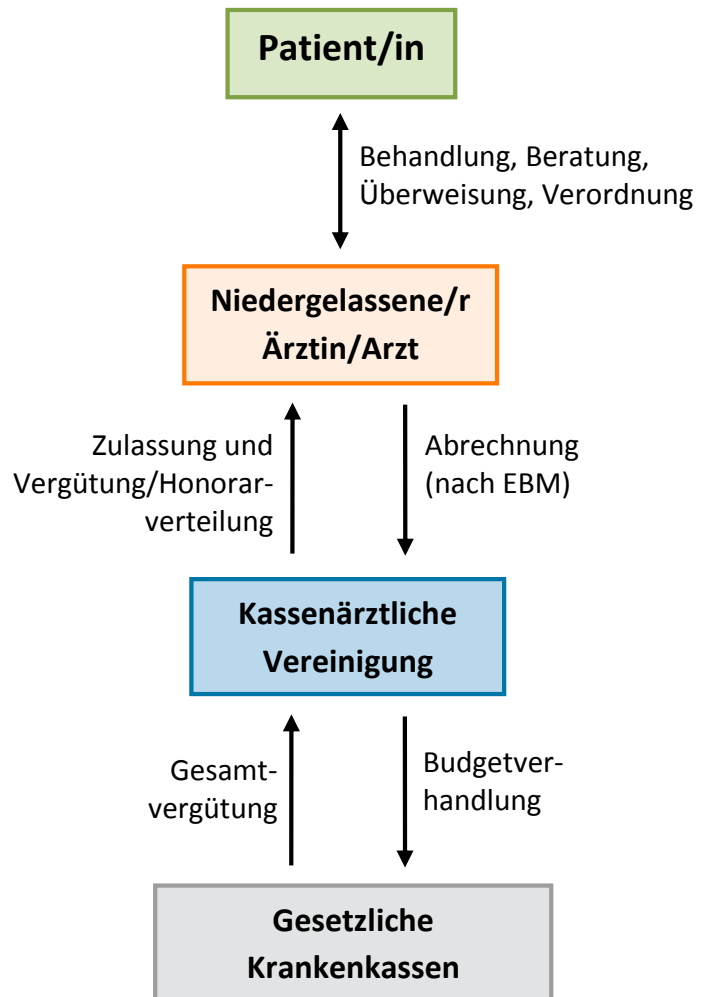
Literatur

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. Online verfügbar unter: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

Gerlinger, T. /Burkhardt, W. (2012): Finanzierung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72616/verguetung-vertragsaerztlicher-leistungen?p=1>

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Honorarverteilung und -berechnung. Wie kommt das Geld zum Arzt? Online verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/1019.php>

Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Hogrefe, 6. Auflage.



Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der GKV (Eigene Darstellung)



Jelena Kleine, Referentin des Landesseniorenrates Thüringen



© vdek / Olivier Colin



DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung des Verbandes
der Ersatzkassen e. V. (vdek)

© vdek / Susanne Paasch



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsvorsorge im Kontext der antiken Lebensphilosophie

Sokrates sagte einmal, dass er nicht der allgemeinen Meinung folge, wonach ein gesunder Körper auch die Seele gut mache, mag er auch zu ihrem Wohlbefinden beitragen. Es sei vielmehr umgekehrt, dass eine gute Seele durch ihre Weisheit dem Körper die beste Pflege zukommen lasse, die man sich vorstellen könne.

Im antiken Weisheitsdenken in West und Ost lässt sich vielfach die Auffassung nachweisen, dass Körper und Seele in die beste Verfassung kommen, wenn wir unseren Seelenhaushalt in Ordnung bringen. Dies aber geschehe vor allem dadurch, dass wir uns von falschen Vorstellungen befreien, die sich durch vielfältige Prägungen tief in unsere Seele eingegraben haben. Diese Befreiung beginne im „richtigen“ Denken und vollende sich in angemessenen Haltungen und Einstellungen zum Leben. Die beste Verfassung von Körper und Seele, die damit angestrebt werde, sei nichts anderes als ihre Gesundheit.

Da aber das „richtige“ Denken vornehmlich die Philosophie lehre, war für die Weisen der Antike die Philosophie die beste Gesundheitsvorsorge für Leib und Seele. Das ist der Sinn des einleitenden Sokrateszitats. Und mehr noch.

Sei die körperlich-seelische Gesundheit einmal hergestellt, so stelle sich von selbst ein, wonach jeder Mensch strebe: das Gefühl von Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück. Zwar könne ein Körper, der sich in der besten Verfassung befinde, auch einmal von einer Krankheit heimgesucht oder durch Gewalt oder Unfall ver-

letzt werden. In solchen Fällen aber biete ein gesundes Seelenleben die beste Medizin für eine Heilung und schnelle Genesung. Alles „Gute“, vor allem aber Glück und Gesundheit, können daher auf ein Denken zurückgeführt werden, das unserer Seele nachhaltig wohl tue und sie gut mache und damit zugleich die körperlichen Funktionen stärke.

Dieser Zusammenhang von Denken, seelischer Verfassung, Körper, Gesundheit, Glück und Wohlbefinden, der hier sehr verkürzt wiedergegeben wurde, stellt den wesentlichen Kern der antiken praktischen Philosophie im alten Ägypten, Griechenland, China und Indien dar. Sie war weniger eine auf Pflichterfüllung beruhende Ethik, als vielmehr eine auf Glück, Wohlbefinden und seelisch-körperliche Gesundheit ausgerichtete therapeutische Philosophie. Einer ihrer maßgeblichen Ausgangspunkte war das alltägliche Leiden am Leben. Zwar ging es den praktischen Philosophen auch um eine Erweiterung des Wissens und die Aufdeckung von Irrtümern und falschen Vorstellungen; ihr damit verfolgtes Ziel aber war es, Leitgedanken anzubieten für die Gesundung und Heilung des Seelenlebens und damit zugleich des Körpers. Der Schwerpunkt ihrer Überlegungen setzte bei den zahlreichen großen und kleinen Alltagsleiden an wie Ängsten, Sorgen, Ärger, Zorn, Wut, Hass, Entfremdung, Gier, Neid, Eifersucht, Missgunst, übermäßige Trauer, Überheblichkeit. Sie hindern die Menschen daran, sich am Leben zu erfreuen und ein gutes und glückliches Leben zu führen. Denn das war für sie eins. In ihnen sahen die antiken Denker die ersten Ursachen für zahlreiche körperliche Erkrankungen.

Die neueren Forschungen auf dem Gebiet der Medizin im weitesten

Sinne, insbesondere die Untersuchungen im Bereich der Neurobiologie, der Epigenetik, der Psychoneuroimmunologie, Biopsychologie, der Stressforschung, aber auch verschiedene Ansätze der psychosomatischen Medizin, der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, des Achtsamkeitstrainings oder der Weisheitstherapie bestätigen vielfach – ohne dass dies beabsichtigt oder stets bewusst wäre – die Angemessenheit und Wirksamkeit antiker Weisheitslehren für die Gesundheitsvorsorge sowie für die Überwindung, Vermeidung oder Reduzierung seelisch-körperlicher Leiden.

Seit etwa einem halben Jahrhundert wächst dementsprechend in der akademischen Philosophie zunehmend das Interesse an der praktischen Philosophie der Antike. Man entdeckt in ihr nicht nur brauchbare Konzepte für eine gelingende Lebensbewältigung, die auf einer vernünftigen Konzeption des menschlichen Miteinanders beruhen. Auch die antike Vorstellung von Glück und seelisch-körperlicher Gesundheit als das Ergebnis richtig verstandener Selbstsorge und philosophisch fundierter Selbsterziehung, die das ganze überlieferte Weisheitswissen in West und Ost wie ein roter Faden durchzieht, rückt immer mehr in den Fokus der aktuellen philosophischen Diskussion.

Beide Entwicklungen bestätigen die Kernthese der alten Denker und Weisen: den Einfluss und die Bedeutung des Denkens auf unser seelisches und körperliches Wohlbefinden.

Die alten Griechen, die unsere westliche Kultur begründet haben, nannten ihre wichtigste Weisheit und Tugend „Besonnenheit“ und meinten damit vor allem eine maßvolle, ausgewogene Lebensweise. Das

II. Prävention und Gesundheitsförderung



griechische Wort dafür lautet *sophrosyne* und setzt sich zusammen aus den Worten „gesund“ und „verständlich denken“. Tatsächlich waren den Griechen die Weisheit und die Liebe zu ihr, die sie Philosophie nannten, eine Art „Gesundheit des Denkens“ (Homer) oder Gesunddenken. Durch die Fokussierung auf das Denken klammerten sie das Handeln und die Praxis eines gesunden Lebens nicht etwa aus, ganz im Gegenteil. Aber sie wussten, dass unser Handeln und Fühlen ganz maßgeblich davon abhängen, was und wie wir denken, welche Vorstellungen wir haben, wie wir die Welt verstehen, die Dinge bewerten, worauf wir unser Wollen und unsere Begehrlichkeiten richten. Sie verkannten nicht, dass unser Handeln oftmals von unseren Emotionen und Trieben, von unbewussten Denk- und Verhaltensmustern gesteuert wird und Entscheidungen häufig „aus dem Bauch“ heraus getroffen werden. Aber sie erkannten, dass all diese Faktoren maßgeblich von unserem Denken (mit)geprägt und beeinflusst werden.

Ein Beispiel: Ist uns jemand auf den ersten Blick unsympathisch, so wird sich daran nichts ändern, wenn wir ständig an das denken, was uns unsympathisch vorkommt, im Gegenteil: Unsere Abneigung wird immer größer. Das wird unser Verhältnis zu dieser Person entscheidend prägen. Wenden wir unsere Gedanken aber davon ab und richten sie auf andere Seiten dieses Menschen, versuchen ihn zu verstehen und konzentrieren uns auf Aspekte seiner Persönlichkeit, die uns näher oder sogar sympathisch sind und halten den Fokus darauf gerichtet, dann kann es leicht passieren, dass sich die anfängliche intuitive Abneigung in ein positiveres Gefühl verwandelt. Wahrscheinlich wird dieser Mensch dadurch nicht unser Freund, aber er ist auch nicht

mehr jener unsympathische Zeitgenosse, für den wir ihn anfangs hielten. Wahrscheinlich werden wir nach diesem „Umdenken“ besser mit ihm auskommen.

Steuert oder beeinflusst unser Denken nicht nur unsere Handlungen, sondern auch, was wir fühlen, erleben, empfinden, so hat es auch Einfluss darauf, ob wir uns seelisch wohl fühlen, ob es uns „gut“ geht, ob wir uns stark und energiegeladener fühlen oder eher unsicher, ängstlich, antriebsarm, deprimiert. Belastende Seelenzustände aber wie chronischer Stress, Ärger, Angst, Sorgen, Entfremdung, zügellose Leidenschaft, Eifersucht, Neid, Habgier, Formen der Trauer und Selbstsucht etc. – all diese negativen Gefühle, Stimmungen und Belastungen der Seele waren für die alten Griechen – ebenso wie für die Ägypter, Inder und Chinesen – nicht nur Alltagsleiden, sondern „Krankheiten“.

Da sie erkannt hatten, dass das Denken maßgeblichen Einfluss auf solche Seelenzustände, unser Fühlen und Handeln und damit auf unser seelisches Wohlbefinden hat, gab es für sie heilsames, „gesundes“ Denken und solches, das zu seelischem Leid führt, es aufrecht erhält oder sogar vergrößert. Wie der Arzt, der uns Medizin verschreibt, Ratschläge erteilt und uns dabei hilft, dass unser Körper wieder gesund wird, so war derjenige, der das gleiche für die Seele tat, eine Art Heilkundiger für die Seele. Die Lehre oder Wissenschaft aber, die sich mit dem richtigen, das heißt „gesunden“ Denken befasste, nannten sie Philosophie. Über dem Tor der Bibliothek von Alexandria, der mit Abstand größten Bildungsstätte der antiken Welt, stand daher die Inschrift „Hospital der Seele“ (griech. *psyches iatreion*).

Tatsächlich war die Philosophie in der Antike vorwiegend eine Art „Seelenheilkunde“. *„Fürs Leibliche haben die Menschen zwei Wissenschaften: die Heilkunde zur Erhaltung der Gesundheit und die Gymnastik für die Stärkung und Widerstandsfähigkeit. Für Schwachheiten und Leidenschaften der Seele ist aber die Philosophie die einzige Arznei.“* (Plutarch)

Ziel dieser Philosophie war es, die Menschen von seelischem Leiden zu befreien, das heißt, die Seele ganz, heil, „gesund“ zu machen. Zwar umfasste die Philosophie auch andere Bereiche, aber der Schwerpunkt und das Endziel allen Philosophierens waren Fragen des „guten Lebens“, eines, das seelisches Leid vermeidet und nachhaltig körperlich-seelisches Wohlbefinden, mithin Gesundheit hervorruft.

Die wissenschaftlichen Ergebnisse der modernen Neurobiologie, Epigenetik, Psychoneuroimmunologie, der psychosomatischen Medizin und anderer Forschungsgebiete bestätigen die Plausibilität und Angemessenheit antiken Weisheitswissens vielfach. Seelische Alltagsleiden wie Ärger, Angst, Sorgen, Entfremdung, zügellose Leidenschaft, Eifersucht, Neid, Habgier, Formen der Trauer und Selbstsucht etc. wirken auf Dauer wie sogenannte Stressoren. Sie führen im Körper zu biochemischen Reaktionen, die ohne entsprechenden Ausgleich in vielfältiger Weise unsere Gesundheit beeinträchtigen, zur schnelleren Alterung beitragen, das Leben verkürzen und bei der Entstehung und Entwicklung der meisten schweren Krankheiten eine wichtige, wenn nicht entscheidende Rolle spielen. Dies geschieht über die Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter und Hormone, die über das „immuno- neuroendokrine“



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Netzwerk, das vielfältige Zusammenspiel von Hormon-, Nerven- und Immunsystem, wesentliche körperlich-seelische Funktionen steuern und beeinflussen.

Der veränderte Blick auf unsere alltäglichen seelischen Leiden kann dabei helfen, innere Barrieren oder Blockaden zu überwinden und zu lösen, die uns davon abhalten, uns für philosophisch begründete, mentale Übungen und Gedanken zu öffnen, mit denen die Antike seelischem Leiden begegnet ist und damit zugleich körperlichen Krankheiten vorbeugen wollte.

Schließlich kann eine Perspektive, die alltägliches Leiden und das ihr zugrunde liegende Verhalten nicht als eine Normalität oder moralische Verfehlung, sondern als eine Art Krankheit ansieht, diesem Leiden und seiner Behandlung die Ernsthaftigkeit vermitteln, die es verdient. Sie kann es von moralischen Bewertungen befreien, die es nicht verdient. Wir sind es gewohnt, bei den kleinsten körperlichen Symptomen den Arzt aufzusuchen, mit unseren seelischen Alltagsleiden aber bleiben wir häufig – weil wir das Krankmachende daran unterschätzen – allein und ohne Hilfe. Nicht selten bis zu einem Punkt, wo das Leiden schließlich in eine massive psychische oder physische Erkrankung umschlägt. Sehr aufschlussreich für das Verhältnis von seelischem Leiden, Krankheit, eigenem Verhalten und praktischer Philosophie ist in diesem Zusammenhang eine Bemerkung des seinerzeit sehr angesehenen griechischen Philosophen Plutarch:

„Die Zunft der Ärzte wünscht sich, der Mensch möge überhaupt nicht erkranken. Wenn er aber erkrankt, soll er wenigstens nicht ignorieren, dass er krank ist, wie es leider bei

allen seelischen Leiden der Fall ist. Wenn Menschen töricht handeln, zügellos leben und Unrecht tun, wollen sie gar nicht glauben, dass sie sich verfehlen, sondern einige meinen auch noch, sie würden sich richtig verhalten. Noch niemand hat das Fieber Gesundheit genannt, die Schwindsucht Wohlbefinden, die Gicht Schnelligkeit oder die blassse Gesichtsfarbe gesunde Röte. Die ungestüme Wut aber nennen viele Tapferkeit, das sexuelle Verlangen (nach Knaben) Freundschaft, den Neid gesunde Konkurrenz und die Feigheit kluge Vorsicht. Die Folge ist, dass körperlich Kranke die Ärzte herbeirufen, weil sie fühlen, dass sie ihrer für die Behandlung ihrer Erkrankungen bedürfen, während seelisch Kranke die Philosophen meiden, weil sie sich selbst in den Bereichen erfolgreich agieren sehen, wo sie in Wirklichkeit schwere Fehler begehen.“

Es ist vielfach darauf hingewiesen worden, dass unser westliches Gesundheitssystem tendenziell zu spät einsetzt, nämlich erst, wenn seelische und körperliche „Krankheiten“ bereits ausgebrochen sind. Unsere westliche Medizin ist eine körperorientierte, mechanistische Akut- und Defektmedizin, die in vielen Bereichen außerordentlich erfolgreich ist, in anderen Bereichen wie etwa bei chronischen Entzündungserkrankungen, funktionellen Störungen, Autoimmunerkrankungen aber große Defizite aufweist. Bisweilen wird hier von einem „Desaster bei chronischen Erkrankungen“ gesprochen, unter Berufung auf Thure von Uexküll, der die Spaltung der Medizin in einen „kranken Körper ohne Seele und eine leidende Seele ohne Körper“ angriff. Die teilweise sehr lange Phase der allmählichen Entstehung einer Krankheit mit all den seelischen, ereignis- und verhaltensbe-

dingten Faktoren bleibt weitgehend unberücksichtigt und unbehandelt.

Manche halten es für einen großen Vorteil der traditionellen chinesischen Medizin, dass diese ihren Schwerpunkt auf die Prävention und die Vermeidung von Krankheiten gelegt hat. So lernen chinesische Kinder, auf körperliche Symptome und Befindlichkeiten zu achten, um Funktionsstörungen bereits in einem frühen Stadium wahrzunehmen. „Man muss wirken auf das, was noch nicht da ist“ und „für Schweres sorgen, solange es leicht ist“, sagt der antike chinesische Philosoph Lao-tse. In dieser Tradition stehend bemerkt der japanische Gelehrte und Philosoph Kaibara Ekiken, selbst ein Arzt, der sich Zeit seines Lebens mit seelischen wie körperlichen Gesundheits- und Erziehungsfragen beschäftigt hat: „Der Weg der Lebenspflege besteht darin, achtsam zu sein, wenn man frei von Krankheit ist.“

Platon, der seine philosophischen Ansichten gerne mit Mythen untermauerte, sagte, dass der Gott Asklepios die Heilkunst in erster Linie für Gesunde erfunden habe, weshalb man für die Erziehung und Lebensschulung des gesunden Menschen verstärkt die Medizin heranziehen solle. Darin liege, bemerkte ein bedeutender Philologe, die richtige Erkenntnis, die die hippokratische Medizin vertreten habe, dass die gesunde Natur im Krankheitsfall sich selbst helfe, wenn die Heilung ihr durch das richtige Mittel erleichtert werde.

Indem die Alten in seelischen Alltagsleiden und -belastungen eine Art Krankheit sahen, der sich die praktische Philosophie als „Seelenheilkunde“ zu widmen habe, schloss dieser Teil der Philosophie im Ergebnis die Lücke in der Gesundheitsvorsorge,

II. Prävention und Gesundheitsförderung



die heute als ein schmerzliches Defizit sowohl der Biomedizin wie auch der Psychotherapie empfunden wird. Vor dem Hintergrund der wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die vielfältigen, hochkomplexen Wechselwirkungen von Psyche und Immunsystem einschließlich des Nerven- und Hormonsystems gewinnt das Heilungs- und Gesundheitswissen der antiken praktischen Philosophie an Bedeutung und Relevanz. Sokrates' Forderung, sich den Alltagsleiden zuzuwenden und die Menschen zu lehren, wie sie ihren Seelenhaushalt führen können, um solche Alltagsleiden zu vermeiden, scheint aktueller denn je. Es ist zugleich die beste Gesundheitsvorsorge gegen eine Vielzahl von körperlichen Krankheiten.

„Also müssen wir erwägen“, sagte Sokrates, „ob einer von uns die rechte Ausbildung hat hinsichtlich der Behandlung der Seele und imstande ist, sie richtig zu behandeln, und wer darin gute Lehrer gehabt hat.“ Für den Ausdruck „Behandlung der Seele“ steht im griechischen Text „*psyches therapeia*“, was soviel heißt wie: die Seele pflegen, warten, ihr dienen. Es ist bedauerlich, dass der gute, wohlthuende, gesunde Umgang mit den eigenen Seelenkräften, für den es zu Sokrates' Zeiten offenbar noch Lehrer gab, heutzutage weder in der Schule noch in der Universität gelehrt wird. Eine erfreuliche Ausnahme bildet das seit 2007 in einigen Schulen in Deutschland eingeführte Schulfach „Glück“, das auf eine Initiative des ehemaligen Schulleiters Fritz Schubert zurückgeht.

Es soll nicht verkannt werden, dass es auch seelisches Leid gibt, das unvermeidbar oder sinnvoll ist, etwa Formen der Trauer, des Betrübteins, des Befürchtens und Zweifels, der Verunsicherung und Entfremdung.

Sie können Symptome sein und uns auf etwas Übergangenes hinweisen, vor größerem Leid warnen oder uns den Weg aus einer Krise heraus in einen besseren seelischen und körperlichen Zustand zeigen. Konfuzius sagte einmal, dass jemand, der „sein eigenes Selbst noch nicht entfaltet habe, dies sicher in der Trauerzeit tue“. Wie die Gefahr zugleich den Moment des Rettenden in sich birgt, so kann auch das Leiden eine Chance sein.

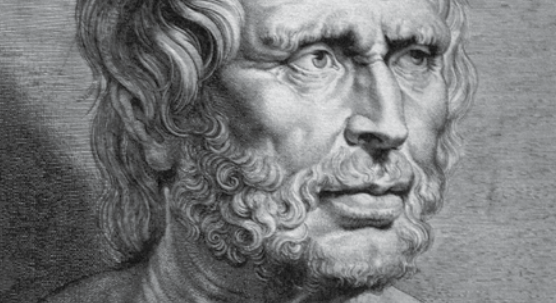


Das griechische Wort „*krisis*“, das unserem Wort Krise zugrunde liegt, hat eine ähnliche Ambivalenz. In der Medizin bezeichnet „*krisis*“ von alters her den Wendepunkt, in dem eine Krankheit sich zuspitzt, um entweder zum Guten oder zum Schlechten auszuschlagen. Bei aller Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit des Leidens, ist es gleichwohl nicht das Leiden, das wir mit unserer Lebensführung anstreben, sondern das Gegenteil davon, die Freiheit von „Angst und Schmerz“, worin Epikur nichts weniger als eine angemessene Bestimmung des menschlichen „Glücks“ sah. Wir müssen uns allerdings

eingestehen, dass wir dieses Gegenteil, nämlich Leidfreiheit, Wohlbefinden, Gesundheit, Glück, wohl nur durch eine Auseinandersetzung mit erlebtem Leid erlangen können; dass wir es dem Leiden immer wieder aufs Neue abringen müssen. „*Das Erleichtern des Leidens muss man aus der Kraft des Leidens heraus meistern*“, sagt ein japanischer Philosoph. Oder wie sich ein antiker chinesischer Philosoph ausdrückte: „*Menschen von Charakter, Scharfsinn, Klugheit und Weisheit haben in der Regel lange in Not und Elend gelebt.*“

Wie gelangen wir nun über „richtiges“ Denken zu wohlthuenden Verhaltensweisen, die unserer seelisch-körperlichen Gesundheit förderlich sind und das Ausbrechen von Krankheiten bis zu einem gewissen Grad vermeiden helfen?

Der erste Satz der „Gespräche“ des Konfuzius lautet: „*Etwas lernen und sich immer wieder darin üben, schafft das nicht Freude?*“ „Freude“ steht für Glück, Zufriedenheit, seelisches Wohlbefinden oder Gesundheit. Für die Philosophen der Antike war das Verbindungsstück zwischen Denken und seelischer Gesundheit das Einüben von wohlthuenden Gewohnheiten. Dieses Eingewöhnen neuer Denk- und Verhaltensgewohnheiten, das Abgewöhnen und Umgewöhnen von als schlecht erkannten Mustern im Denken, Wollen und Handeln, war das philosophische Heilmittel für jede Art seelischen Leids und damit die beste Vorsorge gegen körperliche Erkrankungen. Es war der eigentliche Lernprozess auf dem Gebiet der praktischen Philosophie und der einzige Weg, seine Freude am Leben nachhaltig zu nähren und zu mehren. Wer keine schlechte Gewohnheit ändert, der ändert nichts.



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Für Aristoteles sind wir nichts anderes als das, was wir tagtäglich tun. *„Aus unseren Tätigkeiten erwächst unsere Haltung“*. Wir werden zu dem, was wir tun. Wir sind unsere Gewohnheiten. Dazu zählen insbesondere auch unsere Denkgewohnheiten: *„Man wird wie das, was im eigenen Sinn und Denken herrscht – das ist das immerwährende Geheimnis“*, heißt es in den altindischen Upanishaden. Unsere Gewohnheiten sind unser Charakter. Sie sind nach Aristoteles unsere „zweite Natur“, die sich mehr oder weniger über unsere Erbanlagen und frühkindlichen Prägungen, die „erste Natur“, legen und sie maßgeblich formen. Der Charakter ist etwas, „was sich ... ausbildet“, eine Gewohnheit, die durch Wiederholung und Einübung entsteht. Durch ein bewusstes Eingewöhnen eines bestimmten Denkens oder Verhaltens formen und verändern wir unseren Charakter und bilden unsere Persönlichkeit.

Wodurch werden wir sportlich? Indem wir uns angewöhnen, regelmäßig Sport zu treiben. Wodurch werden wir gelassen? Indem wir uns abgewöhnen, uns über andere, das Schicksal oder irgendeine Sache unnötig aufzuregen. Wodurch werden wir mitfühlend? Indem wir uns angewöhnen, im anderen uns selbst wiederzuerkennen und die Sorgen anderer zu teilen. *„Wandel heißt Wandel in der Gewohnheit“*, heißt es in einem Klassiker antiker chinesischer Philosophie.

Die meisten Gewohnheiten entstehen unwillkürlich und ohne darüber nachzudenken. Es sind verinnerlichte, häufig unbewusste Denk- und Verhaltensmuster, „irrationale Seelenelemente“, wie Aristoteles sie nennt. Sie sind aber, und das ist die entscheidende Beobachtung des Aristoteles, nicht in Stein gemeißelt

und für ewig festgelegt. Wir können uns durch unser Denken dazu entschließen, uns in Zukunft anders zu verhalten oder anders zu denken, und wenn wir es dann auch tun, uns umgewöhnen. Das meint Aristoteles, wenn er sagt, dass die verinnerlichten Denk- und Verhaltensmuster, der „Charakter“, in der Lage sind, „nach Maßgabe des befehlenden Rationalen dem Rationalen zu folgen“.

Ein Bild Platons aufgreifend beschreibt ein anderer Philosoph diesen Vorgang so: *„Da kommt es der Denkkraft zu, nunmehr wie ein Wagenlenker das Gespann der zusammen aufgewachsenen Rosse, der Begierde und des Gefühls (irrationale Seelenkräfte), zu regieren und zu beherrschen.“* Dieses Regieren aber geschehe, indem wir uns durch die Umstellung unserer Gewohnheiten selbst erziehen: *„Denn in den unvernünftigen Kräften der Seele kann kein Wissen entstehen, sowenig als in den Rossen, sondern diesen wird die ihnen eigene Tüchtigkeit (Weisheit) durch eine Art unbewusster Gewöhnung zuteil, dem Wagenlenker dagegen durch vernünftige Belehrung.“* Dem „Wagenlenker“ in diesem Bild entspricht unser vernünftiges Denken. Dieses kann „belehrt“ werden und lernt eigentlich ständig dazu, bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger, sei es durch Gespräche, Bücher, persönliche Erfahrungen oder eben durch philosophische Unterrichtung, die im Zitat gemeint ist.

Die Weisen der Antike sahen sehr klar, dass die Einsicht und das Wissen zwar grundlegend und wichtig sind, um unsere Persönlichkeit zu entwickeln und etwas in unserem Leben zu verändern. Sie sind aber keineswegs ausreichend. Hinzukommen muss, dass wir unsere „wilden Rosse“ erziehen, das heißt die von

„Begierden und Gefühlen“ beeinflussten, häufig unbewussten Denk- und Verhaltensmuster verändern. Sie teilten daher die praktische Philosophie in zwei Teile: „das Wissen und die Seelenverfassung“. *„Denn wer den Lehrgang durchgemacht und richtig begriffen hat, was zu tun ist und was zu meiden ist, ist noch nicht weise, und zwar nicht eher, als bis er eine innere Umwandlung durchgemacht hat, durch die seine Seele ganz mit dem, was sie gelernt hat, verschmolzen ist.“*

Der Transmissionsriemen zwischen der intellektuellen Einsicht und einer „gesunden“ Seelenverfassung, also der Totalität sowohl unserer Einsichten als auch unserer Begierden, Gewohnheiten und Haltungen, ist somit die Übung. In der Bhagavadgita, einem zentralen Lehrgedicht des altindischen Weisheitsdenkens, gibt der Gott Krishna dem Helden Arjuna, dessen Wagenlenker (!) er ist, folgende Weisheit mit auf den Weg:

„Wohl ist, o Held, zu zügeln schwer Des „Herzens“ Vielbeweglichkeit, Doch bannet es, o Kuntis Sohn (Arjuna), Die Übung und Besonnenheit.“

Immer wieder stoßen wir in den alten philosophischen Texten auf diesen Zusammenhang von Denken und Erkennen einerseits, auf Üben und Eingewöhnen andererseits. Sie sind die Mittel zur Erziehung und Bildung unserer Persönlichkeit zur eigenverantwortlichen Gestaltung unseres Lebens, zur Heilung unserer seelischen Leiden und Beschwerden und zur Vorbeugung körperlicher Erkrankungen.

Auf Letzteres verweist eine Stelle bei Platon, bei der er einen Ratschlag bei Unglücksfällen erteilt. Man solle sich nicht übermäßig grämen und jam-

II. Prävention und Gesundheitsförderung



mern, lässt er Sokrates sagen, und nicht „wie Knaben nach dem Hinfallen die wunde Stelle mit der Hand halten und immerfort schreien; im Gegenteil soll man die Seele immer gewöhnen, sobald als möglich an das Heilen und Wiedergutmachen des Unfalls und der Wunde zu gehen und man soll durch die Heilkunde die Klagelieder beschwichtigen.“ Statt im Jammern zu verharren, sollten wir den Schmerz der Seele heilen. Die „Heilung“ bestehe in solchen Fällen darin, unsere Gedanken von dem Schmerz wegzuführen und zu überlegen („mit sich vernünftig zu Rate gehen“), was wir „nach den gegebenen Verhältnissen am besten tun sollen“. Sich übermäßig auf den Schmerz zu konzentrieren ist ungesundes Denken, sich zu fokussieren auf das, was nun am besten zu tun ist, um den Schmerz zu überwinden, gesundes Denken. Das kontinuierliche Einüben einer solchen Art „gesunden“ Denkens entspricht der körperlichen Ertüchtigung durch regelmäßigen Sport: „Wer tüchtig werden will (weise, gesund), muss den Körper auf dem Sportplatz und die Seele durch Erziehung trainieren“, sagt der griechische Philosoph Antisthenes.

Ein weiteres Beispiel soll verdeutlichen, wie wir uns dieses Einüben „gesunder Gedanken“ zur Überwindung oder Milderung leidvoller seelischer Zustände und damit zur Vorbeugung körperlicher Erkrankungen vorstellen können, insbesondere auch, welche Rolle dabei ein spezifisch philosophisches Denken spielt, das auf Erkenntnis, Einsicht und Weisheit gerichtet ist. Viele Philosophen der Antike sahen in dem Zorn ein seelisches Leiden, das wir auf dem Weg zu einem glücklichen und gesunden Seelenleben überwinden und uns ganz abgewöhnen sollten. Zu ihnen gehörte auch

Seneca: „Was entwapfnet den Zorn des Weisen? Die Massenhaftigkeit der Fehlenden (Fehlgehenden). ... Der Weise wird dem Fehlenden nicht zürnen. Warum? Weil er weiß, dass niemand von Geburt ein Weiser ist, sondern es erst wird. Weiß er doch, dass im ganzen Verlauf der Zeit nur verschwindend wenige (vollkommen) weise werden; denn er weiß genau Bescheid über die Beschränktheit des Menschenlebens; kein Vernünftiger aber zürnt der Natur.“

Auch wenn es so klingt, so hält sich Seneca nicht selbst für einen vollendeten Weisen, allenfalls für einen Philosophen, also einen, der nach Weisheit strebt (griech. *philein*, streben nach, lieben und *sophos*, Weisheit). Es ist auch nicht Arroganz, denn ihm ist bewusst, wie schwierig die Überwindung von menschlichen Schwächen und Defiziten ist und – das wissen wir aus anderen Stellen – dass er selbst nicht frei von Fehlern ist. Er argumentiert mit dem Ideal eines Weisen, um das Ziel zu verdeutlichen, dem wir uns annähern sollten. „Also friedlich gestimmt und nachsichtig gegen Verirrungen“, so fährt er fort, „kein Feind der Fehlenden, sondern als Führer zum Besseren verlässt der Weise täglich sein Haus mit dem Gedanken: ‚Es wird mir gar mancher Trunkenbold begegnen, gar mancher Wollüstling, gar mancher Undankbare, gar mancher Geizhals, gar mancher von den Furien des Ehrgeizes Verfolgte.‘ Alles dies wird er so gelassen und freundlich ansehen wie der Arzt seine Kranken.“

Im ersten Teil führt Seneca einen einfachen, aber grundlegenden Gedanken an, der in der Antike erstmals gedacht und dann in das Zentrum humanistischer Vorstellungen gerückt wurde: Alle Menschen haben Fehler. Schon dieser Gedanke stimmt uns „friedlich und nach-

sichtig“ gegen andere, wenn wir ihn richtig verstehen und tief genug verinnerlichen. Aber damit ist es nicht getan. Um diesen Gedanken auch im täglichen Leben so parat zu haben, dass wir die zornige Anwallung schon im Entstehen abblocken oder mindern können, empfiehlt Seneca eine kleine Übung zu dessen Verinnerlichung: Bevor wir das Haus verlassen, sollten wir unser Denken und unser mentales Immunsystem trainieren, indem wir in uns diese Weisheit wachrufen, vergegenwärtigen und erneut bedenken. Machen wir uns diese Übung eine zeitlang zur Angewohnheit, wird der Gedanke verinnerlicht und die Seele nach einer gewissen Zeit im Hinblick auf den Zorn „gesund“: Anstatt in den von Seneca genannten Fällen zornig zu werden und negative Gefühle aufkommen zu lassen, werden wir gelassen bleiben. Wir sind immun geworden gegen den Virus zorniger Erregung.

Es ist dieses Zusammenspiel von philosophischer Einsicht („alle Menschen haben Fehler“), Einübung (regelmäßiges Bewusstmachen und



Dr. Albert Kitzler
www.massundmitte.de



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Anwenden) und einer sich zu einer inneren Haltung verfestigenden Gewohnheit (Gelassenheit), das sich bei der Bekämpfung aller seelischen Alltagsleiden als Vorboten von körperlichen Erkrankungen wiederholt. Es stellt nicht nur den Kern des konfuzianischen Prinzips der Selbsterziehung dar, wie es in dem „Lernen und sich immer wieder üben“ zum Ausdruck kommt. Es findet sich ebenso wieder in allen Richtungen der antiken indischen Philosophie sowie in dem griechisch-römischen Ideal der Selbstbildung und Erziehung (griech. *paideia*). Es ist kein Zufall, dass einer der Sieben Weisen, mit dem das philosophisch-praktische Denken in Griechenland begann, die Spruchweisheit prägte: „Alles ist Übung/Gewohnheit.“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir nach Auffassung der antiken praktischen Philosophie mit Hilfe des Denkens, des Umgewöhnens und der Persönlichkeitsentwicklung seelisches Leid überwinden oder doch merklich lindern können und dadurch zugleich die beste Vorsorge gegen körperliche Erkrankungen leisten. Es soll freilich nicht verkannt werden, dass dies eine ausgeprägte Kraft zur Selbststeuerung und Selbstbeherrschung voraussetzt. Ohne dass wir selbst zu einer neuen Einsicht gelangen, uns selbst entschließen, etwas in unserem Denken oder Verhalten zu ändern, und es dann auch selbst in unserem alltäglichen Leben umsetzen, werden wir keine Fortschritte erzielen. ■

Der Text entspricht weitgehend dem Vorwort und Teilen des ersten Kapitels aus dem Buch von A. Kitzler, „Denken heilt! Philosophie für ein gesundes Leben“ © 2016 Droemer Verlag. Ein Imprint der Verlagsgruppe Droemer Knaur GmbH & Co. KG, München

Strukturen und Inhalte der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

1. Grundlagen

Definition und Anliegen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind Formen der Intervention,

um auf Gesundheit und Krankheit, Morbidität und Mortalität bei Individuen und Bevölkerungsgruppen positiv einzuwirken. Anliegen beider Interventionsformen ist es, sowohl individuell als auch einen kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen, einerseits durch das Zurückdrängen von Krankheitsrisiken, andererseits durch die Förderung von Gesundheit (vgl. Lehrbuch Prävention, S.14).

Das größte Problem im Gesundheitssystem ist, so könnte man ironisch überhöhen, der Patient. Es geht aber nicht um die nicht in Frage zu stellende Behandlungswürdigkeit von Menschen, sondern die Krankheiten und psychischen Störungen zugrundeliegenden Ursachen, denn diese sind oft lebensstilverursacht. D. h., eine entscheidende Frage verbindet sich für ein Gesundheitssystem damit, wie man gesundheitsbewusstes Verhalten fördern und Verhaltensänderungen bewirken kann. Im gegenwärtigen Gesundheitssystem scheint es dafür kaum Anreize und Ressourcen zu geben.

Die Autoren des abgebildeten Buches beschreiben in ihrem Buch Verhaltensstörungen, die selbstschädigenden und selbstgefährdenden Charakter haben und Möglichkeiten, diese zu behandeln. Dabei geht es eher weniger um schlechte Ernährungsgewohnheiten oder Bewegungsmangel, sondern um z. T. lebensbedrohliche Verhaltensweisen, Suizidalität, Suchtverhalten, Essanfälle, Therapieverweigerungen u.a.m., die gravierende Auswirkungen auf Menschen und ihr sozialen Systeme haben.

Die Autoren zeigen auf, dass Verhaltensstörungen kein Schicksal sind. Verhaltenstherapeutische Behandlungen können, wie sie an zahlreichen Fallbeispielen schildern,

Erfolg haben. Ihnen liegen detaillierte Fallanalysen und elaborierte Therapieplanungen zugrunde, die es in normalen ärztlichen Settings so nicht gibt. Dabei rekurren sie vor allem auf emotionale und motivationale Faktoren, die Verhalten beeinflussen. Menschen entwickeln ein Schutzverhalten, wenn ihre Selbstwirksamkeitserwartung und die Handlungswirksamkeit gestärkt werden. Insofern werden Menschen und ihre Angehörigen ermutigt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn Verhalten ernsthaft gestört erscheint und dieses weitere Krankheiten auf somatischer Ebene verursacht. JSt



Heard, Heidi L.; Sawales, Michaela A.; Verhaltensänderung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie, Schattauer 2017

II. Prävention und Gesundheitsförderung



Krankheitsprävention	Gesundheitsförderung
Sie bezeichnet alle Interventionen, die dem Vermeiden des Eintretens und des Ausbreitens einer Krankheit dienen. Anliegen ist das Zurückdrängen von Krankheitsrisiken und die Krankheitsvermeidung. Primärprävention: Sie setzt ein, wenn es noch keine erkennbaren Krankheitssymptome gibt. Sekundärprävention: Die Intervention greift, wenn erste Krankheitssymptome sichtbar sind und Heilungschancen durch präventive Ansätze bestehen. Tertiärprävention: Sie zielt auf die Verhinderung von Folgeschäden und Rückfällen bei bereits manifestierten Krankheitszuständen	Sie bezeichnet alle Interventionen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen. Anliegen ist der Erhalt und die Förderung von Gesundheit. Für die Begründung der Gesundheitsförderung war das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky wichtig. Er fragte nicht, was Menschen krank macht, sondern was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund hält. Das heißt, er fokussierte auf Schutzfaktoren und Ressourcen. Auf einer individuellen Ebene sind in diesem Kontext Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugungen wichtig. Auf einer gesellschaftlichen Ebene emotional tragende soziale Netzwerke.
Wichtige Risikofaktoren	Wichtige Schutzfaktoren
(Genetische) physiologische Disposition, z.B. - Arterienverengung - Gelenkanomalien - Stoffwechselstörungen u.a.m. Psychische Disposition, z.B. - in der Kindheit ausgeprägte geringe Resilienz gegenüber Stress - Konfrontation mit Konflikten und Überlastungen im Lebensverlauf u.a.m. Verhaltensweisen und die Disposition sich zu verhalten (Lebensstilfaktoren), z.B. - Bewegungsmangel - Ungesunde Ernährung - Rauchen und Suchtverhalten u.a.m. Umweltbelastungen, ökologische Disposition, z.B. - Feinstaubbelastung, Lärm, Strahlung, Ozonbelastungen, Belastungen durch Kriege, Verkehr, Wassermangel, Bodenqualität, Umweltgifte u.a.m.	Soziale und wirtschaftliche Faktoren, z.B. - soziale und Arbeitsplatzsicherheit - gute Arbeitsplatzbedingungen - geringe soziale Differenzen u.a.m. Umweltfaktoren, z.B. - geringe Umweltbelastungen durch Luft, Schmutz, Verkehr, Wasser, Böden, Strahlung, Lärm, Kriege - gute Wohnbedingungen, soziale Beziehungen u.a.m. adäquate, gesundheitsbewusste und vorsorgende Verhaltensstrategien, z.B. - Menschen besitzen Kompetenzen, sich adäquat zu ernähren, zu bewegen, mit Stress umzugehen, Suchtmittel zu vermeiden, sich eine gesundheitsfördernde Umwelt zu schaffen u.a.m. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, z.B. - Bildungs-, Sozial-, Freizeit- und Mobilitätsangebote - Krankenversorgung, Pflegeleistungen u.a.m.
Interventionsansätze	Förderansätze
Verhaltens- versus Verhältnisprävention Im Grund sind diese Ansätze nicht alternativ zu denken, sondern sie ergänzen sich. Verhaltensprävention setzt am Verhalten von Menschen an, um Gesundheitseffekte zu erzielen. Sie versucht, individuelles Verhalten wie Rauchen, Bewegungsarmut usw. zu verändern oder Menschen zu motivieren, medizinische Interventionsformen der Früherkennung, Impfung usw. anzunehmen. Die Negativwerbung mit abschreckenden Bildern auf Zigarettenprodukten zielt auf eine Änderung des Verhaltens von Rauchern. (Fortsetzung nächste Seite)	Förderansätze können beim Individuum und bei gesellschaftlichen Bedingungen und Verhältnissen ansetzen. Bei der Stärkung von Ressourcen von Menschen geht es um die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Gesundheitskompetenz. Menschen sollen in die Lage versetzt werden, sich gesund zu (ver)halten. Wenn Gesundheitsförderung auf die Verhältnisse orientiert, sollen Umfeldbedingungen geschaffen werden, die gesundheitsbewusstes Verhalten ermöglichen und befördern.



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

In der Verhaltensprävention dominieren zumeist psychoedukative Verfahren durch Information und Aufklärung, Beratung sowie Verhaltens- und Selbstmanagementtraining. Sie wollen Motivation und Kompetenz zur Verhaltensänderung stärken.

Verhältnisprävention zielt darauf, soziale, wirtschaftliche, ökologische u.a. Verhältnisse so zu gestalten, dass Krankheiten vermieden werden. Gesetzliche Verbote, die auf die Einschränkung des Rauchens am Arbeitsplatz, in Gaststätten und im öffentlichen Raum zielen, sind Maßnahmen der Verhältnisprävention. Sie können normativ-regulatorischen Charakter haben, auf ökonomische Anreize setzen oder Bestrafungsszenarien antizipieren.

Universelle versus zielgruppenspezifische Präventionsansätze

Universelle Ansätze zielen auf die gesamte Bevölkerung. Ein Risikostatus wird nicht mit Bezug auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, sondern ganz generell unterstellt.

Selektive Strategien sehen bei bestimmten abgrenzbaren, sozialen oder Altersgruppen spezifische Risiken. Präventive Ansätze setzen daher nur bei gefährdeten Gruppen an, die sehr viel genauer angesprochen werden können.

Als wichtigste Strategie der Gesundheitsförderung gilt das Konzept **gesundheitsfördernder Settings**.

Settings kann man sich als Räume (durchaus auch virtuelle) u./o. soziale Zusammenhänge vorstellen, in denen es soziale Beziehungen gibt und diese den Handelnden bewusst sind. Es gibt organisationsbezogene Settings (Kita, Schule, Betrieb), regionale Settings (Kommune, Quartier) und lebenslagebezogene Settings (ähnliche Werte, vergleichbares Alter, ähnliche soziale Lage usw.).

In Settings können gesundheitsfördernde Strategien sowie verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zielgenau und gruppenspezifisch entwickelt werden. Auf diese Weise wurden Strategien entwickelt für

- gesunde Städte und Regionen
- gesundheitsfördernde Schulen und Hochschulen
- gesundheitsfördernde Betriebe
- gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- gesundheitsfördernde Gefängnisse u.a.

(vgl. Lehrbuch Prävention)

In der Praxis sind Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung häufig nicht genau abgrenzbar. Sie ergänzen sich. Dennoch muss man auf unterschiedliche Paradigmen verweisen. Es ist ein Unterschied, ob man auf Krankheit und Krankheitsvermeidung fokussiert oder auf Gesundheit und Gesundheitsstärkung. Insofern ist die Gesundheitsförderung keine Facette der Prävention, sondern eine völlig originäre Perspektive (vgl. Altgeld, Th.; Kolip, P.; Konzepte und Strategien, S.45 ff.).



Die konventionelle Medizin ist in der Regel weder auf Prävention

noch Gesundheitsförderung orientiert. Der traditionelle Hausarzt ist dafür ausgebildet, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Im Arztsetting gibt es weder Zeit noch adäquate Abrechnungsmodi, um eine umfangreiche Lebensstilberatung durchzuführen sowie eine Lebensstilveränderung zu bewirken (siehe S.8 Präventionsmedizin). Diese wäre notwendig, da die meisten schweren chronischen Erkrankungen, die die Lebensqualität gravierend beeinflussen und die Kostentreiber im Versorgungssystem sind, lebensstilverursacht sind. Diese Beschreibung begründet die Bedeutung der Präventionsmedizin, die im abgebildeten Band in ihrem Profil entwickelt wird, sowie das Anliegen,

dass Prävention und Gesundheitsförderung Gegenstand eines multiprofessionellen Teams sein müssen, in dem der Allgemeinmediziner die Rolle des Teamkoordinators einnimmt (siehe ebenda).

In dem Band Präventionsmedizin entwickeln die Autoren vor dem Hintergrund der Epidemiologie chronischer Krankheiten ein strukturelles Konzept für eine moderne Präventionsmedizin. Sie kann sich, da es um den Lebensstil von Menschen geht, ihrer Natur nach nicht nur mit Krankheiten und deren Ursachen beschäftigen, sondern mit dem Verhalten von Menschen, mit intrinsischen und extrinsischen Motiven für ein gesundheitsbewusstes

II. **Prävention und Gesundheitsförderung**



Leben sowie mit den Möglichkeiten, dass Menschen ihre Gesundheit selbst in die Hand nehmen. Vor diesem Hintergrund werden wichtige Krankheitsrisiken beschrieben: Adipositas, Bewegungsmangel, Stress, psychische Erkrankungen, Schlafmangel, technologieinduzierte Krankheiten, Entfremdung und Identitätsverlust u.a.m. Sie werden allerdings weniger mit dem Fokus einer Symptombeschreibung vorgestellt, sondern immer mit Bezug auf Lebensstil sowie auf

Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Im Kern wird damit nicht einfach ein neuer medizinischer Fachbereich etabliert, der gleichberechtigt neben anderen existiert. Die Etablierung der Präventionsmedizin deutet auf ein grundsätzlich anderes Verständnis von medizinischer Versorgung. Sie wird angesichts der Dominanz von chronischen Krankheiten zum Herzstück der Gesundheitsversorgung und steht für einen Wechsel von einem kurativen Modell medizinischer Versorgung hin zu einem proaktiven Modell, das eine

prädikative, präventive, personalisierte und partizipative Ausrichtung hat und auf proaktiven Interventionen beruht.

Daher ist das Buch nicht nur an Mediziner, sondern gleichermaßen an im sozialen Bereich Tätige, an Interessierte, vor allem aber auch an die (Gesundheits-)Politik adressiert. JSt.

Präventionsmedizin. Chronische Krankheiten – Vorbeugen und Behandeln, hrsg. von G. Egger, A. Binns, S. Rössner, M. Sagner; Elsevier 2017

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) (1) mit Geschäftsstelle in Bonn wurde 1954 gegründet und ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband. 133 Organisationen sind zur Zeit Mitglieder der BVPG, darunter vor allem Bundesverbände des Gesundheitswesens (wie z.B. die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger sowie Verbände der Heil- und Hilfsberufe), aber auch Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Bildungseinrichtungen und Akademien, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ aufweisen.

Ziel der BVPG ist es, Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur im deutschen Gesundheitswesen, sondern in allen Politik- und Lebensbereichen zu verankern und zu stärken.

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal der BVPG gegenüber

anderen Bundes- oder Dachverbänden ist, dass nicht spezifische Sach- oder Fachthemen prägend für das Profil des Verbandes sind, sondern die Art der Bearbeitung dieser Themen. Die BVPG fungiert als 'Brückeninstanz' zwischen den Kooperationspartnern aus Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik; im Vordergrund stehen somit die Vernetzung der jeweils kompetenten und zuständigen Partnerorganisationen, die Bündelung von Ressourcen, das Erreichen von Synergien und die dauerhafte Verfestigung der dadurch entstehenden Bündnisse.

Die BVPG kommt ihrer Koordinierungs- und Vernetzungsfunktion sowohl durch die Mitwirkung in gesundheitspolitischen Gremien als auch durch die Organisation und Umsetzung von Workshops, Konferenzen und Kongressen nach und nimmt damit maßgeblich Anteil an der Gestaltung der fachlichen und politischen Diskussion sowie an der praktischen Umsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland.

Seit dem Jahr 2016 ist die Bundesvereinigung zudem durch den Gesetzgeber mit der Durchführung des

Präventionsforums betraut und bietet somit eine Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der Nationalen Präventionskonferenz und der Fachöffentlichkeit.

Die aktuellen Themen der BVPG orientieren sich an Lebensphasen und Settings – hierzu gehören Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheit am Arbeitsplatz und gesundes Altern. Auch werden einzelne oder integrierte Fachthemen aufgegriffen – wie Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit, Suchtvermeidung und Mundgesundheit. Querschnittsthemen wie Qualitätssicherung und Wirksamkeitskontrolle runden das Themenspektrum ab.

Die Auswahl der jeweils prioritären Themen erfolgt datengestützt, konzeptgeleitet und unter Beteiligung der Mitgliedsorganisationen.

Die Bundesvereinigung wird für ihre satzungsgemäß festgelegten Ziele und Aufgaben und auf der Basis eines jeweils aktuellen Jahresarbeitsprogramms vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert. Wei-

II. Prävention und Gesundheitsförderung

tere grundsätzliche und aktuelle Informationen über die Arbeit der Bundesvereinigung hält die Website www.bvpraevention.de bereit.



(Selbstdarstellung BVPG)

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
Heilsbachstrasse 30
53123 Bonn
Tel.: 0228 - 9 87 27 0
Fax: 0228 - 6 42 00 24
E-Mail: vw@bvpraevention.de

(1) Vor dem 25. April 2007 hieß die BVPG „Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe)“. Sie fusionierte im November 2007 mit dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG).

unten links: Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, beim Weltgesundheitstag 2016; mittig: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe MdB beim 7. gemeinsamen Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der BVPG; rechts: 7. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der BVPG e.V.



Vorstandsmitglieder der BVPG



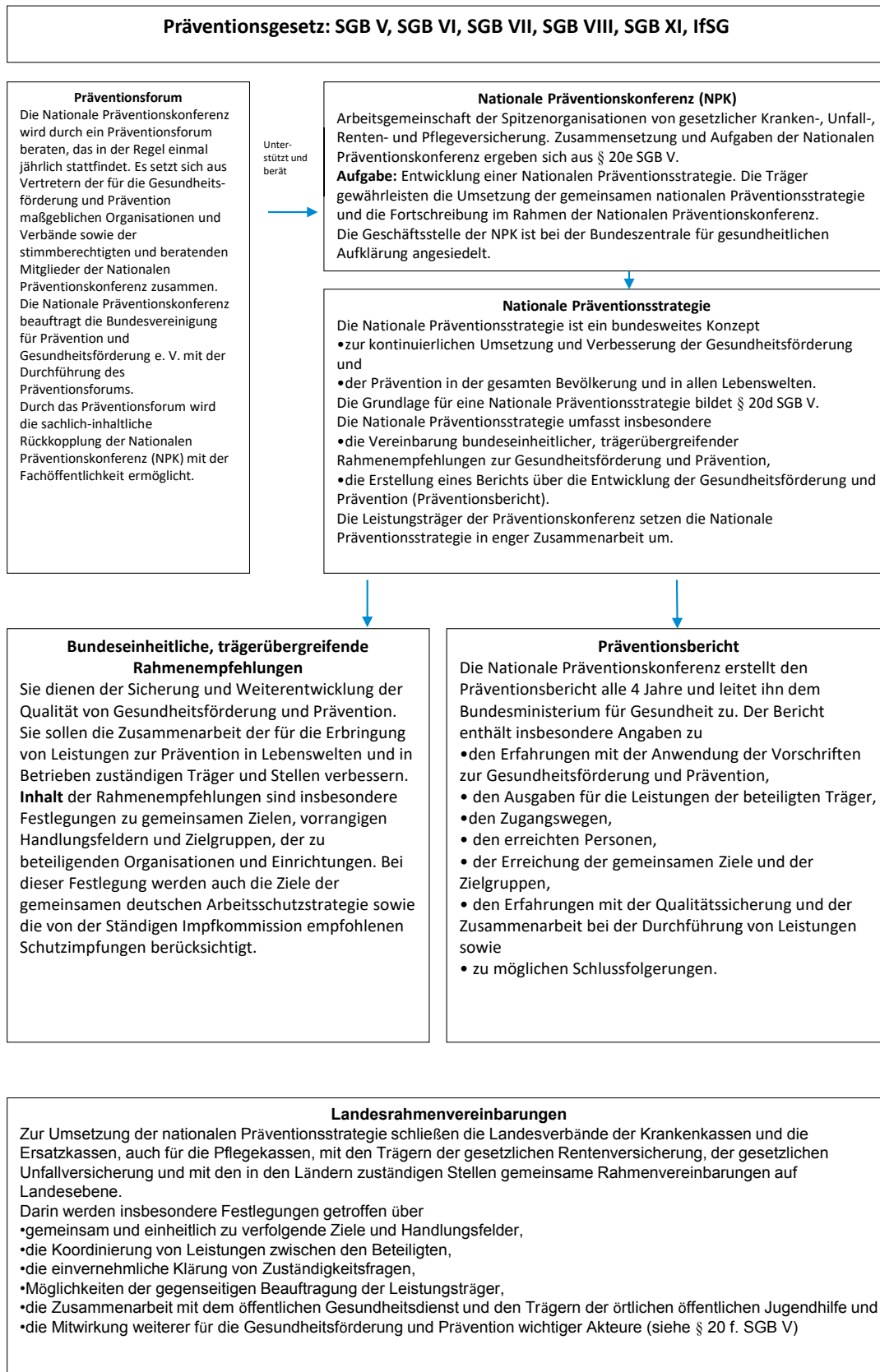
Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Ute Bertram MdB, Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe MdB, Dr. Ulfert Hapke (v.l.n.r.) beim Weltgesundheitstag 2017



II. Prävention und Gesundheitsförderung



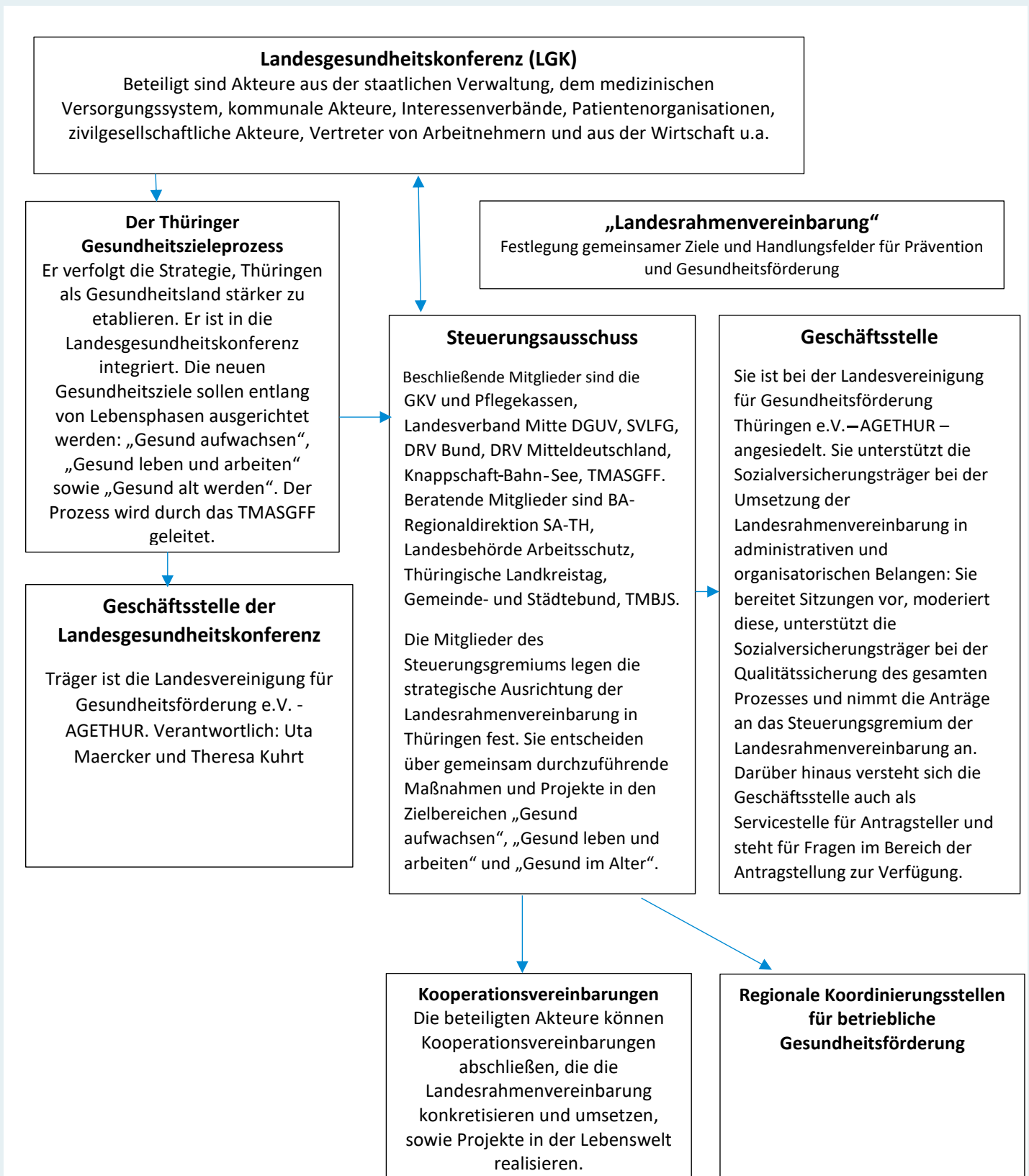
2. Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene





II. Prävention und Gesundheitsförderung

3. Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Landesebene (Thüringen)



II. **Prävention und Gesundheitsförderung**



Martin Staats, Geschäftsstelle Landesrahmenvereinbarung (Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit) bei der AGETHUR



Ministerin Heike Werner erläutert in ihrem Vortrag „Zur politischen Neuausrichtung der Gesundheitspolitik in Thüringen“ auf der Fachtagung des Landessenorenrats am 16. Mai 2017 die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz

4. Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen

Prävention und Gesundheitsförderung sind für die Krankenkassen keine Ermessensfrage, sondern nach eigenen Aussagen zentrales Anliegen ihrer Arbeit und vor allem im Kontext des Präventionsgesetzes gesetzlicher Auftrag. D.h., der Versicherungsansatz ist nicht nur Krankheitsbewältigung, sondern Krankheitsverhinderung und Gesundheitsförderung sind seit dem Präventionsgesetz verpflichtend und vorrangig. In ihrem Leitfaden Prävention, der Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung des §§ 20 SGB V definiert, heißt es: „Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten unabhängig

vom Geschlecht und sozialer Stellung langfristig zu erhalten und ein gesundes Altern zu ermöglichen.“

Die Gründe für diesen Paradigmenwechsel von der alleinigen Krankheitsbewältigung zur Prävention und Gesundheitsförderung liegen für die GKV:

- in der zunehmenden Krankheitslast durch chronische Erkrankun-

gen, die sich nur begrenzt kurativ behandeln lassen,

- im demografischen Wandel und der mit ihm verbundenen Alterung der Gesellschaft sowie
- in den Anforderungen der modernen Arbeitswelt (vgl. Leitfaden Prävention S.5).



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Die Landesgesundheitskonferenz Thüringen

Vom Gesundheitszieleprozess zur Landesgesundheitskonferenz

Mit dem Regierungswechsel in Thüringen Ende des Jahres 2014 wurde seitens des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie das Ziel entwickelt, den Thüringer Gesundheitszieleprozess unter Beteiligung aller agierenden Akteure zu einer Landesgesundheitskonferenz (LGK) weiter zu entwickeln.

Die LGK agiert als institutionalisiertes Beschlussgremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen. Sie behandelt Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit dem Ziel der Koordinierung und Vernetzung der Akteure. In der LGK sind 65 Mitglieder, darunter u.a. Leistungserbringer, Sozialversicherungsträger, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Institutionen der Wirtschaft und der Arbeitnehmer, die Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Institutionen der Wissenschaft, zivilgesellschaftliche Akteure und Interessenvertreter sowie Mitglieder der Landesregierung vertreten. Durch die Etablierung einer LGK als ständige Institution mit Fachveranstaltungen wird eine neue Kultur gemeinsamen Handelns im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung entwickelt, welche die Abstimmung und Zusammenarbeit der maßgeblichen Akteure in diesem Bereich verbessern soll.

Die LGK ist eine an Regeln gebundene Form der Zusammenarbeit der landesweiten Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen. Die Akteurinnen und Akteure stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst der Landesgesundheitskonferenz, um sich auf gemeinschaftlich getragene gesundheitsbezogene Ziele zu verständigen. Sie verpflichten sich, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit auf die Umsetzung der durch die LGK beschlossenen Empfehlungen hinzuwirken und hierfür alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen.

Von der Entwicklung zur Umsetzung der Thüringer Gesundheitsziele

Gesundheitsziele sind ein Instrument, um Gesundheitspolitik zu gestalten. Sie bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen und unterstützen planmäßiges Handeln und Transparenz. Zudem verbessern Gesundheitszielprozesse die Kooperation zwischen den politischen Ebenen und beziehen die relevanten Partner ein. Erarbeitet werden Gesundheitsziele im breiten Konsens von VertreterInnen der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, zivilgesellschaftlichen Akteuren, Wissenschaft und Forschung. Gesundheitsziele ermöglichen es, neben den



Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Thüringen. Im Vordergrund die Gesundheitsministerin Heike Werner und die Staatssekretärin Ines Feierabend

II. **Prävention und Gesundheitsförderung**

beteiligten Fachressorts und Akteuren des Gesundheitswesens auch Bürgerinnen und Bürger sowie Betroffene und weitere PartnerInnen außerhalb des Gesundheitssystems einzubeziehen, wenn es um die Zielentwicklung und Umsetzung geht.

Der Freistaat Thüringen arbeitet schon seit 2007 an der Ausgestaltung von Gesundheitszielen. Die bisherigen Thüringer Gesundheitsziele verfolgten jedoch sehr heterogene Zielsetzungen und beinhalteten Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug, Gesundheitsziele für Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen. Die unterschiedlichen inhaltlichen Bezüge in den Zielen erschwerten bisher eine transparente (Außen-)Darstellung des Prozesses und der Aktivitäten zu dessen Umsetzung.



Auf der 2. Landesgesundheitskonferenz am 17. November 2016 haben sich die Mitglieder der LGK auf drei aggregierte Zielbereiche verständigt und beschlossen, in diesen Bereichen in gesonderten Strategiearbeitsgruppen tätig zu werden. Die zukünftigen Gesundheitsziele orientieren sich an den Lebensphasen:

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten sowie
- Gesund alt werden.

Die Definition zukünftiger Gesundheitsziele soll auf Basis von Priorisierungsprozessen erfolgen. Diese Priorisierungsprozesse stellen Konsensentscheidungen dar, da Gesundheitsziele weder rein wissenschaftlich noch

rein partizipativ bestimmt werden können. Die zukünftigen Gesundheitsziele sollen handlungsorientiert und zugleich wissenschaftlich reflektiert sein. Die zu erarbeitende Zielesystematik innerhalb der Zielbereiche soll diese in Ziele und Lebensphasen differenzieren sowie entsprechende Indikatoren und Messgrößen zur schrittweisen und zeitlich festgelegten Umsetzung der Ziele und Teilziele beschreiben. Wesentliche Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, aber auch aus den Bereichen Arbeit und Wirtschaft entwickeln dazu auf freiwilliger Basis gemeinsame Ziele und Teilziele oder auch konkrete Maßnahmen für spezifische Handlungsfelder oder Problemlagen.

Als übergeordnetes Ziel der LGK steht die Gesundheit der Bevölkerung. Der LGK geht es um die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Gleichzeitig sollen Strukturen und Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben.



links: Theresa Kuhrt, Geschäftsführerin der Landesgesundheitskonferenz; rechts: Uta Maercker, stellv. Geschäftsführerin / Geschäftsstelle Landesgesundheitskonferenz

Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist ein auf Langfristigkeit orientierter Prozess.

Mehr Informationen zum Prozess finden Sie unter:

www.lgk-thueringen.de

Wir zwitschern auch über Twitter:

@lgk_th

Unsere Videos finden Sie auf unserem Youtube Kanal: Landesgesundheitskonferenz Thüringen

Theresa Kuhrt

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Thüringen e.V. – AGETHUR –
Geschäftsstelle Landesgesundheitskonferenz

Ansprechpartnerinnen: Uta Maercker, Theresa Kuhrt

Carl-August-Allee 9

99423 Weimar

Telefon: 0 36 43/ 4 98 98 0

Fax: 0 36 43/ 4 98 98 16

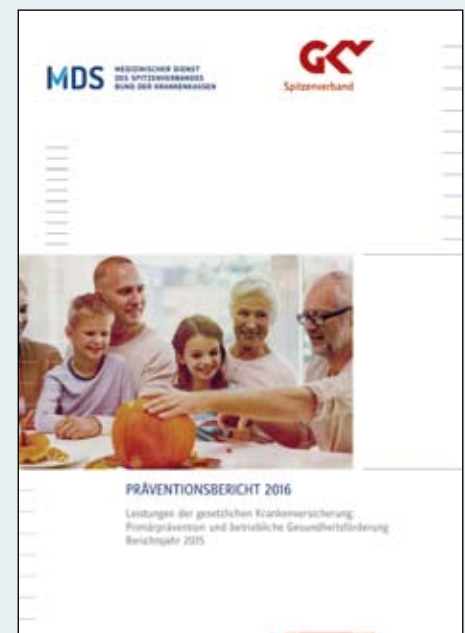
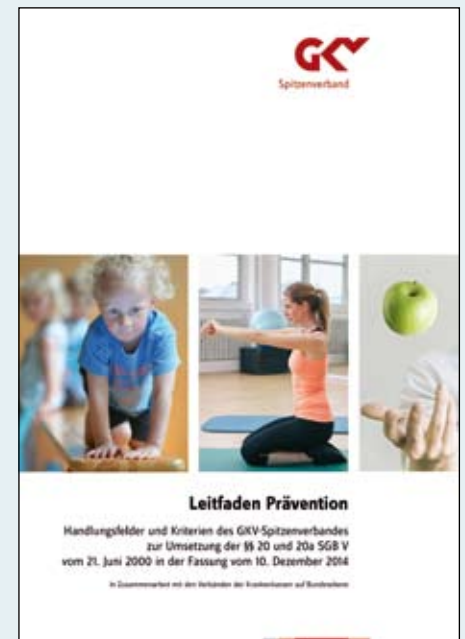
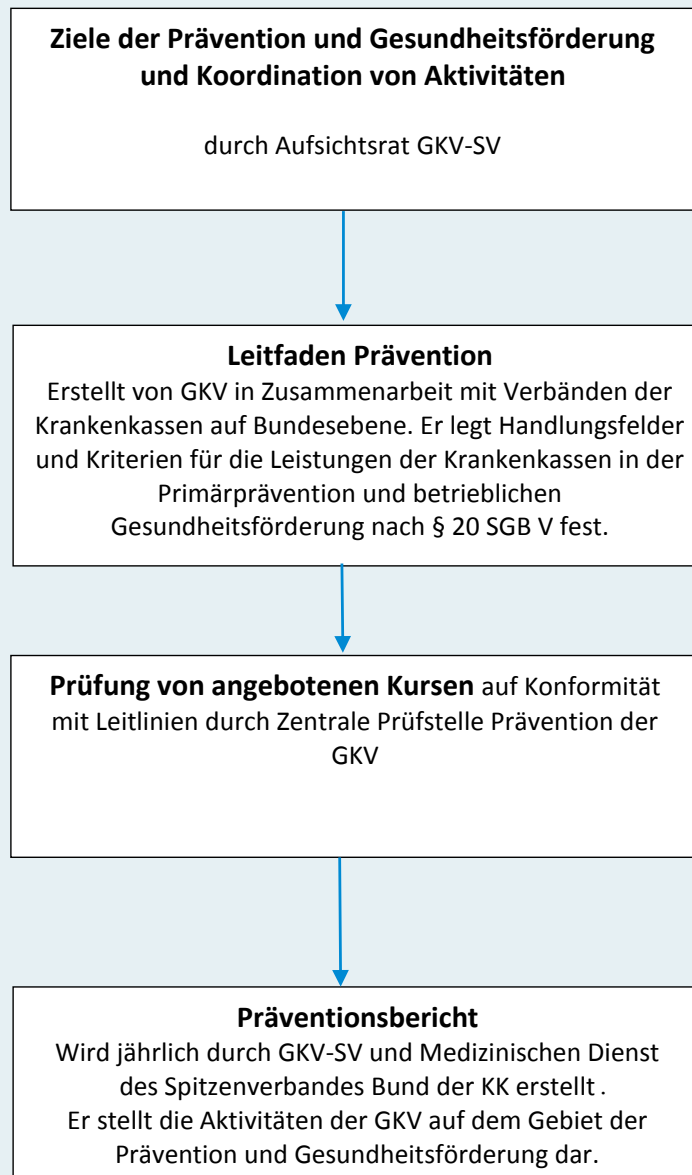
info@agethur.de





II. Prävention und Gesundheitsförderung

Strukturen der Präventionsarbeit innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung



Die Strategie der Gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Gebiet der Prävention und Ge- sundheitsförderung

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung durch die Gesetzlichen Krankenkassen finden sich insbesondere in § 20 SGB V. Nach diesen sollen die Krankenkasse Leistungen zur primären Prävention vorsehen. Die

Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.

Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Lebensraum

Um die Präventionsziele in den Lebenswelten auf die epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen auszurichten, wurde auf der Grundlage

von Prävalenzen und der Kosten zur Krankheitsbewältigung eine Rangordnung der Krankheitsgruppen festgelegt. Bezogen auf lebensweltbezogene Präventionsziele wurden hier vor allem Krankheiten des Kreislaufsystems identifiziert, d.h., insbesondere

- chronische rheumatische Herzkrankheiten
- Bluthochdruck (Hypertonie),
- ischämische Herzkrankheiten

II. Prävention und Gesundheitsförderung



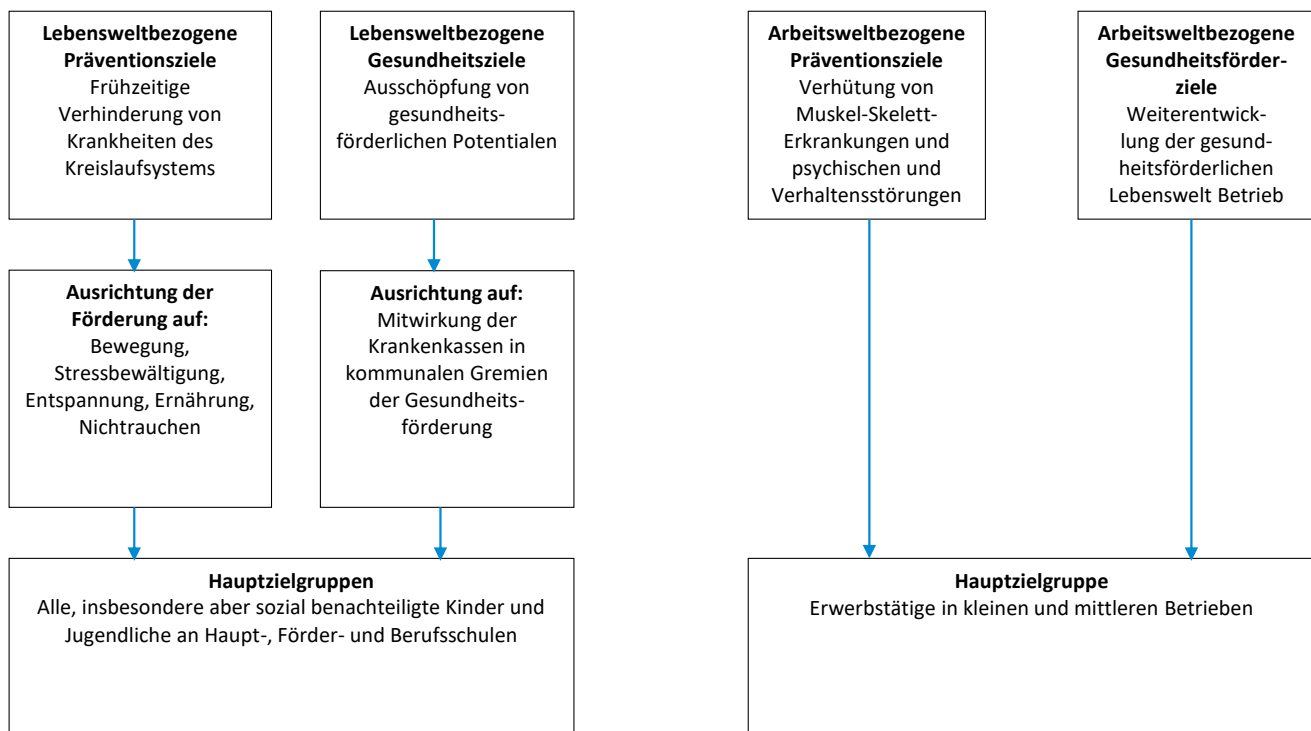
- (z. B. koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt),
- Krankheiten des Lungenkreislaufes
 - sonstige Herzkrankheiten,
 - zerebrovaskuläre Krankheiten (z. B. Hirnblutung und Hirninfarkt),
 - Krankheiten der Arterien, Arteriole und Kapillaren (z. B. arterielle Verschlusskrankheit),
 - anderenorts nicht klassifizierte Krankheiten der Venen (z. B. Thrombose, Krampfadern).

Bezogen auf arbeitsweltbezogene Präventionsziele wurden vor allem Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie psychische Erkrankungen identifiziert, die die häufigsten Ursachen für Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeit sind.

Bei der Gesundheitsförderung sind Prävalenzen nicht maßgebend. Bei der Festlegung von Zielen haben sich die Gesetzlichen Krankenversicherungen daher an der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 und ihren fünf hauptsächlichen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung orientiert:

- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik,
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste,
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen,
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Auf dieser Grundlage legt der Präventionsleitfaden der GKV mit Bezug auf den Lebensraum folgende Ziele fest:





II. Prävention und Gesundheitsförderung

Ziele der auf das Individuum bezogenen Prävention und Gesundheitsförderung

Grundlage der auf individuelle Verhaltensänderungen zielenden Primärprävention ist die Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung sowie deren volkswirtschaftliche Bedeutung.

Als gesellschaftsrelevant gelten demnach nachfolgende Erkrankungsrisiken, aus denen sich das allgemeine Ziel der Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrundeliegenden Risikofaktoren ergibt (vgl. Präventionsleitfaden, S.41).

Wichtige Handlungsfelder

Das Besondere der Erkrankungsrisiken liegt darin, dass sie, sieht man von gesellschaftsbegleitenden Umständen ab, alle Lebensstil verursacht sind: insbesondere durch Bewegungsmangel, falsche Ernährung, Stress, Übergewicht und Suchtmittelkonsum.

Daraus ergeben sich prioritäre Handlungsfelder (vgl. Präventionsleitfaden, S.41 ff.):

Erkrankungsrisiko	Präventionsziel
Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebrovaskulären Systems)	Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, übermäßigem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle)
Diabetes mellitus, insbesondere Typ 2, Adipositas	Vermeidung des metabolischen Syndroms (gekennzeichnet durch eine Kombination aus Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und erhöhten Blutzuckerwerten, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht) durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Zurückdrängung der o. g. Risikofaktoren
bösartige Neubildungen	Förderung einer ballaststoffreichen, fettarmen Ernährung zur Vermeidung von Colon-Rektumkarzinomen und Förderung des Nichtrauchens zur Vermeidung von Lungenkarzinomen
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Vermeidung von Übergewicht, Verhütung von Gelenkverletzungen, Kräftigung der Muskulatur (vor allem in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien)
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie psychische/psychosomatische Krankheiten	Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung von Dysstress,



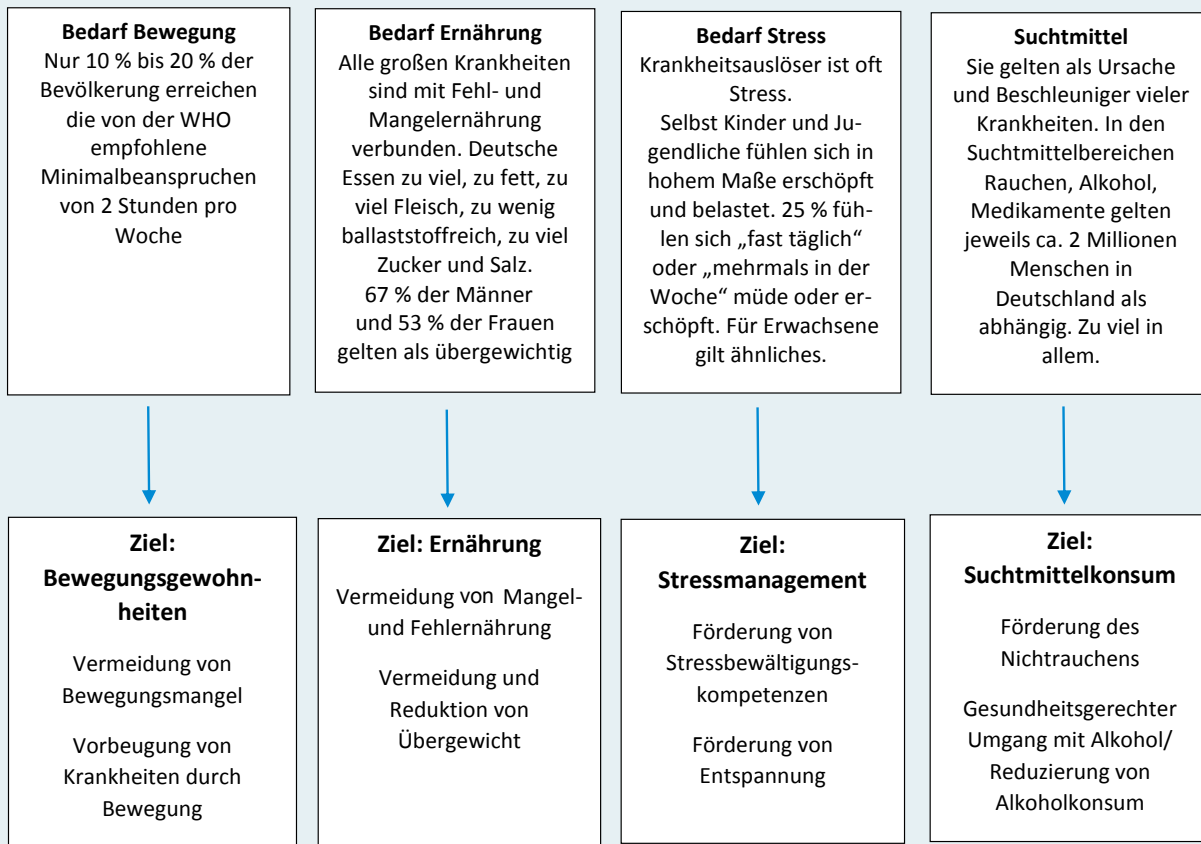
Handbuch Präventionsgesetz

Nach jahrelanger Diskussion wurde 2015 das sog. Präventionsgesetz verabschiedet, das seit 2016 in Kraft ist. Seitdem ist Prävention und Gesundheitsförderung eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Es handelt sich um ein sog. Artikelgesetz. D.h., Regelungen und Vorschriften betreffen mehrere Gesetze, im Kern aber vor allem das Kranken- und Pflegeversicherungsgesetz SGB V und SGB XI.

Das Handbuch stellt systematisch die Veränderungen, Neuerungen und Neuformulierungen mit Bezug

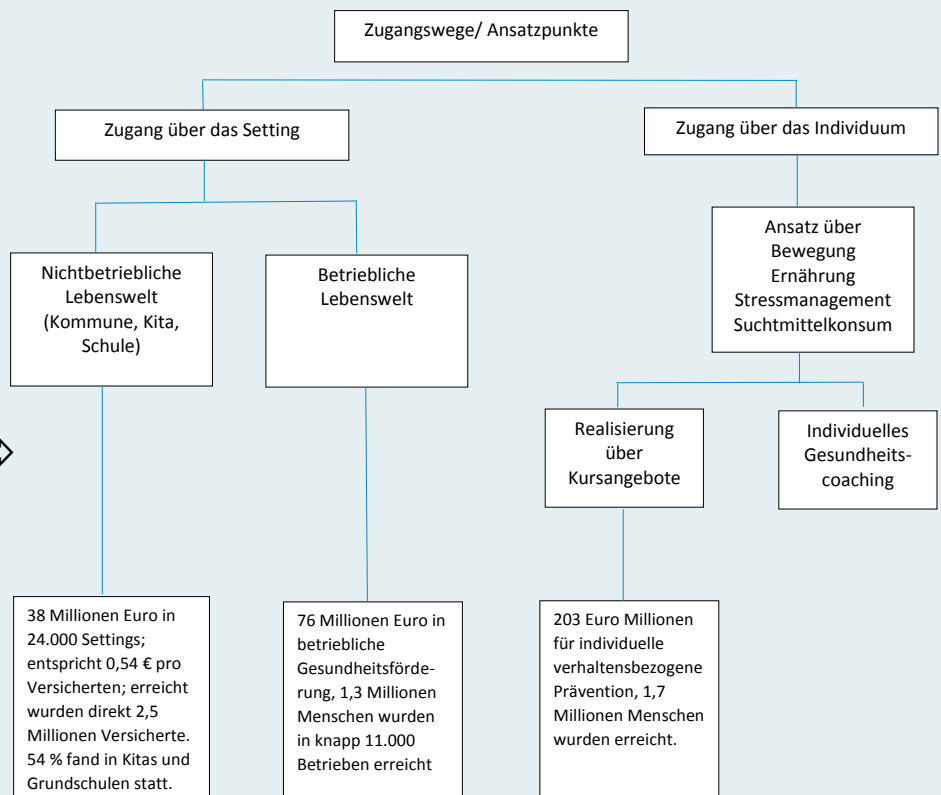
auf Prävention und Gesundheitsförderung in den jeweiligen Gesetzen dar. Dabei werden auch Gesetzesbegründungen, Stellungnahmen und Entgegnungen abgedruckt. Damit liefert der Band einen detaillierten Ein- und Überblick über Gegenstände und Pflichtaufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kranken- und Pflegekassen, der auch für die Ausgestaltung der praktischen und politischen Arbeit von zivilgesellschaftlichen Akteure von Bedeutung ist. JSt

II. Prävention und Gesundheitsförderung



In diesen Bereichen entwickeln die Krankenkassen schwerpunktmäßig Kursangebote. Andere Faktoren, die mit der Gesundheit in einem engen Zusammenhang stehen, wie soziale Beziehungen, Armutsvermeidung, soziales Klima u. ä. sind nicht Gegenstand der Förderung durch die Krankenkassen.

Grundsätzliche Zugangswege für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen: ⇒





II. Prävention und Gesundheitsförderung

Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung:

317 Millionen Euro bei ca. 202 Milliarden Gesamtleistungsausgaben (2015, Quelle: GKV). Das entspricht ca. 0,16% Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtleistungsausgaben der GKV, zu denen man sicher Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (3,25 Mrd.), Früherken-

nungsmaßnahmen (2,18 Mrd.) und Schutzimpfungen (1,37 Mrd.) hinzurechnen könnte. Gemessen an den Gesamtausgaben bleiben die direkten Kosten für Prävention und Gesundheitsförderung eher marginal, so dass man die Aussage im Präventionsbericht 2016, dass die GKV mit ihren Leistungen einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen, leistet, durchaus in Frage stellen kann.

Ca. 5.5 Millionen Menschen wurden bei ca. 71,49 Millionen Versicherten erreicht. D.h., ca. 7,7% der Versicherten haben von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation profitiert. Nicht belegt ist, ob es durch diese Maßnahmen zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung bei den Teilnehmern kommt, ob sich die Krankheitslasten verringern und ob es kostensenkende Effekte für die Krankenkassen gibt.

Als hauptsächliche Settings, in denen Präventions- und gesundheitsfördernde Maßnahmen etabliert werden sollen, nennt der aktuelle Präventionsleitfaden:

- Kindergärten / Kindertagesstätten,
- Grund- / Haupt- / Real- / Förderschulen sowie Berufsschulen,
- Einrichtungen der (pflegerischen) Langzeitversorgung sowie
- Kommunen mit niedrigem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an Arbeitslosen, Empfängerinnen/Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen / Migranten sowie Kommunen im ländlichen Raum (insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen)

	Männer	Frauen	Gesamt
60+	2.910.216	3.135.042	6.045.258
65+	1.782.191	2.124.623	3.906.814
70+	1.416.784	1.786.052	3.202.836
75+	1.681.134	2.246.758	3.927.892
80+	999.079	1.518.559	2.517.638
85+	486.543	953.454	1.439.997
90+	166.823	572.069	738.892
Gesamt 60+	6.532.554	9.201.515	21.779.327
Gesamt	34.099.913	37.349.225	71.449.138

Über 60-jährige Versicherte in der GKV nach Alter und Geschlecht in Millionen (2016, Quelle: Statistica)

Die Bedeutung von Prävention für ältere Menschen in der GKV (Befunde aus der Berichterstattung der Gesetzlichen Krankenkassen)

In der GKV sind ca. 71,45 Millionen Menschen (Statistica 2016) versichert. Davon sind ca. 15,73 Millionen über 65 Jahre, d.h., ca. 22% der Versicherten sind über 65 Jahre.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für Ältere durch die GKV

Die Präventionsleitlinien der Gesetzlichen Krankenkassen verweisen darauf, dass aufgrund der demografischen Entwicklung und daraus entstehender Herausforderungen die Zielgruppe „ältere / alte Menschen“ in der Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt Beachtung zu

schenken ist. Anliegen ist es, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten, die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und hinauszuzögern (vgl. Präventi-

II. Prävention und Gesundheitsförderung



Ansatz der Präventions- und Gesundheitsförderung für Ältere im Setting

Ziel: Erhalt der Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität, Selbstständigkeit, Verhinderung und Verzögerung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Hauptzielgruppe: isoliert lebende und sozial benachteiligte ältere/alte Menschen

Setting: wohnortnah, niedrigschwellig
Partner: Bürger- und Seniorenzentren, Begegnungsstätten, Wohnungsbau-gesellschaften/-genossenschaften, Wohlfahrtsverbände, Vereine, insbesondere Sportvereine, gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger u. a. m.

onsleitfaden, S.32). Allerdings ist die Umsetzung solcher Ziele schwierig. Der Präventionsbericht der Krankenkassen weist aus, dass im Bereich der Lebenswelten von Menschen 2015 in 24.420 Settings Präventions- und gesundheitsfördernde Maßnahmen stattfanden, mit denen ca. 2,5 Millionen Menschen erreicht wurden. Über die Altersstruktur der außerbetrieblichen, auf Settings bezogenen Maßnahmen, gibt es keine genauen Angaben. Ca. 54% der Maßnahmen fand jedoch in Kitas und Grundschulen und weitere 29,4% der Maßnahmen an weiteren Schulformen statt, so dass die Mehrzahl der Maßnahmen sich auf Kinder und Jugendliche richtete. Im Jahr 2015 wurden 1244 Maßnahmen in Seniorenheimen realisiert. Das heißt, ca. 5,1% der Maßnahmen richtete sich auf in Pflegeeinrichtungen lebende Menschen mit Pflegebedarf. Geht man von ca. 13.600 stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2015 aus, fanden in fast 10% der Einrichtungen präventive Maßnahmen statt. Allerdings wurden in Seniorenheimen lediglich 48.687 Menschen mit Pflegebedarf erreicht. Geht man, bezogen auf das Jahr 2015, von ca. 2.9 Millionen Menschen mit Pflegebedarf aus, wurden unter 2% der Pflegebedürftigen erreicht. Die über 2 Millionen zu Hause gepflegte Menschen sowie ihre

Angehörigen werden von solchen Maßnahmen allerdings überhaupt nicht tangiert. Dass die Prioritäten der nichtbetrieblichen, settingbezogenen Präventionsmaßnahmen auf Kindern und Jugendlichen liegen, erscheint plausibel. Ob sich Menschen im Lebensverlauf gesundheitsbewusst verhalten, wird ganz wesentlich durch Erziehung, Bildung, Sozialisierung in der Kindheit und Jugend beeinflusst. Dennoch verweist die Priorisierung aber auch auf ein Problem: Ältere werden nicht gleichermaßen erreicht, weil sie nicht gleichermaßen in Institutionen verpflichtet sind.

Individuelle Prävention und Zugänge von älteren Menschen durch die Krankenkassen

Die Zugänge über das Individuum und sein Verhalten, die thematisch mit Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum verbunden werden, erfolgen durch die Krankenkassen vorwiegend über Kursangebote. Individuelles Gesundheitscoaching spielt faktisch keine Rolle. Diese individuellen Präventions- und Gesundheitskurse haben das Ziel, Kompetenzen zur Reduzierung von Krankheitsrisiken zu fördern sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aufzuzeigen. Bei den Kursen handelt es sich zu

71% um Bewegungskurse und zu ca. 25% um Stressbewältigungs-, d. h. insbesondere Entspannungskurse. Suchtpräventive Maßnahmen wurden folglich kaum nachgefragt. Auch Ernährungskurse spielen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Präventionsbericht S.67). An den Kursen nahmen, bezogen auf das Jahr 2015, ca. 1,66 Millionen Menschen teil. D.h., bei ca. 71,4 Millionen Versicherten in der GKV profitierten ca. 2,3% von präventiven Kursmaßnahmen. Die in den Kursen am stärksten vertretenen Altersgruppen sind die 50 bis unter 60-Jährigen. Die 60-70-Jährigen machten einen Anteil von 29% aus, absolut 315.225 Menschen. Und die über 70-Jährige 14%, absolut 237.510 Menschen. Geht man von ca. 21 Millionen über 60-Jährigen Versicherten in der GKV aus, dann profitierten ca. 2,6% der über 60-Jährigen von Präventions- und gesundheitsfördernden Kursen. Allerdings nicht gleichermaßen beide Geschlechter. Die TeilnehmerInnen an den Kursen waren zu 81% weiblich. D.h., ältere Männer werden durch Präventions- und gesundheitsfördernde Kurse der Gesetzlichen Krankenkassen faktisch nicht erreicht.



II.

Prävention und Gesundheitsförderung



Präventive Hausbesuche – ein Präventionsmodell für hochalt-rige Menschen

Dass sich ein Sammelband der Prävention im Kontext einer alternden Gesellschaft widmet, ist überfällig, denn es gibt die durchaus paradoxe Situation, dass Ältere, was natürlich erscheint, durch Krankheitsbewältigung die bei weitem höchsten Kosten im Gesundheitssystem verursachen, aber am wenigsten von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren. Das hängt offenbar damit zusammen, dass die präventiven Potentiale im Alter nach wie vor unterschätzt werden, andererseits sind Ältere viel schwerer erreichbar als Kinder und Jugendliche, die in Kitas und Schulen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung profitieren, oder Erwerbstätige, die durch das Gesundheitsmanagement ihrer Firma erfasst werden.

Vorgestellt wird ein breites Themenspektrum. Zum einen geht es um allgemeine Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, die allerdings die

spezifische Lebenssituation von Älteren berücksichtigen. Zum anderen werden spezifische Problemlagen erfasst, für die jeweils eigene Konzepte entwickelt werden (müssen): Die präventive Vermeidung von Altersarmut, die Prävention von Medikationsfehlern, präventive Ansätze in der Betreuung von Demenzerkrankten, die präventive Wirkung von Bildung u.a.m.

Ergänzt wird der Band durch Beiträge, die sich auf den Altersdiskurs, die Präventionspolitik der Krankenkassen sowie Politikansätze der Prävention und Gesundheitsförderung in Europa beziehen.

Besonders instruktiv erscheint dabei ein Beitrag der finnischen Autorin Hannele Häkkinen, die profunde Erfahrung im Bereich der Prävention und insbesondere von präventiven Hausbesuchen hat. Dieses in einigen skandinavischen Ländern praktizierte Präventionsmodell, das in Dänemark und Finnland gesetzlich geregelt ist, richtet sich an Hochaltrige, die einen Anspruch auf solche Hausbesuche haben. Anliegen ist es,

- die eigenen Ressourcen und Netzwerke der Älteren zu stärken
- soziale Unterstützung zu vermitteln
- die Alltagskompetenz zu erhalten
- die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu verbessern
- Sicherheit zu befördern
- über Teilhabe-, Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu informieren
- sowie über Krankheiten aufzuklären.

Krankenbehandlungen erfolgen durch solche Hausbesuche nicht. Sie werden in der Regel durch Krankenschwestern oder Physiotherapeuten durchgeführt. Ergänzt können sie werden, wie in einem Projekt in Kopenhagen, durch thematische Gruppentreffen, die sich auf Ernährung,

Bewegung, neue Technologien, Prävention vor Stürzen und Umgang mit Medikamenten beziehen.

Ähnliche Ansätze gibt es in Schweden, wo zweimal im Jahr themenbezogene Hausbesuche durchgeführt werden. Man geht dort davon aus, und Untersuchungen bestätigen dies, dass der Gesundheitsstatus von Besuchten besser ist und weniger Pflegebedarf anfällt als bei denjenigen, die nicht besucht wurden.

Der Beitrag von Hannele Häkkinen ist ein Beispiel dafür, wie Erfahrungen transparent und für andere Kommunen nutzbar gemacht werden können. Insofern ist dieser Band auch für Akteure der Praxis lesenswert.

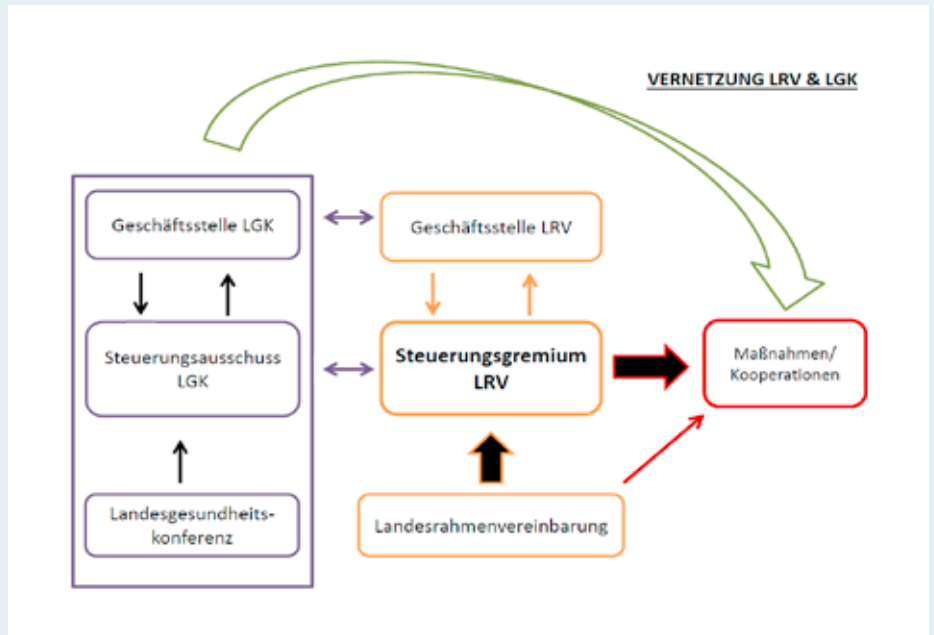
In Deutschland sind präventive Hausbesuche nicht gleichermaßen verbreitet. Eine Regelfinanzierung gibt es bisher nicht. In einigen Kommunen wurden Modellprojekte zu präventiven Hausbesuchen durchgeführt. In München wurden die Ergebnisse umfangreich dokumentiert. Sie könnten Grundlage für ähnliche Modellversuche auch in Thüringen sein. Der Landesseniorenrat würde potentielle Träger unterstützen, ein solches Modellprojekt förderwürdig zu machen und zu etablieren.

JSt

II. Prävention und Gesundheitsförderung



www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3441248.pdf



Strukturmodell Prävention und Gesundheitsförderung in Thüringen (AGETHUR)

Fazit der auf ältere bezogenen Präventions- und gesundheitsfördernden Aktivitäten durch die Gesetzlichen Krankenkassen

1. Das Präventionsgesetz hat in den vergangenen zwei Jahren zu neuen Strukturen auf Landes- und Bundesebene geführt. Zu welchen Erfolgen das in der Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung führt und ob sie Krankheitsprävalenzen und Kosten im Gesundheitssystem verringern, müssen die nächsten Jahre erweisen.
2. Die Mittel, die die Gesetzlichen Krankenkassen in Prävention und Gesundheitsförderung investieren, sind gemessen am Gesamtleistungsumfang der Krankenkassen ungeachtet der Ausgabensteigerungen für Prävention und Gesundheitsförderungen in den letzten Jahren nach wie vor gering. In den Bereich „gesund Altern“ fließen prozentual gesehen noch weniger Mittel als in andere Bereiche.

3. Obwohl die Präventionsleitfaden der Krankenkassen „gesundes Altern“ priorisiert, sind Ältere nicht gleichermaßen Zielgruppe von Präventions- und gesundheitsfördernden Maßnahmen, d.h. sie werden nicht gleichermaßen erreicht.
4. Als Problem erweist sich, dass Ältere in spezifischen Settings und über individuelle Ansprachen, die zu einer Teilnahme an individuellen Kursen zur Prävention und Gesundheitsförderung veranlassen, schwer erreichbar sind.
5. Nicht erkennbar ist, dass sich bezogen auf Ältere die sozial bedingten ungleichen Gesundheitschancen von im Alter sozial benachteiligten Gruppen tatsächlich verbessern. Es wird vielmehr so sein: An den präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen werden in der Tendenz eher jene teilnehmen, die sich ohnehin gesundheitsbewusst verhalten, so dass man vermuten könnte, dass sich die Gesundheitschancen im

Alter eher für jene verbessern, die ohnehin einen guten Zugang zu Gesundheitsressourcen haben. Es ist zu vermuten, dass gerade Risikogruppen durch Präventionskurse, es würde sich dann freilich nicht mehr um Maßnahmen der Primärprävention handeln, nicht erreicht werden: zu Hause gepflegte Menschen und ihre pflegenden Angehörigen, immobile und chronisch kranke Menschen, von Armut betroffene Menschen, Menschen mit geringerem Bildungsstatus, alleine lebende Hochaltrige, stigmatisierte Krankheitsgruppen wie Alkoholiker. Es dürfte auch einen deutlichen Unterschied zwischen Stadt und Land geben, der im Präventionsbericht der GKV nicht ausgewiesen wird.

6. Im Präventionsbericht gibt es auch (noch) keine Hinweise darauf, dass sich durch die auf Ältere bezogenen präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Breite Effekte herstellen, die sich in geringeren Prävalenzen von typischen Alters-



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

krankheiten oder einer höheren Lebensqualität ausdrücken könnten.

7. Auf wesentliche, d. h., auf die essentiellen Faktoren, die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen beeinflussen, haben Krankenkassen mit ihren Präventions- und Gesundheitsförderansätzen keinen Einfluss. Die Gesundheit von insbesondere älteren Menschen wird viel weniger davon beeinflusst, ob sie an einem Bewegungskurs teilnehmen, sondern ob sie überhaupt partizipieren können, ob sie Teilhabe realisieren, Sinn in ihrem Leben empfinden, Selbstwert besitzen und Spaß am Leben haben (Schulz, Katrin; Vortrag). Solche Ressourcen entwickeln Menschen in gesunden Familien, durch eine durch Zuwendung geprägte Sozialisierung, in ihrer anregungsreichen Lebensumwelt, in ihrem Sicherheit ausstrahlenden Wohnquartier, in einer schönen Wohnung, durch soziale Beziehungen, in Organisationen, die sie ein Leben lang begleitet haben (z. B. in Chören), durch ihnen entgegengebrachte Wertschätzung und Nähe, durch eine positive gesellschaftliche Atmosphäre und Altersbilder, durch gesellschaftliches Engagement, durch die Möglichkeit, Sorge zu tragen und zu empfinden ... Insofern: Wenn es um eine Prävention und Gesundheitsförderung im weiteren Sinne geht, kommen andere Akteure in den Blick: Familien, Freunde, Nachbarschaften, die Zivilgesellschaft, die Kommunen, Vereine u. a. m. Sie schaffen Möglichkeiten dafür, dass Menschen adäquat für sich selbst sorgen können.

5. Spezifische Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Dass körperliche und geistige Aktivität im Alter Altersprozesse verlangsamt und gegen Krankheiten vorbeugend wirkt, ist keine Erkenntnis der letzten Jahre. Sie war Bestandteil des antiken Lebensphi-

losophischen und medizinischen Denkens, das Eingang gefunden hat in das Erfahrungswissen breiter Bevölkerungsschichten. Sprichwörtliche Redensarten wie „Wer rastet der rostet“ oder „Müßiggang ist aller Laster Anfang“ zeugen davon, dass Alter keineswegs mit Ruhestand verbunden wurde. Die Arbeit am Selbst war kein abgeschlossener und abschließbarer Prozess, sondern Lebensaufgabe.



Der Landessportbund Thüringen und hier der Kreissportbund Hildburghausen bilden im Rahmen eines Förderprojekts „Fit bis ins hohe Alter“ Übungsleiter aus, die Bewegungskurse mit Älteren und hochaltrigen Menschen durchführen. Anliegen ist es, die Bewegungsfähigkeit zu erhalten und Stürzen vorzubeugen.

II. **Prävention und Gesundheitsförderung**



Was diesen allgemeinen Präventionsgedanken in den letzten Jahren beförderte, waren Erkenntnisse über die Plastizität des Alters. D. h., Altern muss erstens nicht zwangsläufig pathologisch verlaufen, und zweitens: Abbauprozessen liegen keine Automatismen zugrunde. Sie können vermindert und verlangsamt werden, und körperliche sowie geistige Fähigkeiten sind trainierbar. Zwar gibt es bei allen epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen einen Zusammenhang zwischen Prävalenzen und Alter. Dennoch hat sich das Verständnis von Alter vor diesem Hintergrund grundsätzlich gewandelt. Im Mittelpunkt stehen in der Gegenwart weniger die Belastungen, sondern die Potentiale des Alters, die man bis ins hohe Alter entwickeln und fördern kann. Altern ist Entwicklung und kann beeinflusst werden. Altern kann mit Wachstum verbunden sein. D. h., Prävention hat in allen Lebensphasen Sinn. Sie erhöht die Lebensqualität. Sie ist auch dann sinnvoll, wenn Menschen bereits krank sind und es sich um chronische und progrediente Krankheiten handelt. Dennoch erscheint es sinnvoll, wenn man Präventionsstrategien für ältere Menschen etabliert, auf Besonderheiten hinzuweisen, die diese Alterskohorte gegenüber jüngeren ausweist, weil die Zugänge, die Voraussetzungen und Möglichkeiten andere sind:

1. Gesundheit von älteren Menschen ist dadurch charakterisiert, dass sie nicht krank sind und unter Krankheitssymptomen leiden, dass sie einen optimalen Funktionsstatus ihrer Organe haben, dass sie in der Lage sind, ihr Leben selbständig zu gestalten, Krisen und Belastungen selbständig bewältigen und bei Bedarf medizinische und pflegerische Unterstützung erfahren können. Gesund sind Menschen darüber

hinaus, und insofern hat Gesundheit immer eine individuelle und soziale Komponente, wenn Menschen ihre individuellen Bedürfnisse und Werte realisieren können, Lebenszufriedenheit empfinden und sich wohlfühlen sowie wenn sie Kompetenzüberzeugungen und Bewältigungsstrategien besitzen (vgl. Kruse, Andreas; Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter, S.89 u. S.91). Viele und insbesondere die jungen und mittleren Alten sind in diesem Verständnis gesund. Der Gesundheitsstatus und das Gesundheitsempfinden haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung war in der Vergangenheit ein Gewinn an gesunden und aktiven Lebensjahren verbunden.

Dennoch haben Ältere und insbesondere hochaltrige Menschen deutlich andere körperliche und psychische Voraussetzungen als andere Alterskohorten. Obwohl man eine hohe Plastizität bei allen Alterungsprozessen unterstellen kann und Menschen bis ins hohe Alter Möglichkeiten haben, ihre Gesundheit zu erhalten und ihren Gesundheitsstatus zu verbessern, nehmen Reserve- und Kompensationsfähigkeiten aller Organe im Alter ab. Man geht bei Älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen von einer höheren allgemeinen Vulnerabilität, einer geringeren Resilienz, einer geringeren Plastizität, geringeren Kompensationsfähigkeiten sowie einer höheren Prävalenz von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität aus, wie sie für andere Alterskohorten nicht annähernd gleichermaßen typisch ist. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung setzen bezogen auf ältere Alterskohorten

bei völlig anderen Voraussetzungen an als bei jüngeren, so dass sich die Zielstellung von präventiven Maßnahmen grundsätzlich unterscheidet. Sie orientieren auf die Vermeidung von insbesondere chronischen Krankheiten, Funktionseinbußen und psychischen Erkrankungen, auf den Erhalt einer aktiven Lebensgestaltung sowie auf die Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems (vgl. Kruse, Andreas; Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter, S.89).

2. Maßnahmen der Gesundheitsförderung richten sich in der Regel an Menschen ohne Krankheitssymptome, und Primärprävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindern (siehe Präventionsbericht, S.274). Geht man von diesen Bestimmungen aus, kommt sie insbesondere für die Mehrzahl der Hochaltrigen nicht in Frage. Erstens lebt die Mehrzahl der Hochaltrigen trotz verbessertem Gesundheitsstatus in den letzten Jahren mit chronischen Krankheiten, zweitens werden epidemiologisch bedeutsamen Krankheiten wie Demenzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes im Lebensverlauf erworben. Die klinische Manifestation zeigt sich mitunter zehn bis fünfzehn Jahre später, nachdem sich Krankheiten entwickelt haben. Deshalb kann man vielfach nicht mehr von einer Primärprävention sprechen, sondern von sekundär- und tertiärpräventiven Ansätzen.
3. Über zwei Jahrtausende sprach man dem Alter Weisheit zu, die sich u. a. dadurch manifestiert, dass eine Aussöhnung mit vergangenen Konflikten stattfindet und die Affektregulation sich har-



II.

Prävention und Gesundheitsförderung



AGETHUR
Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung
Thüringen e.V.

Notwendige Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für ein gesundes Altern aus der Sicht der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung – AGETHUR

1. Stärkung und Förderung individueller Gesundheitskompetenzen. Sowohl älteren als auch anderen unterstützungsbedürftigen Menschen muss es möglich sein, sich über Interventionen der medizinischen Versorgung leicht zugänglich informieren zu können.
2. Verbesserung der Bedingungen für ein respektvolles und gesundheitsförderndes Verhältnis zwischen Patient und Arzt.
3. Stärkung gesundheitsfördernder und beteiligungsorientierter Abläufe in stationären Pflegeeinrichtungen für alle Beteiligten.
4. Förderung und Stärkung des Verantwortungsbewusstseins von (älteren) Bürgerinnen und Bürgern sowie deren Angehörigen für ihre Gesundheit
5. Ermöglichen individueller gesundheitsfördernder Interventionen

tionen im „Graubereich“ von Pflege- und Krankenversicherungen.

6. Schaffung neutraler sowie gut erreichbarer Beratungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen.
7. Stärkung und Förderung der Pflegeberufe. Mehr ältere und pflegebedürftige Menschen brauchen gut ausgebildete Fachkräfte, die aber auch die Möglichkeit haben müssen, ihren Beruf gut, würdevoll und engagiert ausüben zu können.
8. Das Gesundheitssystem muss stärker darauf ausgerichtet werden, dass es von gesunden und nicht von kranken Menschen profitiert.
9. Förderung der Sorgestrukturen: Wenn zur Erziehung eines Kindes ein ganzes Dorf benötigt wird, braucht es für die Versorgung älterer Menschen ebenso der Gemeinschaft sowie jedes Einzelnen.
10. Damit ein Leben im Alter so lange wie möglich selbstständig realisiert werden kann, braucht es neben der Eigeninitiative bedarfsgerechte Versorgungsangebote, die erreichbar sind – und zwar nicht nur in der Stadt, sondern auch im Dorf. Insbesondere benachteiligte städtische Quartiere und strukturschwache Regionen sollten im Fokus von Interventionen stehen, da sich hier schwierige Lebenslagen und schlechte Wohnbedingungen wechselseitig verstärken.

Das Angebot als Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V.

– AGETHUR – beschäftigt sich damit, wie die Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern aller Altersklassen verbessert bzw. erhalten werden kann. Dabei nehmen wir sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Aspekte in den Blick. Die Gesundheit Thüringer Bürger/innen kann langfristig nur verbessert werden, wenn sowohl das eigene Tun und Handeln gesundheitsbewusst ausgerichtet ist und weiterführend entsprechende Angebote (zur Beratung, Bildung bzw. verschiedene Unterstützungsformate) ausgerichtet und vorhandene Strukturen (bspw. der Versorgung, der Betreuung, der Vermittlung etc.) so gestaltet werden, dass sie der Gesundheit jedes Einzelnen zuträglich sind. Dabei werden verschiedene Lebenswelten (Kita, Schule, Unternehmen, Pflegeeinrichtungen, aber auch Stadtteile, Kommunen und Landkreise) besonders in den Blick genommen. Die zentrale Fragestellung dabei ist: Was braucht die jeweilige Person bzw. Zielgruppe (Kinder, Jugendliche, Eltern, Alleinerziehende, Senioren bzw. Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf), um so selbstständig wie möglich die eigene Gesundheit fördern zu können. Bei der Gestaltung bzw. Ausrichtung notwendiger Angebote oder Strukturen steht das Erkennen vorhandener Bedarfe besonders im Fokus unserer Arbeit. Gemeinsam mit Thüringer Akteuren wollen wir entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, die es Thüringer Bürgern und Bürgerinnen ermöglichen, eigene Bedürfnisse zu äußern und auf dieser Grundlage passende Angebote und Maßnahmen in Kommunen, Quartieren oder anderen Lebens-

II. **Prävention und Gesundheitsförderung**



welten zu gestalten. Hierfür bieten wir als Landesvereinigung zahlreiche Veranstaltungen an, die sowohl methodische sowie fachliche Anregungen geben als auch den wichtigen Erfahrungsaustausch unter denjenigen anregen, die mit verschiedenen Zielgruppen Thüringer Bürger/innen zusammenarbeiten, sie fördern, betreuen und/oder versorgen. Somit ist es unser Hauptanliegen, Menschen sowie Akteure zu unterschiedlichen gesundheitsfördernden Fragestellungen zusammenzubringen, neue Ideen zu aktuellen Herausforderungen zu entwickeln und für die Umsetzung dieser Vorhaben adäquate Begleitung anzubieten. Ebenso begleiten wir gesundheitspolitische Prozesse in Thüringen wie die Landesgesundheitskonferenz gemeinsam mit dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie als Träger dieses Vorhabens. Ebenso übernehmen wir koordinierende Aufgaben zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Thüringen. Bei beiden gesundheitspolitischen Instrumenten geht es darum, mit interessierten und involvierten Akteu-

ren gesundheitsrelevante Bedarfe zu erkennen und entsprechende Maßnahmen und Ziele abzuleiten, die vorhandenen Ressourcen und somit die Gesundheit Thüringer Bürger und Bürgerinnen zu stärken.

Melanie Schieck und
Uta Maercker



Melanie Schieck, Arbeitsbereichsleiterin „Gesundheitsförderung im Alter“ bei der AGETHUR

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
– AGETHUR –
Carl-August-Allee 9
99423 Weimar
Telefon: 0 36 43/ 4 98 98 0
Fax: 0 36 43/ 4 98 98 16
E-mail: info@agethur.de
www.agethur.de



Hendrik Beck, Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit „Alter und Kommune“ bei der AGETHUR

monisiert. In der Tat aber nimmt die Veränderungsbereitschaft von Älteren ab. Obwohl Ältere z.T. mit schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Krankheiten, mit Mobilitäts- und anderweitigen Einschränkungen rechnen müssen, sind Lebensstilveränderungen schwierig und selten. Hartmut und Hildegard Radebold berichten, dass erst vom Herzinfarkt Betroffene beginnen, ernsthaft körperlich zu trainieren und Zuckerkrankke ihre Ernährung umstellen, wenn sie durch die Krankheit dazu verdammt sind (Radebold; Zufrieden älterwerden, S.79).

4. Über 65-Jährige und besonders Hochaltrige haben fundamental andere und bezogen auf die eigene körperliche und seelische Disposition bezogene existentielle Entwicklungsaufgaben als jüngere Alterskohorten. Zum hohen Alter gehören Verlusterfahrungen auf allen Ebenen. Verlusterfahrungen, die Einschränkung von Fähigkeiten, eigene Pflegebedürftigkeit oder die des Partners, der Verlust von Beziehungen, der Tod von Partnern und Freunden u.a.m. haben selbst wieder rückkoppelnden Einfluss auf die Gesundheit, so dass der Umgang

mit und die Bewältigung von Verlusten zu einer der wichtigsten Herausforderungen des hohen Alters wird.

5. Für die heute lebenden über 60-Jährigen ist auffällig, dass sich zwar der Gesundheitszustand, die Vitalität und das Engagement im Allgemeinen erhöht, aber gleichzeitig ausdifferenziert haben. 60-Jährige können heute Kinder im Haushalt haben, Enkel betreuen oder Angehörige pflegen. Es gibt eine große Schwankungsbreite von Lebensentwürfen, Lebenssituationen, des Gesundheitszustan-



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Im Header rechts Anke Kaiser (Referat Familien- und Seniorenpolitik im TMASGFF) und Karolin Gempe (Referentin im Landesseniorenrat)

des und der aktuellen Entwicklungsaufgaben innerhalb einer Alterskohorte, wie man sie bei Kindern und Jugendlichen nicht gleichermaßen findet, die durch Schule, Ausbildung, Studium usw. vergleichbare Herausforderungen haben. Insofern sind auch kohärente Präventionsstrategien für Ältere schwieriger zu etablieren, zumal,

6. und das ist eine der größten Schwierigkeiten, Ältere, sieht man von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ab, institutionell viel weniger gebunden und deshalb viel schwerer erreichbar sind als andere Alterskohorten. Kinder und Jugendliche sind in Kitas und Schulen erreichbar. Erwerbstätige über Firmen. Ältere könnte man im Quartier, in der Wohnung (präventive Hausbesuche), im Verein, über den Hausarzt, im Krankenhaus, in der Wohngemeinschaften, über die Pflege oder die Pflegeeinrichtungen erreichen. Für jedes Setting müssten eigene Strategien entwickelt werden, was bisher in der Breite kaum erfolgt ist.

Wenn auf ältere Menschen bezogene Präventions- und gesundheitsfördernde Strategien Erfolg haben wollen, müssten sie die Spezifika dieser Alterskohorten berücksichtigen.

Eindrucksvoll sind in diesem Zusammenhang Ergebnisse der **FIN-GER-Studie**. Teilnehmer an der in Finnland durchgeführten Studie waren 1200 Menschen im Alter von 60-77 Jahren, die ein leicht erhöhtes Demenzrisiko hatten. Die Behandlungsgruppe absolvierte ein intensives Betreuungsprogramm, das eine ausführliche Ernährungs-

beratung, verbunden mit einer Ernährungsumstellung, ein intensives körperliches Training, verbunden mit Untersuchungszyklen des Herz-Kreislauf-Systems, sowie kognitive Übungseinheiten beinhaltete. Nach zwei Jahren waren die Personen der Behandlungsgruppe denen der Vergleichsgruppe in vielen Bereichen klar überlegen: Die kognitiven Fähigkeiten hatten sich verbessert und lagen 25% über den Werten der Vergleichsgruppe, bei komplexen Gedächtnisaufgaben zeigten die Teilnehmer deutlich höhere Leistungen, gleichfalls in der mentalen Verarbeitungsgeschwindigkeit. D.h., die Ergebnisse belegen, dass eine Kombination aus gesunder Ernährung, Sport, geistiger und sozialer Förderung sowie der Kontrolle möglicher Herz-Kreislauf-Probleme die kognitive Leistungsfähigkeit deutlich verbessern kann und demenzpräventiv wirkt. Bemerkenswert ist außerdem – nur zwölf Prozent der Teilnehmer brachen das Programm ab. Das zeigt, dass Menschen mit intensiver motivierender Betreuung in der Lage und willens sind, Lebensgewohnheiten drastisch zu verändern. Prävention und Gesundheitsförderung, das legen die bisherigen Ergebnisse der Studie, die fortgeführt werden soll, nahe, können Demenzen mit allen positiven Effekten für die Lebensqualität und das Gesundheits- und Pflegesystem verhindern und aufhalten (vgl. Kivipelto, Miia, Häkansson, Krister; Ein Training gegen Alzheimer, S.76 ff.).

Ein möglicherweise entscheidender Zugang zu gesundheitsbewusstem Verhalten und für Präventionsstrategien im Alter sind **Sinn und Motivation**. Wer sein Leben, das belegen inzwischen zahlreiche Studien, als sinn- und bedeutungsvoll erlebt, ist zufriedener, optimistischer, sozial stärker eingebunden, weniger depressiv, gesünder und vor allem ge-

sundheitsbewusster. Menschen haben ein geringeres Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko, wenn sie ihrem Leben Sinn verleihen. Eric Kim beobachte in seinen Studien, dass, wenn Menschen ihrem Leben Sinn bemessen konnten, deutlich seltener einen Herzinfarkt unterlagen. Sinnempfinden scheint wichtiger zu sein als Vorerkrankungen, Alter, Familienstand, Geschlecht, Body-Maß-Index, sportliche Aktivitäten und Lebensstil (vgl. Thivissen, Tatjana; Balsam für Körper und Seele, S.20 ff.). Das legt den Schluss nahe, dass Präventionsstrategien gerade für Ältere dort ansetzen müssen, wo Sinnhaftigkeit erzeugt wird. Eine bejahende Haltung sich selbst und dem Leben gegenüber sowie soziale Sorge um andere bilden die entscheidende Motivstruktur, auf deren Grundlage sich Präventionsmaßnahmen umsetzen lassen (vgl. Kruse, Andreas; Prävention im Alter, S.109). Und da scheint ein gewisses Problem zu liegen, weil sich Lebenssinn nicht durch voluntaristische präventive Strategien erzeugen lässt. Sinn wird über Bedeutsamkeit durch Familie, Sorge für andere und gesellschaftliches Engagement erzeugt. Menschen müssen sich zugehörig fühlen. Sie müssen Orientierung haben und ihr Leben als kohärent empfinden (vgl. Retzbach, Joachim; Sinn schlägt Glück, S.14 ff.).



Prof. Tatjana Schnell, Autorin des umseitig abgebildeten Bandes über die Psychologie des Lebenssinns.

II. Prävention und Gesundheitsförderung



6. Neuansätze in der Gesundheitspolitik für mehr Prävention und Gesundheitsförderung

Die Logik des bestehenden Gesundheitssystems favorisierte in der Vergangenheit Krankheitsbewältigung, d.h. die Diagnostik, die Therapie, Kuration und Rehabilitation von Krankheiten sowie die Pflege beim Eintritt von Alltagsbeschränkungen. Dieser Ansatz ist überkommen aus dem Krankenversicherungsgesetz des ausgehenden 19. Jahrhunderts, in dem die hygienischen Lebens- und schwierigen Arbeitsbedingungen zu einer Krankheitslast führten, die die Lebensqualität und Lebensdauer der Bevölkerung gravierend beeinflusste (Hurrelmann u.a., Krankheitspräven-

tion, S.13). Die Ökonomisierung der Kranken- und Pflegeversicherung in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts hat diesen Ansatz verstärkt. Die wirtschaftlichen Anreize beförderten die zentralen Elemente des tradierten Systems: Diagnostik, Therapie, Kuration, Rehabilitation und Pflege und nicht Verhinderung von Krankheiten. Je mehr Menschen in diese Versorgungskette involviert waren und sind, desto mehr profitier(t)en die Systemakteure. Das System, so der Vorwurf, generiert aus sich selbst heraus Wachstum, das keinen unmittelbaren Bezug zu Krankheitsprävalenzen hat. Dass dieses auf Krankheit und Krankheitsbewältigung zielende System an Grenzen stößt, hat verschiedene Gründe:

1. Es gibt offensichtlich negative Effekte, die nicht durch eine objektiv

steigende Krankheitslast, sondern durch Fehlanreize, Fehlkonstruktionen u.a.m. entstehen, die das gesamte System ineffizient, teuer, intransparent machen. Solche Faktoren werden an anderer Stelle diskutiert.

2. Ein auf Defizite orientiertes System setzt in der Regel am Symptom an und vergrößert es. Ressourcen und Potentiale, die auf Selbstheilung, Selbstwirksamkeit setzen, werden in aller Regel vernachlässigt. Nicht der Patient, sondern die Selbstbewegung des Systems stehen im Mittelpunkt.
3. Die Krankheitsdeterminanten haben sich gravierend verändert. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Suchtmittel- und Arzneimittelmisbrauch, Stress, Schlafmangel gelten in den



Tatjana Schnell

Psychologie des Lebenssinns

Springer

Schnell, Tatjana; Psychologie des Lebenssinns, Springer 2016

Dass sinnerfüllt lebende Menschen hoffnungsvoller und optimistischer sind als Menschen, die wenig Lebenssinn empfinden, erscheint plausibel. Sie erfahren sich als kompetenter, selbstbe-

stimmter und selbstwirksamer. Es fällt ihnen leichter, sich zu aktivieren, ihre Aufmerksamkeit zu lenken und mit Misserfolgen oder Verlusten umzugehen. Interessant erscheint aber auch, dass Sinnerfüllung Auswirkungen auf die körperliche Funktionsfähigkeit hat. Verschiedene Studien, das führt Tatjana Schnell in ihrem Buch Psychologie des Lebenssinns an, belegen, dass das Sterblichkeitsrisiko bei Menschen mit hoher Sinnerfüllung geringer ist. Das Risiko eines Schlaganfalles, Herzinfarkts oder einer Bypass-Operation sinkt. Sinnempfinden hat direkte Auswirkungen auf bestimmte Biomarker. So produzieren nach einer Studie Frauen mit hoher Sinnerfüllung weniger Cortisol sowohl beim Aufstehen als auch über den Tag hinweg. Hohe Cortisolwerte gelten als Indikatoren für Stress. Außerdem waren bei ihnen weniger entzündungsfördernde Zytokine nachweisbar (S.122). Wichtig erscheint aber außerdem,

dass Menschen, die Sinn empfinden, eher bereit sind, in das Leben zu investieren, auch wenn es anstrengend ist, und das Gesundheitsverhalten zu ändern.

Diese von Tatjana Schnell untersuchten und dokumentierten Zusammenhänge sind hochaktuell. Gerade vor dem Hintergrund, dass Ältere nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und dem Auszug der Kinder aus dem Haus sich neue Sinnhorizonte erschließen müssen, Sinn andererseits im hohen Alter durch den Verlust von Partnern und von eigenen Fähigkeiten auch gefährdet sein kann (hohe Depressionsneigung im höheren Alter), müssten Älteren prononciert partizipative Sinnangebote unterbreitet werden. Sie generieren sich vor allem über Aktivität, Teilhabe, Beziehungen, Engagement und Sorge.

JSt



II.

Prävention und Gesundheitsförderung



Das von Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch herausgegebene Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung erfüllt in herausragendem Maße alle Ansprüche, die man an ein Lehrbuch stellt. Die Autoren, bei denen es sich zumeist um die in Deutschland auf diesem Gebiet führenden Wissenschaftler handelt, stellen Grundlagen und Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung sowie politische Umsetzungsstrategien vor. Sie beziehen diese

Konzepte auf den Lebensverlauf und des Weiteren auf alle wesentlichen somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten, darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs- und Atemwegserkrankungen, Diabetes, neurologische Erkrankungen, Depressionen, substanzbezogene Störungen u.a.m. Dabei erfolgt die Gegenstandsentwicklung nicht in erster Linie an Hand einer Symptombeschreibung, sondern mit Bezug auf Risikofaktoren, Vermeidungsstrategien und Möglichkeiten der Selbstsorge. Dass dabei bei fast allen Krankheiten das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, der Umgang mit Stressoren und Suchtmitteln eine Rolle spielt, ist kein Zufall. Lebensstilfaktoren gehören zu den entscheidenden Ansätzen, um Gesundheit in allen Altersklassen zu fördern und Krankheiten zu vermeiden. Darüber hinaus geht es aber immer auch um Umweltbedingungen und Lebensräume, in denen Menschen gesund leben können. So werden bestimmte Settings vorgestellt, in denen Prävention und Gesundheitsförderung möglich sind, Hausarztpraxen, Krankenhäuser, Familien und Schulen, Kommunen, der Arbeits-

platz, bei Männern und Frauen sowie Migranten. Die Breite der Themenentwicklung verdeutlicht, dass Adressaten nicht, jedenfalls nicht ausschließlich Fachleute im Gesundheitssystem sind. Prävention und Gesundheitsförderung finden im Lebensraum von Menschen statt. Insofern sind alle Akteure angesprochen, die sich in sozialen und anderweitigen Zusammenhängen befinden. Sozialarbeiter, Betreuer, Pflegefachkräfte, Lehrer gleichermaßen wie Stadtentwickler und Stadtplaner, Politiker, Verwaltungsfachkräfte, zivilgesellschaftliche Akteure und Interessenvertreter. Sie alle sind direkt oder indirekt, bewusst oder unbewusst in Gesundheitsprozesse involviert. Und es erscheint wichtig, dass dieses Involviertsein angereichert und reflektiert wird. Dabei geht es nicht um die Etablierung einer Ideologie der Gesundheit, sehr wohl aber um Leitplanken und Rahmenbedingung dafür, dass sich Menschen gesundheitsbewusst verhalten können.

JSt

hochentwickelten Ländern als die in der Gegenwart gravierendsten Krankheitsdeterminanten. Sie führen zu zahlreichen folgeschweren und progredienten Krankheiten, deren Ursachen einerseits im Lebensstil, andererseits in einer zivilisatorischen Entwicklung liegen, deren Folgen nicht annähernd absehbar sind. So stark der Mensch anthropologisch auf Bewegung festgelegt ist, so wenig verkraftet er Bewegungsmangel. Sein limbisches System, das auf die Befriedigung unmittelbarer

Bedürfnisse zielt und das in Mangelgesellschaften Sinn machte, wirkt in Überflussgesellschaften verheerend. Offenbar haben Menschen zu wenig exekutives Steuerungspotential, um mit Überfluss und den manipulativen Techniken einer Überflussgesellschaft adäquat umzugehen. Auf diese Herausforderungen haben traditionelle medizinische Versorgungsansätze bisher keine Antworten gefunden.

4. Eine alternde Bevölkerung führt zwangsläufig zu einer Zunahme

von im Lebensverlauf erworbenen chronischen Erkrankungen. Chronische Erkrankungen sind mit Merkmalen verbunden, die sich mit einer Grippe, einem Fußbruch oder dergleichen nicht vergleichen lassen. Ihnen haften Merkmale an, die das traditionelle Gesundheitssystem nicht bewältigen kann:

- Sie lassen sich durch traditionelle medizinische Verfahren häufig nicht heilen oder so therapieren, dass die Ursachen beseitigt werden.

II. Prävention und Gesundheitsförderung



- Sie lassen sich durch das bestehende System (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus) nicht ursächlich bekämpfen, weil sie in der Regel im Lebensverlauf erworben wurden.
- Sie sind in der Regel progredierend, so dass die mit der Krankheit steigenden Kosten und Leistungen weder in die Heilung noch für die Krankheitsbewältigung investiert werden, sondern in die Verzögerung des Krankheitsfortschritts, die Verminderung von Leiden, eine Symptomlinderung und die Kompensation von vitalen Organleistungen (Herzschwäche: Herzkatheter, Diabetes: Insulintabletten, koronare Gefäßverengungen: Blutdrucksenker usw. usf.)
- Der progredierende Krankheitsverlauf macht chronisch Erkrankte zu Dauerpatienten. Sie finden ihr adäquates Abbild in einem steigenden Versorgungsbedarf und der Progression von Kosten.

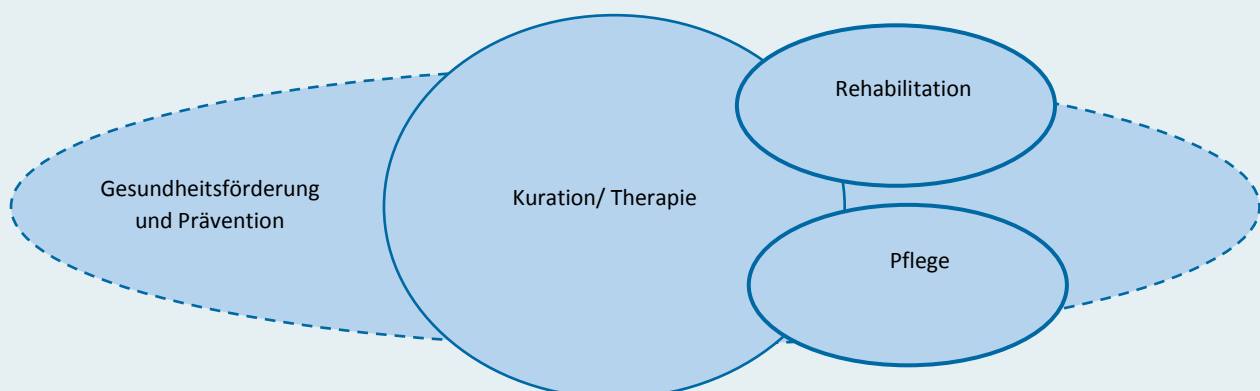
Chronische Erkrankungen haben in hochindustrialisierten Ländern ein Ausmaß angenommen, das kein traditionelles, auf Krankheitsbewältigung zielendes Gesundheitssystem bewältigen kann. Die überwiegend

durch Lebensstil verursachten chronischen Erkrankungen, Diabetes, kardiovaskuläre, Krebserkrankungen und Atemwegserkrankungen sowie psychische Störungen verursachen die bei Weitem meisten Kosten und sind für schätzungsweise 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast verantwortlich (Courten u.a.; Epidemiologie chronischer Krankheiten, S.14 f.).

Modelle der Prävention und Gesundheitsförderung der Vergangenheit waren darauf orientiert, dass sie, bevor eine Behandlung einsetzt, Krankheiten verhindern und Gesundheit fördern. Das präventive Potential von bereits erkrankten oder alten Menschen wurde weitestgehend unterschätzt. Moderne Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung gehen davon aus, dass sie im gesamten Lebensverlauf eine wichtige Rolle spielen und das Gesundheitssystem in allen Phasen und Ebenen durchdringen. Insofern hätten Behandlungen und Therapien sowie Prävention und Pflege immer auch präventiven und gesundheitsfördernden Charakter, wären also nicht nur auf die Eindämmung, sondern die Zukunft gerichtet.

Hurrelmann u.a. haben dafür ein plausibles Modell entwickelt (s. Abb. unten).

In einer modernen Gesundheitspolitik geht es um einen grundsätzlichen Wandel von medizinischen Versorgungsstrukturen. Das reaktive Modell der medizinischen Versorgung greift erst nach Eintritt von Krankheiten, die als solche häufig nicht heilbar sind. Es ist vor dem Hintergrund seiner mangelnden Effizienz bei chronischen Erkrankungen in seiner reaktiven Orientierung nicht aufrechtzuerhalten. Ein proaktives Gesundheitssystem verhindert Krankheit im Ansatz, in dem es Gesundheit befördert und personalisierte Prävention leistet. Idealerweise ist es darauf gerichtet, dass sich Risikofaktoren für chronische Krankheiten, zumal wenn sie lebensstilverursacht sind, gar nicht erst manifestieren (vgl. Sagner, Michael u.a.; Die Zukunft ..., S. 383). Primordialprävention will bereits das Auftreten von Risikofaktoren verhindern. Sie erweist sich anerkanntermaßen wirksamer als jedes Medikament und jede Operation. Dieses proaktive Gesundheitssystem verbinden Michael Sagner, Amy McNeil und Ross Arena mit Merkmalen einer prädikativen, personalisierten und partizipativen Ausrichtung. Prädikativ heißt, dass durch die Kenntnis von Ausgangswerten (Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Familienanamnese), Genomik und Lebensstilcharakteristika Phäno-



(Quelle: Hurrelmann u.a.; Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, S.13)



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

typen mit besonders hohem Risiko identifiziert und spezifische Interventionen für Menschen entwickelt werden können.

- Personalisiert heißt, dass vor dem Hintergrund von individuellen Krankheitsrisiken, Lebenslagen und Lebensstilen personalisierte, d.h., auf die jeweilige Person bezogene Lebensstilinterventionen erfolgen können. Es geht bei Lebensstilinterventionen nicht einfach um allgemeine Ratschläge dafür, was Menschen tun sollen (mehr Bewegung, gesunde Ernährung usw.), sondern um ein tieferes Verständnis dafür, was Menschen dazu motiviert, gesünder zu leben, um daran ansetzend Verhaltensänderungen zu bewirken (vgl. Präventionsmedizin, S.386).

- Partizipativ heißt, dass Verhaltensänderungen nur mit den Menschen zu erzielen sind. Die Gesundheitsfachkräfte, die im bestehenden System aktiv sind, Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker u.a. sind nicht in der Lage, chronische Krankheiten wirksam zu bekämpfen. Sie müssten in einem Gesundheitssystem der Zukunft kooperieren: Mit Familienmitgliedern, Institutionen, kommunalen Akteuren, Betroffenen ...

In einer modernen Medizin werden Lebensstilinterventionen, so die oben angeführten Autoren, zum Grundpfeiler der Behandlung und Prävention chronischer Krankheiten (ebenda S.389). In ihr wird eine personalisierte Technologie zu einer wesentlichen Gesundheitsressource, die die Kommunikation und Informationsweitergabe revolutionieren wird. Michael Sagner u.a. gehen davon aus, dass sich, was schon heute erkennbar ist, eine lebensstilorientierte Gesundheitsindustrie entwickelt, die in ein, zwei Jahrzehnten größer sein wird als die gegenwärtige durch Diagnostik und Kuration geprägte (vgl. Präventionsmedizin, S.389).

Darüber hinaus geht es in einer modernen Gesundheitspolitik um zwei weitere Faktoren. Es wurde bereits oben angedeutet, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten ganz wesentlich dadurch bestimmt werden, ob Menschen Sinn und sich als selbstwirksam empfinden, ob sie teilhaben können, ob sie in einem wertschätzenden anregungsreichen Umfeld leben usw. usf. Damit ist angedeutet, dass Gesundheit im weiteren Sinne im Wesentlichen nicht durch die traditionell starken Akteure des Gesundheitssystems erzeugt wird, sondern durch die Menschen selbst sowie soziale Akteure im Lebensraum von Menschen.

Damit wird auch klar, dass es ein geschlossenes Gesundheitssystem, das seine Zentren in Haus- und Facharztpraxen sowie in Krankenhäusern hat, die die Profiteure des bisherigen Systems waren, in Zukunft nicht mehr geben wird oder nicht mehr geben sollte. Die Lebensstil-, sozial- und Umweltinterventionen verlagern sich vom Krankenhaus und der Arztpraxis in die Räume des Wohnens und Wohnquartiers, in die Schule, Betriebe und Organisationen, in denen sich Menschen bewegen. In solchen Settings sind nicht nur Ärzte und Pflegepersonal aktiv, sondern Angehörige, Freunde und Bekannte, Nachbar, alle sozialen, soziokulturellen und zivilgesellschaftlichen Akteure, Ehrenamtliche, des Weiteren Akteure in den Kommunen, von Wohnungsgenossenschaften, des Bildungswesens, der Medien, der Berufsverbände, der Lebensmittelindustrie, der Versicherungswirtschaft, der Technologieunternehmen, der Arbeitgeber u. a. m. Insofern stellen Landesgesundheitskonferenzen ein Forum dar, das ein modernes Gesundheitssystem repräsentieren kann. Es müsste auf Kommunen projiziert und ins Pragmatische übersetzt werden. Letztlich geht es aber nicht

nur um die Gestaltung konkreter Settings, von Maßnahmen und das Zusammenbringen verschiedener Akteure, sondern um die Entwicklung einer Gesundheitskultur, die durch die Sorge um sich und für andere in einer gesundheitsfördernden Umwelt charakterisiert ist.

7. Zu kritischen Einwänden gegen die Prävention

Es scheint kaum möglich zu sein, Einwände gegen Prävention und Gesundheitsförderung zu formulieren, weil die Aussage, dass „Vorbeugen besser als heilen ist“ einer Alltagserfahrung entspricht, die schlichtweg nicht zu widerlegen ist. Sie sind, weil der Mensch kein biologisch internalisiertes Verhaltensprogramm hat, Teil der *conditio humana* und, wie es Ulrich Bröckling gesagt hat, sie konstituieren eine Anthropologie im Gerundivum für den „Defizitmenschen“ (vgl. Vorbeugen ist besser ...S.42), damit Verlusterfahrungen beherrschbar bleiben.

Dabei werden die Hinwendung, die Notwendigkeit, die wesentlichen Interventionsfelder der Prävention im Wissenschaftsdiskurs seit über 40 Jahren diskutiert. Wolfgang Reichel sprach in dem 1983 erschienenen und von Manfred Max Wambach herausgegebenen Band von einer „Präventiven Wende“. (Der vorverlegte Eingriff, S.89). Im gleichen Band konstatierte Georg Vobruba, gleichfalls 1983, dass der Staat durch den Krisendruck gezwungen wird, Problemlagen nach Mustern der Prävention zu bearbeiten (vgl. Prävention durch Selbstkontrolle, S.31). Und Rosemary CR Tayler stellte in ihrem Beitrag ebenfalls 1983 fest, was heute in zahlreichen medizinkritischen Texten wiederholt wird, dass die Medizin einen relativ ge-

II. Prävention und Gesundheitsförderung



ringen Einfluss auf die Gesundheit hat und Prävention jedweder Art vernachlässigt wird. Prävention sei vor dem Hintergrund notwendig, um die Kostenexplosion, die man bereits in den 70er und 80er Jahre für ein gravierendes Problem von Versicherungs- und Staatshaushalten betrachtete, in Grenzen zu halten. Man wusste bereits in den 70er und 80er Jahren, dass insbesondere ungesunde Lebensstile die modernen epidemischen Krankheiten verursacht, was sich auf Bewegungsmangel, Fehlernährung und ein durch diese Faktoren generiertes Übergewicht, des Weiteren auf Suchtmittel und Stress bezog. Man identifizierte mit der Schule und Kindereinrichtungen, den Arbeitsplätzen, wo man Stress und Emissionen vermindern wollte, bereits in den 80er Jahren die entscheidenden Settings für die Realisierung von präventiven Ansätzen. Und man konnte sehr wohl die begrenzte Wirkung von auf Individuen zielenden Maßnahmen abschätzen, wenn den Ursachen von epidemisch vorkommenden Krankheiten soziale und Umweltfaktoren zugrunde lagen (vgl. Taylor, Rosemary CR; Die Konstruktion der Prävention, S.151-175). Nimmt man Präventions- und Gesundheitsberichte, Absichtserklärungen und Dokumente von Gesundheitszieleprozessen der letzten Jahre zur Kenntnis, scheint die Frage berechtigt, wo seitdem, d.h., seit den 80er Jahren, der Erkenntnisfortschritt hinsichtlich der Notwendigkeit von Prävention, die Innovation bei Präventionsstrategien, Präventionserfolge bei epidemisch vorkommenden Krankheiten liegen. Um eine Neuausrichtung der Politik scheint es sich in der Gegenwart keineswegs zu handeln, allenfalls um mangelnde Umsetzungspotentiale.

Auch die Kritik an Präventionsansätzen und einer forcierten staatlichen



Während der Arbeit am Seniorenreport (Steinhaußen). Im Vordergrund auf dem Laptop liegend das 1983 von Manfred Max Wambach herausgegebene Buch: Der Mensch als Risiko. Im Header Kerstin John, Landratsamt Schmalkalden-Meiningen

Präventionspolitik wurde bereits vor Jahrzehnten geäußert. Hintergrund war, dass die Politik in den Bereichen der psychischen Gesundheit, der Kriminalität, der Arbeit zunehmend Risiken identifizierte, die sie in verschiedenste Präventionsprogramme übersetzte. Je früher, so setzten sich die Diskursmaxime durch, man eingreift desto weniger akkumulieren sich weitere Defizite. Die frühzeitige Intervention verhindere Verfestigung und späterhin schwere Störungen. In diesem Kontext wurden, so beschreibt Gert Hellerich die Situation, in den USA Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre mit Säuglingen und Kleinkindern laborierte Tests durchgeführt. Schon der Neugeborene wurde in ein Zwangsschema eingefügt, dem allgemeine Durchschnittswerte frühkindlicher Entwicklung zugrunde lagen. Die Politik forderte bei Abweichungen von der Norm, dass sich Familien beraten und therapieren lassen und sich diversen Erziehungsprogrammen unterwerfen. Die Andersartigkeit wurde zum

Risiko. Das Problem, das Hellerich damit verband, war folgendes: Sollten diese normativen Testverfahren, die Regulierungen nach sich ziehen, auf alle Altersgruppen und Verhaltensbereiche angewendet werden und in alle sozialen Räume eindringen, werden bei dieser totalen Geschlossenheit der wissenschaftlichen Ideologie alle Menschen attestierter Durchschnitt sein müssen. (Hellerich, Gert; Screening, S.137ff., 144). Andernfalls drohten Kontrolle und Überwachung.

Vergleichbare Befürchtungen äußerte im gleichen Band Robert Castel, der in Frankreich ähnliche Tendenzen konstatierte. Die Vorsorgeuntersuchungen erfassten alle möglichen Anomalien der Mutter und des Kindes, die psychischer, physischer und sozialer Natur sein können. Das Risiko ergibt sich aber eben nicht aus einer konkreten Gefahr, die von einem Individuum ausgeht, sondern aus einer abstrakten Datenerfassung, die das Auftreten unerwünschter Verhaltensweisen und Zustände



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

wahrscheinlich machen. Es handelte sich nach Castel um eine neue Form der Überwachung. Um sich für Krankheit, Depravation, Delinquenz usw. verdächtig und damit fürsorgebedürftig zu machen, bedurfte es keiner Symptome mehr, sondern es reichte aus, besondere Merkmale für eine bestimmte Risikoklasse zu besitzen. Die Illusion, die hinter der Präventionsidee steckt, besteht in der Annahme, man könnte die Komplexität von Leben, Lebensverläufen rationalisieren und beherrschen und die Risiken so eliminieren, wie man Unkraut ausreißt (vgl. Castel, Robert; Von der Gefährlichkeit zum Risiko, S.59 ff.).

Diese kritische Sicht ist nach wie vor aktuell. Präventionsstrategien und -maßnahmen sind z.T. höchst vage, ambivalent und nebulös, und das in mehrfacher Hinsicht.

- Prävention basiert auf der Annahme, dass es Gefährdungen in der Zukunft gibt, die man definieren und gegen die man sich schützen kann. Für die Definition von Risiken und Bedrohungen, auf die Prävention reagieren soll, gibt es allerdings keine klaren Kriterien. Schlichtweg alles kann als Risiko wahrgenommen werden, ein systolischer Blutdruck von 135 oder 140, ein BMI von 130, obwohl sich Betroffene wohl und gesund fühlen, zu viel und zu wenig Bewegung, Verkehrsdichte, Lärm, Feinstaub, ein bestimmtes Vorkommen an Jugendgewalt, Ausländerkriminalität, usw. usf. Alles kann man in Risikoklassen einteilen und Präventionsstrategien entwickeln, bis sich herausstellt, dass das Leben an sich ein Risiko ist. Der Präventionsbegriff ist davon bedroht, dass jegliches Leben, Handeln und Verhalten mit Gefährdungen und Risiken verknüpft wird, die präventive Maßnahmen rechtfertigen. Diese universelle Absorptionsfähigkeit

der Präventionsidee ist ein Problem. Ein positives Lebensgefühl und Gesellschaftsklima, gesellschaftliche Entwicklung und Lebensqualität lassen sich nicht ausschließlich über Verhütung, Verhinderung, Vermeidung, Gefahrenabwehr usw. begründen, und die besten Schutzfaktoren für Gesundheit und alles Mögliche andere (auch etwa gegen Gewalt) kann man kaum als Prävention bezeichnen oder einer Präventionsstrategie unterwerfen: Liebe und Zuneigung für Kleinkinder, aber im Grunde für alle Altersgruppen, Bildung, soziale Beziehungen, sinnstiftende Tätigkeiten, soziale Gerechtigkeit und Armutsvermeidung. Solche Faktoren sind nicht zuallererst einer Präventionsidee verpflichtet (vgl. auch Lüders, Christian; Von der scheinbaren Selbstverständlichkeit präventiven Denkens, S.4 ff.).

- Diese übersensible Gefährdungswahrnehmung, die sich mit Interessen von gesellschaftlichen Gruppen verbindet, ist im medizinischen Bereich eklatant. Durch technische Gerätschaften werden Befunde generiert und Diagnosen erzeugt, deren Wert höchst umstritten ist, die keine Leiden erzeugen und keine Folgen haben und die dennoch präventive und therapeutische medizinische Handlungen auslösen, deren Nutzen umstritten ist und die Patienten tatsächlich schaden können. Vor diesem Hintergrund plädieren kritische Ärzte dafür, nicht primär nach Diagnosen zu suchen, „diagnostische Unsicherheiten“ auszuhalten und sich im aufmerksamen Abwarten zu üben. Häufig ist es im Sinne der Lebensqualität sinnvoller, auch präventive medizinische Maßnahmen zu begrenzen (vgl. Kühlein, Thomas u.a.; Von der Kunst des Weglassens, S.2312 ff.). Das Problem, das

allerdings hinter neuen Diagnosen steht, sind nicht einfach nur eine Überversorgung oder fragwürdige Vorsorgeuntersuchungen, sondern dass sich Normen verschieben, was als krank oder (noch) gesund bezeichnet wird, und dass damit potentielle Patientengruppen definiert werden, die man präventiv versorgt.

- Diese Entwicklung verweist darauf, dass es nicht gleichgültig ist, wer Gefahren und Gefährdungen als solche identifiziert und definiert und für diese Präventionsstrategien einfordert: Die Polizei, die Politik oder von Gewalt Betroffene, bezogen auf Gesundheit ist es nicht gleichgültig, wer was als Krankheit und Krankheitsrisiko bestimmt: Ärzte, ärztliche Fachgesellschaften, die Lebensmittelindustrie, Betroffene oder die Krankenkassen. Nicht selten sind es diejenigen, d.h., die für Prävention verantwortlichen Akteure, die den Gegenstand ihrer Arbeit definieren. Es geht bei der Definition von Risiken nicht nur um eine Gefahrenabwehr, sondern immer auch um Interessen, Einfluss, Ressourcen und Macht, wobei die Ignorierung oder stillschweigende Duldung von Gefahren vielleicht das viel dramatischere Problem ist, weil Präventionsstrategien aus wohlkalkulierten Interessensabwägungen nicht etabliert werden. Der Point of no Return, so beruft sich Dieter Thomä auf den Umweltaktivisten Thomas Crowther, sei, was die Erderwärmung betrifft, längst überschritten. Die Verantwortung für dieses Zerstörungswerk liege bei den westlichen Gesellschaften, ihren Komplizen und Nachahmern. Die Prävention verhindernen Strategien sind wider besseren Wissens: Aushöhlen, Verwalten Einlullen und Abschotten (Thomä, Dieter; Jetzt reicht's, S.35).
- Zudem sprechen Präventionsan-

II. **Prävention und Gesundheitsförderung**



liegen einen Generalverdacht für Zielgruppen aus, erstens dass Menschen tatsächlich Gefährdungen ausgesetzt sind, die für sie in der Zukunft Folgen haben können und zweitens, dass Menschen diese nicht selbst erkennen. Schulische Maßnahmen zur Gewaltprävention unterstellen implizit, dass sich aus dem Kreis der Schüler Gewalttäter und -potentiale entwickeln könnten. Solche Unterstellungen sind vor allem dort problematisch, wo das Präventionsproblem stigmatisiert ist. Problematisch ist auch, dass die tatsächlich Gefährdeten sich Präventionsmaßnahmen in aller Regel entziehen. Es profitieren die Falschen, die Nichtgefährdeten.

- Obwohl sich Präventionserfolge etwa bei verschiedenen Infektionskrankheiten ganz gut nachweisen und auf präventive Maßnahmen, etwa Impfungen zurückführen lassen, bleiben solche Zusammenhänge zwischen Präventionsmaßnahme und Erfolg häufig im Dunklen, weil sich Ereignisse in der Zukunft nicht vorhersagen und eingetretene Ereignisse nicht kausal mit erfolgten oder nicht erfolgten Maßnahmen in der Vergangenheit verbinden lassen. Vor allem zeitigen sie Nebenwirkungen, und das Leben lässt sich nicht planen. „Man jagt sich Tag für Tag durch den Wald, um gesund zu bleiben,“ so zitiert Bröckling Niclas Luhmann, „und stürzt dann mit dem Flugzeug ab.“ Man kann Verzicht üben und unterliegt der krebswuchernden Zufallsmutation. Präventives Handeln erzeugt, wie in der Medizin hinreichend belegt ist, darüber hinaus neue Risiken (vgl. Bröckling, Ulrich; Vorbeugen ist besser ... S.38 ff.). Wer vermeintliche Sicherheit mit Überwachung schafft, muss damit rechnen, dass sich das Lebensgefühl von Menschen ändert. Wer präventiv Pesti-

zide gegen „Unkraut“ und Insekten einsetzt, muss damit rechnen, dass er Grundwasser verseucht, Insektenpopulationen auslöscht und Gifte in Nahrungsketten schleust. Wer blutdrucksenkende Mittel gegen Bluthochdruck einnimmt, um Schlaganfällen vorzubeugen, hat im Grunde auch heute kaum absehbare Nebenwirkungen. Solche Nebenwirkungen bei Medikamenten, die präventiv eingesetzt werden, können den Nutzen ohne weiteres einholen, ohne dass die ursächlichen Zusammenhänge bekannt sind.

Insofern können präventive Maßnahmen in ihrer Wirkung höchst ambivalent sein. Ungeachtet ihres Zukunftsversprechens kann sie repressiver oder/ und produktiver Natur sein, strafen und/ oder belohnen, sie kann zum Erfolg führen oder eben auch nicht. Sie kann Leid vermindern oder es erhöhen, sie kann Verbrechen verhindern oder, wie im Falle des nationalsozialistischen Euthanasieprogramms oder der stalinistischen Säuberungsaktionen, selbst ein Verbrechen sein. Ihre Logik, so hat es Ulrich Bröckling ausgedrückt, ist „antizipierende Säuberung“. „Gegen welche Übel auch immer die vorbeugenden Maßnahmen antreten, sie sollen eliminiert werden (vgl. Bröckling, Ulrich; Vorbeugen ist besser ... S.40 f.).

Ambivalent sind Präventionsstrategien in der Gegenwart auch deshalb, weil sie häufig ausschließlich am Individuum ansetzen. Sie orientieren und appellieren eher auf das sich bemühende und durchhaltende Individuum und seine marktkonforme Selbstregulation, während die Gesellschaft, deren Dynamiken und Mechanismen verhaltenssteuernd, aber veränderungsresistent sind. Insofern könnten Präventionsstrategien auch in einem neoliberalen Diskurs gelesen werden, der das Risiko von

Krankheiten auf das Individuum verlagert und deshalb an die Selbstsorge der Menschen appelliert. Solche Ambivalenzen erleben Menschen als zweifache Zumutung. Die eine Zumutung ist die Selbstveränderung, die andere die der Systemübermacht, gegen die er Selbstveränderung in Gang setzen muss.

Sven Regener hatte diese Zumutungen pointiert ausgedrückt:

„Dass das Bier in meiner Hand alkoholfrei ist,
ist Teil einer Demonstration
gegen die Dramatisierung meiner
Lebenssituation.

Doch andererseits sagt man das
Schweinesystem

Ist auf nüchterne Lohnsklaven scharf.
Darum steht da auch noch ein Whisky,

weil man dem niemals nachgeben darf.“

Dabei richten sich die Vorbehalte von Präventionskritikern weniger gegen die Gestaltung gesundheitsfördernder Umwelten, sondern eher gegen präventives Denken, das unterstellt, dass eine negative Entwicklung auf Grund eines Verhaltens in der Gegenwart eintreten wird. Prävention bedeutet Verzicht und Disziplinierung in der Gegenwart zugunsten der Unterstellung einer guten Zukunft. Mit dieser Perspektive lassen sich sehr wohl auch Einwände gegen ein paternalistisches Präventionsverständnis formulieren, das Menschen in ihrer Wahlfreiheit in der Gegenwart mit Blick auf eine vage Zukunft beschränkt. Norbert Bolz` Argumente können dafür als Beispiel dienen. Paternalistische Präventionsstrategien sind normativ. Sie definieren, was gesund ist und was krank macht. Sie unterstellen, dass Menschen nicht wissen, was gut für sie ist. Unter dem Vorwand der Suchtprävention und Gesundheitsvorsorge, so Norbert Bolz, wird eine puritanische Politik



II. Prävention und Gesundheitsförderung

Problematisierung und Nicht-problematisierung von Risiken als gesellschaftliche Konstruktion

Die nebenstehende Kritik wird in der **systemischen Theorie der Prävention**, die Martin Hafen in seinem Buch über die „Grundlagen der systemischen Prävention“ entwickelt, sehr plausibel absorbiert. Sie versteht Gefährdungswahrnehmungen und -definitionen als Konstruktionen von gesellschaftlichen Gruppen, die auf diese zurückgeführt werden müssen. So beschreibt er etwa die Krankheitsdiagnose „Alkoholismus“ als Phänomen der Moderne, das im Mittelalter und der frühen Neuzeit, als Alkohol zum Hygieneinventar gehörte und dem Wasser vorgezogen wurde, nicht bekannt war. Selbst in der Gegenwart bezieht er sein stigmatisierendes Potential eher aus dem politischen, medizinischen und Präventionsdiskurs, wobei der Umgang mit Alkohol auch kulturell stark aufgeladen ist. Was, so die Unterstellung von Martin Hafen, als irrational, unvernünftig, krank usw. beschrieben und damit der Rationalität, Vernunft und Gesundheit gegenübergestellt wird, ist durch den speziellen Kontext begründet (S.145), der in sich widersprüchlich erscheinen kann, weil das Krankheitsbild Alkoholabhängigkeit durch die politisch, wirtschaftlich, sozial und

kulturell protegierte hohe Akzeptanz von Alkohol konterkariert wird. Diese Kontextualisierung kann helfen, dass Präventionsdiskurse und -strategien reflektiert werden und dass das Risiko einer zu starken Moralisierung der präventiven Kommunikation vermieden wird. Insofern handelt es sich, wenn man die Gegenwart beschreibt, weniger um eine „Risikogesellschaft“ im Sinne von Ulrich Beck, sondern um eine „Risikoethematisierungsgesellschaft“ wie Hafen meint, wobei man unterstellen muss, dass auch die Nichtbeschreibung und die Nichtwahrnehmung etwa von ökologischen Risiken (oder von Dieselfahrzeugen) eine von gesellschaftlichen Gruppen gesteuerte Konstruktion ist, die eine viel verheerendere Wirkung entfalten kann. Das heißt, es geht, das problematisiert Martin Hafen, um die Frage, warum die Gesellschaft gewisse Phänomene als problematisch konstruiert und andere nicht (S.146 f). Maßgebend sind hier einerseits die Medien, die ein Problem multiplizieren (oder eben auch nicht) sowie der Wissenschaftsdiskurs. So werden immer mehr psychische Besonderheiten diagnostiziert, die im systemischen Diskurs eine Konstruktion von bestimmten gesellschaftlichen Gruppen darstellen, was mit einer Pathologisierung von Menschen und dem Risiko einer Adressatenbeschädigung verbunden ist bzw. sein kann. Wenn Prävention unreflektiert, und darin kann eine Gefahr bestehen, Probleme zu

verhindern sucht, schließt sie an die Argumentationskette der Problemkonstruktion an und trägt dabei gleichzeitig zu deren Verfestigung bei und reproduziert sie womöglich, ohne sie abzuschaffen (S.149).

Das ist nur eine Perspektive der systemischen Theorie der Prävention. Wen diese mit ihrem kritischen Potential anspricht, der kann auf den Untertitel des Buches vertrauen, das auch ein Theoriebuch für die Praxis sein will.

JSt



Hafen, Martin; Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis, Carl-Auer Verlag 2013

der Lustvermeidung betrieben. Unaufhörlich tobt der Kampf gegen das Rauchen, den Alkohol, Fast Food und Pornografie. Wir sollen langsamer Auto fahren usw. usf. (vgl. Bolz, Norbert; Vom Aufstieg der Neopa-

ternalisten). Diese paternalistischen Botschaften, das unterstellt Norbert Bolz ihnen, behandeln den Menschen als Material. Sie organisieren die Belohnung und Strafen zu einer Sozialethik der subtilen Anleitung zu

einem besseren Leben, die den Charakter einer „Sozialvormundschaft im Namen der Mündigkeit“ hat.

Diese Einwände gegen ein paternalistisches Präventionsverständnis, das Sozialkontrolle, Überwachung

II. Prävention und Gesundheitsförderung



des Verhaltens, staatliche Erziehung zum „guten Menschen“, ein Anleitungsangebot zum Glück impliziert, sind von verschiedenen Autoren vorgetragen worden. Christa Sonnenfeld hatte ähnliche Einwände: Die ständige Artikulation von Risiken, die das Individuum heimsuchen und für die es zum großen Teil selbst verantwortlich ist, lässt keine Ruhe und Sicherheit aufkommen. Die Angst, der Verdacht, die Delegation von Verantwortung nach unten schaffen Raum für selbstdisziplinierende Mechanismen. Die gesundheitsbezogene Selbstüberwachung, die durch Technik möglich wird, orientiert sich an Normen, die diese disziplinierende Macht verstärken (vgl. Sonnenfeld, Christa; Gesundheit durch Selbstkontrolle, S.27). Die systematische Selbstüberwachung der eigenen Gesundheit wird Methode der Lebensführung. Ihr liegt die Vorstellung zugrunde, Körper und Psyche ließen sich vollständig formen und der Vernunft unterwerfen. Die Askese kehrt zurück und spaltet das Individuum. Das, wofür es sich zu leben lohnt, so befürchtete es Robert Pfaller, die Hingabe an die Lüste und den Genuss, weicht einer disziplinierenden Affektorganisation. Die Lüste verschwinden damit freilich nicht, sondern kehren als neurotische Unlust in verkehrter Gestalt des Abscheus, Ekels und des Gefühls der Belästigung wieder. Die Individuen, die keine geselligen Gebote der Lust mehr erhalten und sich der Macht einer normativen, selbstdisziplinierenden, so könnte man Pfaller interpretieren, Prävention machen, werden zu Opfern ihres Über-Ichs (vgl. Pfaller, Robert; Wofür es sich zu leben lohnt, S.37).

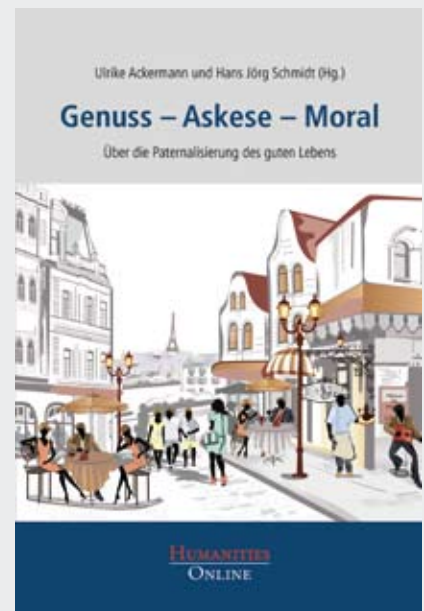
Es wäre aber verkürzt, die Kritik am präventiven Denken auf eine Kritik an einer impliziten Lustfeindlichkeit zu reduzieren. Im Kern zielt sie auf eine politische Strategie.

Bei den Wörtern „Genuss – Askese – Moral“ assoziiert man eher einen historischen Kontext, etwa den des Mittelalters, wo es mit der höfischen Kultur, in der der Genuss durchaus kultiviert und sublimiert wurde, und den Bettelmönchsorden ein Nebeneinander verschiedener moralischer Systeme und Lebensweisen gab, die unvereinbar waren.

Der Gegenwart unterstellt man hingegen einen Wertepluralismus, für den der Genuss nicht mehr in Frage steht und Askese und Moral keine wirklichen Verhandlungsgegenstände mehr sind, jedenfalls nicht mit Bezug auf den Genuss. Das ist aber offenbar nicht so. Beinahe alle in diesem Band zu Wort kommenden Autoren konstatieren eine zunehmende Lust- und Genussfeindlichkeit. Sie manifestiert sich in den Diskursen über das Rauchen, Trinken und Essen, über Zucker, Fette, Drogen, in Verboten und gesetzlichen Vorschriften über Genussgegenstände sowie in der öffentlichen Meinung über diese Verbote. So unterstellt Ulrike Ackermann, dass sich die Diskussion über Genuss auf die Kategorien Risiko und Sucht verengt hat. Verzicht, Abstinenz und Mäßigung sind die neuen Tugenden. Vor diesem Hintergrund hält sie ein Plädoyer für die Freiheit des Genusses. Genussfähigkeit, Lust und ihre Befriedigung empfindet sie als Voraussetzung für Lebensglück und als Antriebskräfte für zivilisatorischen Fortschritt (Ackermann, Ulrike; Plädoyer für die Freiheit des Genusses, S.58 ff.). Thomas Petersen versucht nachzuweisen, dass sich die politische Ausrichtung und die öffentliche Meinung, obwohl individuelle Freiheit nach

wie vor als hohes Gut empfunden wird, in den letzten Jahren in Richtung Restriktion, Kontrolle und Verbot verschoben hat (Petersen, Thomas; Warum Verbote so verlockend sind). Offenbar werden nach den Börsencrashes, Terroranschlägen, Umweltkatastrophen, der Prekarisierung von Arbeits- und Lebensverhältnissen staatliche Regulierungen weniger als Bevormundung und Paternalismus, sondern als Elemente der Sicherheit gehalten, was zu Lasten individueller Freiheiten geht.

Insofern gibt es in der Diskussion um Lebensstile in der Gegenwart Stimmen, die die Moralisierung im Präventionsdiskurs kritisieren. Sie unterstellen ihm, dass er Menschen stigmatisiert, individuelle Freiheiten und genussvolles Leben beschränkt. JSt



Genuss – Askese – Moral; hrsg. von Ulrike Ackermann und Hans Jörg Schmidt, Humanities 2016



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Interessant und nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang die Argumentation von Manfred Kappeler. Ihm geht es nicht um die Kritik an einzelnen präventiven Maßnahmen, die auf Grund vorliegender Erkenntnisse unumstritten sinnvoll sind. Es geht ihm auch nicht darum, dass Menschen sich gesundheitsbewusst verhalten und vorsorgend leben. Seine Kritik zielt auf ein der Prävention zugrunde liegendes Paradigma der Zukunftskonstruktion. Zukunft wird verbunden mit einer bestimmten Gefährdungserwartung. Diese wird politisch instrumentalisiert, um einen bestimmten Gegenwartzustand herzustellen und politische Maßnahmen der Gegenwart, die angeblich auf die Zukunft gerichtet sind, zu legitimieren. Die Konstruktion einer negativen Zukunftserwartung wird ein Instrument zur ordnungspolitischen Steuerung (vgl. Kappeler, Manfred; Prävention als Verhinderung selbstbestimmten Lebens, S.55). Deutlicher wird dieser fundamentale Einwand an den Beispielen, die Kappeler anführt:

- Soziale Leistungen werden reduziert mit dem Hinweis, dass nur so die Zukunft des Sozialstaates gerettet werden kann. Deshalb präventive Kürzung.
- Massenentlassungen in Konzernen sind notwendig, um die Zukunft und den Wirtschaftsstandort Deutschland im globalen Wettbewerb zu sichern.
- Studiengebühren sind sinnvoll, weil sie die universitäre Bildung und Forschung der Zukunft garantieren.
- Die Reduzierung von Leistungen des Gesundheitssystems ist notwendig, um die Zukunft der Gesundheitsversorgung zu sichern.
- Die Absenkung des Rentenniveaus ist unumgänglich, um das Rentensystem zukunftsfähig zu gestalten usw. usw. (vgl. Kappeler, S.63)

Natürlich kann insbesondere politisches Handeln nicht auf Zukunft verzichten. Und ohne Vorbeugung, so zitiert Christian Lüders Ulrich Bröckling, könnte und wollte heute keiner mehr leben (vgl. Lüders, Christian; Kappler, Manfred; Abschaffen oder seinen ideologisch-technokratischen Gebrauch verhindern, S.88). Immer geht es aber in den oben genannten Beispielen um präventive Maßnahmen, die Leistungen in der Gegenwart zugunsten einer besseren Zukunft und damit Lebensqualität der Gegenwart beschränken. Prävention wird zur dominanten ordnungspolitischen Strategie und zu einer Leitnorm (vgl. Kappeler, S.63). Die Qualität des Lebens in der Gegenwart wird einer Präventionsstrategie unterworfen, die mit einer nebulösen Zukunftskonstruktion argumentiert, hinter denen Kürzungsabsichten, Interessen, Ideologien, Machtsicherung vermutet werden müssen.

Solcher Art gegenwartsvereinnahmende Strategien lassen sich selbstverständlich auch im Gesundheitsbereich finden. Kappler zitiert eine Aussage des Bundesministeriums von 2004, in der es heißt: „Prävention muss zur nationalen Aufgabe werden. Und sie muss im direkten Lebensumfeld der Menschen verankert werden ... in Kindergärten und Schulen, an Arbeitsstellen, im öffentlichen Bereich unserer Städte und Gemeinden angesiedelt und auf gemeinsame Ziele ausgerichtet werden. Ziel ist, möglichst alle Bürgerinnen und Bürger mit nachhaltig wirkenden präventiven Angeboten zu erreichen [...] Alle Aktivitäten müssen auf gemeinsame Ziele ausgerichtet werden, um Krankheiten zu vermeiden bzw. deren Eintritt hinauszuzögern.“ (zitiert nach Kappeler, S.63)

Das ungute Gefühl bei solchen Aussagen entsteht durch deren zwanghaften, totalitären Charakter, die

den Duktus einer ideologieüberformten Doktrin annimmt. Insofern ist Manfred Kapplers Hinweis auf eine Strukturanalogie zur Zwangsnervose durchaus plausibel. Alle Vorgänge sollen überwacht und kontrolliert, alle Gefahren erkannt werden, um diese abzuwehren und um Systemsicherheit zu erzeugen. Totale Wohlfahrt schließt die Überwachung des Verhaltens der Bürger ein, so befürchtet Robert Bolz, und Politik pervertiert zum Glücksangebot. Der starke Staat ist aber, so Bolz, eben kein universaler Problemlöser. Er darf gerade nicht die Gesamtverantwortung für die Gesellschaft übernehmen wollen. Der starke Staat enthalte sich, so beruft sich Norbert Bolz auf Wilhelm von Humboldt, aller Sorgfalt für den positiven Wohlstand der Bürger. Er weiß, dass er zum guten Leben des einzelnen nichts Wesentliches beitragen kann (vgl. Bolz, Robert; Vom Aufstieg der Neopaternalisten).

Solche Einwände sind ernst zu nehmen. Sie richten sich nicht dagegen, dass Menschen Verantwortung für sich selbst übernehmen. Ganz im Gegenteil. Die Pflicht für die Zukunft gibt dem Menschen Sinn, Lebensführung gibt dem Leben Form. Der Mensch hat, wie Robert Bolz konstatiert, kein Biogramm, das ihn in die Natur adäquat einordnet. Er braucht Identitätsformeln und muss seine Lebensrollen selbst definieren. Was dem Menschen Würde verleiht, ist nicht sein Lebensstandard, sondern seine Lebensführung (Bolz, Robert; Ich will einen Unterschied machen. Essay).

Solche Einwände werden auch nicht in einem neoliberalen Kontext diskutiert. Die bekannte Schriftstellerin Juli Zeh, die ihn ihrem Roman „Corpus Delicti“ eine Gesellschaft beschrieben hat, in der die Freiheit des einzelnen im Namen eines gesellschaftlich verordneten Gesund-

II. Prävention und Gesundheitsförderung



heitsprogramms eingeschränkt wird, meinte, dass in der modernen Gesellschaft kapitalistische Parameter der Schönheit, Leistungsfähigkeit und Jugend gegen abendländische Werte der Mündigkeit des Einzelnen, Bildung und Freiheit geopfert werden. Die beste Gesundheitsstrategie richte sich nicht als Ratschlagsapothek auf Gesundheit, sondern sei ein Bildungs- und Armutsvermeidungsprogramm (vgl. Zeh, Juli; Wieviel Wissen ist gesund?, S.6). Die Kritik richtet sich vielmehr gegen eine paternalistische präventionsorientierte Betreuungsmentalität des Staates, wie sie in Präventionsstrategien zum Ausdruck kommen kann. Die Lösung ist ganz sicher nicht der Verzicht auf Prävention, sondern ihre partizipative Formulierung. Präventionsstrategien müssen berücksichtigen, dass Menschen im hier und jetzt leben, dass sie sich selbst verwirklichen wollen, was impliziert, dass sie ihr Leben selbst bestimmen, selbst führen, gestalten und kultivieren können. Präventionsstrategien und ihre Akteure haben dafür offenbar einen Rahmen zu bilden. Sie können Menschen auf ihrem Weg begleiten.

Dr. Jan Steinhaußen

in Zusammenarbeit mit Theresa Kuhr, Melanie Schieck, Uta Maercker und Martin Staats von AGETHUR



Der Westfälische Dampfboot Verlag gibt eine Zeitschrift heraus, deren Name Programm ist. „Widersprüche“. Das Originelle an ihr ist, dass scheinbar Unstrittiges in anderen Diskursen diskutiert wird und dadurch die Gegenstände anders bewertet und in einem anderen Licht gesehen werden können. So verhält es sich mit dem Thema Prävention, gegen die es auf den ersten Blick nichts einzuwenden gibt, denn wer sollte sich gegen Vorsorge und Gefahrenabwehr wenden? Es sei denn, sie decamouffiert sich als paternalistisches Erziehungs- und Einsparprogramm, das die Gegenwartsressourcen zugunsten einer vagen Zukunft opfert. Vor diesem Hintergrund sind Präventionsstrategien durchaus widersprüchlich, zu hinterfragen und kritikwürdig. Genau das leisten die Beiträge u.a. von Helga Cremer-Schäfer, die auf die Präventionskritik der 1980er Jahre Bezug nimmt, in der Prävention als Herrschaftsinstrument vorgestellt wurde, von Christa Sonnenfeld, die die Gefährdungsbeschreibung des Menschen als Ressource für seine Selbstkontrolle kritisch hinterfragt, von Manfred Kappeler, dessen kritischer Ansatz nebenstehend besprochen wird. Dabei sind die Beiträge durchaus

nicht einseitig gegen Prävention gerichtet. Der Band wird durch ein Interview beschlossen, das den Charakter einer kontroversen Diskussion hat, in der die Protagonisten, Manfred Kappeler und Christian Lüders, der Prävention eine unterschiedliche Rolle zuweisen. Einig scheinen sich die Autoren darin, dass sie kritisch verfacht und kritisch reflektiert werden muss. JSt

Politik der Prävention. Unvorsichtig – riskant – widersprüchlich. Widersprüche 139. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Westfälisches Dampfboot 2016



Literatur

- Ackermann, Ulrike; Plädoyer für die Freiheit des Genusses, in: Genus – Askese – Moral, S.55-63
- Alter und Prävention, hrsg. v. Stefan Pohlmann, 2016
- Altgeld, Th.; Kolip, P.; Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2017, S.45-56
- Bolz, Norbert; Vom Aufstieg der Neopaternalisten (Betreuer Glückszwang mit medialer Lazarett poesie), www.novo-argumente.com/artikel/vom_aufstieg_der_neopaternalisten

- Bolz, Norbert; Ich will einen Unterschied machen! Essay; <http://www.bpb.de/apuz/31704/ich-will-einen-unterschied-machen-essay?p=all>
- Castel, Robert; Von der Gefährlichkeit zum Risiko, in: Der Mensch als Risiko, S.51-74
- Courten, de Maximilian; Courten, de Barbora, Egger, Garry, Sagner, Michael; Epidemiologie chronischer Krankheiten, in: Präventionsmedizin, S.13-31
- Der Mensch als Risiko, hrsg. v. Manfred Max Wambach, 1983
- Genuss – Askese – Moral; hrsg. v. Ulrike Ackermann und Hans Jörg Schmidt, 2016
- Hafen, Martin; Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis, 2013



II.

Prävention und Gesundheitsförderung

Heard, Heidi L.; Sawales, Michaela A.; Verhaltensänderung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie, 2017

Geene, Raimund; Reese, Michael; Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung, 2016

Hellerich, Gert; Screening in den USA: Der Kleinkinder-TÜV, in: Der Mensch als Risiko, S.137-147

Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen; Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.13-24

Kivipelto, Miia; Häkansson, Krister; Ein Training gegen Alzheimer, in: Gehirn&Geist, 08/2017, S.75-79

Kruse, Andreas; Prävention im Alter: Anthropologischer Kontext, Konzepte, Befunde; in: Alter und Prävention, hrsg. v. Stefan Pohlmann, 2016, S.107-129

Kruse, Andras; Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter; in: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, S.89-99

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, hrsg. v. Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch, 2017

Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§20 und 20a SGB V, www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/admin/download.php?dl=leitfaden

Lüders, Christian; Von der scheinbaren Selbstverständlichkeit präventiven Denkens, in: Mythos Prävention; Impulse, Bulletin des Deutschen Jugendinstituts 2/2011, S.4-6

Lüders, Christian; Kappler, Manfred; Abschaffen oder seinen ideologisch-technokratischen Gebrauch verhindern, in: Politik der Prävention, S.87-110

Kappeler, Manfred; Prävention als Verhinderung selbstbestimmten Lebens in der Gegenwart im Namen der Zukunft, in: Politik der Prävention, S.53-68

Kühlein, Thomas; Freund Tobias; Joos, Stefanie; Von der Kunst des Weglassens, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 48, 29. November 2013, S.2312- 2314

Häkkinen, Hannele; Präventive Praxis- und Politikansätze in Europa, in: Alter und Prävention, S.301-310

Mythos Prävention; Impulse, Bulletin des Deutschen Jugendinstituts 2/2011 file:///C:/Users/janst/Landesseniorenrat%20Thüringen/LSR%20-%20Oeffentlichkeitsarbeit_Kommunikation/Seniorenreport/2017/Gesundheitsversorgung/2%20Prävention%20und%20GF/Literatur/Mythos%20Prävention.pdf

Petersen, Thomas; Warum Verbote so verlockend sind, in: Genuss – Askese – Moral, S.45-54

Pfaller, Robert; Wofür es sich zu leben lohnt. Elemente materialistischer Philosophie, 2011

Politik der Prävention; Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 36. Jahrgang, März 2016

Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015; www.gkv-spitzenverband.de/

media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2016_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf

Präventionsmedizin. Chronische Krankheiten – Vorbeugen und Behandeln, hrsg. V. G. Egger, A. Binns, S. Rössner, M. Sagner; 2017

Präventive Hausbesuche; www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3441248.pdf

Radebold, Hartmut und Hildegard; Zufrieden älterwerden. Entwicklungsaufgaben für das Alter 2015

Reichel, Wolfgang; Der vorverlegte Eingriff. Zur Verrechtlichung der Prävention, in: Der Mensch als Risiko, S.89-102

Retzbach, Joachim; Sinn schlägt Glück, in: Gehirn&Geist 08/2017, S.12-17.

Sagner, Michael; McNeil, Amy; Arena, Ross; Die Zukunft moderner Gesundheitsversorgung und Präventionsmedizin, in: Präventionsmedizin, S.383-391

Schulz, Katrin; Vortrag, in: Dokumentation, hrsg. von Agethur (dort erhältlich)

Schnell, Tatjana; Psychologie des Lebenssinns, 2016

Sonnenfeld, Christa; Gesundheit durch Selbstkontrolle, in: Politik der Prävention, S.25-34

Taylor, Rosemary CR; Die Konstruktion der Prävention: Wissenschaft und Ideologie in den USA, in: Der Mensch als Risiko, S.151-175

Thivissen, Tatjana; Balsam für Körper und Seele, in: Gehirn&Geist, 08/2017, S.18-23

Thomä, Dieter; Jetzt reicht's. Die Lage ist schlecht. Diejenigen, die das Sagen haben, versagen. Widerstand ist zwecklos. Eine Abrechnung mit unserem kaputten System, in: DIE ZEIT, Nr.33, 10. August 2017 S.35-36

Vobruha, Georg; Prävention durch Selbstkontrolle, in: Der Mensch als Risiko, S.29-48

Zeh, Juli; Wieviel Wissen ist gesund? Interview, in: Impulse 74/2012; <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Newsletter-Nr74-Web.pdf>



Die in Thüringen vorgesehene Kreis-, Gebiets- und Verwaltungsreform wird bedingt Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Die Raumstruktur der ambulanten medizinischen Versorgung wird sich dann auf die größeren Landkreise und kreisfreien Städte beziehen. Die Krankenhausstandorte bleiben erhalten. Die Krankenhausplanung wird sich dann auf die neue Raumstruktur beziehen. Und der öffentliche Gesundheitsdienst wird neu strukturiert werden müssen.

Staatssekretär Uwe Höhn im Thüringer Ministerium für Inneres und Kommunales, der für die Umsetzung der Reform verantwortlich ist, erläuterte auf der Fachtagung des Landesseniorenrates am 19.09.2017 in Erfurt die Auswirkungen einer Kreis-, Gebiets- und Verwaltungsreform auf die Belange der Bürger. Die Bürgernähe der Verwaltung soll erhalten bleiben.

II. Prävention und Gesundheitsförderung



Juli Zeh, Jahrgang 1974, ist eine der prominentesten und erfolgreichsten deutschen Schriftstellerinnen. In ihrem 2009 erschienenen Roman *Corpus Delicti* thematisiert sie die Gefahren einer Gesundheitsdiktatur.

In dieser gibt es Kontrollinstanzen, die die Alltagsgewohnheiten, Ernährungs-, Bewegungs- und Schlafverhalten von Menschen streng kontrollieren. Diese sich in der Gegenwart abzeichnenden und z.T. selbstgesteuerten Kontrollmechanismen sind in ihrem totalitären Staat institutionalisiert. Die Gesundheit der Bürger ist Staatsdoktrin. Die beauftragte Behörde kontrolliert nicht nur die Gesundheitsdaten ihrer Bürger, sondern interveniert gegebenenfalls auch mit erzieherischen und strafrechtlichen Mitteln. Raum dafür, dass Menschen sich entsprechend ihren Wünschen, Neigungen und Vorlieben frei entwi-

ckeln können und andere Prioritäten setzen als ein langes Leben, gibt es nicht.



Juli Zeh warnt mit ihrem Roman davor, als Staat alles kontrollieren und regulieren zu wollen. Ihre Kritik bezieht sie nicht nur auf die Überwachung des Gesundheitsstatus, die sich als wohlwollende und fürsorgliche Prävention tarnt, sondern gleichermaßen auf Internetzensur, auf das Erfassen biometrischer Daten im Ausweis, Online-durchsuchungen, Bespitzelung in Betrieben, Nacktscanner, Rauchverbote, Überwachungskameras u.dgl. mehr. Die Sorge um die Sicherheit, die die Einschränkung bürgerlicher Freiheiten rechtfertigt, ist selbst pathologisch, weil sie latent die Demokratie durch Überwachung aushöhlt. Die Präventionslogik ist eine Repressionslogik, wenn sie Freiheiten und Lebensentwürfe einschränkt. Sie erschafft totalitäre und exkludierende Strukturen, die nicht nur das Individuum pathologisieren, sondern es tatsächlich krankmachen. Insofern schiene es angebracht, eine Präventionspolitik, die Gutes will, danach zu befragen, welchen Raum sie für Individuelles lässt und inwiefern die Freiheit der Selbstentfaltung gewahrt bleibt.

JSt.

DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Martha Frieda Friedel



Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Ein Kranker oder sich krank fühlender Mensch oder auch gesunder Menschen ist per se noch kein Patient. Er wird erst zum Patienten, indem er sich einem Behandelnden, in der Regel einem Arzt oder Psychotherapeuten, dort wird er eher als Klient bezeichnet, anvertraut und eine Vertragsbeziehung mit einem Anspruch auf eine Dienstleistung eingeht. Als solcher, d.h. als Vertragspartner, besitzt er einen Rechtsstatus, Rechte und Leistungsansprüche.

Da das deutsche Gesundheitssystem, was Akteure, Organisationen, Leistungsansprüche, Rechte usw. betrifft, extrem ausdifferenziert ist und es den Anspruch hat, dem Menschen, d.h., dem Patienten zu dienen, erscheint es sinnvoll, den Patienten im System der medizinischen Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen und seine Stellung und seine Rechte, bevor die Teilsysteme beschrieben werden, zu erläutern. Das soll im Folgenden mit einigen wichtigen Begriffen erfolgen.

1. Die Patientenakte

Bei medizinischen Behandlungen besteht die Notwendigkeit und Pflicht der Dokumentation. Dafür gibt es die Patientenakte. Sie ist ein Kommunikationsmittel zwischen den behandelnden Fachkräften. Sie dient der Sicherheit der Patienten sowie den Ärzten und Pflegekräften als Selbstkontrolle. Darüber hinaus dient sie dem Nachvollzug von medizinischen und pflegerischen Handlungen, was bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern rechtsrelevant sein kann (vgl. BGB § 630h).

Für die Vollständigkeit der Patientenakte ist der behandelnde Arzt verantwortlich (vgl. BGB § 630f). Der Be-

handelnde ist laut BGB verpflichtet, in die Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und zukünftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere Anamnese, Diagnosen, Ergebnisse, Befunde, Therapien und Eingriffe sowie deren Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen sowie Arztbriefe, wobei eine Aufbewahrungspflicht von zehn Jahren besteht (vgl. BGB § 630f).

Inhalt einer Patientenakte können somit sein:

- Dokumente zur Identifikation wie das Patientenstammblatt
- Dokumente zur Aufnahme (den Einweisungsbefund, eine ausführliche Anamnese, den Aufnahmebefund, die Dokumentation der durchgeführten Untersuchungen)
- Dokumente bei invasiven Maßnahmen (einen vorläufigen und einen endgültigen OP-Bericht, das Narkoseprotokoll, die Dokumentation der erhaltenen Blutprodukte)
- Dokumente zur Beauftragung anderer Abteilungen (die Diagnosen und Verdachtsdiagnosen, die Laboranforderungen und die Laborbefunde, Röntgen- und andere Bilder, die konsiliarischen Anforderungen)
- fortlaufend aktualisierte Dokumente (das Krankenblatt und die Pflegebögen, auf denen Komplikationen dokumentiert werden)
- Dokumente ohne besondere Form (Notizen zu besonderen Zwischenfällen)
- Dokumente zum weiteren Verlauf (die pharmakologischen Verordnungen, den ärztlichen und den pflegerischen Bericht der Intensivstation, an den Patienten ausgegebene Warnungen)
- Dokumentation der durchgeführten Therapiemaßnahmen
- Dokumente zur Entlassung (den Entlassungsbrief, den vorläufigen

Arztbrief und den endgültigen Arztbrief, Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen).

Patienten haben das Recht, ihre Krankenakte einzusehen (BGB § 630g und Kopien herstellen zu lassen. Das Einsichts- und Duplizierrecht gilt auch für dessen Erben. Die Einsicht darf nur verweigert werden, „soweit ihr sonstige erhebliche Rechte Dritter“ entgegenstehen. Gesetzlich versicherte Patienten können sich darüber hinaus eine Patientenquittung (Kosteninformation) über die abgerechneten Leistungen kostenlos ausstellen lassen (§305 SGB V).

2. Die Patientenautonomie

Während Patientenmündigkeit eher als Vermögen beschrieben werden kann (sich seines Verstandes zu bedienen). ist Patientenautonomie eher eine Garantie, die unterstellt, dass Patienten das uneingeschränkte Recht auf Selbstbestimmung haben. D.h., Patienten haben ein Anrecht darauf, medizinischen Behandlungen und Therapien zuzustimmen oder abzulehnen, nachdem sie fachgerecht aufgeklärt wurden. Das Konzept der Patientenautonomie unterstellt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie als wesentliches Kriterium seine informierte Einwilligung. Eine informierte Einwilligung ist dann gegeben, wenn die Entscheidung des Patienten absichtlich, mit Verständnis und frei vom kontrollierenden Einfluss anderer erfolgt. Das setzt eine ausführliche und genaue Aufklärung durch die behandelnden Ärzte über alle Vor- und Nachteile einer Behandlung, die gewünschte Heilung und mögliche Nebenwirkungen oder Risiken voraus, wobei die Aufklärung das Verständnis derselben unterstellt. Der Patient muss Nutzen und Risiko gegeneinander abwägen und in Ruhe eine eigene



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Entscheidung treffen können, die seinem Willen und Verständnis entspricht.

(vgl. www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie)

Außer dem Recht auf Zustimmung zu medizinischen Behandlungen beinhaltet Patientenautonomie weitere Rechte:

- die Auswahl zwischen möglichen Behandlungsvarianten
- auf Information
- auf Selbstbestimmung und Selbstartikulation
- auf die Wahrung der individuellen Würde und Freiheit, was die Einschränkung von Handlungsspielräumen auf Grund von institutionellen Strukturen nur als Ultima Ratio zulässt.

Rechtliche Grundlage der Patientenautonomie

Die Wahrung der Patientenautonomie ist keine Ermessensfrage eines Arztes. Sie leitet sich aus dem Grundgesetz, der Garantie der Unantastbarkeit der Menschenwürde sowie dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung her. Die Stärkung der Patientenautonomie wurde auch im Patientenrechtegesetz festgehalten. „Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“ Ist die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben, ist die Einwilligung von den jeweils Berechtigten einzuholen, insofern keine Patientenverfügung vorliegt (siehe Patientenrechtegesetz, BGB § 630 d)

Konsequenzen

Die Wahrung der Patientenautonomie in der medizinischen Behandlung hat gravierende Konsequenzen, die sich nicht nur auf formale Einverständniserklärungen des Patienten

für bestimmte Behandlungen beziehen. Sie verändern das tradierte Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient grundsätzlich. Das Einverständnis in eine bestimmte Behandlung setzt Kenntnis und Information voraus. Der Arzt ist in seiner Rolle eher der Begleiter und Berater, der Behandlungsoptionen vorstellt und diskutiert und die Entscheidung beim Patienten belässt. Der Patient ist Experte in seiner Sache. Er entscheidet im Idealfall selbständig über die Behandlungsart und den -umfang. Als eine gelungene Wahrung der Patientenautonomie kann gelten, wenn Arzt und Patient partnerschaftlich entscheiden.

Probleme der Patientenautonomie

Autonomiekonzeptionen unterstellen das Ideal eines autonomen Subjekts, was zu dem Einwand der Überforderung führt, zumal sich Patienten in strukturellen Abhängigkeitszusammenhängen befinden, die ihre Handlungsautonomie einschränken. Als Problematisch erweist sich Verschiedenes:

- Schwierig ist der unterschiedliche Wissensstand von Arzt und Patienten. Ärzte sind Spezialisten für ihr Fachgebiet. Ihnen fehlen ihrerseits in der Regel Kenntnisse über systemische Zusammenhänge von Krankheiten bei konkreten Patienten. Andererseits ist die Informiertheit von Patienten sehr unterschiedlich. Untersuchungen zur Informiertheit von Patienten belegen, dass über 70% der Patienten keine oder nur ungenügende Informationen über ihre eigene Krankheit besitzen. Insofern bleiben sie trotz Aufklärungsbemühungen in der Tendenz häufig das Behandlungsobjekt des Arztes.
- Eine Ablehnung von bisher selbstverständlichen und unhinterfragten Behandlungsmethoden, ausführ-

liche Patienteninformation durch Ärzte, kritische Fragen von Patienten, der Wunsch nach alternativen Behandlungsmethoden oder gar menschenwürdigere Begleitung sind in Krankenhaussettings faktisch nicht vorgesehen, zumal im Selbstverständnis vieler Ärzte die Patientenautonomie nicht integriert ist.

- Es gibt im medizinischen Bereich zahlreiche implizit wirkende Faktoren, die Einfluss auf Patientenentscheidungen und somit auf die Patientenautonomie nehmen, ohne dass sie adäquat reflektiert werden (können), wirtschaftliche Faktoren, Ressourcenbegrenzungen, Interessen von Ärzten und Krankenhäusern, medizinische Leitlinien, unsicheres Wissen über die Auswirkungen von Behandlungen und Medikationen usw. usf. Wäre der Wille von Patienten auf der Grundlage objektiver Informationen maßgebend, gäbe es keine Diskussion über Fehlmedikationen, über Überversorgungen, unnötige Operationen und wirtschaftliche Fehlanreize. Das Ausmaß solcher Phänomene verweist auf die Macht von Faktoren, die mit dem Patientenwillen nichts zu tun haben, davon abgesehen, dass auch der lebensbiografisch geformte Patientenwille problematisch, gesundheitsschädlich, inadäquat usw. sein kann.
- Diese „letztenannten Unwägbarkeiten“ verweisen darauf, dass der autonome Patient ein Konstrukt ist. Es unterstellt rationales Handeln und vollständig informierte Patienten und dass Ärzte vollständige Informationen (auch über unabsehbare Folgen) geben könnten. Nichts davon trifft zu: Weder sind Patienten – zumal wenn sie hochaltrig, schwer geschädigt, kognitiv beeinträchtigt, in Krisensituationen befangen, depressiv oder verängs-

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



tigt sind – im umfassenden Sinne rational abwägend noch sind sie umfassend informiert noch können Ärzte allumfassende Information gewährleisten. Der konkrete Eingriff (selbst eine Zahnarztoperation), darauf verweist Nikolaus Knoepffler, bleibt den meisten Patienten ein Buch mit sieben Siegeln (vgl. Knoepffler, Nikolaus, Patientenautonomie, S.147).

- Gravierende Probleme ergeben sich insbesondere dann, wenn Patienten nicht oder nicht adäquat einwilligungsfähig sind, weil sie auf Grund ihrer kognitiven Disposition als nicht einwilligungsfähig gelten, bei komatösen Patienten, Demenzerkrankten, bei Kindern, bei verwirrten und nicht ansprechbaren Patienten. Selbst wenn bei komatösen oder demenzerkrankten Patienten Patientenverfügungen vorliegen oder zu einem früheren Zeitpunkt Behandlungswünsche geäußert wurden und Betreuer einen verfügbaren Willen artikulieren können, gibt es in der Praxis verschiedenste unklare Situationen. Was ist mit Demenzerkrankten, die einen vitalen Lebenswillen ausstrahlen, aber qua Verfügung bestimmte Behandlungen ausge-

schlossen haben? Als eine häufige Form der nonverbalen Willensäußerung beschreiben Pflegekräfte die Essensverweigerung von Demenzerkrankten. Was ist, wenn als nichteinwilligungsfähig geltende Patienten sich verbal oder nonverbal äußern können, diese Äußerungen aber früheren Willensäußerungen widersprechen? Usw. usf. Ralf Jox verweist in diesem Zusammenhang auf eine Studie, dass Informationen über das aktuelle Patientenverhalten häufig einen weitaus größeren Einfluss auf Therapieentscheidungen haben als früher verfügte Willensäußerungen (Jox, Ralf; Der natürliche Wille, S. 336). Solche in der Praxis in unterschiedlichster Ausprägung vorkommenden Fälle werden in der Literatur ausführlich mit Bezug auf Patientenautonomie und autonome Willensentscheidungen diskutiert. Sie verweisen darauf, wie schwierig ärztliche Entscheidungen, die sich der Patientenautonomie verpflichtet fühlen, sein können.

Vor dem Hintergrund solcher Probleme und Dilemmata plädieren verschiedene Autoren für ein sog. Mo-

dell der „**gestützten Autonomie**“, das vor dem Hintergrund der Behandlung von hochaltrigen, kognitiv beeinträchtigten, pflegebedürftigen, schwer- und sterbenskranker Menschen eine hohe Plausibilität besitzt. Im Konzept „Gestützter Autonomie“ geht es um Autonomieförderung von Menschen, die gerade unter den Einschränkungen schwerster oder terminaler Krankheiten besondere Bedeutung gewinnen kann. Es umfasst

- das überhaupt erst Bewusstmachen des Anspruchs auf Autonomie
- Autonomiebefähigung durch die Behandlung körperlicher, psychischer und mentaler Schmerzen oder Depressionen (rund ein Viertel der depressiven Patienten ist bezüglich therapeutischer Entscheidungen praktisch einwilligungsunfähig)
- den Abbau institutioneller Hemmnisse
- die Beseitigung oder Klärung entwürdigender Maßnahmen und Umstände.

Das Vertrauen zwischen Arzt und Patient spielt bei diesem Konzept eine entscheidende Rolle (vgl. Geisler, Linus S.; Patientenautonomie - eine kritische Begriffsbestimmung und

Maßgebliche Willensäußerungen bei Einwilligungsunfähigkeit von Patienten als Grundlage für medizinische Behandlungen und Ausdruck von Patientenautonomie

Patientenverfügung

Schriftliche Verfügung über eine Behandlung für eine antizipierte Behandlungssituation

Behandlungswunsch

Mündlich geäußelter Wille über eine Behandlung für eine antizipierte Behandlungssituation

Mutmaßlicher Wille

Das Gewollte drückte sich früher in unspezifischen Äußerungen, gelebten Überzeugungen und Werten aus.

„Natürlicher Wille“

Das Gewollte drückt sich in meist unspezifischen Äußerungen im aktuellen Verhalten aus.



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) ist eine gemeinnützige Einrichtung mit Sitz in Berlin. Die UPD hilft Ratsuchenden, sich im deutschen Gesundheitssystem besser zurechtzufinden und Entscheidungen im Hinblick auf medizinische oder sozialrechtliche Gesundheitsfragen selbstbestimmt, eigenverantwortlich und auf informierter Grundlage zu treffen. Sie berät Ratsuchende bundesweit in medizinischen und (sozial)-rechtlichen Fragestellungen. Dazu gehören unter anderem allgemeine Informationen zu Krankheiten, Symptomen und Diagnosen und zu Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, aber auch Informationen zu Patientenrechten, zum Beispiel bei Konflikten mit Ärzten oder Krankenkassen oder die Beratung zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Je nach individueller Fragestellung beraten Juristen, Ärzte, medizinische Fachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte. Die Beratung ist grundsätzlich

unabhängig, neutral und für die Ratsuchenden kostenfrei. Sie steht allen Menschen offen, unabhängig davon, ob sie gesetzlich, privat oder gar nicht krankenversichert sind.

Beratungsangebote für Ratsuchende

Ratsuchende können die UPD unkompliziert und auf vielen Wegen erreichen: telefonisch an 80 Stunden pro Woche, per Post oder Online. Für den persönlichen Kontakt stehen bundesweit 30 feste Vor-Ort-Beratungsstellen und drei mobile Beratungsstellen zur Verfügung, die regelmäßig 100 Städte in ganz Deutschland ansteuern. Der oder die Ratsuchende entscheidet selbst, welchen Weg er oder sie bevorzugt.

Vor Ort-Beratung in Erfurt:

Arnstädter Straße 50
(3. Etage im Bürohaus).

Die UPD-Beratungsmobile in Thüringen:

Eine persönliche Beratung ist im Rahmen der Mobiltour vier Mal im Jahr auch in Jena, Bad Frankenhausen, Eisenach und Nordhausen möglich. Die aktuellen Tourdaten finden Sie auf www.patientenberatung.de.

Der Beratungsservice vor Ort und im Beratungsmobil kann nach telefonischer Terminabstimmung genutzt werden, und zwar unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 011 77 25 (Zeiten: Mo – Fr 8.00 bis 22.00 Uhr, Sa 8.00 bis 18.00 Uhr).

Die bundesweite kostenfreie telefonische Beratung:

Ratsuchende haben die Möglichkeit, sich telefonisch – kostenlos aus allen Netzen – beraten zu lassen. Die telefonische Beratung ist wie folgt erreichbar:

Beratung Deutsch: 0800 011 77 22 montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Beratung Türkisch: 0800 011 77 23 montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Beratung Russisch: 0800 011 77 24 montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Beratung Arabisch: 0800 33 22 12 25 dienstags von 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags von 17.00 bis 19.00 Uhr.

Weitere Informationen, auch zu Online-Beratungsmöglichkeiten und der App, finden Ratsuchende unter www.patientenberatung.de, Facebook, Twitter oder Vimeo.



Heike Morris, juristische Leiterin bei der UPD, und ihr Team stehen Ihnen für gesundheits- sowie sozialrechtliche Fragen gern zur Verfügung.



Fragen rund um medizinische und gesundheitliche Themen beantworten Dr. Johannes Schenkel, Ärztlicher Leiter der UPD, und sein Beraterteam.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Knoepffler, Nikolaus; Patientenautonomie).

Autonomie aus der Patientenperspektive

Die Wahrung der Patientenautonomie erscheint heute ein unverzichtbares Gebot für ärztliches Handeln zu sein. Allerdings scheint die Frage berechtigt, wie relevant sie Patienten selbst ist. Linus Geisler verweist darauf, dass sich – zumal aus der Sicht von Patienten Autonomie und der Einwilligungsanspruch nicht die einzigen Perspektiven in der Behandlung, Pflege und Betreuung kranker Menschen sind – bei schweren Krankheiten insbesondere am Lebensende die Selbstbestimmungsfähigkeit naturgemäß einschränkt und dass der Wunsch nach autonomen Entscheidungen mit der Krankheitschwere abnimmt. An die Stelle des Bedürfnisses nach freier Wahl und Auswahl tritt das Bedürfnis nach Fürsorge, Nähe, Angst- und Schmerzfreiheit. Er verweist in diesem Zusammenhang auf eine Studie von S. Joffe u.a., in der die über 12.600 befragten Patienten aus 51 Krankenhäusern in den USA nach ihrer Entlassung als Hauptanliegen angaben, mit Respekt und Würde behandelt zu werden und den Ärzten vertrauen zu können; weniger Gewicht wurde der Möglichkeit beigemessen, autonome Entscheidungen treffen zu können. Menschen empfinden sich bei einer Krankheit offenbar bereits als autonom, wenn sie Fragen stellen können, wenn sie mit Würde und mit ihren individuellen Bedürfnissen behandelt werden. Dieses Ernstgenommenwerden durch den Arzt, so Geisler, erscheint aus der Patientenperspektive oft lebensnaher zu sein als ein abstraktes Autonomieversprechen (vgl. Geisler, Linus S.; Patientenautonomie).

3. Patienteninformationen / Patientenleitlinien

Patienten haben das Recht auf angemessene Information durch ihre behandelnden Ärzte. Ärzte ihrerseits haben eine Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber Patienten über jeweils angewandte medizinische Behandlungen, über mögliche Folgen und alternative Behandlungsmöglichkeiten. Über diese Informations- und Aufklärungspflichten wird im Abschnitt Patientenrechte informiert.

Darüber hinaus können sich Patienten auf verschiedenste Weise über Krankheiten, Möglichkeiten der Vorsorge, Behandlungserfolge und -risiken, gesunde Ernährungs- und Lebensweise u.a. informieren. Dabei versteht man unter **Patienteninformationen** Publikationen oder anderweitige Veröffentlichungen mit Informationen für medizinische Laien zu Fragen von Gesundheit und Gesundheitsförderung, zu Krankheit und Untersuchungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten sowie zu Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Kliniken, Arztpraxen, Krankenkassen usw.). Patienteninformationen zu medizinischen Themen sollen Patienten und deren Angehörige in die Lage versetzen, eine Krankheit beziehungsweise deren Symptome zu verstehen und einzuordnen. Sie sollen über Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen informieren, aber auch vor nutzlosen, überflüssigen und schädlichen Maßnahmen warnen.

Die Frage ist, wie unabhängig, zuverlässig und aktuell sind Informationen und welche Interessen verfolgen die Hersteller von an Patienten gerichteten Informationen, denn die Wissensproduktion und -verarbeitung erfolgt im Grunde durch alle Akteure im Gesundheitssystem, durch Ministerien, Krankenkassen,

Ärtekammern, Apothekenverbände, Pharmaunternehmen, medizinische Fachzeitschriften und Fachgesellschaften, Vereinigungen zur Gesundheitsförderung, durch Universitäten, Patientenorganisationen, öffentliche Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäuser usw. usf. Darüber hinaus informieren und werben auch Privatunternehmen mit wirtschaftlichen Interessen, Nahrungsmittelhersteller, Hersteller von künstlichen Vitaminen und Nahrungsergänzungsmitteln, Wellnessanbieter und viele andere mehr. Alle Organisationen unterstellen und suggerieren mit ihren Informationen Objektivität, Patientenwohl und eine gesundheitsfördernde Wirkung.

Die Kompetenz von Patienten besteht weniger darin, medizinische oder sonstige Gesundheitsinformationen, die unzählig im Internet verfügbar sind, zu generieren, sondern sie nach individuellen Bedürfnissen zu befragen und zu bewerten, die Information in Bezug zu Gegendarstellungen zu stellen und zu relativieren, den Absender zu kontextualisieren, die Interessen von Informationsanbietern zu erkennen sowie Informationen hinsichtlich ihres „Wahrheitswerts“ zu dechiffrieren.

Dabei kann man kaum optimistisch sein. Verschiedene Studien haben ermittelt, dass die Mehrzahl der Menschen über nur geringe Gesundheitskompetenzen verfügen. Nach der standardisierten HLS-EU-Skala weisen, so eine Studie der AOK, sieben Prozent der GKV-Versicherten eine ausgezeichnete und 33,5 Prozent eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf. Bei 45,0 Prozent der GKV-Versicherten ist der Kenntnisstand hingegen problematisch, bei 14,5 Prozent unzureichend (www.wido.de/publikationen/widomonitor/wido-monitor-2-2014.html, siehe auch Schweitzer, Fragen Sie weder Arzt noch Apotheker,



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Bild im Header von Susanne Paasch aus der Fotoausstellung des vdek „Das kann Selbsthilfe!“

S.220). D.h., eine Mehrzahl der Patienten, das kann man unterstellen, hat Probleme, Patienteninformationen zu finden, zu verstehen, zu interpretieren und adäquate Schlüsse für die eigene Gesundheit aus ihnen zu ziehen.

Unabhängige Patienteninformationen, soweit man das Attribut nicht grundsätzlich in Frage stellt, werden z.B. über das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesund-

heitswesen (IQWiG) gegeben. Mit der Veröffentlichung von Gesundheitsinformation erfüllt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen. Die Webseiten des Instituts richten sich mit einem breiten Themenspektrum an erkrankte wie gesunde Bürgerinnen und Bürger.

Bei der Themenwahl stützt es sich auf verschiedene Quellen: Primär erarbeitet es Informationen zu einem

Katalog von Themen, der insbesondere häufige Krankheiten, Diagnosen und Gesundheitsfragen umfasst. Dabei nutzt es für seine Themenwahl die Gutachten und Berichte, die von anderen Ressorts des Instituts erstellt werden. Das Institut kann direkt vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem Bundesministerium für Gesundheit mit bestimmten Themen beauftragt werden. Darüber hinaus können Patienten Vorschläge zu Themen und Inhalten machen.

Verlässliche Informationen zu gesundheitlichen Fragen – www.gesundheitsinformation.de

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen wollen den Stand des medizinischen Wissens verständlich machen und so informierte, persönlich passende Entscheidungen ermöglichen. Doch was macht evidenzbasierte Gesundheitsinformationen aus? Wie können sie Patientinnen und Patienten, Angehörige und gesundheitlich Interessierte unterstützen?

Das Angebot gesundheitsinformation.de

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) veröffentlicht seit mehr als zehn Jahren auf seiner Website „gesundheitsinformation.de“ evidenzbasierte Gesundheitsinformationen. Es hat in dieser Zeit eine Fülle von Themen bearbeitet, die von „A“ wie „Atemwege“ bis „Z“ wie „Zähne“ reichen. Auch „Alter und Pflege“ sind ein eigenes Themengebiet, das sich zum Beispiel mit der Vermeidung

von Stürzen, Alzheimer-Demenz und dem grauen Star beschäftigt. Das Angebot wird kontinuierlich weiter ausgebaut. Alle Gesundheitsinformationen des IQWiG können als PDF abgespeichert und ausgedruckt werden.

Was macht evidenzbasierte Gesundheitsinformationen „anders“?

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen stützen sich auf eine systematische Suche und Bewertung des aktuellen Wissens. Es bietet sich an, hier in der Regel auf sogenannte systematische Übersichten zurückzugreifen. Systematische Übersichten bündeln das Wissen zu einer bestimmten medizinischen Frage und machen so eine Vielzahl von klinischen Studien nutzbar. Denn nur alle Studien zusammen betrachtet ergeben ein umfassendes und aussagekräftiges Bild davon, wie nützlich eine Behandlung ist. Einzelne Studien sind oft zu klein, um für sich genommen zuverlässige Ergebnisse zu liefern.

Wo systematische Übersichten und andere gute Studien fehlen, werden diese Wissenslücken von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen auch benannt. Denn die Information, dass die Vor- und Nachteile

eines bestimmten Vorgehens gut untersucht sind, während man über ein anderes kaum etwas weiß, kann bei der Wahl wichtig sein.

Zudem ist es hilfreich, den natürlichen Verlauf einer Erkrankung zu kennen. Wer zum Beispiel weiß, dass ein gesundheitliches Problem mit der Zeit oft von selbst vergeht, denkt vielleicht eher über einen Verzicht auf eine Behandlung nach.

Um sicherzustellen, dass evidenzbasierte Gesundheitsinformationen dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen, ist eine regelmäßige Aktualisierung erforderlich.

Neutrale Informationen statt Empfehlungen

Eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, bedeutet, alle Entscheidungen zuzulassen – also keine Ratschläge und Empfehlungen zu geben. Daher sprechen in evidenzbasierten Gesundheitsinformationen oft die Zahlen. Wichtig ist, dass Zahlen so dargestellt werden, dass sie nicht dazu führen, dass mögliche Risiken oder Chancen über- oder unterschätzt werden. Das können absolute Zahlen in der Regel eher leisten als relative Risiken.

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Welche Entscheidungen jemand in gesundheitlichen Fragen trifft, hängt allerdings nicht nur von Studienergebnissen ab. Vielmehr können verschiedenen Faktoren eine Rolle spielen, zum Beispiel Erkrankungen, die bisherige Erfahrungen und persönliche Präferenzen. Wer etwa große Angst vor einer Operation hat, etwa weil es bei einer Freundin dabei zu Komplikationen gekommen ist, zögert sie vielleicht so lang wie nur irgend möglich hinaus. Für andere dagegen ist es wichtiger, möglichst ohne Medikamente auszukommen. Die neutrale, nicht wertende Darstellung spiegelt sich auch in der Sprache evidenzbasierter Gesundheitsinformationen wider. „Sollen“, „müssen“, „dürfen“ – solche strengen Anweisungen finden sich dort in aller Regel nicht. Stattdessen werden Studienergebnisse und kausale Zusammenhänge erklärt. Daraus können Leserinnen und Leser ihre eigenen Schlüsse ziehen (IQWiG 2015).

Die Perspektive der Betroffenen

Eine Krankheit oder allein das Wissen um ein erhöhtes Risiko für eine bestimmte Erkrankung können eine große psychische Belastung sein. Betroffene suchen vielleicht nach Informationen, wie sie mit ihren Ängsten umgehen können. Damit ihre Fragen und Bedürfnisse ausreichend berücksichtigt werden, ist es wichtig, sie schon bei der Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen miteinzubeziehen. Auch qualitative Studien sind hier eine wichtige Quelle. Diese Art von Studien wird unter anderem eingesetzt, um das Erleben und die persönlichen Erfahrungen von Menschen mit einer bestimmten Krankheit oder Behandlung zu verstehen. Solche Informationen werden zum Beispiel in Interviews oder Fokusgruppen erhoben und dann ausgewertet. Es gibt auch heute noch Menschen, die sich scheuen, bei ihrer Ärztin oder ihrem Arzt nachzufragen, wenn sie et-

was nicht verstanden haben, praktische Probleme anzusprechen oder sich bei psychischen Problemen Unterstützung zu suchen.

Zu bestimmten Themen bietet die Seite www.gesundheitsinformation.de auch Erfahrungsberichte an. Diese können einen beispielhaften Einblick in den persönlichen Umgang und das Leben mit einer gesundheitlichen Frage oder Erkrankung geben. Die Aussagen in den Erfahrungsberichten stellen keine Empfehlungen des IQWiG dar.

Themengebiete, über die mit online zugänglichen Publikationen informiert wird, sind u.a.

- Allergien
- Alter und Pflege
- Atemwege
- Drüsen und Hormone
- Evidenzbasierte Medizin (EbM)
- Fortpflanzung und Geburt
- Frauengesundheit
- Frühbewertung von Arzneimitteln
- Haut und Haare
- Herz und Kreislauf
- Immunsystem und Infektionen
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
- Kind und Familie
- Kopf und Nerven
- Krebs
- Männergesundheit
- Muskeln, Knochen und Gelenke
- Nieren und Harnwege
- Prävention
- Psyche und Gemüt
- Verdauung und Stoffwechsel
- Vorsorge und Früherkennung
- Zähne und Zahnfleisch

s. www.gesundheitsinformation.de
Andere Internetportale, die mit verlässlichen, verständlichen und transparenten Informationen werben, können ebenfalls als seriös





III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

und zuverlässig gelten. So ist Patienteninformation.de ein Service der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Anliegen dieses Portals ist es, Patienten einfach und verständlich über Erkrankungen oder andere wichtige Gesundheitsthemen zu informieren. Grundlage der Information sind für Patienten entwickelte Patientenleitlinien. Patientenleitlinien beruhen auf medizinischen Leitlinie und übersetzen diese in eine allgemein verständliche Sprache. Sie sind gut verständliche, medizinische Informationen, die Patienten helfen sollen, Krankheiten, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besser zu verstehen. Sie werden von einem Team von Ärzten und Gesundheitsfachleuten entwickelt. Die Inhalte sind evidenzbasiert – das heißt anhand von wissenschaftlichen Studien entwickelt – und werden regelmäßig aktualisiert.

Wichtige und zuverlässige Patienteninformationen findet man u.a. www.gesundheitsinformation.de
www.cochrane.org
www.patienten-information.de
www.bzga.de
www.awmf.org
www.patientenberatung.de
www.vzth.de/Gesundheit-Pflege-1

Informationen geben auch:

- Krankenkassen und -versicherungen
- Rentenversicherung
- Gesundheitsämter
- (psycho-)soziale Beratungsstellen (Ansprechpartner nennen Sozial- und Gesundheitsämter)
- Patientenberatungsstellen der Zahnärzteschaft



Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Stiftung verfolgt das Ziel, evidenzbasierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu unterstützen.

Aufträge darf das IQWiG ausschließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder vom Bundesministerium für Gesundheit annehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und entscheidet zum Beispiel darüber, welche medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Das Institut kann eigenständig Themen von grundlegender Bedeutung aufgreifen und bearbeiten. Dazu wurde ihm vom G-BA 2004 ein sogenannter Generalauftrag erteilt.

Finanziert wird das IQWiG alleine aus den Beiträgen der Mitglieder aller Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Das IQWiG akzeptiert keine Sponsoring- oder Werbeangebote. Ausführliche Infor-

mationen zu Aufbau, Aufgaben, Arbeitsweise und Ergebnissen des Instituts finden Sie auf der Webseite des IQWiG: www.iqwig.de.

Über Gesundheitsinformation.de

Mit der Veröffentlichung von Gesundheitsinformation.de erfüllt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen. Die Website richtet sich mit einem breiten Themenspektrum an erkrankte wie gesunde Bürgerinnen und Bürger.

Bei der Themenwahl stützt sich das Ressort auf verschiedene Quellen:

Primär erarbeitet das Ressort Informationen zu einem Katalog von Themen, der insbesondere häufige Krankheiten, Diagnosen und Gesundheitsfragen umfasst.

Das Ressort nutzt für seine Themenwahl außerdem die Gutachten und Berichte, die von anderen Ressorts des Instituts erstellt werden.

Das Ressort kann direkt vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem Bundesministerium für Gesundheit mit bestimmten Themen beauftragt werden.

Entwürfe zu den von vom Ressort erstellten Texten werden vor der Veröffentlichung zur Stellungnahme an verschiedene Gremien, Patientenvertreterinnen und -vertreter und an den Stiftungsvorstand des IQWiG geschickt. Zudem lässt die Redaktion die Texte vorab von Nutzern bewerten. Diese Rückmeldungen fließen dann in die Überarbeitung der Texte ein, die redaktionelle Verantwortung liegt beim IQWiG.

Beate Wiegard, Redakteurin
 Ressort Gesundheitsinformation
 Selbstdarstellung IQWiG

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Exkurs: Worauf basiert das Wissen für medizinische Behandlungen? „Fragen Sie weder Arzt noch Apotheker“

Die etwas euphemistische Aufforderung, dass man bei Risiken und Nebenwirkungen den Arzt oder Apotheker fragen solle, unterstellt, dass diese erstens adäquat informieren und zweitens dass sie über die Wirkungen von Medikamenten genau Bescheid wüssten. Beides widerspricht offenbar Erfahrungen, jedenfalls muss man unterstellen, dass es Garantien, das belegt etwa auch der Beitrag über medikamenteninduzierte Demenzen, nicht gibt.

Das Ärzteehepaar Ragnhild und Jan Schweitzer kehren diese Formel nun in ihr Gegenteil um: „Fragen Sie weder Arzt noch Apotheker“, was nun seinerseits zu einigen Verunsicherungen führt, wenn man ihr nicht „hyperbolischen“ Charakter unterstellen könnte.

Einen wahren Kern, so argumentieren die Autoren, hat die Umkehrung dennoch. Ärzte entscheiden nur in seltenen Fällen nach den Maßstäben evidenzbasierter Medizin, was verschiedene Ursachen haben kann: Sie sind auf Grund eines systemischen Zeitmangels einerseits häufig nicht adäquat informiert. Andererseits ist die Wirkung etwa der Hälfte der über 3000 Therapien für die wichtigsten Leiden nicht wirklich belegt. Aus der relativen Unwissenheit über die Behandlungswirkungen, so die Autoren, erwachse Unsicherheit. Die Unsicherheit führt nicht dazu, dass Behandlungen unterlassen werden und dass auf die Selbstheilungskräfte vertraut wird, sondern, da es auch eklatante wirtschaftliche Interessen gibt, dass im Zweifelsfall eher operiert und behandelt als abgewartet wird. Es lohnt einfach mehr, etwas zu tun, als nichts zu tun (ebenda S. 27 ff).

2013 wurden in Deutschland 15,8 Millionen Operationen durchgeführt. Das waren etwa 30% mehr als im Jahr 2008. Solche Fallzahlsteigerungen und Überversorgungs-

tendenzen, die Ragnhild und Jan Schweitzer in vielen medizinischen Bereichen, bei Knie- und Rückenoperationen, in der Inneren und Allgemeinmedizin, in der Chirurgie feststellen, lassen sich nach ihrer Auffassung nicht mit demografischen Faktoren, einer kränkeren Bevölkerung oder einer besseren medizinischen Versorgung erklären, was die jüngst vom WDR veröffentlichten Daten und die interaktiven Karten des OP-Atlas eindrucksvoll belegen (<http://www1.wdr.de/verbraucher/gesundheit/op-atlas/op-atlas-start-100.html>), sondern mit wirtschaftlichen Anreizsystemen. Diese Form von Fehlversorgung, die Ressourcen vergeudet und Patienten eher schädigt, ist nicht oder sogar weniger ein Problem nur von Medizinern, sondern ein systemisches Problem von Rahmenbedingungen, denen Mediziner unterworfen sind. Vor diesem Hintergrund plädieren Ragnhild und Jan Schweitzer für eine abwartende Medizin, die eine patientenorientierte Medizin ist, weil sie die Kunst des Weglassens beherrscht.

JSt

Erschienen 2017 bei Kiepenheuer & Witsch

4. Patientensicherheit

Gefährdungspotentiale

Seit mehreren Jahren gibt es Hinweise darauf, dass ungerechtfertigte medizinische Maßnahmen, Eingriffe und medizinische Behandlungsfehler Todesfälle in nicht geringem Ausmaß verursachen, die kaum in Todesstatistiken ausgewiesen wer-

den und deren Ursachen im medizinischen Versorgungssystem vermutet werden können. Auch wenn solche durch Behandlungen verursachten Todesfälle angesichts von mehreren Dutzend Millionen Behandlungsfällen und Krankenhausaufenthalten im Jahr die Ausnahme sind und sich in einem niedrigen einstelligen oder noch niedrigeren Prozentbereich

bewegen, was sehr umstritten ist, summieren sie sich auf einige Zehntausende pro Jahr, die im Kern die Frage aufwerfen, wie sicher Patienten im medizinischen Versorgungssystem sind.



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Dabei hat Patientensicherheit verschiedene Dimensionen. U.a. geht es um

- die Sicherheit vor Gewalt und Vernachlässigungen durch medizinisches und Pflegepersonal
- die Sicherheit vor Selbstgefährdungen, Stürzen und dgl.
- die Sicherheit vor ungerechtfertigten Behandlungen, die als Körperverletzung gewertet werden können, Behandlungs- und insbesondere Operationsfehlern sowie Über- und/ oder Fehlmedikamentierungen
- Gefährdungen infolge mangelnder Hygiene, von Infektionen und von multiresistenten Keimen
- Gewalt von Dritten, von Patienten oder anderen, gegenüber Patienten (Diebstahl, Missbrauch, andere Formen der Gewalt).

Bei mehreren Dutzend Millionen Krankenhausaufenthalten und Patienten erscheinen Vorfälle eher die Ausnahme zu sein. Dennoch sind sie, da es sich um Zehntausende und z.T. gravierende Vorfälle handelt und Patienten sich in einer strukturellen Unterlegenheit gegenüber einem Wirtschaftssystem befinden, relevant.

Gewalt gegenüber und Vernachlässigung von Patienten

Gewaltphänomene zwischen medizinischem und Pflegepersonal und Patienten sind ein weitgehend tabuisiertes Thema. Dabei geht es nicht nur um Gewalt gegenüber Patienten, sondern auch von Gewalt, die von Patienten und Angehörigen gegenüber medizinischem und Pflegepersonal ausgeübt wird, über die in den Medien insbesondere mit Bezug auf Notaufnahmen zuletzt berichtet wurde. Solche Phänomene sind hier nicht gleichermaßen relevant, weil es um Patientensicherheit geht und Patienten sich in einer kaum vergleichbaren, strukturell schwächeren Position befinden.

Gewaltphänomene gegenüber Patienten haben in jüngster Vergangenheit u.a. der Chefarzt am St. Marien-Hospital Hamm und Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Witten Karl H. Beine und die Journalistin Jeanne Turczynski in ihrem Buch „Tatort Krankenhaus“ thematisiert. Im Rahmen einer Studie befragten sie medizinisches Personal u.a. danach, ob sie selbst schon einmal das Leiden von Patienten aktiv beendet hätten und ob ihnen in den vergangenen zwölf Monaten Fälle bekannt geworden sind, dass jemand das Leiden eines Patienten aktiv beendet hat. Beteiligt waren 5055 Personen, darunter Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger und Ärzte. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass die Hälfte aller Befragten Fälle kannte, in denen Patienten oder Bewohner während eines Zeitraums von zwölf Monaten verbal angegriffen oder beschimpft wurden. 3,8 % der Beteiligten hatten davon gehört, dass an ihrem Arbeitsplatz das Leben eines Patienten aktiv beendet worden sei. Und 1,5 % der Befragten aus dem Pflegebereich gab an, das Leiden von Patienten selbst schon aktiv beendet zu haben. Bei den Ärzten waren es 3,4% (vgl. Beine, Karl H.; Tatort Krankenhaus, S.12).

Karl H. Beine geht infolge seiner eigenen Befragung davon aus, was methodisch sicher problematisch ist, dass es innerhalb von Krankenhäusern und in Pflegeheimen pro Jahr über 20.000 Tötungsdelikte gibt, die durch Krankenhäuser und Pflegeheime strukturell begünstigt und in der Regel nicht aufgeklärt und thematisiert werden (vgl. Beine, Karl H.; Tatort Krankenhaus, S.12 f.). Diese angenommene Zahl von Tötungsdelikten mag umstritten sein und ihnen mögen unterschiedliche Motive zugrunde liegen, sie verweisen aber auf begleitende Gewaltphänomene

ne und Misshandlungen gegenüber Schutzbefohlenen, die in ihrer Anzahl relevant sind und auf das System verweisen. Beine u.a. beziehen sich auf eine anonyme Befragung im Pflegebereich, in der 40% der befragten Pflegekräfte angab, schon einmal verbale Gewalt gegenüber Patienten ausgeübt zu haben und knapp ein Zehntel körperlich übergriffig gewesen zu sein (vgl. Beine u.a., S.111). Das tatsächliche Ausmaß solcher Phänomene, verbale und körperliche Gewalt, ungerechtfertigte Freiheitsentziehende Maßnahmen und Medikationen von Sedativa u.a.m., ist schwer festzustellen und Studien treffen unterschiedliche Aussagen zum Vorkommen. Relevant bedeutet aber, es handelt sich um mehrere Zehntausende Vorfälle im Jahr, bei denen die Würde und die Patientensicherheit zur Disposition gestellt werden.

Die Ursachen von Gewaltphänomenen gegenüber Schutzbefohlenen in Krankenhäusern und Pflegeheimen vermuten nahezu alle Autoren in der Substanz nicht in der Natur von Einzeltätern. Es geht unabhängig von der strafrechtlichen Relevanz bei Delikten auch nicht um Schuldzuweisungen gegenüber verdienstvollen Berufsgruppen, die unter schwierigen Bedingungen arbeiten. Gewaltphänomene werden begünstigt durch den Ökonomisierungsdruck in stationären Einrichtungen, durch Arbeitsverdichtungen, Zeit- und Personalmangel, die Unterbesetzung von Stationen, durch hohe Belastungen und Überlastungserscheinungen, durch fehlende Qualifikation, die Frustration von MitarbeiterInnen auf Grund schlechter Bezahlung, durch die schlechte Atmosphäre in vielen Einrichtungen und fehlende Möglichkeiten, Fallbesprechung und psychischen Entlastung zu erhalten, durch Ressourcenverknappung sowie fehlende Zeit für die Arbeit mit

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Patienten. Sie werden begünstigt durch die objektive Schwäche von Patienten und Pflegebedürftigen, durch fehlende Kommunikationsvalenzen der Schutzbefohlenen und fehlende Möglichkeiten adäquater Selbstvertretung, d.h. durch weitgehend unkontrollierte oder schwer kontrollierbare Behandlungs- und Pflegesettings u. a. m.



Tatort Krankenhaus?

Viel häufiger als bisher angenommen, das belegen verschiedene Studien, werden Patienten oder Pflegebedürftige Opfer von Gewalt. Professor Dr. med. Karl H. Beine, Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an der Privaten Universität Witten/Herdecke und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin am St. Marienhospital Hamm stellt in seinen beiden Büchern verschiedene Beispiele von Todesfällen von Patienten und Pflegebedürftigen vor, die sich als Kriminalfälle und Tötungsdelikte erweisen. Sie waren Gegenstand in der Presse, von Verhandlungen und Verurteilungen. Das Charakteristische an diesen krassen Fällen war, so interpretiert es Beine, dass sie nicht nur Ausdruck der Psychopathologie von Tätern waren. Die Tötungsdelikte hatten sich vielfach angedeutet, ihnen gingen verbale Verletzungen, Abwertungen von Patienten voraus, es gab auffällige Handlungen im Vorfeld, die im Alltag untergingen, die nicht bewertet, hinterfragt und damit geduldet wurden. Sie trafen Einrichtungen un-



vorbereitet, d.h., es fehlt an präventiven Strategien.

Für Beine sind diese Fälle keine Einzelbeispiele, sondern Indiz für Tausende weiterer unerkannter Tötungsdelikte und einer alltäglichen präsenten Gewalt gegenüber Schutzbefohlenen. Von Beine gibt es keine Schuldzuweisungen an Berufsgruppen, zumal etwa Pflegefachkräfte unter oft schwierigen Systembedingungen arbeiten. Allerdings sieht er Handlungsbedarf: In einer besseren Ausbildung, die auch Gewaltprävention beinhaltet, in einer besseren Begleitung von Pflege- und Betreuungskräften im Arbeitsalltag, in der Etablierung von Settings des Konfliktmanagements und Coachings, in einer neuen Fehlerkultur sowie in einer zeitentspannten Pflegekultur, was mehr Ressourcen in der Pflege voraussetzt. Insofern benennt er bekannte und wichtige Handlungsansätze. JSt

Beine, Karl H.; Krankentötungen in Kliniken und Heimen, Lambertus 2011 und Beine, Karl H.; Turczynski, Jeanne; Tatort Krankenhaus. Wie ein kaputtes System Misshandlungen und Morde fördert, Droemer 2017





III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Gewalt in der Pflege von Menschen

Die 2015 vom Zentrum für Qualität in der Pflege herausgegebene Broschüre dokumentiert das Ausmaß von Gewalt in Pflegebeziehungen. Dabei beschränkt sich Gewalt nicht auf Schläge o.ä. Phänomene der Gewalt verbinden sich mit Vernachlässigung, Demütigungen und schlechter Pflege. Sie wird nicht nur durch Personen ausgeübt, sondern auch durch (Zeit- und Ablauf-)Strukturen vermittelt. Gewalt findet auf körperlichen und psychischen Ebenen statt. Auch die missbräuchliche Gabe von Medikamenten etwa zur Ruhigstellung von Patienten oder Demenzerkrankten ist eine Form der Gewalt. Als besonders problematisch werden alle Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen bewertet, die sich durch Bettgitter, Gurte, das Einschließen im Zimmer, das Ruhigstellen durch Medikamente u.a.m. manifestieren.

Das Ausmaß von Gewalt in Pflegebeziehungen lässt sich schwer

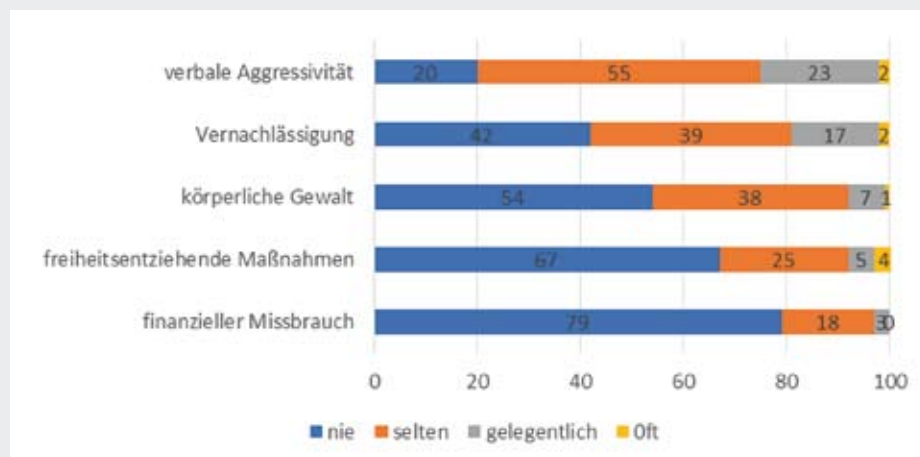
ermitteln. Betroffen sind nicht oder viel weniger Kinder oder Menschen im mittleren Alter, sondern vor allem hochaltrige Menschen und unter diesen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, d.h. in ihrem Verhalten schwierige, aber besonders wehrlose Menschen. Die Schwierigkeit der Erhebung begründet sich damit, dass Befragungen von Betroffenen schwierig sind. Sie interpretieren Gewalt anders, sie verschweigen, weil sie Folgen befürchten, und zum großen Teil können sie sich in Befragungssettings nicht adäquat äußern. Auch die Befragung von Gewalt Ausübenden ist schwierig. Auch wenn Befragungen anonym sind, geben Befragte „sozial erwünschte“ Antworten.

In einer Studie, die schon über 12 Jahre zurückliegt, zur Vernachlässigung und Misshandlung in der ambulanten Pflege gaben 40% der Befragten zu, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine Handlung tätigten, die man als Misshandlung oder Vernachlässigung bewerten muss. In einer vergleichbaren Studie in Hessen in stationären Einrichtungen waren die Gewaltphänomene in der Tendenz eher höher.

Diese Ergebnisse wurden durch eine vom Zentrum für Pflege in Auftrag

gegebene Studie in vielerlei Hinsicht bestätigt. In ihr gaben 47% der Befragten an, dass Konflikte, Aggressionen und Gewalt in der Pflege in stationären Einrichtungen eine besondere Herausforderung darstellen. 2% der Befragten gab an, dass verbale Aggressivität häufig, 23% gelegentlich und 55 selten vorkommt. Die nächsthäufige Form der Gewalt ist Vernachlässigung (2% oft, 17% gelegentlich, 39% selten).

Solche Vorkommnisse mögen in ihrer Häufigkeit von Studie zu Studie unterschiedlich sein. Sie verdeutlichen dennoch, dass Gewalt und freiheitsentziehende Maßnahmen, das legen alle Studien nahe, ein nennenswertes und relevantes Problem sind. Gewalt gegen Ältere findet täglich tausendfach statt. Dieses im Grunde erschreckende Ausmaß wird dadurch bestätigt, dass in der benannten Studie 46% der befragten Einrichtungen angaben, kein speziell weitergebildetes Personal für Gewaltphänomene zu haben, in 35% der Einrichtungen war der Umgang mit Gewalt nicht Teil des Leitbildes, in 28% der Einrichtungen waren Gewaltfälle nicht Teil des Fehlersystems und in 20% der Einrichtungen war Gewalt kein Bestandteil des Qualitätsmanagements.



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Solche für Kindereinrichtungen wie Kitas völlig undenkbaren Befunde verweisen auf das Problem: Es sind nicht die Pflegefachkräfte, die unter schwierigen Bedingungen arbeiten, sondern die in den letzten 30 Jahren generierten Pflegesettings und die in ihnen gebundenen Ressourcen, die sich durch Gewalt delegitimieren.

In der oben angeführten Broschüre gibt es zahlreiche Hinweise für Gewaltprävention. Sie beziehen sich u.a. auf Weiterbildung, die Etablierung von Supervision, Personalbindung, eine neue Fehlerkultur, Deeskalationsstrategien, das Erkennen von Stresssituationen u. a. m.

JSt

www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_06_13_Analyse-GewaltStationaerePflege_vf.pdf
www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf

Sicherheitsgefährdungen durch fehlerhafte und überflüssige Behandlungen, Stürze, multiresistente Keime u.a.m.

Kliniken sind offenbar nicht nur Orte der Gesundheit, sondern bergen systemische Risiken in sich, denen zu Hause versorgte Patienten nicht gleichermaßen ausgesetzt sind. Der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legte 2007 eine Auswertung von 184 Studien vor. Diese Auswertung ergab für den Krankenhausbereich eine jährliche Frequenz von 5 bis 10 % unerwünschter Ereignisse, 2 bis 4 % Schäden, 1 % Behandlungsfehler und 0,1 % Todesfälle, die auf Fehler zurückgehen. Bei jährlich 17 Millionen Krankenhauspatienten entspricht dies 850.000 bis 1,7 Mio. unerwünschte Ereignisse, 340.000 Schäden, 170.000 Behandlungsfehler und 17.000 auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückzuführende Todesfälle (Gutachten; <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>).

Diese Zahl von 17.000 Todesfällen, obwohl sie an sich, vergleicht man sie etwa mit Todesfällen im Straßenverkehr, erschreckend ist, ist umstritten. Verschiedene Gesundheitsökonom und Mediziner halten sie für viel zu gering.

Zu besonderen Gefährdungen für Patienten zählen insbesondere in stationären Einrichtungen

- behandlungsbedingte, sog. iatrogene, d.h. durch Ärzte verursachte Todesfälle. 40% der insgesamt ca. 400.000 Todesfälle in Krankenhäusern dürften, so führt der Arzt Gerd Reuther an, behandlungsbedingt verursacht sein. So sollen ca. 2% der Operierten innerhalb von 30 Tagen an den Folgen der Operation versterben.



„primum nil nocere“ – zuallererst keinen Schaden anrichten

Medizinischen oder pflegerischen Behandlungsfehlern können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Sie reduzieren sich keineswegs auf Unfähigkeit oder Stress von Behandelnden. Patienten können ungenau oder gar nicht kommunizieren, Arbeitsschritte können unklar sein, Organisationsabläufe sind routiniert oder fehlerhaft, so dass keine Einzelfallwürdigung passiert, die Kommunikation im Behandlungsteam kann fehlerhaft oder gestört sein, die Übergabe von Patienten erfolgt nur formal oder die Arbeitsbedingungen können durch Stress, Hektik, Personalmangel, schlechte Atmosphäre sowie eine defizitäre Fehlerkultur geprägt sein. In der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ werden Fälle vorgestellt und diskutiert, in denen Behandelnden und Pflegenden z.T. schwerwiegende Fehler unterliefen. Ein Ansatz zur Fehlerprävention ist die



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

systematische Fehleranalyse, was eine offene Fehlerkultur voraussetzt. So berichtet ein Arzt über seinen Impuls, eine Krankenschwester verbal abzustrafen, weil sie zugegeben hatte, dass sie dem Patienten fast eine falsche Spritze gegeben hätte. Er führte daraufhin den Berichtsgrundsatz ein, wie er in einigen Fluggesellschaften sogar prämiert wird, dass Beinahe-Fehler berichtet werden. Das Singuläre an dieser Broschüre besteht aber darin, dass Ärzte und Krankenschwestern authentisch über eigene Fehler berichten. Ein Arzt operierte am falschen Bein, was ihn späterhin dazu veranlasste, es im Vorgespräch mit dem Patienten immer zu markieren. Eine nach einer Operation durchgeführte Röntgenaufnahme zeigte bei einem Patienten zufällig, dass eine Klemme vergessen worden war. Ein Arzt berichtet, wie er den Wunsch eines Patienten, nicht operiert zu werden, ignorierte, der

späterhin an dieser OP verstarb. Eine ehemalige Krankenschwester erzählt, wie ein Fixierpflaster zum Verhängnis für eine Patientin wurde, die erstickte. Das Anrührende dieser kurzen Fallgeschichten ist, dass sie in ihrer Ehrlichkeit keine Rechtfertigung suchen. Fehler, so tragisch sie sind und sein können, sind unvermeidlich. Auch wenn Fehler am Menschen nicht reparabel sind: Die im Grunde viel dramatischeren Fehler beruhen auf der Camouflage, weil sie ein Fehlersystem erzeugen und reproduzieren. „Für die Ärzteschaft“, so wird der Präsident der Bundesärztekammer zitiert, „hat Patientensicherheit höchste Priorität. Das ethische Gebot des ‚primum nil nocere‘ – zuallererst keinen Schaden anrichten – ist so alt wie die Medizin selbst“. (zitiert nach: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Aus_Fehlern_lernen_0.pdf) JSt

Reuther gibt in seinem Buch „Der betrogene Patient“ an, dass sich über 900.000 in Krankenhäusern behandelte Patienten infizieren, von denen ca. 30.000 daran versterben. Er verweist aber auch auf einen Bericht der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der von 15.000 Toten bei 500.000 Krankenhausinfektionen ausgeht. (vgl. Reuther, G.; Der betrogene Patient, S.254). Petra Gastmeier geht in der Broschüre Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger von lediglich 80.000-100.000 vermeidbaren Krankenhausinfektionen und 1500-4500 Toten aus, wobei sie (u.a.) zwischen (siehe Gastmeier u.a. S.421 ff.) nosokomialen Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung erworben werden, und Infektionen durch multiresistente Erreger unterscheidet. Eine differenzierte Analyse dieser Problematik nimmt sie mit Kolle-

- durch Medikamente verursachte Todesfälle. Nach internationalen Studien soll jeder sechste bis siebte Todesfall durch Medikamente verursacht sein;
- Sturzrisiken, die sich auf 700.000 bis 800.000 pro Jahr belaufen sollen, von denen 70.000 mit schwerwiegenden Verletzungen einhergehen (vgl. Reuther, Gerd; Der betrogene Patient, S.254, er beruft sich auf Lahmann, Heinze und Rommel: Stürze in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen; siehe auch die Broschüre zur Vermeidung von Stürzen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit).
- durch Infektionen. Die Angaben über Krankenhausinfektionen schwanken erheblich. Gerd



Die Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit informiert darüber, wie Menschen in der unbekannten Umgebung in Krankenhäusern Stürze vermeiden können (http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Sturzvermeidung_Fakten-und-Erklärungen.pdf)

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

gen in ihrem Beitrag Nosokomiale Infektionen und Infektionen mit multiresistenten Erregern vor.

Über andere Sicherheitsgefährdungen für Patienten etwa Gewalt von Patienten gegenüber anderen Patienten, Missbrauchsvorfälle, Diebstähle, Übergriffe von Dritten gegenüber Patienten, Gewalt von pflegenden Angehörigen gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld gibt es so gut wie keine Untersuchungen. Einzelfallschilderungen legen den



Die häufigsten Infektionen sind in Krankenhäusern Infektionen der Harnwege, der Atemwege, Wundinfektionen nach Operationen und Sepsis, wobei ca. 10% durch multiresistente Erreger hervorgerufen werden. Das Risiko für Infektionen ist besonders auf Intensivstationen hoch. Die Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit will Patienten und deren Angehörige über die Infektionsgefährdungen und mögliche Schutzmaßnahmen informieren (siehe www.aps-ev.de/patienteninformation/)

Schluss nahe, dass sie ein Problem sein könnten.

Prävention für Patientensicherheit

Der Begriff der **Patientensicherheit** umfasst im engeren Sinne eine fehler- und schadensfreie ärztliche Behandlung und medizinische Gesundheitsversorgung, des Weiteren einen gefahrlosen, schadensfreien Aufenthalt in einer ambulanten oder stationären Einrichtung. Sie ist das Resultat aller Maßnahmen in Arztpraxen, den Kliniken und den anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der Medizin.

Die Notwendigkeit, für Patientensicherheit zu sorgen, ergibt sich aus unbestrittenen Gefährdungen, die weitestgehend bekannt sind und auf die die Politik, der Gesetzgeber, Krankenhäuser, Ärztekammern und verschiedene andere unabhängige Organisationen mit entsprechenden gesetzlichen Regelungen, Rechtsansprüchen, Forschungen, Informationen, präventiven Maßnahmen u. a. m. reagieren. Solche Reaktionen können hier nur angedeutet werden:

- Der Gesetzgeber verpflichtet stationäre Einrichtungen zu einem sachgerechten Qualitätsmanagement. Es umfasst verpflichtend auch ein Beschwerdemanagement für die Belange insbesondere von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, das entsprechend patientenorientiert ausgestaltet sein muss (vgl. § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V)
- Seit dem Jahr 2005 sind in Deutschland die Krankenhäuser gem. § 137a Abs. 2 Nr. 4 SGB V gesetzlich verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte regelmäßig zu

veröffentlichen. Die Berichte dienen den Patienten, Ärzten und den Krankenkassen der Information und Transparenz auf dem Gebiet der Krankenhausbehandlung und bieten einen umfassenden Überblick über die Strukturen, Leistungen und Qualitätsaktivitäten der Krankenhäuser.

- Kommt es zu einem Behandlungsfehler können sich, das ist ein Rechtsanspruch, der im SGB V formuliert ist, Versicherte an ihre Krankenkassen wenden. Kranken- und Pflegekassen müssen ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen unterstützen. Dies kann zum Beispiel durch medizinische Gutachten geschehen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird.
- Darüber hinaus wurde die Patientenbeteiligung ausgebaut. Die Aufgaben des Patientenbeauftragten wurden erweitert. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung schafft Transparenz über geltende Rechte von Patientinnen und Patienten. Er hat also nicht nur die Aufgabe, Anlaufstelle für Anfragen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten zu sein. Er hat außerdem die Aufgabe, die politischen Entscheidungen im Sinne der Patienten zu beeinflussen und auch konkrete Ergänzungen und Veränderungen vorzuschlagen. Über die vielen Einzelfälle hinaus hält er intensiven Kontakt mit den unterschiedlichsten Organisationen im Gesundheitswesen.
- Des Weiteren existieren freie Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen. Außerdem können Patienten eine fachanwaltliche Beratung konsultieren, um zu entscheiden, ob der Weg über ein Zivilrechtsverfahren sinnvoll ist.





III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

- Mit den Instituten für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) im Gesundheitswesen gibt es durch den Gesetzgeber legitimierte unabhängige Organisationen, deren Bearbeitungsgegenstände sich wesentlich auf die Patientensicherheit beziehen. Verschiedene weitere Organisationen, denen man Unabhängigkeit unterstellen kann und an die sich Patienten wenden können, wie dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., widmen sich explizit Themen der Patientensicherheit
- Des Weiteren gibt es im Grunde für alle Gefährdungsarten differenzierte Präventionsstrategien, die auch Patienten zugänglich sind.

Vor dem Hintergrund gravierender Sicherheitsgefährdungen in insbesondere stationären Einrichtungen plädieren Autoren wie Karl H. Beine, Claus Fussek, Frank Wittig, Gerd Reuther, Matthias Thöns, Ragnhild und Jan Schweitzer u. a. im Interesse einer adäquaten Patientensicherheit allerdings auch für Systemkorrekturen:

- Die trivialste Präventionsstrategie wäre mit Bezug auf Krankenhäuser, Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit zu vermeiden, was nicht plausibel erscheint, weil man die Notwendigkeit von Krankenhausüberweisungen und -aufhalten unterstellt. Allerdings unterscheiden sich im Ländervergleich die Klinikaufenthalte pro 100.000 Einwohner erheblich. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 155 Klinikaufhalten pro 100.000 Einwohner, in Deutschland sind es 252. Deutschland hält mehr als doppelt so viele Krankenhausbetten vor wie Schweden, ohne dass sie durch Krankheitsprävalenzen erklärt werden könnten. D.h., für

Krankenhausaufenthalte gibt es wirtschaftliche Anreize. Sie wären offenbar vielfach vermeidbar (vgl. Reuther, S.258).

- Die Belohnungsanreize dürfen sich nicht auf Fallzahlen, auf Operationen, auf die Anzahl von Patienten usw. orientieren, sondern auf das tatsächliche Patientenwohl. Die Entscheidung, ob eine Operation, ein Krankenhausaufenthalt, eine Behandlung für Patienten Sinn macht, muss frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Sie darf diese im Grundsatz nicht tangieren, was mit dem gegenwärtigen System der Fallpauschalen kaum vereinbar ist.
- Die hohe Anzahl von Krankenhäusern, die eine flächendeckende Versorgung suggeriert, verhindert effektive Strukturen und eine Konzentration des Personals. Eine Umverteilung des Personals und der medizinischen Ausstattung weniger Krankenhäuser würde dem Patientenwohl entgegenkommen (Beine, Turczynski, Tatort Krankenhaus, S.169 ff.). Offenbar erfüllt hier die Krankenhausplanung nur eine Alibifunktion. Sie will mit dem Verweis auf eine flächendeckende Versorgung im Grundsatz Konflikte mit Krankenhausträgern und Kommunen vermeiden, Konsens herstellen und den Bestand bewahren, ohne dass Patienteninteressen tatsächlich in den Blick kommen.
- Die Investitionskosten, die von den Ländern zu tragen sind, werden in vielen Bundesländern nicht adäquat getragen, so dass Krankenhäuser gezwungen sind, Eigenmittel zu verwenden, die aus dem Krankenhausbetrieb abgezogen werden.
- Autoren, die für eine Systemkorrektur plädieren, fordern auch mehr Personal in der Pflege, eine bessere Ausbildung des Pflege- und Betreuungspersonals eine Be-

gleitung im Arbeitsalltag und eine neue Fehlerkultur.

Möglichkeiten für Patienten bei Sicherheitsgefährdungen in stationären Einrichtungen

- a) Offene Kommunikation gegenüber dem medizinischen und Pflegepersonal und deren Vorge-setzen.
- b) In allen Krankenhäusern gibt es ein Beschwerdemanagement, das dem Patienten die Beschwerdemöglichkeit offeriert.
- c) In allen Krankenhäusern gibt es ehrenamtliche Patientenför-sprecher, die jeder Patient kontaktieren kann.
- d) Bei Pflegemissständen in Pflegeeinrichtungen können sich Pflegebedürftige und/ oder ihre Angehörigen an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und/ oder an die staatliche Heimaufsicht wenden.
- e) Nationale Ansprechpartner für Patientensicherheit: Deutscher Patienten Schutzbund e.V., die Patientenbeauftragte der Bundesregierung sowie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, die bundesweit kostenfrei zu erreichen ist unter: **0800 / 0 11 77 22**

Hilfe und Beratung bei Behandlungsfehlern

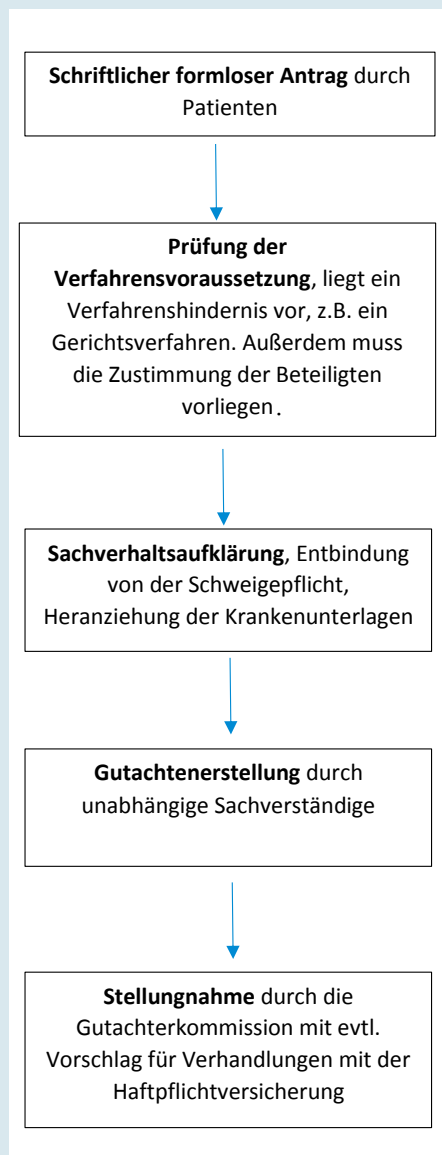
Bei der Suche nach Klärung im Schadensfall im Krankenhaus empfiehlt das Aktionsbündnis Patientensicherheit zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder dem leitenden Klinikdirektorium. Viele Krankenhäuser haben auch eigene Beschwerdestellen eingerichtet, über die sich Fragen bereits im Vorfeld beantworten lassen.

Wird von Patienten oder deren Angehörigen, wenn sie Behandlungsfehler vermuten, ein Gutachten gewünscht,

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

können sie sich, wie oben geschildert, an ihre Krankenkasse wenden. Alternativ stehen Patienten Gutachter- und Schlichtungsstellen bei den Ärzte- bzw. Zahnärzte- oder Psychotherapeutenkammern zur Seite. Patienten finden Hilfe, wenn mögliche Schadensersatzansprüche geprüft und Streitigkeiten außergerichtlich geklärt werden sollen. Beim Aktionsbündnis Patientensicherheit oder bei den Landesärztekammern kann man entsprechende Adressen und Kontaktdaten abrufen (<http://www.aps-ev.de/patienten/#schadenfall>). Das Verfahren beschreibt die Landesärztekammer folgendermaßen:



Bei den Ärztekammern gibt es, wenn Patienten oder deren Angehörige Behandlungsfehler vermuten, Schlichtungsstellen und die Möglichkeit, Gutachten über eine erfolgte Behandlung einzuholen. Die Ärztekammern sichern die Unabhängigkeit der Gutachterkommission und der Schlichtungsstellen zu, in denen außer Ärzten auch Juristen mit der Befähigung zum Richteramt mitwirken. Die Broschüre informiert über das Verfahren. Für Patienten ist das Verfahren kostenfrei.

Das Institut für Patientensicherheit am Universitätsklinikum Bonn versteht sich als ein Kompetenzzentrum, das sich mit praxisrelevanten Fragestellungen zur Patientensicherheit befasst. Es kooperiert mit nationalen wie internationalen Projekten sowie mit Partnern aus Gesundheitseinrich-

Was bringt eine Untersuchungsmethode wirklich? Welche Vor- und Nachteile hat eine bestimmte Behandlungsform?

Wer sich bei der Anwendung von medizinischen Maßnahmen nicht sicher ist, kann sich die Zweitmeinung eines anderen Arztes einholen oder auch Fragen beim ThemenCheck Medizin stellen. Beim ThemenCheck Medizin können Bürgerinnen und Bürger ihre Fragen an die Wissenschaft stellen und Vorschläge für Bewertungen von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren einreichen. Das IQWiG, das Vor- und Nachteile von medizinischen Verfahren bewertet, sammelt diese Vorschläge und ermittelt in einem zweistufigen Auswahlverfahren pro Jahr bis zu fünf Themen zur Bearbeitung. Bei der Themenauswahl wird sowohl die Bürger- und Patientensicht als auch die wissenschaftliche Perspektive mit einbezogen.

Das Ergebnis ist dann jeweils eine wissenschaftliche Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien (engl. Health Technology Assessment, kurz HTA) und wird als ein sogenannter HTA-Bericht veröffentlicht.

tungen. Es unterstützt den Transfer von Forschungserkenntnissen in praxistaugliche Interventionen. Das Institut nimmt eine führende Rolle in der Entwicklung innovativer Konzepte zur Erhöhung der Patientensicherheit ein und implementiert Sicherheitsstandards in verschiedenen Versorgungskontexten.



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (www.aps-ev.de) ist das unabhängige Netzwerk und die Plattform aller an einer sicheren Patientenversorgung Interessierten. Mittlerweile hat es sich als wichtigste Organisation für die Förderung der Patientensicherheit in Deutschland etabliert. Das APS wurde 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet, dessen Ziel es ist, Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit zu entwickeln, zu erforschen und zu verbreiten.

Die inhaltliche Arbeit geschieht in themenorientierten Arbeits- und Expertengruppen. Interdisziplinär und interprofessionell werden in diesen Arbeitsgruppen unter Beteiligung aller Gesundheitsberufe, Patienten, Leistungserbringer, Krankenkassen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft etc. Empfehlungen für praxisrelevante Probleme der Patientensicherheit erstellt. Alle Handlungsempfehlungen und Patienteninformationen stehen auf der Homepage des APS zum kostenlosen Download zur Verfügung. In vielen Gesundheitseinrichtungen werden die Handlungsempfehlungen inzwischen als Standard angewendet.

Eine besondere Aufmerksamkeit des APS gilt dem Thema Patientensicherheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen. In dem Lernzielkatalog „Wege zur Patientensicherheit“ wird beschrieben, über welches Wissen und welche Fertigkeiten ÄrztInnen, Pflegende, ApothekerInnen, Medizinische Fachangestellte, PhysiotherapeutInnen etc., egal ob in

der direkten und indirekten Patientenversorgung tätig, verfügen sollen, um die Versorgung der Patienten sicherer zu machen.

Das APS gehört außerdem zu den Begründern und Trägern von drei zentralen Projekten für die Patientensicherheit:

Seit 2010 betreibt es zusammen mit den Partnern ÄZQ, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Deutscher Pflegerat ein deutschlandweites, öffentlich zugängliches Fehlerberichts- und Lernsystem für Kliniken, das Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland (www.kh-cirs.de/). Hier werden Beinahe-Schäden berichtet, analysiert und kommentiert, sie stehen allen Nutzern im Internet zur Verfügung und ermöglichen gemeinsames Lernen über die Grenzen von Berufsgruppen und Krankenhäusern hinweg.

Ein weiteres Projekt mit Beteiligung des APS ist die „Aktion Saubere Hände“ (www.aktion-sauberehaende.de), durch die nicht nur die Durchführung der hygienischen Händedesinfektion in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Praxen gefördert werden soll, sondern die insgesamt für das Thema Hygiene und insbesondere Krankenhaus-Infektionen sensibilisieren will.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus Behandlungsfehlern, die sich in der Geburtshilfe ereigneten, wurde mit mehreren Partnern das Projekt „SimParTeam“ (www.simparteam.de) entwickelt, ein Simulationstraining von Notfallsituationen im Kreißsaal für Geburtshilfe-Teams.

Patientensicherheit geht nur mit Patienten. In regelmäßigen Workshops werden zusammen mit Patienten und Patientenvertretern Themen der Patientensicherheit be- und erarbeitet. Es geht dabei nicht nur darum, Patientensouveränität zu stärken, sondern darum, dass Patientinnen und Patienten ihre Sichtweisen, Kompetenzen,

Interessen und Bedürfnisse regelhaft in die Versorgungsgestaltung mit einbringen und sich aktiv an dieser Gestaltung beteiligen. Zurzeit wird mit Patienten zusammen eine Informationsbroschüre entwickelt, wie sich Patienten nach einem vermuteten und geschehenen Behandlungsfehler verhalten sollten, wen sie ansprechen und wo sie Unterstützung und Hilfe erhalten können.

Der Internationale Tag der Patientensicherheit jedes Jahr am 17. September ist auf Initiative des APS entstanden. Bundesweit werden Informationsveranstaltungen und Aktionen von engagierten Akteuren aus allen Bereichen des Gesundheitswesens durchgeführt. Auch europäische Partner beteiligen sich. Der Aktionstag 2017 ist dem Thema Kommunikation im Gesundheitswesen gewidmet. Das Motto „Wenn Schweigen gefährlich ist“ soll alle Beteiligten für eine konstruktive, transparente und faire Kommunikation sensibilisieren. Patienten sollen ermutigt werden angstfrei über eigene Beobachtungen, Wünsche und Bedürfnisse zu kommunizieren. Auf der Homepage www.tag-der-patientensicherheit.de gibt es die Möglichkeit, eigene Veranstaltungen einzutragen, Informationsmaterial herunterzuladen und Hinweise auf Aktionen in der eigenen Region zu finden.

Die Arbeit im APS geschieht auf rein ehrenamtlicher Basis durch das Engagement vieler Mitglieder. Unterstützt werden die Aktiven dabei von einer kleinen Geschäftsstelle. Das APS finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden und zu einem geringen Teil durch öffentliche Projektförderung.

Conny Wiebe-Franzen
vom Aktionsbündnis

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



5. Patientenmündigkeit

Die Dignität des heute weitgehend unmodern wirkenden Begriffs der Mündigkeit verdanken wir Immanuel Kant. „Aufklärung ist“, so hat es Immanuel Kant in seiner Preisschrift „Was ist Aufklärung“ vor über 200 Jahren erklärt, „der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündig war für Kant der Mensch, der sich nicht seines Verstandes bedienen konnte. „Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen.“ (vgl. Kant, Immanuel; Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung, S.20). Demnach benennt Unmündigkeit den rechtlichen Status einer Person, die aus Gründen einer geistigen oder seelischen Behinderung nicht die volle rechtliche Handlungsfähigkeit und Verantwortlichkeit im Privat- oder Strafrecht hat. Dieser Mündigkeitsverlust hat im Kontext des „mündigen Patienten“, der für jegliche medizinischen Behandlungen einwilligungsfähig sein muss, eine elementare Bedeutung. Bei Menschen, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, entscheidet der verfügte oder mutmaßliche Wille, der im besten Falle in einer Patientenverfügung oder/und Vorsorgevollmacht schriftlich fixiert wurde. Wenn Autoren allerdings auf den „mündigen Patienten“ rekurrieren, dann nehmen sie implizit oder explizit auf Kants zweite Bedeutungsintention Bezug. Menschen sind und verhalten sich unmündig, wenn sie sich auf Grund fehlender Willenskräfte und mangelnden Mutes ihres Verstandes nicht bedienen. Kant ging es nicht in erster Linie um den Gesund-

heitsstatus des Menschen, sondern um die Befreiung des Menschen von religiösen Dogmen. Dennoch zielte er auch auf die Alltagsdimension von Handeln: „Es ist so bequem, unmündig zu sein. Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt ..., so brauche ich mich ja nicht selbst bemühen.“ (vgl. Kant, S.20 f.).

Im heutigen Diskurs, der danach fragt, warum Menschen sich nicht gesundheitsbewusst verhalten, würde man differenzierter argumentieren. Man würde auf Verhältnisse und Kontextbedingungen verweisen, die das Verhalten beeinflussen. Dennoch ist das Selbstverhältnis zu seiner körperlichen und psychischen Entwicklung von elementarer Bedeutung.

Der Begriff Patientenmündigkeit ist qua Gesetz nicht definiert. Er wird weder im SGB V noch im Patientenrechtegesetz verwendet. Dennoch gibt es den Versuch, Patientenmündigkeit zu definieren, zu messen, Determinanten und eine Typologie für Patientenmündigkeit zu entwickeln. So ist für Beatrix Dietz der mündige Patient ein Gegenmodell zum traditionellen patriarchalischen Arzt-Patienten-Modell, in dem die Rolle der Kompetenz und des Experten alleine dem Arzt zukommt und der Patient die Rolle des Informationsempfängers hat (Vgl. Dietz, Beatrix; Patientenmündigkeit; S.8).

Unter einem mündigen Patienten kann man Verschiedenes verstehen:

- den gesundheitsbewussten Menschen, der selbstbestimmt Verantwortung für seine Gesundheit und für seine Krankheit übernimmt;
- den informierten Patienten, der die Vielzahl der verfügbaren Informationen finden, bewerten und auf seine Krankheit beziehen kann;
- den Patienten, der auf Augenhöhe mit dem Arzt Behandlungsziele

und -optionen diskutiert und sich mit dem Arzt für eine adäquate Behandlung und Therapie entscheidet;

- den aufgeklärten Patienten, der zwischen evidenzbasierten und nicht evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen unterscheiden kann und sich demnach vor überflüssigen und inadäquaten Behandlungen schützen kann;
- den Menschen, der basierend auf einer intrinsischen Motivation eigenverantwortlich und selbstbestimmt mit seiner Krankheit umgeht;
- der Patient, der sich im Gesundheitssystem adäquat orientieren, Ressourcen selektieren und zwischen Optionen wählen kann.

Bezogen auf den Patienten unterstellt Mündigkeit, dass dieser die Zusammenhänge seiner Krankheit erkennt oder erkennen und dass er zwischen therapeutischen Optionen abwägen kann. Patientenmündigkeit unterstellt, dass Patienten ein Introspektionspotential besitzen, das sie in die Lage versetzt, ihre Krankheit selbst zu managen, um Gesundheit wieder zu erlangen.

Im Grunde ist dieses normative Konzept in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) unterstellt. Dort heißt es in § 1 Solidarität und Eigenverantwortung, dass die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind und dass sie durch eine gesunde Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden (vgl. SGB V, Erstes Kapitel §1). Man kann den Menschen aus seiner Verantwortung für sich selbst nicht entlassen, zumal er die Folgen seines Verhaltens für



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Leib und Seele keiner Versicherungsgemeinschaft übertragen kann. Allerdings sind solche Zuschreibungen eines mündigen Patienten nicht unproblematisch. Die Illusion dieses Konstrukts „Mündigkeit“ mit Bezug auf seinen Krankheitsstatus ist eklatant. Der Mensch verfügt im besten Falle über eine sensible Wahrnehmung seiner körperlichen und seelischen Disposition. Er kann vorbeugen und sich gesundheitsbewusst verhalten. Seine Introspektionsfähigkeiten sind aber begrenzt und er verfügt über keine internen Messverfahren, um die elementarsten Gesundheitsdaten, den Blutdruck, die Leber- und Blutfettwerte, die Herzfrequenz, den Zuckerspiegel, die Entzündungswerte im Blut, das langsame Wachstum eines Tumors usw. usf. zu erfassen. Er ist allzu häufig, was sein Verhalten betrifft, auch kein Experte seiner selbst. Auch die neoliberale Patientenkonstruktion, die sich den kranken Menschen als autonomen und selbstmächtigen Kunden vorstellt, geht an der Realität etwa von hochaltrigen, schwer und u. U. lebensbedrohlich kranken und pflegebedürftigen Menschen vorbei, zumal die moralische Attitüde impliziert, dass Menschen, die sich im Gesundheitssystem nicht adäquat bewegen und Informationen beschaffen können, die auf Grund verschiedenster Umstände risikoreicher leben usw. usf., tendenziell ausgegrenzt werden. Patienten sind biografisch unterschiedlich geprägt. Ihre soziale Situation und ihre Bildungsbiografie haben Einfluss auf ihren Gesundheitsstatus und ihr Gesundheitsverhalten. Sie haben es darüber hinaus mit einem komplizierten Gesundheitssystem, mit widersprüchlichen Informationen, mit interessengeleiteten Institutionen und Akteuren zu tun. Insofern ist der mündige Patient ein Ideal, dem nur eine Minderheit nahekommt.

Beatrix Dietz hat versucht, Indikatoren für Patientenmündigkeit zu entwickeln und diese empirisch zu untersuchen. Sie stellte fest, dass 24% der Patienten als mündig bezeichnet werden können. Andere Patienten typologisiert sie als engagiert, forsch, unsicher oder gleichgültig. Die mündigen Patienten verfügen über ein intensives Informationsverhalten, ein hohes Ausmaß an Wissen sowie einen hohen Grad an Mitbestimmung. Die so beschriebenen Patienten, die sich meist über eine längere Zeit mit ihrer Krankheit auseinandergesetzt haben, nutzen Angebote von Selbsthilfegruppen, sie haben ein höheres Bewusstsein für ihre Krankheit und Gesundheit, sie werden besser mit der Krankheit fertig und sie sind therapietreuer. Darüber hinaus besitzen sie eine hohe Problemlösungs- und Sprachkompetenz, die es ihnen ermöglicht, mit Ärzten auf Augenhöhe zu kommunizieren (Dietz, Beatrix, Patientenmündigkeit, S.9). Allerdings wird dieser Umgang mit der eigenen Krankheit häufig mit Bildung und dem Gesundheitsverhalten im Lebensverlauf korrelieren. Insofern erscheint die Vorstellung, dass sich der mündige Patient im Verlaufe seiner Krankheit emanzipiert, eher unwahrscheinlich.

6. Patienten- und Selbsthilforganisationen

Patientenorganisationen und Organisationen der Patientenselbsthilfe sind freiwillige, keinen wirtschaftlichen Gewinn anstrebende Zusammenschlüsse von Patienten und/oder deren Angehörigen, deren Aktivitäten sich auf die Bewältigung von Krankheiten, die Vermittlung von Informationen über Krankheiten und deren Therapiemöglichkeiten, die Interessenvertretung im gesund-

heits- und sozialpolitischen Bereich, die Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung von Patienten und/oder die Erbringung von Beratungsleistungen erstrecken.

Mitglieder von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind neben Betroffenen, was nicht ganz unproblematisch ist, weil es Interessenskonflikte geben kann, häufig auch Personen oder Institutionen, die als deren Vertreter oder Repräsentanten für diese handeln oder auftreten. D. h., viele Patientenorganisationen werden auch durch Ärzte und andere im Gesundheitssystem tätige Professionelle dominiert.

Patientenorganisationen sind ihrem Selbstverständnis nach politisch-fachliche Interessenvertretung und Ansprechpartner, wenn es um die Beratung von Patientinnen und Patienten geht. Sie treten ein für die Selbstvertretung von Patienteninteressen in allen die Patienten betreffenden Entscheidungsprozessen. Sie spielen bei der Vertretung und Durchsetzung von Interessen und Rechten behinderter oder kranker Menschen eine wichtige Rolle.

Patienten- und Betroffenenorganisationen etwa von Diabetikern, Asthmatikern, Alzheimer- oder Krebspatienten bilden einerseits wichtige Kompetenznetzwerke. Sie bieten darüber hinaus ihren Mitgliedern auch konkrete Informationen und Hilfestellungen im Umgang mit ihrer Krankheit an.

Die Rechte von Patientenorganisationen wurden in den letzten Jahren sukzessive gestärkt. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patientinnen und Patienten einschließlich der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen Beteiligungsrechte in jenen Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeräumt, in denen

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



wichtige Fragen mit Bedeutung für die Patienten entschieden werden. So sitzen insgesamt neun Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Behindertenrates, der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen und des Verbraucherzentrale Bundesverbandes im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neben Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern mit am Verhandlungstisch und können ihre Interessen in die Beratungen des Gremiums einbringen. In diesem Gremium werden u. a. Entscheidungen darüber getroffen, ob neue Therapien oder Arzneimittel geeignet sind und von der Krankenkasse bezahlt werden sollen.

In der sogenannten Patientenbeteiligungsverordnung vom 19. Dezember 2003 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales Kriterien festgelegt, die „maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene“ erfüllen müssen. Als solche sind in der Verordnung bereits benannt:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. sowie
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). (siehe www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsverord/BjNR275300003.html)

Diese Organisationen entsenden „sachkundige Personen“ in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), von denen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen. Die im G-BA vertretenen Organisationen bündeln die Interessen einer Vielzahl von Mitgliedsverbänden und damit vieler Millionen Betroffener:

Im 1999 gegründeten Deutschen Behindertenrat sind derzeit über 40 Mitgliedsverbände zusammengeschlossen. Der Rat nimmt für sich in Anspruch, die Rechte von über 6,5 Millionen Menschen mit Behinderungen und darüber hinaus einer großen Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu vertreten.

Die 22 unabhängigen Patientenberatungsstellen bilden gemeinsam die im Jahr 1993 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen. Information, Beratung und Beschwerdeunterstützung von Bürgerinnen und Bürgern, Versicherten sowie Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Arbeit von Patientenberatungsstellen.

Die 1975 gegründete Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. ist der Fachverband für professionelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen in Deutschland, von denen es zurzeit rund 100.000 gibt. Zentrales Anliegen ist es, Menschen zur freiwilligen, gleichberechtigten und selbstbestimmten Mitarbeit in Selbsthilfegruppen anzuregen (www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/beschwerde/patientenorganisationen/).

Patientenorganisationen und Selbsthilfeorganisationen von Patienten leisten viel. Sie binden in Deutschland einige Hunderttausende Ehrenamtliche. Sie wirken entlastend, sie befördern Kompetenzen, soziale Netzwerke und den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen. Sie geben Hilfestellung. Sie generieren soziale Beziehungen und solidarische Bindungen. Von ihnen geht eine erhebliche Wirkung für die Integration und Inklusion von Menschen aus, die gefährdet sind, sich sozial zu isolieren. Sie leisten einen Beitrag zur Krankheits- und Traumabewältigung von Betroffenen. Die Kritik an größeren Patientenorganisationen besteht darin, dass sie vorgeben, Patienteninteressen un-

abhängig zu vertreten, während es nachweisbare Interessenskonflikte gibt. Vielfach werden insbesondere größere Patientenorganisationen durch Pharmaunternehmen unterstützt, was aus den veröffentlichten Webseiten nicht oder nicht klar hervorgeht.

Der Spiegel und SPIEGEL ONLINE veröffentlichten 2014 erstmals für das Jahr 2013 alle 1364 veröffentlichten Einzelspenden der Industrie in einer öffentlich zugänglichen Datenbank. Dabei waren Zuwendungen von insgesamt 5,6 Millionen Euro an Patientenorganisationen nachweisbar, was allerdings nur ein Bruchteil der Mittel ist, die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen über die Krankenkassen oder den Staat generieren (www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/spenden-der-pharmaindustrie-die-fuersorgliche-belagerung-der-patienten-a-971238.html). Pharmaunternehmen geht es dabei einerseits um die Verbesserung von Absatzbedingungen, andererseits um die Verbesserung ihres Images. Patientenorganisationen sind ihrerseits in einem Dilemma. Vielfach fehlt es insbesondere kleineren, regional tätigen Organisationen trotz Unterstützung durch den Staat und die Krankenkassen an Mitteln, Hauptamtlichkeit und Fachlichkeit.

Andererseits verzichten Patientenorganisationen auch ganz bewusst auf Interessenskonflikte. So heißt es auf den Webseiten der Deutschen Herzstiftung: „Wir unterlassen jedes unethische Verhalten, insbesondere im Rahmen des Einwerbens von Spendengeldern.“ „Wir sind neutral und unabhängig. Kooperationen werden nur eingegangen, wenn die Satzungszwecke gewahrt bleiben.“ (www.herzstiftung.de/selbstverpflichtung.html)

Und im Jahresbericht der Stiftung heißt es: „Der gemeinnützige Verein



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

erhält keine Geldmittel aus der öffentlichen Hand und verzichtet auf Zuwendungen der Pharma- und Medizingeräteindustrie.“

<http://www.herzstiftung.de/pdf/jahresbericht/jahresbericht-2016.pdf>

Die Pharmaindustrie ihrerseits bemüht sich, Transparenz herzustellen. Sie hat dafür den FSA e.V. gegründet, den Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V., in dem nach Selbstauskunft 54 Pharmaunternehmen, die 75% des deutschen Marktes für verschreibungspflichtige Medikamente abdecken, organisiert sind. In ihrem Transparenzkodex verpflichten sich die Mitglieder, alle mittelbaren und unmittelbaren Geldleistungen und vermögenswerten Zuwendungen an Angehörige der Fachkreise und medizinischen Einrichtungen zu veröffentlichen. Darüber hinaus hat der FSA einen Kodex zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen etabliert. In ihm erkennt er an, dass die Organisationen der Patientenselbsthilfe ihre fachliche und politische Arbeit ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von behinderten, kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie ihrer Angehörigen ausrichten, um damit die Selbstbestimmung behinderter, kranker und pflegebedürftiger Menschen zu fördern.

Bei der Zusammenarbeit von Pharmaunternehmen mit Organisationen der Patientenselbsthilfe sollen letztere die volle Kontrolle über die Inhalte ihrer Arbeit behalten und unabhängig bleiben. Pharmaunternehmen dürfen keine Maßnahmen treffen, die dem Ansehen der Patientenselbsthilfe schaden. Sie haben Neutralität und Unabhängigkeit der Organisationen der Patientenselbsthilfe zu wahren. Einseitige Darstellungen zu Gunsten eines Pharmaunternehmens, einer bestimmten Therapie oder eines bestimmten Produktes

sollen ausgeschlossen werden. Auch dürfen im FSA organisierte Pharmaunternehmen keine Organisationen der Patientenselbsthilfe gründen und in anderen Patientenorganisationen Funktionen übernehmen. Interessenskonflikte, Unterstützungen und Förderungen sollen transparent ausgewiesen werden.

(www.fsa-pharma.de/verhaltenskodizes/patientenorganisation/#c103) Ob solche Kodizes wirksam sind und eingehalten werden oder ob Präsenz und Zuwendung nicht dennoch manipulativ wirken, kann hier nicht beurteilt werden. Für Patienten ist eine Orientierung dennoch nicht ganz einfach. So ist die Deutsche Parkinson Gesellschaft (DPG e. V.) ein Zusammenschluss von Ärzten und anderen Personen mit abgeschlossener Hochschulausbildung, die klinisch oder wissenschaftlich auf dem Gebiet der extrapyramidalen Krankheiten arbeiten, während die Deutsche Parkinson Vereinigung Bundesverband e.V. eine Selbsthilfeorganisation von und für an der Parkinsonkrankheit oder einer ähnlichen Erkrankung (atypische Parkinson Syndrome) erkrankten Menschen und deren Angehörige ist, die ihrerseits sehr stark Ärzte in ihre Arbeit einbindet.

Ungeachtet von möglichen Interessenskollisionen: Tausende und insbesondere regional organisierte Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind diesbezüglich unverdächtig. Sie arbeiten ausschließlich ehrenamtlich und ohne eigene Budgets. Sie benötigten eher mehr Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung.

In Thüringen gibt es ein Internetportal für die Selbsthilfegruppen. Auf den Webseiten sind die in den jeweiligen Regionen tätigen Selbsthilfegruppen ausgewiesen sowie die Ansprechpartner in den Landratsämtern. <http://www.selbsthilfe-thueringen.de/>

Bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) kann online bundesweit nach einer passenden Selbsthilfeadresse gesucht werden. NAKOS bietet zudem neben anderen Angeboten eine Telefonhotline für Fragen zu Selbsthilfegruppen unter der Telefonnummer 030 / 31 01 89 60 an.

7. Patientenrechte / Patientenrechtegesetz

Patientenrechte sind die Rechte von Bürgerinnen und Bürgern, die ihnen in einem Behandlungsverhältnis gegenüber Ärzten zustehen. Sie sind weitgehend im sog. Patientenrechtegesetz geregelt. Sie sind zu unterscheiden von Versichertenrechten, die Ansprüche als Versicherter gegenüber seiner Krankenkasse umfassen.

Die Patientenrechte sind in einem sog. Artikelgesetz zusammengefasst, die im BGB dem §630 ff. subordiniert sind. Andere Rechte und Ansprüche ergeben sich auch aus dem Grundgesetz, das auf die Unantastbarkeit der Würde und die freie Entfaltung der Persönlichkeit rekurriert, was freiheitsentziehenden Maßnahmen enge Grenzen setzt, aus dem Vertragsrecht im BGB, aus dem SGB V, aus haftungsrechtlichen Regelungen im BGB sowie datenschutzrechtlichen Regelungen.

Der Patientenvertrag

Zum Verständnis der Rechte von Patienten ist das Wissen wichtig, dass es sich bei dem Verhältnis von Arzt und Patient um eine Vertragsbeziehung handelt, in dem sich die Vertragsparteien auf Leistung und Gegenleistung einigen. Patienten und Arzt schließen unausgesprochen einen **Behandlungsvertrag**

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



ab, der nicht unterstellt, dass eine medizinische Behandlung zwingend Behandlungs- oder gar Heilungserfolg haben muss, was bei lebenden Systemen nicht gewährleistet werden kann, sondern dass Patienten den Anspruch auf eine medizinische Leistung haben, die den allgemeinen fachlichen Standards entspricht. Das Patientenrecht auf eine Behandlung nach den fachlichen Standards kann bei Unzufriedenheit des Patienten mit der Behandlung durchaus problematisch sein. Gemeint ist eine Behandlung, die ein durchschnittlich qualifizierter Arzt des jeweiligen Fachgebiets nach dem jeweiligen Stand von medizinischer Wissenschaft und Praxis an Kenntnissen, Wissen, Können und Aufmerksamkeit zu erbringen in der Lage ist, wobei in der Regel die medizinischen Richt- und Leitlinien Maßstab sind, was wiederum auch problematisch sein kann, weil sie selbst kein Gesetz sind und keinen Erfolg garantieren können.

Ärzte haben als Gegenleistung Anspruch auf ein Honorar, das bei gesetzlich Versicherten nicht der Patient direkt bezahlt, sondern über die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen vereinbart wird. Dieser Behandlungsvertrag, der sich im Allgemeinen nach den zivilrechtlichen Vorschriften richtet, ist insofern ein Sondervertrag, als er auf der Basis von Vorgaben des SGB V (Krankenversicherungsgesetz) abgeschlossen wird.

Aus diesen Vertragsbeziehungen leiten sich weitere Rechte und Pflichten ab:

- Behandelnder, was außer Ärzten auch Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Hebammen, Masseur, Medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten und Heilpraktiker sein können, und

Patient haben bei der Behandlung zusammenzuwirken, was ein bestehendes Vertrauensverhältnis voraussetzt (BGB § 630 c, Abs. 1).

- Der Arzt wie andere Behandelnde haben umfangreiche **Informationsverpflichtungen** gegenüber dem Patienten. Sie müssen den Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie sowie die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen (BGB § 630c). Diese Informationspflicht beinhaltet, dass der Behandelnde auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren auch im Nachgang der Behandlung auf mögliche von ihm oder anderen begangene Behandlungsfehler hinweist (BGB § 630c Abs. 2).

Des Weiteren müssen Patienten in dem Fall über Kosten einer Behandlung informiert werden, insofern diese nicht durch Dritte, d. h., in der

„Barmherziges Verschweigen“

In der medizinischen Praxis gibt es erstens zahlreiche Beispiele dafür, dass Patienten etwa über ihren Krankheitsstatus gar nicht informiert sein wollen. Andererseits kann es, worauf Martin Rehborn verweist, bei schwersten Schäden des Patienten bis hin zur Suizidgefahr Fälle geben, wo Informationen nicht gegeben werden, weil sie die Gesamtbehandlungssituation verschlimmern würden. Er spricht diesbezüglich vom „barmherzigen Verschweigen“. (vgl. Rehborn, Martin; Das Patientenrechtgesetz)

Regel die Gesetzliche Krankenversicherung getragen wird oder begründete Zweifel an der Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten bestehen (vgl. § 630c Abs. 3 und Rehborn, S.261). Darüber hinaus können auch gesetzlich versicherte Patienten einen Kostennachweis über die Behandlungskosten von dem Arzt oder der Krankenkasse einfordern.

- Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme darf, was dem Grundrecht auf uneingeschränkte **Selbstbestimmung** entspricht, nur mit dem Willen des Patienten geschehen. D.h., bevor eine medizinische Behandlung am Patienten durchgeführt wird, die im Sinne der Rechtsprechung eine Körperverletzung darstellt, muss dieser wirksam eingewilligt haben. Diese Einwilligung kann ein Patient zu jeder Zeit widerrufen (vgl. BGB § 630 d Abs. 3). Liegt eine Einwilligung nicht vor, stellt sie im Regelfall eine Vertragsverletzung dar, die einen Schadensersatzanspruch rechtfertigen kann (vgl. BGB § 630d Abs. 4).

- Auf diese Einwilligung kann nur verzichtet werden, wenn medizinische Maßnahmen und Eingriffe unmittelbar notwendig sind, um das Leben eines Patienten etwa nach einem schweren Unfall zu erhalten. Für solche Fälle gilt der „mutmaßliche Wille“ des Patienten (vgl. § 630d Abs. 1; bei nichteinwilligungsfähigen Patienten siehe BGB § 630d Abs. 1 und den Abschnitt Patientenautonomie in diesem Heft).

- Der Einholung der Zustimmung für eine bestimmte Behandlung muss die **rechtzeitige** und **verständliche** Aufklärung des Patienten durch eine Person, die für die Behandlung die notwendige Ausbildung verfügt, zwingend vorhergehen, insofern es sich nicht um einen Notfall handelt. Insofern der Patient einwilligungsfähig



III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

hig ist, muss sie grundsätzlich ihm gegenüber erfolgen. Zum Inhalt der Aufklärung gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose und Therapie, des Weiteren Hinweise auf weitere indizierte und übliche Therapiealternativen, insofern der Patient eine Wahlmöglichkeit hat (vgl. BGB § 630e Abs. 1-5. Vgl. auch Rehborn, S. 263).

- Wichtig ist, dass die Aufklärung mündlich erfolgen muss. Schriftliche Informationen, die vom Patienten einfach unterschrieben werden müssen und die meist den Zweck eines Haftungsausschlusses haben, reichen nicht aus (BGB § 630e Abs. 2).
- In bestimmten Fällen oder wenn Patienten Zweifel an ärztlichen Befunden oder vorgesehenen Therapien haben, ist eine ärztliche Zweitmeinung sinnvoll. Für diesen Fall übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Ärzte haben die Pflicht, Patienten über dieses Recht aufzuklären.
- Patienten haben das Recht auf Dokumentation der medizinischen Behandlung, insbesondere der Diagnose und der Therapie, woraus für Ärzte die unmittelbare und revisionssichere Dokumentationspflicht in einer Patientenakte besteht, die Patienten einsehen können (vgl. BGB § 630f und 630g; siehe hierzu den Abschnitt Patientenakte in diesem Heft).

Die hier vorgestellten Rechte ergeben sich aus dem sog. Patientenrechtegesetz. Weitere Patientenrechte sind an anderer Stelle u.a. im BGB und im SGB V fixiert:

- Das Patientenrechtegesetz enthält keine haftungsrechtlichen Regelungen. Sie ergeben sich allerdings mit

Bezug auf den Patientenvertrag aus den Paragraphen 280, 281 BGB, die für eine Vielzahl von Vertragstypen gelten, sowie aus anderen haftungsrechtlichen Regelungen im BGB (siehe dazu Rehborn, S.269). Sollte es zu einem Schadensfall kommen und ein verschuldeter ärztlicher Behandlungsfehler oder unzureichende Informations- oder Organisationsabläufe vorliegen, stehen Patienten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zu. Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt verursacht wurden, können Ansprüche auch gegen das Pharmaunternehmen oder den Hersteller geltend gemacht werden.

- Wie Patienten sich in einem (vermuteten) Schadensfall verhalten, wurde beim Thema Patientensicherheit dargestellt.
- Patienten haben des Weiteren das Recht auf Vertraulichkeit der Behandlung, dass die behandelnden und pflegenden Personen die bei Behandlung und Pflege bekanntgewordenen Informationen und Daten vertraulich behandeln und nicht unbefugt Dritten gegenüber offenbaren (ärztliche Schweigepflicht, § 203 StGB).
- Patienten haben das Recht auf freie Arztwahl. Sie ergibt sich aus § 76 SGB V. Dazu gehört auch das Recht, den Arzt zu wechseln (eingeschränkt in besonderen Versorgungsformen und bei Zahnersatz). Patienten haben auch das Recht, das Krankenhaus frei zu wählen. Allerdings ist dieses Recht eingeschränkt. So sollte der Versicherte ein Krankenhaus in der Nähe wählen und die Krankenkasse darf aus Gründen der Kostenoptimierung bei der Krankenhauswahl mitreden. Wenn ein anderes Krankenhaus als das nächstgelegene, geeignete und kostengünstigere Krankenhaus gewählt wird, kann die Krankenkasse dem Versicherten un-

ter Umständen den Mehraufwand in Rechnung stellen.

- Patienten haben das Recht auf freie Krankenkassenwahl innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Jeder, der sich gesetzlich krankenversichern kann, darf seine Krankenkasse frei wählen. Das gilt nicht für Versicherte, die über eine Familienversicherung beitragsfrei mitversichert sind. Sie sind stets in der Kasse des Familienangehörigen versichert. Zudem sind manche Kassen nur in bestimmten Bundesländern geöffnet und nehmen nur Mitglieder an, die dort ihren Wohn- oder Beschäftigungsort haben. Einige Betriebskrankenkassen sind darüber hinaus nur für Mitglieder in bestimmten Betrieben geöffnet.
- **Patienten haben das Recht auf einen zeitnahen Termin beim Facharzt.** Damit Patienten zeitnah eine Zweitmeinung einholen können, ist die Wartezeit für Termine beim Facharzt gesetzlich geregelt. Höchstens vier Wochen darf demnach ein Patient auf einen Termin beim Facharzt warten. Eine Terminservicestelle kann dem Patienten dabei helfen, einen verfügbaren Termin bei einem Facharzt in „zumutbarer“ Entfernung zu erhalten. Falls keine Termine frei sind, wird der Patient für eine ambulante Behandlung an eine Klinik überwiesen. Verantwortlich für diesen Service der Terminvergabe sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Jedoch müssen Patienten diesen Dienst weder in Anspruch nehmen noch den vorgeschlagenen Termin wahrnehmen. ■

Dr. Jan Steinhaußen

III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Die Broschüre des Patientenbeauftragten der Bundesregierung informiert präzise und verständlich über Patientenrechte, die Rechte als Krankenversicherter sowie über die Rechte bei Behandlungsfehlern. Die Broschüre kann bestellt werden über publikationen@bundesregierung.de Als Download unter: www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Ratgeber_Patientenrechte.pdf?__blob=publicationFile&v=15

Patientenfürsprecher Rüdiger Müller, rechts im Bild, am Klinikum Suhl, hier bei einer Klausurtagung des Landes seniorenrates. Der **Patientenfürsprecher** ist ein unabhängiger und meist ehrenamtlich tätiger Ansprechpartner für die Patienten eines Krankenhauses. Er steht allen Patienten bei jeglichen Belangen zur Seite. Er setzt sich für ihre Interessen ein. Er hört auf mögliche Wünsche, nimmt Kritik oder Lob entgegen und versucht bei der Krankenhausleitung eine Lösung zu finden. Gesetzliche Grundlage ihres Wirkens sind die Krankenhausgesetze der Bundesländer. Links im Bild: Siegfried Linke, engagiert als Seniorenvertreter in der AOK und des DGB.



Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Parl. Staatssekretärin Ingrid Fischbach. Der oder die Beauftragte soll darauf hinwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Die Bundesministerien müssen die beauftragte Person bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben beteiligen, soweit sie Fragen der Rechte und des Schutzes von Patientinnen und Patienten behandeln oder berühren.

Während andere Bundesländer einen Patientenbeauftragten haben, gibt es diese Funktion in Thüringen bisher nicht. Eine solche Funktion ließe sich z. B. an die Landesgesundheitskonferenz, den Bürgerbeauftragten, AGE-THUR oder auch den Landesseniorenrat anknüpfen, ohne dass man neue staatliche Beauftragtenstellen generiert. Wichtiger wäre die Ausstattung mit Rechten.





III.

Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem

Literatur

- Aus Fehlern lernen, http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Aus_Fehlern_lernen_0.pdf
- Beine, Karl H.; Krankentötungen in Kliniken und Heimen. Aufdecken und Verhindern, 2011
- Beine, Karl H.; Turczynski, Jeanne; Tatort Krankenhaus. Wie ein kaputtes System Misshandlungen und Morde an Kranken fördert, 2017
- Dietz, Beatrix; Patientenmündigkeit: Chancen und Grenzen, in: impulse für Gesundheitsförderung 74, hrsg. V. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.; <http://www.gesundheitsnds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Newsletter-Nr74-Web.pdf>
- Dietz, Beatrix; Patientenmündigkeit: Messung, Determinanten, Auswirkungen und Typologie mündiger Patienten, 2006
- Gastmeier u.a.; Nosokomiale Infektionen und Infektionen mit multiresistenten Erregern – Häufigkeit und Sterblichkeit, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2016; 141: S.421-426, siehe auch www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-106299.pdf
- Geisler, Linus S.; Patientenautonomie - eine kritische Begriffsbestimmung, <http://www.linus-geisler.de/art2004/03dmw-patientenautonomie.html>
- Gewalt in der stationären Langzeitpflege; www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_06_13_AnalyseGewaltStationaerePflege_vf.pdf
- Gewaltprävention in der Pflege; www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf
- Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>
- Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centered bioethics. J Med Ethics 2003; 29: 103-108
- Jox, Ralf J.; Der "natürliche Wille" bei Kindern und Demenzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs, in: Patientenautonomie. Anwendungsprobleme und Fragen der Praxis, hrsg. Von F. Nauck und A. Simon; www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/jox/publikationen/patientenautonomie.pdf
- Kant, Immanuel; Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung, in: Was ist Aufklärung? Ausgewählte kleine Schriften, Felix Meiner Verlag 1999.
- Knoepffler, Nikolaus; Patientenautonomie – Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel der Sterbehilfedebatte, www.kas.de/upload/dokumente/verlagspublikationen/Medizin/Medizin_knoepffler2.pdf
- Rehborn, Martin; Das Patientenrechtegesetz, www.gesr.de/gesr_2013_05_aufs.pdf
- SGB V, Lampertus 2016
- Schweitzer, Ragnhild und Jan; Fragen Sie weder Arzt noch Apotheker. Warum Abwarten oft die beste Medizin ist, 2017
- Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversi-

cherung, www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsv/BJNR275300003.html

www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie

www.wido.de/publikationen/widomonitor/widomonitor-2-2014.html

www1.wdr.de/verbraucher/gesundheit/op-atlas/op-atlas-start-100.html

www.aps-ev.de/patienten/#schadenfall

www.herzstiftung.de/selbstverpflichtung.html

www.herzstiftung.de/pdf/jahresbericht/jahresbericht-2016.pdf

www.selbsthilfe-thueringen.de

www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/spenden-der-pharmaindustrie-die-fuersorgliche-belagerung-der-patienten-a-971238.html

www.fsa-pharma.de/verhaltenskodizes/patientenorganisation/#c103



Die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem



Stinn, Thomas; Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume. Raumrelevante Handlungsstrategien im Kontext regionaler Gesundheitsversorgung, LIT Verlag 2017.

Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – das Konzept der Gesundheitsregionen

Als Probleme der medizinischen Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum erweisen sich die sinkenden Bevölkerungszahlen bei zunehmender Alterung der Bevölkerung sowie gleichzeitiger teilräumlicher Ausdünnung des Standortnetzes von medizinischen Angeboten, wobei sich diese Angebotsverringerung nicht nur auf Haus- und Facharztpraxen und Krankenhäuser, sondern auch auf Psychotherapeuten, Apotheken, Physiotherapien, ambulante Pflegedienste sowie Angebote der Tagespflege bezieht. Diese Entwicklung korrespondiert mit einer Abnahme anderer Infrastruktur- und Mobilitätsangebote, so dass, wie auch Thomas Stinn in seinem oben abgebildeten Buch konstatiert, die regionale Gesundheitsversorgung ein prioritäres Handlungsfeld der

ländlichen Raumentwicklungsplanung ist. Die entscheidende Frage ist, wie man angesichts einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung bei abnehmender Mobilität eine medizinische Versorgung im ländlichen Raum absichern kann. Offenbar, das konstatiert Thomas Stinn, erweisen sich die tradierten Planungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landes- und Regionalplanung dafür nicht als ausreichend.

Als zukunftsfähige Alternative stellt Thomas Stinn das Konzept der Gesundheitsregion vor, das in verschiedenen ländlich geprägten Regionen Deutschlands, u. a. im Saale-Holzland-Kreis, seit einigen Jahren erprobt wird. Das Konzept einer Gesundheitsregion beinhaltet einen Zusammenschluss von meist räumlich benachbarten Gemeinden und/ oder Kreisen mit im Gesundheitswesen tätigen Partnern einschließlich zivilgesellschaftlicher Akteure, um durch Kooperation Handlungsfelder zu identifizieren, zu erschließen und zu entwickeln. Ziel solcher Zusammenschlüsse ist die nachhaltige medizinische Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch eine neue Kultur der Vernetzung und Zusammenarbeit. Rekuriert wird dabei nicht nur auf eine neue Qualität der Kooperation und Vernetzung, sondern auf innovative Versorgungsansätze, auf Telemedizin und das Gemeindeschwesternmodell, auf neue partizipative Planungsansätze, neue Anreizsysteme, um ärztliche Niederlassungen zu befördern, die Erhöhung der Patientenmobilität, die Förderung von nichtärztlichen Ausbildungsberufen sowie moderne Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung. D. h., es geht in dem Konzept nicht nur darum, dass sich ein Hausarzt in einer ländlichen Region ansiedelt, sondern um die Organisation, Optimierung und Etablierung komplexer

Versorgungs-, des Weiteren aber auch um die Entwicklung partizipatorischer Sorgestrukturen. Als wichtige Elemente des Konzepts erweisen sich,

- dass die kommunale Verwaltungsspitze dem Prozess vorsitzt und ihn begleitet,
- dass es eine regionale Steuerungsgruppe gibt, die die inhaltliche Ausrichtung und das Vorgehen lenkt,
- dass es eine Koordinationskraft gibt, die die organisatorischen Prozesse gestaltet,
- dass Arbeitsgruppen die innovative Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte mit Partnern etablieren sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln und umsetzen und
- dass regionale Gesundheitskonferenzen über den Prozess informieren und Beteiligungsmöglichkeiten schaffen, die Impulse für die weitere Arbeit generieren.

Neben Thomas Stinns Buch empfehlen sich die Broschüren der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen. Sie informieren über bereits etablierte Gesundheitsregionen in Deutschland und geben eine Handlungsanleitung zur Umsetzung des Konzepts Gesundheitsregion für ländliche Räume. JSt



www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/GR-Leitfaden_web.pdf
siehe auch: <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de>



DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Benedikt Ziegler

Ambulante ärztliche Versorgung



Ambulante ärztliche Versorgung – Inanspruchnahme und die Rolle des Hausarztes

Ambulante Gesundheitsleistungen werden im Alter vermehrt in Anspruch genommen. Laut einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung steigt die Zahl der Fach- und Hausarztbesuche mit dem Alter deutlich an. Ein- bis zweimalige Besuche im Jahr werden bei über 60-

jährigen Versicherten im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen deutlich weniger. Stattdessen steigt im Alter der Anteil derer, die Ärzte drei- bis zehnmal oder mehr als zehnmal im Jahr aufsuchen. Bei den 70-79-Jährigen sind die Arztbesuche am höchsten: 24% sehen einen Arzt ein- bis zweimal, 52% verzeichnen drei bis zehn Besuche und 19% konsultieren einen Arzt mehr als zehnmal im Jahr (KBV 2016: 5). Bei den Frauen sind die Behandlungsquoten bereits im jungen Erwachsenenalter auf einem

hohen Niveau, daher ist bei den Behandlungsquoten der Männer im Lebensverlauf ein deutlich stärkerer Anstieg erkennbar. Etwa ab dem 75. Lebensjahr gleichen sich die Quoten beider Geschlechter an (Gerste 2012: 77f.). Der Anlass für das Aufsuchen eines Arztes ist mit zunehmendem Alter weniger ein aktuelles Gesundheitsproblem, sondern vielmehr das Vorliegen von chronischen Erkrankungen (KBV 2016: 9). In einer alternden Gesellschaft kommt der hausärztlichen Versorgung eine

Ein **medizinisches Versorgungszentrum** (MVZ) ist eine Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung, in der mehrere Vertragsärzte organisatorisch unter einem Dach angestellt arbeiten. Ähnlich wie in den Polikliniken der DDR können in einem Medizinischen Versorgungszentrum beliebig viele zugelassene Ärzte im Angestelltenverhältnis arbeiten.

Rechtsgrundlage für die Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren ist § 95 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V). Gesellschafter eines MVZ sind in der Regel die Gründungsberechtigten. Für die Patienten hat ein medizinisches Versorgungszentrum Ähnlichkeiten mit einer Gemeinschaftspraxis mit dem Unterschied, dass kein direkter Behandlungsvertrag mit dem behandelnden Arzt, sondern mit dem MVZ entsteht.

Der Vorteil von Medizinischen Versorgungszentren besteht für Ärzte darin, dass es infolge der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen, insbesondere von Medizintechnik, Räumen und Personal sowie der Entlastung der Ärzte von verwaltungstechnischen

Aufgaben zu Kosteneinsparungen kommt. Für Patienten kann ein Vorteil darin bestehen, dass sie verschiedene medizinische Leistungen an einem Ort in Anspruch nehmen können.

Niedergelassene Ärzte sehen in Medizinischen Versorgungszentren durchaus auch eine Gefahr, weil sie das ‚Eindringen‘ von Managementgesellschaften, privaten Klinikträgern und Krankenhäusern in den ambulanten Versorgungsmarkt befördern und die freie Arztwahl der Patienten einschränken. Zudem sehen sie die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit gefährdet, weil niedergelassene Facharztpraxen verdrängt werden.

In Thüringen gibt es (Stand 2017) insgesamt 112 zugelassene Medizinische Versorgungszentren, u.a. in Altenburg, Bad Frankenhausen, Bad Langensalza, Bad Liebenstein, Bad Salzungen, Blankenhain, Eisenach, Eisfeld, Erfurt, Friedrichroda, Geisa, Gera, Gerstungen, Gotha, Greiz, Hildburghausen, Ilmenau, Jena, Kaltennordheim, Meiningen, Mühlhausen, Nordhausen, Ohrdruf, Pößneck, Saalfeld, Schleiz, Schleusingen, Sömmerda, Sonneberg, Suhl, Vacha, Weimar und Wutha-Farnroda (siehe http://www.kv-thueringen.de/presse/20_fakten_zahlen/05_mvz/010_Aufstellung_MVZ.pdf).

[kv-thueringen.de/presse/20_fakten_zahlen/05_mvz/010_Aufstellung_MVZ.pdf](http://www.kv-thueringen.de/presse/20_fakten_zahlen/05_mvz/010_Aufstellung_MVZ.pdf).

Einzelpraxen sind in Deutschland die am stärksten vertretene Praxisform, allerdings hat ihre Anzahl in den letzten 10 Jahren überproportional stark abgenommen. Immer mehr Ärzte, insbesondere Chirurgen, Radiologen und Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung, sind in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren tätig. Im Jahr 2016 praktizierten etwa 43% aller Ärzte und Psychotherapeuten in der Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland in kooperativen Strukturen. Die Psychotherapeuten sind fast ausschließlich in Einzelpraxen tätig. Träger von MVZ sind vor allem Krankenhäuser und Vertragsärzte (siehe <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16736.php>).

JSt und JKI



IV.

Ambulante ärztliche Versorgung

besondere Rolle zu. Die Hausarztpraxis dient für Patienten als erste Anlaufstelle bei unterschiedlichsten gesundheitlichen Problemen. Ältere und hochaltrige Menschen bilden die zahlenmäßig größte Gruppe der Patienten in Praxen der Primärversorgung (Seidel et al. 2013: 22f.). Der Hausarzt hat zu 77% seiner männlichen und 81% seiner weiblichen Patienten im Alter von über 70 Jahren in jedem Quartal Kontakt (Keyser/Sandholzer 2008: 309) und stellt einen bedeutenden Ansprechpartner bei gesundheitlichen Angelegenheiten dar. 96% der über 65-Jährigen haben einen festen Hausarzt, den sie durchschnittlich sechsmal jährlich kontaktieren. Patienten mit Multimorbidität verzeichnen zwölf Hausarztbesuche (Seidel et al. 2013: 22).

Neben der Aufgabe der rein medizinischen Behandlung werden einem Hausarzt weitere Funktionen zugeschrieben. Gerade ältere Menschen sind in einem Gesundheitssystem mit vielfältigen, undurchsichtigen und unbekannten Leistungsangeboten häufig überfordert oder teilweise gar verängstigt. Der Hausarzt hat bei der medizinischen Primärversorgung auch die Funktion inne, seine Patienten durch das Versorgungssystem zu lotsen und die verschiedenen Leistungserbringer und -angebote zu koordinieren (Keyser/Sandholzer 2008: 309). Gerade bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten ist die Koordinations- bzw. Steuerungsaufgabe besonders ausgeprägt (Seidel et al. 2013: 24). Im Alter spielen Einsamkeit und soziale Isolation häufig eine bedeutende Rolle, da soziale Kontakte abnehmen, Kinder oft nicht im direkten Umfeld leben und Partner sowie Freunde versterben. Funktionale Beeinträchtigungen oder Behinderungen können den sozialen Rückzug noch verstärken. Für viele alleinstehende

Ältere stellt der Hausarzt, zu dem häufig eine langjährige Beziehung besteht, eine wichtige oder gar die einzige Bezugs- und Vertrauensperson dar. Dabei werden von dem Arzt oftmals Aufgaben erwartet, die das eigentliche Tätigkeitsspektrum in der hausärztlichen Versorgung übersteigen (Keyser/Sandholzer 2008: 310; Seidel et al. 2013: 58).

Jelena Kleine

Literatur

- Gerste, B. (2012): Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. In: Günster C./ Klose, J./ Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, 67-98.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage.
- Keyser, M./ Sandholzer, H. (2008): Ambulante ärztliche Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 308- 319.
- Seidel, G./ Schneider, N./ Möller, S./ Walter, U./ Dierks, M.-L. (2013): Patientengerechte Gesundheitsversorgung für Hochbetagte. Anforderungen aus der Sicht älterer und hochaltriger Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.

Hilfe bei Krankheit – Die ambulante ärztliche Versorgung in Thüringen

„Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung.“ Dieser Satz findet sich im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung, gleich zu Beginn des Kapitels „Gesundheit und Pflege“. Für Politiker ist es leicht, ein solches Versprechen abzugeben, denn sie selbst müssen es nicht erfüllen. Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, also die niedrigschwellige, für jedermann zugängliche Versorgung durch Arztpraxen verschiedenster Fachrichtungen und Größen und durch Psychotherapeuten wird von den Ärzten und Psychotherapeuten selbst, ohne Geld vom Steuerzahler, organisiert und sichergestellt. Die Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten in Thüringen zugelassen sind, sind dazu in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zusam-



Die meisten der rund 1.500 Hausärzte in Thüringen sind Frauen.

IV. Ambulante ärztliche Versorgung



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

mengeschlossen. In diesem Artikel wird das System der ambulanten Versorgung in Thüringen mit seiner Struktur und den Verantwortlichkeiten beschrieben. Außerdem finden Sie hier ein Porträt der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, einen Hintergrundartikel zur Planung der ambulanten Versorgung und Tipps für Patienten und ihre Vertreter.

Flächendeckende Versorgung als wichtige Ressource der Daseinsvorsorge

Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ist eine wichtige Ressource der öffentlichen Daseinsvorsorge. In Thüringen sind derzeit rund 4.100 Ärzte und Psychotherapeuten für die ambulante Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten zugelassen. Sie praktizieren entweder in eigener Niederlassung, also als selbstständige oder partnerschaftliche Inhaber von Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), oder als Angestellte in Praxen oder MVZ. Medizinische Versorgungszentren werden in Thüringen entweder von Ärzten betrieben oder von Krankenhäusern (Klinik-MVZ). Thüringer Kommunen machen von ihrer Möglichkeit, MVZ zu betreiben, bisher noch keinen Gebrauch.

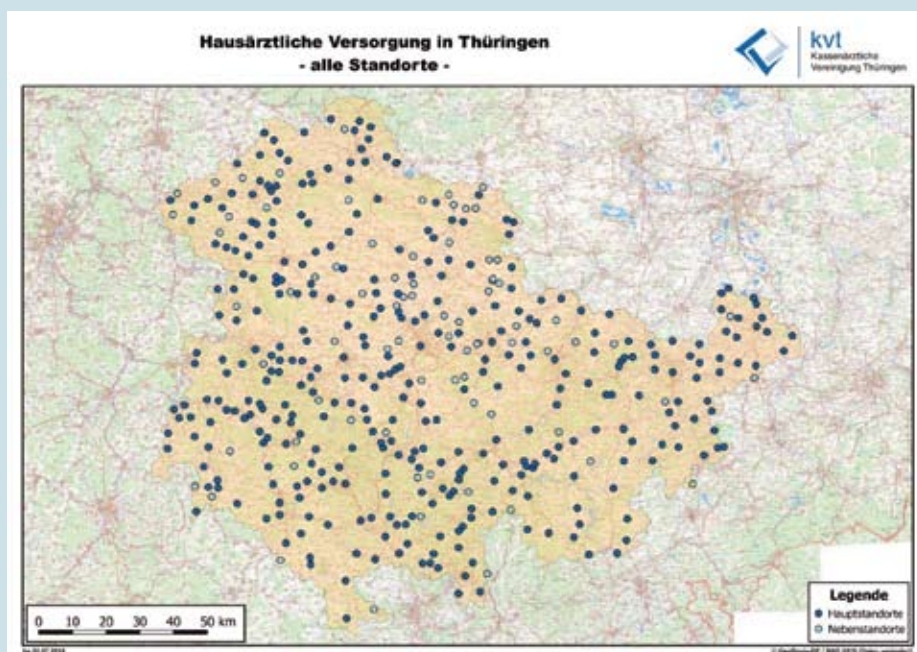
Allen Ärzten und Psychotherapeuten, die an der ambulanten Versorgung in Thüringen teilnehmen, ist jedoch eines gemeinsam: Sie praktizieren freiberuflich, d. h. sie sind allein ihrem ärztlichen bzw. therapeutischen Ethos verpflichtet. Auch MVZ, egal in welcher Trägerschaft, müssen einen ärztlichen Leiter haben. Der Gesetzgeber verbindet mit dieser Verpflichtung das Ziel, dass sie unter fachlichen und nicht in erster Linie unter kommerziellen Gesichtspunkten geführt werden.

Insgesamt nehmen an der ambulanten Versorgung in Thüringen rund 1.500 Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte oder hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin), rund 2.200 Fachärzte unterschiedlichster Spezialisierungen und 400 psychologische Psychotherapeuten teil. Ärzte, die für die ambulante Versorgung zugelassen werden wollen, müssen nicht nur ein abgeschlossenes Medizinstudium und eine Approbation als Arzt vorweisen, sondern auch eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt. Diese Weiterbildung dauert nach dem Medizinstudium noch einmal mindestens fünf Jahre und versetzt die Ärzte in die Lage, selbstständig Patienten zu behandeln. Dies ist in der ambulanten Versorgung deshalb so wichtig, weil Ärzte im Unterschied zur Klinik hier meist keine Möglichkeit haben, einen vorgesetzten Arzt zu konsultieren. Gleichwohl tauschen sich auch ambulant tätige

Ärzte und Psychotherapeuten regelmäßig aus. Um ihre Zulassung zu behalten, bilden sie sich regelmäßig fort. Ihre Praxen und MVZ sind ebenso hohen Qualitätsstandards unterworfen wie Kliniken.

Versorgung in den Städten und auf dem Land

Die ambulante ärztliche Versorgung in Thüringen ist sowohl in den Städten als auch auf dem Land gewährleistet. Eine Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung aus dem Jahr 2016 hat ergeben, dass rund 700 Ärzte und 50 Psychotherapeuten in Thüringen in rund 400 ländlichen Orten praktizieren, also außerhalb von kreisfreien Städten, Kreisstädten oder größeren kreisangehörigen Städten. Damit ist das Netz der ambulanten ärztlichen Versorgung auf dem Land in Thüringen dichter als das Schulnetz, das Netz an Einkaufs-



Die Karte zeigt die Standorte in Thüringen, an denen sich eine Arztpraxis oder mehrere Arztpraxen befindet/n. Da die Karte aus dem Sommer 2016 stammt, ist es möglich, dass zum aktuellen Zeitpunkt einzelne Punkte bzw. Standorte nicht mehr existieren oder zusätzliche Hausarztstandorte hinzugekommen sind.



IV. Ambulante ärztliche Versorgung

möglichkeiten oder Behörden. Es ist in etwa mit dem Netz an Kindertagesstätten vergleichbar.

Selbstverständlich findet man auf dem Land vor allem Hausärzte. Die meisten von ihnen praktizieren in eigener Praxis. Rund 80 Hausärzte, die ihre Praxis in der Stadt oder einem zentralen Dorf haben, betreiben in benachbarten kleineren Orten Zweigpraxen. Facharztpraxen findet man auf dem Land weniger, aber immerhin rund 120. Sie sind häufiger in Städten zu finden. Je spezialisierter ein Arzt ist, um so zentraler wird seine Praxis gelegen sein. Dies ist sinnvoll, weil die fachärztliche Versorgung aus vielen spezialisierten Fachbereichen besteht. Von jeder Fachgruppe darf laut Gesetz nur eine begrenzte Anzahl an Ärzten zugelassen werden. Ihre Praxen müssen deshalb so zentral wie möglich und damit für viele Bürger erreichbar sein.

Auch Medizinische Versorgungszentren, vor allem Klinik-MVZ findet man vor allem in Städten. Mit Ausnahme des MVZ des Klinikum Bad Salzungen gGmbH, das sich auch stark an der hausärztlichen Versorgung in der Region beteiligt, konzentrieren sich die Klinik-MVZ vor allem auf die fachärztliche Versorgung, weil sie so ihre Ärzte sowohl stationär als auch ambulant einsetzen können. Allerdings hat das oft auch zur Folge, dass die Ärzte häufig wechseln oder nur in Teilzeit für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen.

Notdienst, Nichtärztliche Praxisassistenten, Prävention

Da kein Arzt seine Praxis an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr geöffnet haben kann, organisie-

ren die Ärzte einen Ärztlichen Notdienst (früher: Bereitschaftsdienst). In den Zeiten, in denen die Praxen für gewöhnlich geschlossen sind (Abend, Nacht, Wochenenden, Feiertage, Mittwoch- und Freitagnachmittage), ist er unter der kostenfreien bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar. Reihum besetzen die Ärzte außerdem in Thüringen 27 hausärztliche Notdienst-Sprechstunden – die meisten von ihnen sind auf dem Gelände von Krankenhäusern in der Nähe zur Notaufnahme angesiedelt. Sie organisieren Fahrdienste für Hausbesuche während der Praxisschließzeiten, einen flächendeckenden augenärztlichen Notdienst sowie in einigen Thüringer Regionen auch einen kinderärztlichen und HNO-ärztlichen Notdienst (s. Kasten oben)

Knapp 480 Thüringer Arztpraxen (vor allem Hausarztpraxen) beschäftigen außerdem Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA oder VERAH). Diese speziell qualifizierten Medizinischen Fachangestellten erledigen viele Arbeiten, für die kein Arzt notwendig ist (Verbandswechsel, Glukosebestimmung, Beratungsleistungen usw.), oft auch im Hausbesuch. Die Tätigkeit dieser Praxisassistentinnen verbessert vor allem die Versorgung älterer und mobilitätseingeschränkter Patienten, speziell auf dem Land.

Wichtige Berater sind die Ärzte und Psychotherapeuten auch in Fragen der Prävention, der gesunden Lebensweise und des Umgangs mit

chronischen Erkrankungen. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen machen einen wichtigen Anteil der Praxistätigkeit aus. Chronisch erkrankte Patienten, z. B. Diabetiker, können im Rahmen spezieller Programme neben der Therapie auch Schulungen in Anspruch nehmen. Vielfach kooperieren Ärzte und Psychotherapeuten auch untereinander sowie mit Apotheken, Kliniken oder Heilmittelerbringern, wie Physiotherapeuten oder Logopäden.

Versorgung von Patienten in Pflegeheimen

Eine besondere Aufgabe stellt die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen dar, besonders dann, wenn der Umzug in ein Pflegeheim mit einem Ortswechsel verbunden ist, d. h. der frühere Hausarzt zu weit entfernt ist, um seinen Patienten weiter zu behandeln. Rein formalrechtlich ist es hier so, dass auch für Patienten in Pflegeheimen das Recht auf freie Arztwahl gilt. Praktisch bedeutet das in den meisten Fällen jedoch, dass sich die Angehörigen um einen neuen Hausarzt kümmern müssen. Oft, aber nicht immer, erhalten sie hier Unterstützung durch das Pflegeheim.

Die ambulant tätigen Ärzte in Thüringen haben bei der Versorgung der Patienten in Pflegeheimen eine Vorreiterrolle übernommen. Zunächst auf Landesebene und schließlich auch auf Bundesebene wurde die

Ärztlicher Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten

Die Rufnummer funktioniert ohne Vorwahl, gilt bundesweit und ist kostenlos:

116117

- Mo., Di. und Do. jeweils 18:00 Uhr bis 7:00 Uhr
- Mi. und Fr. jeweils 13:00 Uhr bis 7:00 Uhr
- Sa., So., Feiertag und Brückentag sowie am 24.12. und 31.12. jeweils 7:00 Uhr bis 7:00 Uhr



IV. Ambulante ärztliche Versorgung



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen



Pflegeheime können zur Betreuung ihrer Bewohner Verträge mit Ärzten schließen (im Bild: MR Dr. med. Gerd Starrach aus Bad Sulza)

Möglichkeit eröffnet, dass Pflegeheime Verträge mit Ärzten schließen, auf deren Grundlage Hausbesuche und die kontinuierliche Versorgung der Bewohner, die bzw. deren Angehörige das möchten, gewährleistet wird. Leider machen noch zu wenige Pflegeheime in Thüringen von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Ambulante Versorgung durch Selbstverwaltung organisiert

Die Ärzte und Psychotherapeuten organisieren die ambulante Versorgung mit all ihren Besonderheiten selbst. Dazu sind sie in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KV Thüringen) zusammengeschlossen. Die KV ist ihre Selbstverwaltung, die sie auch vollständig selbst aus ihrem Honorar finanzieren, ohne Zuschüsse vom Steuerzahler oder den Krankenkassen. Damit wird gewährleistet, dass Patienten aller Gesetzlichen Krankenversicherungen (aktuell über 100) in Thüringen versorgt werden

können. Ärzte und Psychotherapeuten müssen nicht mit jeder Kasse einzeln abrechnen. Sie rechnen über die KV ab, die das Geld für die Honorare wiederum von den Gesetzlichen Krankenversicherungen erhält.

Die Abrechnung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen ist die Hauptaufgabe der Selbstverwaltung. Damit eng verknüpft sind die jährlichen Verhandlungen über die Geldmenge, die die Gesetzlichen Krankenversicherungen für die ambulante ärztliche Versorgung ihrer Versicherten in Thüringen und für Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Verfügung stellen. Auch wenn das finanzielle Volumen für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in Thüringen mit jährlich rund 1 Milliarde Euro beträchtlich ist, so ist die ambulante ärztliche Versorgung jedoch nach wie vor unterfinanziert. Grund ist das seit den 1990er Jahren im Gesetz verankerte so genannte Budget, also eine vorher festgelegte Gesamtmen-

ge an Geld, das die Kassen zur Verfügung stellen. Mehr Geld bekommt die KV für die Honorierung der Ärzte und Psychotherapeuten nicht, auch wenn diese mehr Leistungen erbringen. Das hat zur Folge, dass vor allem Fachärzte einen Teil ihrer Leistungen bis heute nicht voll vergütet bekommen.

Auch die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung im Land gehört zu den Aufgaben der KV Thüringen. Grundlage ist der Sicherstellungsauftrag des Gesetzgebers nach § 75 SGB V. Den Rahmen für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gibt jedoch der Gesetzgeber vor. Er legt fest, auf wie viele Einwohner einer Region wie viele Ärzte einer Fachgruppe kommen dürfen, und damit auch, wie viele Sitze für Ärzte und Psychotherapeuten welcher Fachgruppe die KV Thüringen aus schreiben darf. Zugelassen werden die Ärzte und Psychotherapeuten dann von einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Zulassungsausschuss. Ihm gehören neben Ärzten auch Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherungen an. Wird ein Arzt oder Psychotherapeut für die ambulante Versorgung in einem bestimmten Versorgungsbereich zugelassen, kann er sich dort frei niederlassen (§. auch ab S. 115. „So funktioniert die Bedarfsplanung ...“).

„Ärztemangel“ – Wirklichkeit oder Legende

Seit einigen Jahren ist in der Politik immer häufiger von einem Ärztemangel in der ambulanten Versorgung die Rede. Es wird auf das Alter der Ärzteschaft verwiesen und es werden Befürchtungen geäußert, dass vor allem auf dem Land nicht genügend Ärzte nachkommen. Diese Befürch-



IV.

Ambulante ärztliche Versorgung

tungen sind nicht unbegründet. Sie sind aber auch nicht neu. Die KV Thüringen hat das Problem bereits vor rund 15 Jahren kommen sehen und danach selbst damit begonnen, gegenzusteuern. Damals wurden die Mahnungen der Ärzteschaft von der Politik noch nicht ernst genommen. Noch vor zwei Jahren beklagten selbst Thüringer Bundestagsabgeordnete eine angebliche Überversorgung und forderten, dass bestimmte Praxen, wenn die Ärzte in den Ruhestand gehen, nicht nachbesetzt werden sollen. Punktuell hört man diese Forderungen bis heute.

Jenseits dieser möglicherweise auch taktisch bestimmten Debatten gilt es, folgende Tatsachen zu konstatieren: Wer in Thüringen krank wird, findet einen Arzt, der ihn behandelt. Haus- und Fachärzte sind zudem so gut untereinander vernetzt, dass Patienten, die dringend einen Facharzttermin benötigen, diesen auch bekommen. Angesichts des demografischen Wandels der vergangenen Jahre in Thüringen (Abwanderung junger, gesunder Menschen, zunehmen-

de Zahl von älteren und kranke- ren Menschen) und angesichts der wachsenden Nachfrage nach ärztlicher Behandlung durch Personen aller Altersgruppen stößt das System der ambulanten Versorgung jedoch immer wieder an Grenzen. Patienten bekommen dies vor allem dann zu spüren, wenn sie umziehen und am neuen Wohnort einen neuen festen Hausarzt suchen (ältere Menschen auch, wenn sie in eine Pflegeeinrichtung umziehen) oder wenn sie bei einer neuen Erkrankung, ohne sich vorher an einen Hausarzt zu wenden, direkt einen Facharzt konsultieren wollen.

Dieses Phänomen hat mehrere Ursachen. Zum einen entsprechen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung nicht mehr dem Bedarf, den die Patienten nachfragen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Entwicklungen in der Bevölkerung entsprechen, auch den regional unterschiedlichen. Allerdings ist auch die Zahl der ausgebildeten Ärzte und Psychotherapeu-

ten begrenzt. Sie haben zudem viele Arbeitsmöglichkeiten: in Kliniken, in der Forschung oder Industrie und schlicht auch in anderen Bundesländern oder im Ausland. Um die Ärzte ist, wie um Fachkräfte in anderen Bereichen auch, längst ein „Wettbewerb um die Köpfe“ entbrannt. Man kann niemanden zwangsweise verpflichten, an einer bestimmten Stelle zu arbeiten. Wer will, dass Ärzte in Thüringen arbeiten, muss sie hiervon überzeugen. Das kann weder die Kassenärztliche Vereinigung noch die Politik allein.

Zur Wahrheit gehört schließlich auch, dass die Ressourcen der ambulanten ärztlichen Versorgung immer auch objektiv begrenzt sein werden. Das bedeutet für alle Patienten, dass die Ärzte in erster Linie für die Menschen da sein müssen, die sie benötigen, und nicht für die, die am lautesten nach ihnen fordern. Am besten unterscheiden können das die Ärzte selbst. Schuldzuweisungen oder politische Versprechungen zu Lasten der Ärzte helfen hier wenig.

Was die KV Thüringen tut, um die ambulante Versorgung in Thüringen zu sichern

Dem erwähnten „Wettbewerb um die Köpfe“ stellt sich die KV Thüringen bereits seit Jahren. Die Zahl der freien Arztsitze ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich zurückgegangen, d. h. bestehende Versorgungslücken werden Schritt für Schritt geschlossen. Im Moment sind in ganz Thüringen noch rund 57 (von insgesamt rund 1.500) Hausarztsitzen nicht besetzt. Hinzu kommen rund 10 fehlende Fachärzte, vor allem in der Augenheilkunde. Wenn Ärzte in den Ruhestand gehen oder aus einem anderen Grund aus der ambulanten Versorgung ausscheiden, bemüht



Kooperieren bei der Betreuung von Pflegeheimbewohnern in Niedertrebra: MR Dr. med. Gerd Starrach, Pflegedienstleiterin Simone Thill und die Nichtärztliche Praxisassistentin Carola Werner (von li.)



sich die KV gemeinsam mit ihnen, einen Nachfolger zu finden. Das gelingt nicht immer, aber meistens. Einen großen Teil des zusätzlichen Behandlungsbedarfs kompensieren die Ärzte und Psychotherapeuten selbst: Thüringer Ärzte versorgen im Schnitt ein Drittel mehr gesetzlich versicherte Patienten als ihre Kollegen im bundesdeutschen Durchschnitt.

Für Ärzte, die in die ambulante Versorgung in Thüringen einsteigen wollen, hält die KV Thüringen gemeinsam mit ihren Partnern ein umfangreiches Förderpaket bereit. Wer in einer unterversorgten Region eine Praxis eröffnen oder als Nachfolger übernehmen will, kann dafür Fördermittel von bis zu 60.000 Euro erhalten. Wer sich nicht gleich selbst niederlassen will, kann in einer Stiftungs-Praxis zunächst Erfahrungen als angestellter Arzt sammeln und die Praxis später übernehmen. Praxen, die Ärzte in Weiterbildung beschäftigen, können Zuschüsse beantragen. Für Ärzte in Weiterbildung, die sich verpflichten, später in der ambulanten Versorgung in Thüringen zu arbeiten, gibt es Stipendien. Auch Famulaturen (Praktika während des Medizinstudiums) und ambulante Abschnitte des Praktischen Jahres werden unterstützt. Schließlich bietet die KV Thüringen künftigen Ärzten vielfältige inhaltliche Hilfen an, wie die Beratung von Medizinstudierenden durch den Ärztescout Thüringen oder praxisnahe Seminare und Konsultationen durch erfahrene Ärzte im Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Auch für diese Programme – sie werden in diesem Jahr in Thüringen insgesamt 5,3 Millionen Euro kosten – fließen keine Steuermittel. Rund 750.000 Euro kommen von den Krankenkassen. Den Löwenanteil bringen die Mitglieder der

KV Thüringen, d. h. die Ärzte und Psychotherapeuten selbst aus ihrem Honorar auf. Seit 2014 legt das Land Thüringen zusätzlich ein eigenes Förderprogramm auf, mit dem es Niederlassungen in ländlichen Orten und seit diesem Jahr auch die Einrichtung barrierefreier Praxen unterstützt. Auf diese Weise wurden in den vergangenen drei Jahren 18 Ärzte mit insgesamt 290.000 Euro unterstützt. Auch einzelne Thüringer Kommunen sind inzwischen tätig. Sie unterstützen junge Ärzte z. B. beim Finden geeigneter Praxisräume oder informieren über Standortvorteile ihrer jeweiligen Region wie Schulen, Kinderbetreuung oder Arbeitsplätze für den Lebenspartner.

Selbstverwaltung als Gewähr für eine zukunfts feste ambulante Versorgung

Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten und Grenzen wird die Selbstverwaltung der Ärzte und Psychotherapeuten auch künftig in der Lage sein, die ambulante Versorgung der Menschen in Thüringen sicherzustellen. Sie kann das auch besser als der Staat, weil sie unabhängig ist von politischen Präferenzen oder Haushaltszwängen. Was Staatsmedizin bedeutet, zeigt die Entwicklung der vergangenen Jahre im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In den meisten Gesundheitsämtern sind viele Stellen unbesetzt. Amtsärzte sind wirkliche Mangelware, die wenigen verbliebenen werden schlecht bezahlt. Aus dem Krankenhaussektor zieht sich der Staat derweil durch den Verkauf kommunaler Kliniken an privatwirtschaftliche Träger zurück. Selbst von Krankenhäusern, die ganz oder teilweise in ihrem Besitz geblieben sind, erwarten die Kommunen in erster Linie Gewinn.

In der ambulanten Versorgung steht die KV Thüringen bei ihrer Aufgabe, sie im Land zu organisieren und sicherzustellen, inzwischen nicht mehr allein. Sie ist im Gespräch mit verschiedensten Akteuren der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, mit Patientenvertretern und Verbänden. In diesem Jahr werden die Ärzte und Psychotherapeuten die Anliegen ihrer Patienten und ihre eigenen Anliegen vortragen. Vor allem aber werden sie weiter für ihre Patienten da sein.

So funktioniert die Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) und dort § 75 verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich. Grundlage dieser Sicherstellung ist die regionale Planung der Sitze für Ärzte und Psychotherapeuten, die in den rechtlichen Vorschriften als Bedarfsplanung bezeichnet wird. Dieser Begriff ist jedoch missverständlich, weil im SGB V festgeschrieben ist, dass die Sitze für Ärzte nicht nach dem Bedarf der Patienten, sondern nach einem genau festgelegten statistischen Einwohnerenschlüssel geplant und besetzt werden müssen. Im Folgenden wird die Bedarfsplanung für Thüringen erläutert:

Die Bedarfsplanung richtet sich nach dem SGB V sowie folgenden nachgeordneten Rechtsvorschriften, an die sich die KV Thüringen und die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung als Körperschaften des öffentlichen Rechts zu halten haben:

IV. Ambulante ärztliche Versorgung

Bedarfsplanungs-Richtlinie, Zulassungsordnung für Ärzte, Zulassungsordnung für Psychotherapeuten. Danach werden die Ärzte und Psychotherapeuten – entsprechend ihren Fachgruppen – in sogenannte Versorgungsebenen eingeteilt. Ab-

hängig von diesen Versorgungsbe-
nen wird in unterschiedlich großen
Planungsbereichen geplant. Die Pla-
nungsbereiche werden vom Bundes-
institut für Bau-, Stadt- und Raumfor-
schung definiert:

Hausärztliche Versorgung:
Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung. Versorgungsbereich ist hier der Mittelbereich um ein Mittelzentrum. In Thüringen entspricht dies in etwa den Altkreisen (s. Karte 1).



Ergänzung zu Karte 1

Die folgende Tabelle, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zur Verfügung gestellt wurde, zeigt eine Auswertung der hausärztlichen Planungsbereiche. Pro 1.671 Einwohner soll ein Hausarzt vorhanden sein. Das bedeutet zum Beispiel, dass in Bad Klosterlausnitz/Hermsdorf mit seinen

19.349 Einwohnern 14 Hausarztsitze bei einem Versorgungsgrad von 110% vergeben werden dürfen. Diese 14 Sitze sind – Stand März 2017 – alle besetzt. In Schmölln/Gößnitz sind von 18 möglichen Arztsitzen in der hausärztlichen Versorgung nur 13,5 besetzt.

Halbe und Viertel-Sitze ergeben sich dadurch, dass die Bedarfsplanung auf statistischen Verhältniszahlen beruht. Halbe Arztsitze werden zur Besetzung ausgeschrieben und z.B. von einem angestellten Arzt in Teilzeit besetzt. Viertel-Sitze dürfen dagegen nicht ausgeschrieben werden.

IV.

Ambulante ärztliche Versorgung



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Auswertung der hausärztlichen Planungsbereiche

Stand: Bedarfsplan vom 14.03.2017

Planungsbereich	Einwohnerzahl	Sitze bei 110%	besetzte Arztsitze	Versorgungsgrad
Altenburg	66.817	48,5	48	108,89
Apolda	38.398	26,5	26,5	110,39
Arnstadt	47.947	33	30	101,15
Artern	35.154	25	26	116,10
Bad Klosterlausnitz/Herm- sdorf	19.349	14	14	111,98
Bad Langensalza	27.985	19	19,5	113,63
Bad Lobenstein	13.539	9,5	9,5	110,27
Bad Salzungen	78.170	53,5	55,5	114,69
Eisenach	94.897	65,5	65,75	110,73
Eisenberg	26.573	18	17,75	110,30
Erfurt-Stadt	210.118	140	140	110,17
Gera-Land	45.349	32	24,5	85,26
Gera-Stadt	96.011	68,5	67,25	108,56
Gotha	136.831	93,5	83	97,74
Greiz	34.036	25	25,5	113,84
Heiligenstadt	53.484	36	35,5	109,55
Hildburghausen	46.394	31,5	30	105,08
Ilmenau	61.673	43	36	92,47
Jena-Nord	10.391	7	7,5	118,84
Jena-Stadt	109.527	72,5	75	114,42
Jena-Süd	17.689	12,5	9,5	86,42
Leinefelde-Worbis	47.841	32,5	32,5	111,09
Meiningen	61.354	42	34	89,88
Mühlhausen	77.288	53	56,5	118,09
Nordhausen	85.355	59,5	57,5	106,89
Pößneck	40.361	28,5	28	109,82
Rudolstadt/Saalfeld	109.278	78	78	110,59
Schleiz	29.051	20	20	110,41
Schmalkalden	50.574	35,5	34,75	108,73
Schmölln/Gößnitz	25.527	18	13,5	82,60
Sömmerda	70.600	47,5	43,5	100,79
Sondershausen	41.956	29,5	26,5	100,45
Sonneberg	56.818	40	44,5	122,47
Stadtroda	12.182	8,5	9	120,76
Suhl-Zella-Mehlis	62.608	45,5	47	114,89
Weimar	107.860	72	73	112,20
Zeulenroda-Triebes	21.729	15,5	15,5	110,44

KVT/KÄV/ha
*Bevölkerungszahlen vom
31.12.2015



IV. Ambulante ärztliche Versorgung

Allgemeine fachärztliche Versorgung:

Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinder- und Jugendmediziner, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen.

Versorgungsbereich ist hier der Landkreis. Die kreisfreien Städte Erfurt, Jena und Gera bilden eigene Versorgungsbereiche, Weimar, Eisenach und Suhl gehören zu dem Versorgungsbereich, der sie umgibt (s. Karte 2).



Karte 2: Raumstruktur allgemeine ärztliche Versorgung

Spezialisierte fachärztliche Versorgung:

Anästhesisten, fachärztlich tätige Internisten*, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Radiologen.

Versorgungsbereich ist hier die Raumordnungsregion. In Thüringen gibt es damit die vier Versorgungsbereiche Nordthüringen, Mittelthüringen, Ostthüringen und Südwestthüringen (s. Karte 3).

Gesonderte fachärztliche Versorgung:

Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitative Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner.

Versorgungsbereich ist hier das gesamte Land Thüringen.

Entscheidend dafür, wie viele Sitze welcher Arztgruppe in den Versor-

gungsbereichen ausgewiesen und damit besetzt werden können, ist eine statistische Verhältniszahl zwischen Arzt und Patienten (1 Arzt einer bestimmten Fachgruppe für eine bestimmte Anzahl Patienten – s. Kasten S. 121). Die statistische Grundlage für diese Verhältniszahlen stammt aus dem Jahr 1990 (§ 101 Abs. 1 Satz 4 SGB V definiert den „allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad“ von 100 Prozent).

IV. Ambulante ärztliche Versorgung



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ist die Selbstverwaltung der rund 4.100 Ärzte und Psychotherapeuten im Land. Ihre wichtigsten Aufgaben sind die Abrechnung der Leistungen ihrer Mitglieder bei den mehr als 100 Gesetzlichen Krankenversicherungen, bei denen Thüringer Patienten versichert sind, und die jährlichen Verhandlungen mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen in Thüringen über die Mittel, die für die Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten im Land und für die Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln zur Verfügung stehen.

Nach § 75 SGB V hat die KV Thüringen auch den Auftrag, die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten in Thüringen sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Diesen Auf-

trag erfüllt die KV Thüringen durch ihre Mitglieder, d. h. die ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten im Land. Die meisten Mitglieder arbeiten in eigener Niederlassung, viele aber inzwischen auch angestellt in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren. Außerdem arbeiten an der Sicherstellung auch Krankenhausärzte mit, die für einzelne, in der Regel hoch spezialisierte ambulante Tätigkeiten ermächtigt sind.

Höchstes Gremium der KV Thüringen ist die Vertreterversammlung, die aus 30 ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten besteht. Die Arbeit der KV Thüringen wird durch den Vorstand geleitet, der aus zwei ambulant tätigen Ärzten besteht. Entscheidungen zum Bedarfsplan und Entscheidungen in Fragen der Zulassung von Ärzten und Psychotherapeuten zur ambulanten Versorgung treffen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Landesausschuss, Zulassungsausschuss, Berufungsausschuss). Sie bestehen jeweils zu

gleichen Teilen aus Ärzten/Psychotherapeuten sowie Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherungen und agieren unabhängig von der KV Thüringen. Grundlage der Tätigkeit der KV Thüringen und der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind das SGB V sowie weitere rechtliche Regelungen (Bedarfsplanungsrichtlinie, Zulassungsordnung, Bundesmantelvertrag für Ärzte).

Die Mitglieder der KV Thüringen finanzieren ihre Selbstverwaltung selbst durch eine Verwaltungsabgabe von ihrem Honorar, ohne Zuschüsse aus Steuermitteln oder von den Krankenkassen.

Selbstdarstellung KV Thüringen



Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen (FÄ für Allgemeinmedizin, Mechterstädt)



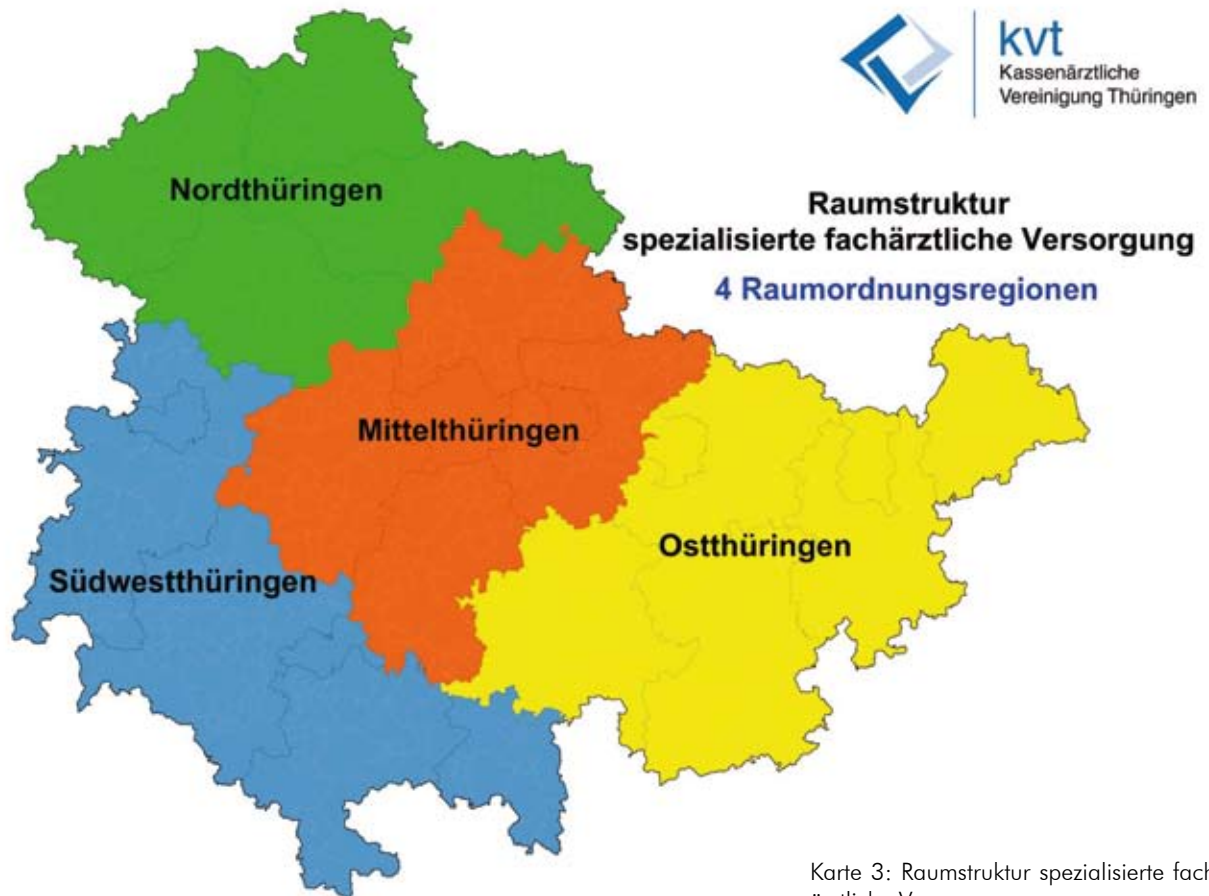
Dr. med. Thomas Schröter, 2. Vorsitzender des Vorstandes der KV Thüringen (FA für Innere Medizin, Weimar)



Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen



IV. **Ambulante ärztliche Versorgung**



ha 26.08.16

Karte 3: Raumstruktur spezialisierte fach-
ärztliche Versorgung

Acht Hinweise für den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung

In Thüringen stehen insgesamt rund 4.100 Vertragsärzte und Psychotherapeuten für die ambulante Versorgung bereit. Ärzte in Ihrer Nähe finden Sie z. B. über die Arztsuche auf www.kvt.de.

Wenn Sie akut krank sind, können Sie immer direkt zum Arzt gehen. Sie benötigen dann keinen Termin. Außerdem kann das Personal so besser einschätzen als am Telefon, welche Hilfe Sie benötigen.

Ihr erster Ansprechpartner ist in der Regel der Hausarzt. Oft kann er Ih-

nen selbst helfen. Ansonsten weiß er, welcher Facharzt Ihnen helfen kann. In dringenden Fällen kann er Ihnen auch zu einem Termin verhelfen.

Wenn die Arztpraxen geschlossen sind (abends, Wochenende und Feiertage, Mittwoch und Freitag ab 13 Uhr), hilft der Ärztliche Notdienst. Sie erreichen ihn dann überall unter der kostenlosen Rufnummer 116117.

Bei plötzlich auftretenden schweren oder gar lebensbedrohlichen Erkrankungen und bei Unfällen hilft der Rettungsdienst. Sie erreichen ihn überall unter der kostenlosen Rufnummer 112.

Nutzen Sie die Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt. Hier erhalten Sie auch wichtige Tipps, um gesund zu bleiben. Wann welche Vorsorgeuntersuchungen angezeigt sind, sagt Ihnen die Krankenkasse.

Wenn Sie ins Pflegeheim müssen, fragen Sie schon bei der Auswahl des Heimes nach Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung – vor allem, wenn das Heim weiter von ihrem früheren Wohnort entfernt ist.

Bei Problemen mit der Ärztlichen Versorgung hilft Ihnen das Patiententelefon der KV Thüringen oder die Terminservicestelle. Die Nummern finden Sie im Internet unter www.kvt.de.

IV. Ambulante ärztliche Versorgung



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Sie sind seitdem vom Gesetzgeber nicht geändert worden. Bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gilt ein Versorgungsbereich als „überversorgt“. „Unterversorgung“ beginnt laut Gesetz in der hausärztlichen Versorgung bei einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent und in der fachärztlichen Versorgung bei unter 50 Prozent. Aktuell besteht in keinem Versorgungsbereich in Thüringen eine Unterversorgung.

Auf die Sitze innerhalb der Versorgungsbereiche können sich Ärzte, die entsprechend qualifiziert sind, bewerben und bei Zulassung durch den Zulassungsausschuss frei innerhalb des Versorgungsbereiches niederlassen. Gibt ein Arzt einen Sitz ab, weil er in den Ruhestand geht oder wegzieht, wird ein Nachfolgeverfahren angestrebt.



Veit Malolepsy von der KV Thüringen als Referent auf der Fachtagung des Landesseniorenrates Thüringen im Mai 2017 in Erfurt

Beispiele für Verhältniszahlen:

Hausärzte	1 Arzt für 1.671 Einwohner
Augenärzte	1 Arzt für 13.399-24.729 Einwohner (entsprechend dem Kreistyp)
Frauenärzte	1 Arzt für 3.733-6.371 weibliche Einwohner
Kinder- und Jugendmediziner	1 Arzt für 2.405-4.372 Einwohner unter 18 Jahre
Radiologen	1 Arzt für 49.095 Einwohner
Transfusionsmediziner	1 Arzt für 1.322.452 Einwohner

Viele Kassenärztliche Vereinigungen, unter ihnen die KV Thüringen, setzen sich seit Jahren dafür ein, dass die Bedarfsplanung stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet wird.

Veit Malolepsy
Leiter Stabsstelle Kommunikation/
Politik
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

E-Mail: medien@kvt.de
Internet: www.kvt.de

*Zur Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten gehören z. B. Kardiologen, Rheumatologen, Gastroenterologen (Magen-Darm-Spezialisten) oder Pneumologen (Ärzte für Atemwegserkrankungen). Der Gemeinsame Bundesausschuss berät im Auftrag des Gesetzgeber darüber, diese Gruppe in zweckmäßige Fachgebiete zu unterteilen. Entsprechende Regelungen sollen voraussichtlich 2018 in Kraft treten und würden dann eine genauere Bedarfsplanung ermöglichen.

IV. **Ambulante ärztliche Versorgung**



Auf dem Weg zum Hausbesuch,
© vitaphone



VERAH® – Eine Initiative des Deutschen Hausärztesverbandes,
© m+m medizin+medien Verlag GmbH

VERAH® – Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Zeit ist ein wesentlicher Faktor bei der täglichen Arbeit in der Hausarztpraxis: Zeit für jeden einzelnen Patienten in der Sprechstunde, für eine umfassende Diagnosestellung und eine gute Versorgung, für persönliche Worte und auch für den Hausbesuch im Nachbardorf. Aber: Sie ist auch ein rares Gut – oftmals reicht ein Blick ins Wartezimmer, um das bestätigt zu bekommen.

Um diese Patienten bestmöglich versorgen zu können, braucht es ein gutes Zeitmanagement und ein perfekt eingespieltes Praxisteam. Das wird immer wichtiger: So steigt mit dem demografischen Wandel und der damit einhergehenden wachsenden Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen auch der Bedarf nach hausärztlicher Versorgung.

Der zeitliche Druck wird also in Zukunft nicht geringer, sondern eher größer. Wie können Hausärzte und ihre Mitarbeiter also unterstützt werden, sodass eine optimale Patientenversorgung

garantiert bleibt? Hier gibt es einige wichtige Ansätze, wie beispielsweise ein besseres Praxismanagement oder Bürokratieabbau. Ein weiterer Ansatz hängt mit der Delegation von spezifischen Aufgaben zusammen. So haben Ärzte die Möglichkeit, nichtärztliche Tätigkeiten an erfahrene, gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte (MFA) zu übergeben. An diesem Punkt setzt das VERAH®-Konzept an.

Das VERAH®-Konzept

Eine VERAH® ist eine Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. In einer umfangreichen Fortbildung können erfahrene Medizinische Fachangestellte (MFA) sich zur VERAH® fortbilden lassen. Entwickelt wurde das Konzept vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärztesverband (IHF) in Zusammenarbeit mit dem Verband medizinischer Fachberufe (VmF).

In der VERAH®-Fortbildung werden die Teilnehmerinnen speziell für die in der Hausarztpraxis anfallenden, nichtärztlichen Tätigkeiten weiterqualifiziert. Dabei setzt sich die Fortbildung sowohl aus theoretischen

als auch aus praktischen Elementen zusammen, was eine umfangreiche Ausbildung gewährleistet. Nach erfolgreichem Abschluss der Module und einem Praktikum müssen die Teilnehmerinnen eine schriftliche Hausarbeit abgeben und eine mündliche Prüfung ablegen. Erst dann sind sie zur VERAH® qualifiziert.

Aufgaben und Kompetenzen – Beispiele

Zu den Fortbildungsinhalten, die in acht in sich geschlossenen Modulen vermittelt werden, zählen unter anderem Wund- und Praxismanagement. Im Modul „Wundmanagement“ erlernen die VERAH® zum Beispiel eine qualifizierte Versorgung von Wunden. Dies verbessert die Heilungschancen und verringert die Wahrscheinlichkeit für spätere Komplikationen. Dafür lernen die Teilnehmerinnen unter anderem Wundheilungsmechanismen, Verbandstechniken und Wundprophylaxe. Dadurch können die VERAH® den Hausarzt besser bei der Wundversorgung seiner Patienten unterstützen.

IV. Ambulante ärztliche Versorgung



Weniger medizinisch, dafür aber nicht minder wichtig für die tägliche Arbeit sind die Inhalte im Modul „Praxismanagement“. Eine gute Praxisorganisation senkt die Kosten und spart Zeit, die dann für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht. Die angehenden VERAH® erlernen darin für einen reibungslosen Praxisablauf die wesentlichen Kenntnisse. Dafür werden wichtige Kompetenzen in Kommunikation und Patientenorientierung praxisrelevant und realitätsnah geübt und erlernt. Dazu zählen unter anderem: Betriebliches Rechen- und Finanzwesen, ärztliche Buchführung, Planung, Hygiene und auch Datenschutz.

Die erweiterten Kompetenzen befähigen die VERAH® dann dazu, unterschiedliche, vom Hausarzt delegierte Aufgaben zu übernehmen. Dabei sind Hausbesuche, neben der Tätigkeit in der Praxis, ein wichtiger Schwerpunkt ihrer täglichen Arbeit. Das ist in ländlichen Regionen umso wichtiger, da gerade dort Hausarztpraxen mobil sein müssen, um Patientinnen und Patienten auch zuhause zu erreichen. Das kann unter Umständen viel Zeitgewinn bedeuten. Zeit, in der der Hausarzt dann in der Praxis seine Patienten versorgen kann. Hierfür wurde die VERAH® im Modul Besuchsmanagement fortgebildet und in einem praktischen Teil bei der Durchführung von vier Hausbesuchen von einem Hausarzt begleitet. Vereinfacht wird diese Tätigkeit noch durch das VERAH®mobil. Das ist ein Kleinwagen, der zu günstigen Konditionen geleast werden kann. Dazu haben viele Landesverbände des Deutschen Hausärztesverbandes Leasingverträge mit Autohäusern abgeschlossen. Hierdurch wird die Mobilität und Flexibilität der VERAH® ungemein gefördert.

Delegation statt Substitution

Bei diesen und anderen Tätigkeiten, die die VERAH® übernehmen kann, bleibt die Verantwortung stets beim Hausarzt. Dieser entscheidet, welche nichtärztlichen Aufgaben er an sein Praxisteam delegiert. Dadurch behält der Hausarzt immer den Überblick über die Behandlung seiner Patienten. Ärztliche Leistungen, wie beispielsweise die Anamnese oder die Diagnosestellung, bleiben weiterhin in den Händen des Arztes. Hier darf es kein Wenn und Aber geben.

Evaluationen

Mittlerweile haben fast 10.000 MFA die Qualifikation zur VERAH® erfolgreich absolviert. Dass die Zahl seit 2013 jährlich um über 1.000 Absolventinnen wächst, kann bereits als Qualitätsmerkmal gelesen werden. Die Effekte des VERAH®-Einsatzes wurden aber auch in einer wissenschaftlichen Evaluation der Goethe-Universität Frankfurt am Main und des Universitätsklinikums Heidelberg bestätigt. Darin wurde unter anderem festgestellt, dass in

Header: VERAH® mit Patientin,
© www.verahmobil.de

zunehmendem Umfang verantwortungsvolle Aufgaben zum Beispiel aus dem Bereich Medikamentenmanagement, Impfmanagement oder ärztlich abgestimmte Hausbesuche wahrgenommen wurden. Über 80 Prozent der befragten VERAH® gaben an, sich mit Problemen der medizinischen Versorgung von Patienten sicherer zu fühlen und dass es ihnen leichter fiel, eigenständig Entscheidungen zu treffen. Ein großer Anteil bemerkte zudem eine zeitliche Entlastung durch die Tätigkeiten, die sie übernommen haben. Auch auf Ärzteseite fielen die Ergebnisse positiv aus. Knapp 70 Prozent bestätigten, dass sich insgesamt die Patientenversorgung durch den Einsatz der VERAH® verbessert hat. Ergänzt wurde die Evaluation dann durch eine an den Evaluationsergebnissen orientierte, bundesweite Onlinebefragung von Allgemeinarztpraxen mit VERAH®. Diese bestätigte weitestgehend die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie. So kam unter



Als einer der Vorreiter unterstützt auch die AOK Baden-Württemberg das Projekt VERAH®mobil,
© www.verahmobil.de

IV. Ambulante ärztliche Versorgung

anderem heraus, dass die Mehrheit der Hausärzte deutlich entlastet wird bei steigender Arbeitszufriedenheit. Eine höhere Arbeitszufriedenheit ließ sich auch bei den VERAH® feststellen. Diese gaben an, in den meisten Fällen neben der zusätzlichen Verantwortung auch ein höheres Gehalt zu verdienen. Dabei arbeiten sie selbstständiger und steigern ihr Selbstwertgefühl.

Ausblick

Die hohe Zufriedenheit von Seiten der Ärzte und der MFA und auch die steigende Zahl an Teilnehmerinnen, die bei den VERAH®-Fortbildungen mitmachen, sind ein Beweis dafür, dass das Konzept VERAH® funktioniert und angenommen wird. Dies noch weiter voranzutreiben und dabei in noch mehr Hausarztpraxen für Erleichterung zu sorgen, ist natürlich ein vorrangiges Ziel des Deutschen Hausärztesverbandes und des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärztesverband (IHF). Insbesondere in strukturschwachen Regionen ist das von enormer Be-

deutung. Denn dort müssen beispielsweise Hausbesuche in zum Teil 30 km entfernten Orten gemacht werden. Dies geht natürlich mit einem sehr hohen zeitlichen Aufwand einher, beispielsweise für die Fahrzeit. Das ist Zeit, die dann oft dort fehlt, wo sie gebraucht würde, nämlich beim Patienten.

Aus diesem Grund wurde das Pilotprojekt Tele-VERAH® von der Pro Versorgung Care, einer Initiative des Deutschen Hausärztesverbandes, ins Leben gerufen. Darin wird die VERAH® noch besser auf Hausbesuche vorbereitet, indem sie mit modernster Telemedizin ausgestattet wird. Die technische Umsetzung erfolgt dabei durch die vitaphone GmbH. Die VERAH® erhält einen Rucksack, der mit telemedizinischen Geräten, wie beispielsweise einem EKG, einem Pulsoximeter und einem Spirometer, ausgestattet ist. Dadurch ist es kein Problem mehr, im Wohnzimmer der Patienten ein EKG zu schreiben oder die Sauerstoffsättigung zu messen. Die Daten werden dann vom Gerät der VERAH® direkt an den Hausarzt in der Praxis übertragen – dank des

geschlossenen Systems unter höchstem Datenschutz. Der Hausarzt kann sich dann direkt ein Bild vom Verlauf der Therapie machen. Falls es wichtige Fragen zu klären gibt, kann sich der Hausarzt zudem per Video zuschalten. Dadurch werden die Patienten auch in Zeiten, in denen sie nicht in die Sprechstunde des Hausarztes kommen können von ihrem Hausarzt und dem gewohnten Praxisteam betreut. Bisher wird dieses Projekt in einer Praxis im Bergischen getestet. Zwischenfazit: Hausarzt, Patienten und Tele-VERAH® sind begeistert von den Möglichkeiten und Vorteilen, die die Ausstattung mit sich bringt. Mehrere Krankenkassen haben bereits ihr Interesse an einer flächendeckenden Umsetzung bekundet. Das Projekt ist mittlerweile in vier Bundesländern gestartet.

Das Konzept VERAH®, aber auch das Projekt Tele-VERAH®, sind Beispiele dafür, wie mit relativ einfachen, aber effektiven Mitteln erste Schritte getan werden können, hin zu einer effizienteren Arbeit im Gesundheitswesen, zu besseren Arbeitsbedingungen für Hausärzte und ihre Teams, aber insbesondere auch zu einer Versorgung, die auch zukünftig – trotz des steigenden zeitlichen Drucks – den Patienten und seine Versorgung in den Mittelpunkt stellt und eine hochwertige Versorgung garantiert. Hier setzt der Deutsche Hausärztesverband mit seinen Projektpartnern an.

Hintergrund: Deutscher Hausärztesverband und Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärztesverband (IHF)

Der Deutsche Hausärztesverband e.V. ist mit etwa 30.000 Mitgliedern der größte Berufsverband niedergelassener Ärzte in Deutschland und Europa. 17 Landesverbände vertreten die berufspolitischen Interessen der Hausärztinnen und Hausärzte gegen-



Telemedizinischer Rucksack: Die technische Umsetzung erfolgt durch die vitaphone GmbH, © vitaphone

IV. **Ambulante ärztliche Versorgung**

VERAH®
Eine Initiative des Deutschen Hausärzteverbandes

über Politik und Krankenkassen, in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Deutsche Hausärzteverband tritt für die Stärkung und den Erhalt einer hochwertigen und flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ein. Unter seinem Dach versammeln sich unterschiedliche Unternehmen, die zur Stärkung der Hausärztinnen und Hausärzte Dienstleistungen im Gesundheitswesen erbringen.

Dazu zählt unter anderem auch das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IHF). Ziel des IHF ist es, eine strukturierte und auf die hausärztliche Praxis zugeschnittene Fortbildung zur Verfügung zu stellen, um die hausärztliche Versorgungsqualität auf hohem medizinischen Niveau zu sichern. Dazu entwickelt es Seminare für Hausärzte und ihre Praxisteams. Darunter auch die VERAH®-Fortbildungen, die seit 2008 von ihm angeboten werden.

Im Rahmen einer Teilnahme am Haus-

arztprogramm kann sich die Weiterqualifizierung der Medizinischen Fachangestellten zur VERAH® auch in finanzieller Hinsicht für die Hausarztpraxis lohnen. Bei dem Hausarztprogramm, auch Hausarztzentrierte Versorgung genannt, handelt es sich um ein Versorgungsmodell, bei dem sich der Patient dazu entscheidet, in allen Fragen rund um die Gesundheit immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Es wurde eingeführt, um Patienten eine bessere und umfassendere medizinische Versorgung anzubieten – ebenso wie das VERAH®-Konzept. Aus diesem Grund werden am Hausarztprogramm teilnehmende Praxen mit VERAH® zusätzlich finanziell vergütet. ■

Deutscher Hausärzteverband e.V.

Pressestelle
Büro des Bundesvorsitzenden
Pressesprecher: Vincent Jörres
Bleibtreustr. 24
10707 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 / 88714373 - 38
Telefax: +49 (0) 30 / 88714373 - 40
pressestelle@hausarztverband.de
www.hausarztverband.de



Unterwegs mit dem Telemedizin-Rucksack, © vitaphone



IV.

Ambulante ärztliche Versorgung

Zur zahnmedizinischen Betreuung Älterer und Pflegebedürftiger

Obwohl es aufgrund der großen demografischen Veränderungen in Deutschland in Bezug auf eine doppelte Altersdynamisierung (die Menschen werden immer älter und der Anteil älterer und alter Menschen nimmt stetig zu) wichtig wäre, stecken Problemanalysen zur medizinischen Versorgung dieser Altersgruppe noch immer in den Kinderschuhen. Besonders die zunehmende Pflegebedürftigkeit stellt eine Gesundheitslage dar, die im Vergleich zu anderen Erkrankungsrisiken komplexere Anforderungen an medizinische, soziale und pflegerische Leistungen stellt.

Bereits im Jahr 2007 waren 2,25 Millionen Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherungen als pflegebedürftig anerkannt, bis 2015 stieg diese Zahl auf 2,86 Millionen an – Tendenz weiter steigend. Während in Thüringen 2011 noch 82.300 Pflegebedürftige lebten, waren es 2015 schon 94.280 (Pflegestatistik 2015).

Nach einem prospektiven Bevölkerungsmodell des Bundes und der Länder dürfte die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Jahre 2030 bei knapp 3,4 Millionen liegen (davon in Thüringen ca. 109.000) und bis zum Jahre 2050 trotz sinkender Gesamtbevölkerung weiter anwachsen (STBA 2010). Die Mehrheit der Pflegebedürftigen sind mit 64% Frauen, 71% aller Betroffenen sind 75 Jahre alt oder älter.

Ca. zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, überwiegend durch Familienangehörige, gelegentlich durch Nachbarn und zunehmend durch ambulante Pflegedienste. Das verbleibende Drittel lebt institutionalisiert. Aufgrund zu-

nehmender Immobilität wird die medizinische Versorgung besonders im ambulanten Bereich immer schwieriger. Dies gilt auch für die zahnärztliche Versorgung präventiver, therapeutischer und oralrehabitativer Art.

Seit Jahren ist bekannt, dass Mundgesundheitsdefizite in der älteren Generation bestehen – auch hier besonders betroffen Personen, die Unterstützung bei der Mundhygiene benötigen. Obwohl infolge von Präventions- und Therapiemaßnahmen zunehmend mehr Menschen bis ins hohe Alter über eigene Zähne verfügen, nimmt dadurch der Aufwand bei der Mundpflege jedoch zu.

Waren vormals im hohen Alter die Zahnlosigkeit (mit Totalprothesen) und damit eine (einfacher zu pflegende) geschlossene Mundschleimhaut die Regel, so sind es heute Lückengebisse (ggf. mit Teilprothesen und Implantaten) mit mehr oder weniger verbliebenen Zähnen, welche mit hygienetechnisch unterschiedlichen Maßnahmen und insgesamt aufwendiger gesäubert werden müssen.

Diese Aufgabe erfüllt das Pflegepersonal jedoch häufig nicht, entweder aus Zeitmangel und/oder weil es sich der Notwendigkeit einer adäquaten Mund- bzw. Prothesenpflege gar nicht bewusst ist. Patienten mit Pflegebedarf sind in vielen Dingen des täglichen Lebens (so auch in der Mund- und Prothesenpflege) vom betreuenden Personal abhängig. Pflegebedürftige, welche keine professionelle Unterstützung erhalten, weisen dementsprechend eine signifikant schlechtere Mundhygiene auf als solche Senioren, die in ihren Familien leben. Dabei sind sich auch die Senioren selbst der medizinischen Auswirkungen einer verunreinigten Mundhöhle auf die allgemeine Gesundheit oft nicht bewusst. Mangelnde Mundhygiene führt jedoch unweigerlich zu gesundheit-

lichen Einschränkungen. Innerhalb von längstens zwei Wochen treten Entzündungsreaktionen des Zahnfleisches, des Zahnhalteapparates und der Mundschleimhaut auf. Studien belegen, dass bei Senioren in Pflegeeinrichtungen in zahnmedizinischer Hinsicht oft eine desolate Versorgung besteht – dabei steigt der Grad der oralen Destruktionen mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Weitgehend unbekannt ist, dass sich diverse Allgemeinerkrankungen und Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates sowie der Mundschleimhaut wechselseitig beeinflussen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen können im Mund Permeabilitätsstörungen der Schleimhäute bedingen, wodurch die Entzündungsneigung zunimmt. Diabetiker erkranken häufiger an schweren Zahnfleischerkrankungen als Gesunde; eine unbehandelte Parodontitis verläuft bei Diabetikern zudem rasanter. Zähne, Zahnfleischtaschen und Zungenbeläge stellen ein Nachschubreservoir für Keime dar, die – insbesondere bei abwehrschwachen Menschen – durch bloßes Einatmen zu schwerwiegenden Bronchial- und Lungeninfektionen führen können. Pneumonien sind die häufigste Todesursache bei Hochbetagten.

Nach einem Schlaganfall (Apoplex) bleiben zumeist motorische Einschränkungen zurück, die die Mundhygiene erschweren. Ebenso ist dies bei Demenzerkrankungen und Parkinsonismus feststellbar. Ein Gebissverfall tritt häufig sehr schnell ein. Bei einer mäßigen bis schweren Parodontitis steigt das relative Risiko für einen Schlaganfall und für Osteoporose; chronische Atemwegserkrankungen treten zwei- bis fünfmal häufiger auf, Diabetes zwei- bis viermal häufiger.

Infolge ihrer Multimorbidität erhalten Heimbewohner nicht selten meh-

Ambulante ärztliche Versorgung



rere Arzneimittel (Multimedikation). Insbesondere Diuretika, Antihypertonika, Antiarrhythmika, bestimmte Antidepressiva und Sedativa verursachen als unerwünschte Nebenwirkung einen reduzierten Speichelfluss, der graduell bis zum völligen Versiegen und damit zur trockenen Mundschleimhaut (= Xerostomie) führen kann. Zudem nehmen ältere Menschen meist zu geringe Mengen Flüssigkeit zu sich. Der Mangel an Speichel beschleunigt nicht nur die Kariesentstehung und das Auftreten opportunistischer Infekte – auch die Bildung des Speisebolus, das Schlucken, das Sprechen und der Prothesenhalt werden erschwert.

Ein ausreichender Speichelfluss ist insofern eine Grundbedingung für soziale Interaktionen, etwa das Essen in Gesellschaft und die Kommunikation mit anderen Menschen. Dieser Aspekt erlangt gerade in Pflegeeinrichtungen eine besondere Bedeutung, da dort die gemeinsame Einnahme des Essens nicht selten der Höhepunkt des täglichen gesellschaftlichen Umgangs ist.



Weil neben den medizinischen Gründen ein ausreichender Speichelfluss und ein guter Halt der Prothese auch zur Aufrechterhaltung sozialer Integration und zur Förderung der Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität bedeutsam sind, erhob die WHO im Jahre 2003 die Mundgesundheit zum integralen Bestandteil der gesamten Gesundheit und zu einer wichtigen Determinante für Lebensqualität. Obwohl die Generation der 65- bis 74-Jährigen nach aktuellsten Ergebnissen der letzten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V 2016) einen sehr guten Sanierungsstand des Gebisses aufweist, sind speziell ältere Pflegebedürftige in Deutschland in der zahnmedizinischen Versorgung bislang nicht optimal berücksichtigt.

Ziel sollte sein, dieser Personengruppe zu bieten, was für selbstbestimmt lebende Menschen selbstverständlich ist. PRÄVENTION sollte auch hier ihren festen Platz finden! Ein Weg dorthin ist die verbesserte Schulung von Pflegepersonal und pflegenden Angehörigen. Zwar scheint das Personal der Einrichtungen überwiegend bereit, die Senioren bei ihrer Mund- und Prothesenpflege zu unterstützen, die fachlichen Kenntnisse darüber sind jedoch häufig verbesserungsbedürftig.

Oftmals ist das Pflegepersonal der Meinung, Mundhygiene könne bei allen Patienten auf die gleiche Weise und ohne spezielle Aus- und Weiterbildung vorgenommen werden. Hier spiegeln sich das fehlende Bewusstsein für die gesundheitliche Relevanz der Mundpflege ebenso wider wie die Unkenntnis über die entsprechenden Techniken und Hilfsmittel. Aufklärung tut hier Not. Studien im In- und Ausland belegen, dass eine Verbesserung der Mundhygiene Pflegebedürftiger wesentlich durch die Schulung des Pflegepersonals erreicht werden kann, gezielte spezifi-

sche Fortbildungsveranstaltungen in Theorie und Praxis – besonders auch für pflegende Angehörige! – sind dringend notwendig. Erste Schritte wurden schon in Form von „Patenschaften“ für Senioreneinrichtungen (u.a. mit Schulungsangeboten) seitens niedergelassener Zahnärzte in Form von Kooperationsverträgen getan.

Eine wichtige Rolle könnte hier auch die Einbeziehung der Zahnärztlichen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als kommunale Koordinatoren und Vernetzer bei der Bewältigung dieser gerostomatologischen Herausforderungen sein.

Dr. Klaus-Peter Wefers, MHBA,
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin, c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Liebigstraße 12, 04103 Leipzig; Mail: sekretariat@dgaz.org; Tel.: 0341 - 97 21 310; Fax: 0341 - 97 21 319

Dr. Ilka Gottstein,
Zahnärztlicher Dienst Landkreis Eichsfeld, Friedensplatz 1, 37339 Leinefelde-Worbis, Mail: drilka.gottstein@kreis-eic.de, Tel.: 036074 6505380

Literatur

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V); Berlin/Köln 2016.

STBA: Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2 (Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern); Wiesbaden 2010.

Weiterführende Literatur bei den Autoren



DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Melina Hipler

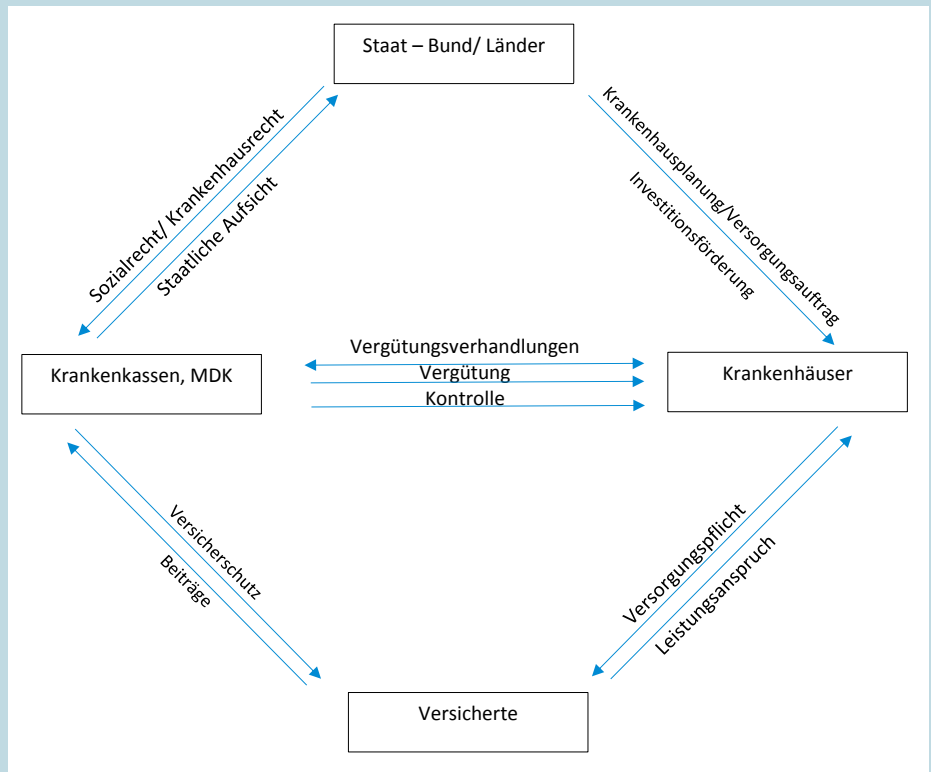
V. Krankenhausversorgung



Die Struktur der Krankenhausversorgung

1. Das System der Krankenhausversorgung

Ungeachtet der Entwicklung der letzten Jahrzehnte, dass viele Krankheiten und Operationen ambulant behandelt und durchgeführt werden, haben Krankenhäuser einen wichtigen Stellenwert innerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Ihr Vorteil gegenüber einer ambulanten Behandlung kann darin bestehen, dass sachliche und personelle Kapazitäten im Interesse einer adäquaten Behandlung gebündelt und komplexe Krankheiten und Operationen in multiprofessionellen Teams behandelt und durchgeführt werden können. Nachteile können sein, dass gerade ältere Menschen ihre vertraute Lebenswelt verlassen müssen, durch fehlende aktivierende Maßnahmen Alltagskompetenzen verlieren und Gefährdungen wie Krankenhauskeimen ausgesetzt sind, die sie zu Hause nicht gleichermaßen vorfinden. Neben den Krankenhäusern, ihren Trägern sowie ihren Selbstverwaltungsorganen, den Krankenhausgesellschaften, sind wichtige Akteure im System der Krankenhausversorgung der Bund und die Länder, die den Krankenhausbedarf planen, die Investitionskosten der Krankenhäuser tragen und eine staatliche Aufsicht ausüben, sowie die Krankenkassen, die die Krankenhausleistungen vergüten. Sie sind in ihrer natürlichen Rolle gleichwohl Interessenvertreter der Versichertengemeinschaft. In diesem System der Krankenhausversorgung erscheint der Patient weniger als Akteur, sondern eher Versorgungsobjekt und Beitragszahler. Er genießt aufgrund seiner Beiträge Versicherungsschutz. Das impliziert die Versorgungspflicht der Kranken-



Das System der Krankenhausversorgung nach Michael Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 257

häuser sowie den Leistungsanspruch auf Krankenhausversorgung. Seine Rolle im System der medizinischen Versorgung sollte aber sein, dass er selbstverantwortlich im Interesse seiner Gesundheit und Gesundheitswiederherstellung handelt, dass er seine Leistungen adäquat einfordert, ohne das System zu missbrauchen, dass er selbstbestimmt seine Interessen vertritt und dass er das System im Interesse einer solidarischen Versichertengemeinschaft mitgestaltet.

2. Was sind Krankenhäuser?

Krankenhäuser sind gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (vgl.

§ 2 KHG). Im Sinne des SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen,

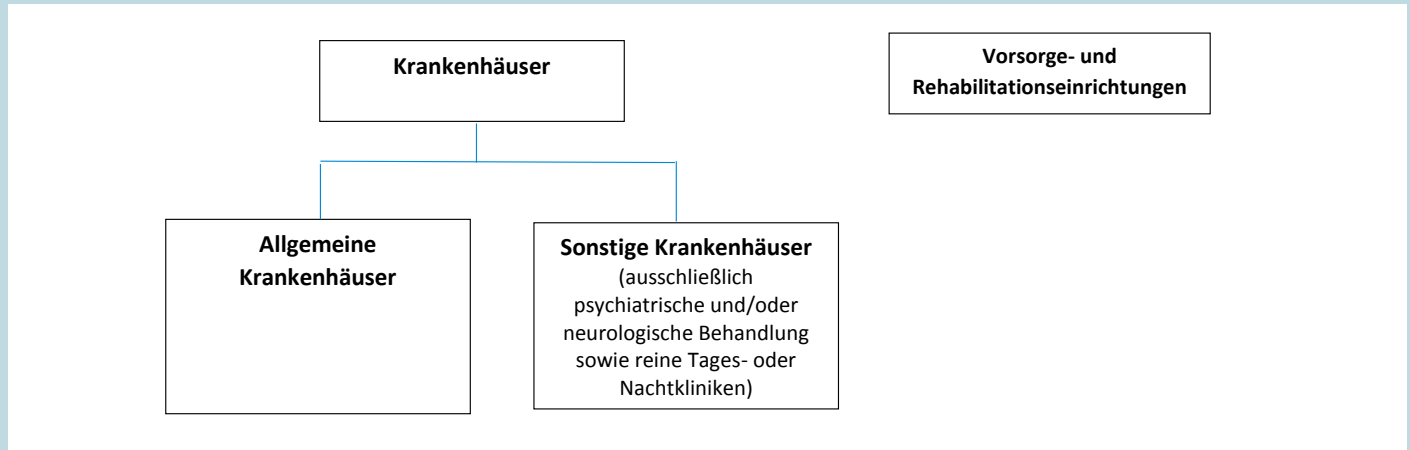
- die der Krankenbehandlung und Geburtshilfe dienen
- die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen
- die über ausreichende und ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten
- die über ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal verfügen
- die vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung, Krankheiten von Patienten erkennen, heilen, ihre Verschlimmerung verhüten und Krankheitsbeschwerden lindern oder Geburtshilfe leisten
- in denen Patienten untergebracht und versorgt werden können.

(Vgl. SGB V Dritter Abschnitt § 107 ff. sowie Simon, Michael; Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.211 ff.).

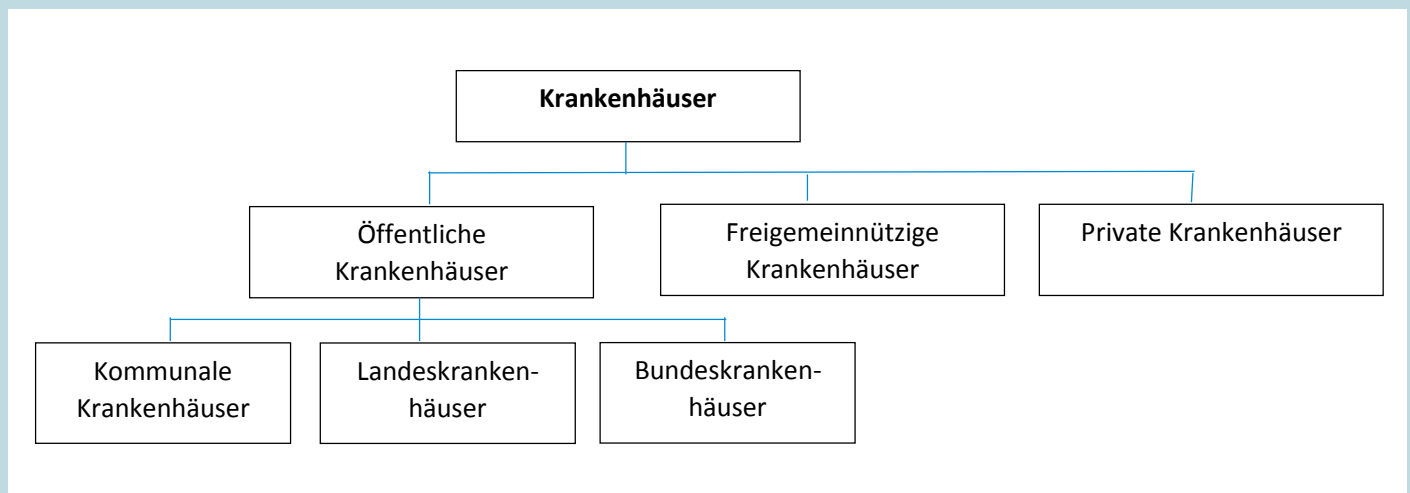


V. Krankenhausversorgung

In der stationären Versorgung unterscheidet man:



Hinsichtlich ihrer Trägerschaft kann man Krankenhäuser folgendermaßen unterteilen:



In öffentlichen Krankenhäusern sind Träger kommunale Gebietskörperschaften, die Länder, der Bund oder Körperschaften des öffentlichen Rechts wie Berufsgenossenschaften. Wenn Krankenhäuser als GmbH geführt werden, müssen die Öffentlichen Träger bei öffentlichen Krankenhäusern mit mehr als 50% des Kapitals beteiligt oder über eine Mehrheit des Stimmrechts verfügen. Kommunale Krankenhäuser sind zumeist Allgemeinkrankenhäuser, die Länder betreiben insbesondere Universitätskliniken sowie psychiatrische Krankenhäuser, der Bund betreibt ausschließlich Bundeswehrkrankenhäuser. Freigemeinnützige Träger verfolgen mit der Betreibung von Krankenhäusern

ausschließlich religiöse, humanitäre oder soziale Zwecke. Sie werden betrieben durch Wohlfahrtsverbände wie die Caritas, die Diakonie, das DRK, die Johanniter u.a. Private Krankenhausträger verbinden mit der Betreibung von Krankenhäusern erwerbswirtschaftliche Ziele. Sie betrieben in den 90er Jahren überwiegend kleine sog. Belegkrankenhäuser mit in der Regel nur wenigen festangestellten Ärzten. In solchen Belegkrankenhäusern werden Operationsräume und Belegbetten vorgehalten, die auf der Grundlage von vertraglichen Vereinbarungen von niedergelassenen Ärzten für kleinere chirurgische Eingriffe und zur Patientenversorgung genutzt werden können. Inzwischen

betreiben private Anbieter aber auch mittlere und größere Krankenhäuser, die sie zumeist aus kommunaler Trägerschaft übernommen haben. Der Anteil an der Gesamtversorgung der einzelnen Träger hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten zugunsten privater Krankenhausbetreiber entwickelt. Grund sind Fusionen und die Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern. Die Marktführerschaft im privaten Bereich besitzen Klinikketten wie die Rhön Klinikum AG, die Helios-Kliniken, die Paracelsus-Kliniken oder die Sana-Kliniken. Ihr Anteil und der Anteil anderer privater Träger an der Gesamtversorgung hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten sukzessive erhöht.

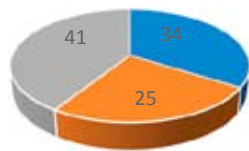
Krankenhausversorgung



Der Anteil privater Krankenhausträger betrug bei den Allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2014 ca. 35%, was allerdings nur 16% der Betten in Allgemeinen Krankenhäusern entspricht.

In Thüringen werden bezogen auf das Jahr 2015 34% der Krankenhäuser durch die Kommunen bzw. das Land, 25% durch frei-gemeinnützige Träger und 41% privat betrieben.

Anteil der Krankenhäuser nach Trägerschaft 2015 in Prozent



■ öffentlich ■ frei-gemeinnützig ■ privat

Datenquelle: Landesamt für Statistik (TLS) und Thüringer Krankenhausgesellschaft

Die Anzahl der Krankenhäuser ist aber nur bedingt aussagekräftig für den Marktanteil von Krankenhausleistungen. Dafür ist die Anzahl der Krankenhausbetten aussagekräftiger. Auch hier gibt es eine vergleichbare Entwicklung zugunsten privater Träger. Allerdings halten die Kommunen und das Land absolut noch die meisten Krankenhausbetten vor. Sie betreiben mit dem Universitätsklinikum Jena auch das größte Krankenhaus in Thüringen.

Da jedes Krankenhausbett unterschiedliche Umsätze generiert, wären Fall- und Umsatzzahlen aussagekräftiger, um die Marktanteile der jeweiligen Träger adäquat zu ermitteln.

3. Die Finanzierung der Krankenhäuser

Der Krankenhausfinanzierung liegen umfangreiche rechtliche Regelungen zu Grunde: das SGB V, das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Krankenhausentgeltgesetz, die Fallpauschalenvereinbarung, die Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung, das Fallpauschalengesetz und das Psychiatrie-Entgeltgesetz. Für Krankenhäuser gibt es zwei wesentliche Kostengründe, für die es systemische Finanzierungsträger gibt:

- Die Behandlung der Patienten und aller damit entstehenden Personal-, Sach-, Betriebs- und Verwaltungskosten wird auf der Grundlage des DRG-Systems über die Krankenkassen finanziert.
- Die Investitionskosten trägt bei den sog. Plankrankenhäusern weitestgehend der Staat, d. h., auf der Grundlage der Krankenhausfinanzierungsgesetze insbesondere die Bundesländer.

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz heißt es im § 4: Die Krankenhäuser werden wirtschaftlich dadurch gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Finanzierung

übernommen werden und sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegeeinzelsätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulante Operationen enthalten.

Zur Finanzierung der Pflege und Krankenbehandlung von Patienten

Den weitaus größten Teil der Kosten, d.h. über 90%, decken die Krankenhäuser über Entgelte für erbrachte Leistungen, die sie in der Regel den Kostenträgern auf der Grundlage eines komplizierten Abrechnungssystems in Rechnung stellen. Mit dem Gesundheitsreformgesetz des Jahres 2000 erfolgte eine Umstellung der bisherigen Mischsysteme auf ein umfassendes Fallpauschalensystem auf der Grundlage eines bereits in anderen Ländern erprobten DRG-Systems.

Das DRG-System (Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnet ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren. Im DRG-System werden Patienten anhand medizinischer (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen) und demographischer Daten (Alter, Geschlecht sowie das Aufnahmege- wicht bei Kindern, die jünger sind als 1 Jahr) für Zwecke der Abrechnung in Fallgruppen klassifiziert. Die Fallgruppen dienen jedoch nicht der Bestimmung der medizinischen Behandlung, sondern die Differenzierung erfolgt aufgrund des in der Vorperiode ermittelten typischen Aufwandes. Diese Fallgruppen werden mit einer sogenannten Bewertungsrelation bewertet, in der sich die unterschiedlichen Behandlungskosten der jeweiligen Fallgruppe widerspiegeln.

Jahr	Anzahl der Krankenhausbetten gesamt	davon öffentlich-rechtlich	davon gemeinnützig	davon privat-rechtlich
2015	16017	6839	3277	5901
Marktanteil in % 2015	100	42,7	20,46	36,84

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Krankenhausgesellschaft Thüringen



V. Krankenhausversorgung

Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe sind u.a.:

- die Hauptdiagnose
- im Krankenhaus durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige Untersuchungen),
- Nebendiagnosen und Komplikationen, die den Behandlungsverlauf maßgeblich (indem ihnen ein Aufwand anzurechnen ist) beeinflussen,
- patientenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht der Patienten oder das Geburts- bzw. Aufnahmegewicht bei Frühgeburten und Säuglingen,
- sowie Verweildauer, Aufnahmeart (Zuverlegung, Einweisung) und Entlassungsart (Abverlegung, Tod ...).

Derzeit bestehen ca. 1500 Fallgruppen. Je höher die Fallgruppenzahl ist, desto differenzierter können unterschiedliche Erkrankungen und Therapieformen abgebildet werden (vgl. Simon, Michael; Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.242 ff.). Dieser Fallpauschalenkatalog, der jährlich aktualisiert wird, ist öffentlich zugänglich (file:///C:/Users/janst/Downloads/Fallpauschalen_Katalog_2017_161125.pdf). Allerdings ist dieses System in sich nicht konsistent. Neben den DRG-Fallpauschalen gibt es ergänzende Entgelte, Zusatzentgelte, sonstige Entgelte für besondere Einrichtungen, Sicherstellungszuschläge, Zu- und Abschläge, Wahlleistungsentgelte usw. usf. Die Elaboriertheit des Abrechnungssystems macht es in vielerlei Hinsicht angreifbar. Die Kritik an diesem Abrechnungssystem bestehen u.a. darin,

- dass es nicht patientenorientiert ist und Patienten keinerlei realistische Möglichkeit haben, ihre Leistungsansprüche ins Verhältnis zu den tatsächlich erbrachten und später

abgerechneten Leistungen zu setzen;

- dass falsche, nämlich wirtschaftliche Anreize für viele Fallzahlen sowie schwere Diagnosen geschaffen werden, für die es keine tatsächliche Indikation gibt;
- dass es zu kompliziert und aufwändig ist, so dass Kliniken und Kassen Kodierfachleute einstellen und finanzieren müssen;
- dass es keinen Nachweis dafür gibt, dass das Verfahren die Kosten im Gesundheitswesen dämpft;
- dass durch die Ausdifferenzierung von Diagnosen weitere Fallgruppen geschaffen werden, die das System weiter verkomplizieren. Für die jährlichen Kalkulationen und die notwendigen Anpassungen wurde eigens ein Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geschaffen;
- dass es Konflikte zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen befördert;
- dass es betrugs- und missbrauchsanfällig ist.

4. Die Verantwortung des Staates für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung

Der Staat, insbesondere die Bundesländer haben im Rahmen der Krankenhausversorgung einen Sicherstellungsauftrag. Sie nehmen die staatliche Krankenhausplanung vor und tragen weitestgehend die Investitionskosten der geplanten Krankenhäuser.

Der Sicherstellungsauftrag der Länder leitet sich aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes ab. Die Verantwortung des Staates besteht in der Sicherstellung der Daseinsfürsorge, zu der auch die Kranken(haus)versorgung gehört. Das schließt ein, dass eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

sichergestellt ist und dass es leistungsfähige Krankenhäuser in erreichbarer Nähe gibt.

Staatliche Krankenhausplanung

Die Länder sind seit 1972 verpflichtet, eine staatliche Krankenhausplanung vorzunehmen. Gesetzliche Grundlage ist das bundesweit gültige Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 6 KHG) sowie die jeweiligen Krankenhausgesetze der Bundesländer, in Thüringen das Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG), das auch festlegt, dass der Krankenhausplan nach sechs Jahren fortgeschrieben werden muss, wobei alle zwei Jahre eine Kapazitätsanpassung erfolgt. Ziel der Krankenhausplanung ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit stationären und teilstationären medizinischen Leistungsangeboten. Die Krankenhausplanung umfasst:

- die Krankenhauszieleplanung
- die Bedarfserfassung, die sich aus der Bevölkerungsanzahl, der Bevölkerungsentwicklung, der Anzahl der Geburten, der Altersstruktur (-entwicklung) sowie den Krankheitsprävalenzen ergibt
- die Leistungserfassung der bestehenden Krankenhäuser (Krankenhausanalyse)
- die Festlegung der Landesplankrankenhäuser und ihrer jeweiligen Strukturen
- die Festlegung der Bettenanzahl.

Wie komplex und kompliziert diese Planung ist, kann an Hand der Altersstrukturentwicklung verdeutlicht werden. Die Vorhaltung von Krankenhausstrukturen und -abteilung, von Krankenhausbetten und -personal ist davon abhängig, wie sich die Altersgruppen, die Geburtenzahlen sowie die Prävalenzen von Krankheiten zahlenmäßig entwickeln. Davon ist abhängig, welche Ressourcen in Geburtskliniken und Kinderkrankenhäusern und -bereichen vorgehalten

V. Krankenhausversorgung



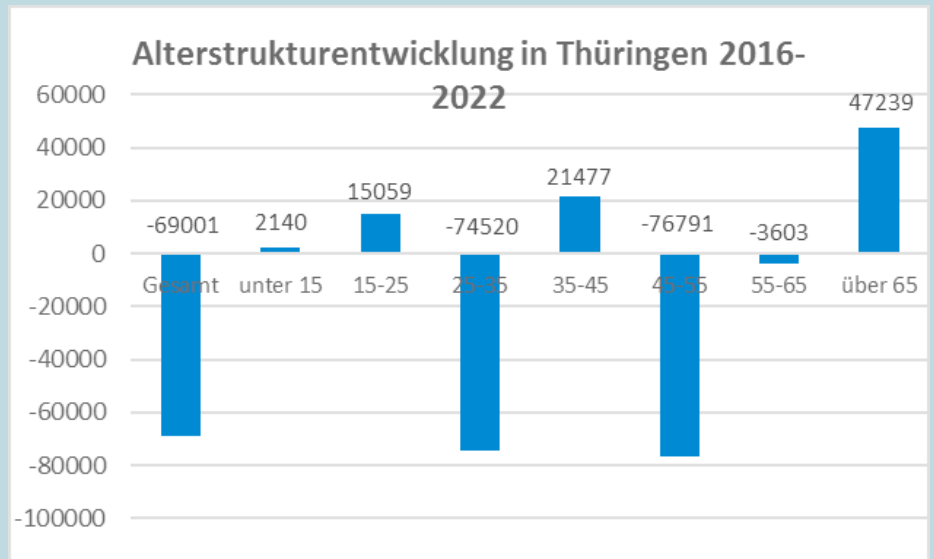
werden, welche geriatrischen Abteilungen etabliert werden, welche Ressourcen für typische Alterskrankheiten wie Demenzen, Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Mobilitätseinschränkungen usw. gebunden werden. Dieses Vorhalten von Ressourcen wird darüber hinaus durch weitere Faktoren beeinflusst:

- von den medizinischen Leitlinien, die bestimmte Therapien und Standards empfehlen,
- vom Leistungskatalog der Krankenkassen,
- von den wirtschaftlichen Anreizen für Krankenhausleistungen.

Insofern müssten Krankenhausplanungsprozesse Korrektive haben, die durch wirtschaftliche Kalküle beeinflusste Hochrechnungen von Fallzahlen berücksichtigen.

Die Länder haben damit ein Entscheidungsrecht über die Zulassung eines Krankenhauses bei der Versorgung von stationären Patienten. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat gravierende Konsequenzen: Zum einen trägt das Land anteilig die Investitionskosten der Landesplanungskrankenhäuser. Zum anderen verpflichtet § 108 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) die Krankenkassen zur Erstattung der Behandlungskosten in denjenigen Krankenhäusern, die im Plan verzeichnet sind, den sogenannten Plankrankenhäusern (der sog. Kontrahierungszwang). Automatisch gehören dazu auch die Universitätskrankenhäuser.

Während die Kassen ansonsten ihre Vertragshäuser frei aussuchen dürfen, sind sie in diesen Fällen zu Pflegegesetzverhandlungen gezwungen. Die Kosten für vorrätig gehaltene unwirtschaftliche Betten müssen auf diese Weise von der Solidargemeinschaft der Versicherten mitfinanziert werden. Will eine Krankenkasse ein Krankenhaus aus der Planung aus-



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik und Thüringer Krankenhausplan, S.8

schließen lassen, kann sie dies beim Land beantragen.

Der Krankenhausplan trifft Aussagen u.a.

- über Qualitätsvorgaben, die den Charakter von Sollbestimmungen haben. Sollte eine Auswahlentscheidung zwischen Krankenhäusern notwendig sein, orientiert sich die Landeskrankenhausplanung an der Erfüllung dieser Sollvorgaben.

- über die Planungsregionen sowie welche Krankenhäuser zu einer Planungsregion gehören
- die Standorte der Krankenhäuser
- die Fachgebiete, die den Standorten zugeordnet sind
- die Planbettenzahl.



Der Krankenhausplanungsausschuss – ein Ausschuss ohne Patienten

Für die Krankenhausplanung ist das Sozial- oder Gesundheitsministerium zuständig. Die Planung erfolgt allerdings in einem Krankenhausplanungsausschuss, in dem die an der Krankenhausversorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten und mit den unmittelbar Beteiligten einvernehmliche Regelungen anstreben.

Die Mitgliedschaft im Krankenhausplanungsausschuss ist im Thüringer Krankenhausgesetz § 5 geregelt. Ihm gehören an:



V. Krankenhausversorgung

- zwei Vertreter von der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V.,
- sechs von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen benannte Mitglieder,
- je ein Mitglied des Thüringischen Landkreistages und vom Gemeinde- und Städtebund Thüringen,
- ein Vertreter des Caritasverbandes für das Bistum Erfurt e.V.,
- ein Vertreter vom Diakonischen Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e.V.,
- ein Vertreter des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Thüringen e.V.,
- ein Vertreter vom Landesausschuss Thüringen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.,
- ein Vertreter der Landesärztekammer Thüringen,
- ein Vertreter vom Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. Landesverband Thüringen,
- ein Vertreter von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen,
- ein Vertreter vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Thüringen e.V.,
- ein Vertreter vom Verband kommunaler Gesundheitseinrichtungen e.V.

Außerdem wird im Rahmen der Krankenhausplanung eng zusammengearbeitet mit:

- dem Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V., Landesverband Thüringen,
- ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V., Landesbezirk Thüringen,
- dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., Landesgruppe Thüringen,

- dem Universitätsklinikum Jena,
- dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, Landesverband Hessen – Rheinland-Pfalz – Saarland – Thüringen e.V.

Eigenartigerweise sind gemäß Thüringer Landeskrankenhausgesetz Patienten, Patientenvertreter, -fürsprecher und -organisationen, Interessenvertretungen von Patienten, die Landesgesundheitsvereinigung AGETHUR und die Landesgesundheitskonferenz oder der Landesseniorenrat nicht unmittelbar oder mittelbar Beteiligte, was angesichts der Stellung von Patientenrechten und der Patientenautonomie gelinde gesagt unmodern erscheint. D.h., sie sind nicht Mitglieder des Krankenhausplanungsausschusses, und sie können auch keine Stellungnahme zur Planung abgeben. Anders z.B. in Rheinland-Pfalz, wo die Arbeitsgemeinschaft der Patientennorganisationen Rheinland-Pfalz Mitglied ist. Im Saarland sind die Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen Saarland e.V. und die Arbeitsgemeinschaft Saarländischer Patientenförsprecherinnen und -fürsprecher Mitglied. In Hamburg sind Mitglied die Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e.V. sowie die Arbeitsgemeinschaft der Patientenvertretungen in Hamburg. JSt



Das Klinikum in Saalfeld, s. auch Header

Die Krankenhausgesetze der Bundesländer

Jedes Bundesland hat ein eigenes Krankenhausgesetz, was an der grundsätzlichen Handlungslogik von Krankenhäusern nichts ändert, weil sie dem bundesweiten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verpflichtet sind. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) hat das Anliegen, Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Krankenhäuser sollen dabei nach Maßgabe des Gesetzes leistungsfähig sein und eigenverantwortlich wirtschaften.

Anliegen der Krankenhausgesetze der jeweiligen Bundesländer ist es, die notwendige patientengerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern sowie die medizinische Versorgung im Krankenhaus in gesicherter Qualität zu gewährleisten, wobei die Vielfalt der Krankenhausträger zu fördern ist. Die Krankenhausgesetze der Bundesländer regeln u.a.

- die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe
- die staatliche Krankenhausplanung und die Beteiligung an ihr
- die öffentliche (Teil-)Finanzierung an den Investitionskosten der Plankrankenhäuser sowie
- die Aufgaben und Pflichten der Krankenhäuser sowie deren innere Struktur und Organisation, die weitestgehend in der Verantwortung der Krankenhausträger selbst liegt.

Dennoch gibt es einige bezeichnende Unterschiede. So ist Ausgangspunkt etwa des Saarländischen und Hessischen Gesetzes

V. Krankenhausversorgung



der Patient und seine Rechte und Ansprüche auf eine adäquate Krankenhausaufnahme und -versorgung. Am nachdrücklichsten ist der Patientenbezug wohl im Krankenhausgestaltungsgesetz in Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) festgestellt. Dort heißt es in §3:

„(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen und angemessen zu gestalten. Dabei tragen die Krankenhäuser insbesondere auch weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen Rechnung.

(2) Die Krankenhäuser berücksichtigen die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens und entwickeln entsprechende Behandlungskonzepte.

(3) Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten und über den Tod hinaus zu wahren. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.“

In § 5 werden hier die Patientenbeschwerdestellen, der Soziale Dienst, die Patientenberatung und die Patientenenseelsorge geregelt und in §8 die patientenorientierte Zusammenarbeit. Zu den an der Krankenhausversorgung Beteiligten zählt ein(e) Beauftragte(r) der Landesregierung

Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten, den es in vielen Bundesländern nicht gibt.

Zwar haben auch in den anderen Krankenhausgesetzen, die Patienten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften Anspruch auf eine ihrer Krankheit angemessene Behandlung und Pflege ohne Rücksicht auf ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit oder soziale Stellung. Dennoch wird in der Logik anderer Krankenhausgesetze (wie in Thüringen) der Patient in der Tendenz eher nachrangig aufgeführt. Im Thüringer Krankenhausgesetz regelt erst § 19, dass die Betriebsabläufe des Krankenhauses patientenfreundlich gestaltet werden sollen. Alle Patienten, heißt es dort, und insbesondere sterbende Patienten, haben Anspruch auf eine Behandlung, die ihre Würde achtet und schützt. Insbesondere ist den Bedürfnissen nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen.

Insofern könnten insbesondere aus der Sicht von Seniorinnen und Senioren Forderungen sein,

- dass das Krankenhausgesetz an vorderster Stelle, die Stellung des Patienten und seine Würde in der Krankenhausversorgung betont,
- dass – bezogen auf patientenfreundliche Betriebsabläufe – aus der Soll- eine Mussbestimmung wird,
- dass an der Krankenhausplanung Interessenvertreter von Patienten beteiligt werden,
- dass die Rechte und das Ausstattungspotential von unabhängigen Patientenfürsprechern gestärkt werden,
- dass wie in NRW Patienten Möglichkeiten haben, Beschwerden einzureichen, die durch eine unabhängige Stelle, die mit allge-

mein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeitet, bearbeitet werden und dass Patienten diese Möglichkeit auch bekannt ist,

- dass es auf allen Stationen und Bereichen speziell geschulte Kontaktpersonen gibt, die insbesondere Patienten mit teilhabebefähigenden Krankheiten (Demenzkranken, hochaltrige Menschen mit schweren Beeinträchtigungen u.a.) täglich nach ihrem Wohl befragen, Anliegen entgegennehmen und sich um diese kümmern.

Dr. Jan Steinhaußen





V. Krankenhausversorgung

5. Zur Profilierung der Krankenhäuser und ihre Versorgungsqualitäten

Krankenhaus ist nicht gleich Krankenhaus. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Versorgungsstufe, die Qualitäten in den Leistungsanforderungen und der Leistungsfähigkeit ausdrückt. Die Definition und Anzahl der Versorgungsstufen ist in den Bundesländern unterschiedlich. Im Allgemeinen gibt es aber

- Krankenhäuser der Grundversorgung (Versorgungsstufe 1), die eine Grundversorgung in den Fachgebieten Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie gewährleisten
- Krankenhäuser der Regelversorgung (Versorgungsstufe 2), die weitere Fachgebiete vorhalten wie Gynäkologie, Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren- und Augenheilkunde sowie Orthopädie
- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung (Versorgungsstufe 3), die überregionale Aufgaben erfüllen und ein breiteres Spektrum abdecken, u.a. auch Pädiatrie, Neurologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Krankenhäuser mit Zentral- oder Maximalversorgung (Versorgungsstufe 4), die über ein hochdifferenziertes Spektrum der Diagnostik und Therapie auch für seltene und schwere Erkrankungen verfügen. Zumeist handelt es sich um die Universitätskliniken der jeweiligen Bundesländer.

Was Krankenhäuser vorhalten und wie sie sich profilieren, liegt nicht im Ermessen der Krankenhausträger, sondern ist Aufgabe der Krankenhausplanung. Dafür werden Versorgungsaufträge definiert.

In manchen Bundesländern ist der Versorgungsauftrag an Versorgungsstufen gekoppelt, die die fachliche Ausstattung (und apparative) von

Krankenhäusern gesetzlich vorgeben. Durch den Versorgungsauftrag ist geregelt, welche Leistungen (abgesehen von Notfällen) Krankenhäuser erbringen dürfen (Versorgungsverträge). Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrages dürfen in der Regel nicht von der GKV übernommen werden.

In Thüringen gibt es seit dem sechsten Krankenhausplan eine dreistufige Gliederung der Versorgungsaufträge:

- Regionale Versorgungsaufträge beinhalten Leistungen auf den Gebieten der Inneren Medizin, der Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Intensivmedizin. Bei geringen Fallzahlen wie der Kinder- und Jugendmedizin können regionale Versorgungsaufträge auch davon abweichen.
- Regional intermediäre Versorgungsaufträge halten Leistungen auf folgenden Gebieten vor: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie, Neurologie, Geriatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Überregionale Versorgungsaufträge beinhalten darüber hinaus Leistungen auf den Gebieten der Haut- und Geschlechtskrankheiten, der Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Neurochirurgie, Herzchirurgie und Kinderchirurgie.

Darüber hinaus gibt es Fachkliniken und Fachkrankenhäuser. Deren Versorgungsauftrag richtet sich nach einem bestimmten Fachrichtungsspektrum, der im Versorgungsauftrag ausgewiesen wird (vgl. 7. Thüringer Krankenhausplan, S.7 ff.).

Außerdem weisen die Krankenhauspläne besondere Leistungen und Behandlungsmethoden aus, die nur

in speziellen Krankenhäusern vorbehalten werden. Dazu gehören u.a. Tumorzentren, Transplantationszentren (z.B. Uniklinikum Jena), Zentren für schwerbrandverletzte Kinder (z.B. Helios Klinikum Erfurt). Gesondert ausgewiesen werden auch Leistungen auf den Gebieten der Geriatrie und Palliativmedizin. Darüber hinaus werden in den Krankenhausplänen Krankenhäuser definiert, die Leistungen bei Notfällen und Katastrophen sowie bei Epidemien und Pandemien erbringen.



Wartebereich im MVZ der RE Ostthüringer Polikliniken in Gera.



HELIOS Klinik Hildburghausen

Im Header: Katholisches Krankenhaus Erfurt

V. Krankenhausversorgung



Beispiel für die Notfall- und Katastrophenkapazitäten der Thüringer Krankenhäuser

Einrichtung	Gesamtbet- ten	Notfallbetten innerhalb	
		3 Stunden (15%)	6 Stunden (30%)
Planungsregion Nordthüringen			
DRK-gemeinn. KHG Thür. Brandenbg mbH, B. Frankenh.	435	65	131
Hufeland Klinikum GmbH Bad Langensalza/Mühlhausen	446	67	134
HELIOS Klinik Bleicherode GmbH	67	10	20
Eichsfeld Klinikum gGmbH, Kleinbartloff	352	53	106
St.-Elisabeth-Krankenhaus, Lengenfeld unterm Stein	114	17	34
Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, Mühlhausen	509	76	153
Ev. FKH f. Atemwegserkrankungen, Neustadt	65	10	20
Südharz-Klinikum gGmbH, Nordhausen	687	103	206
gesamt	2.675	401	803
Planungsregion Mittelhüringen			
Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH	177	27	53
Mariienstift Arnstadt	75	11	23
Zentralklinik Bad Berka GmbH	647	97	194
HELIOS Klinik Blankenhain GmbH	125	19	38
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH	1.175	176	353
Kath. KH „St. Johann Nepomuk“ Erfurt	419	63	126
HELIOS Klinikum Gotha	341	51	102
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau	377	57	113
SRH Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH	162	24	49
Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH, Weimar	510	77	153
gesamt	4.008	601	1.202
Planungsregion Ostthüringen			
Klinikum Altenburger Land GmbH	419	63	126
Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg	75	11	23
Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ GmbH, Eisenberg	204	31	61
SRH Wald-Klinikum Gera GmbH	913	137	274
Kreiskrankenhaus Greiz GmbH	256	38	77
Universitätsklinikum Jena	1.385	208	416
Fachklinik für Geriatrie u. Innere Med. gGmbH, Ronneburg	114	17	34
Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“, Saalfeld	779	117	234
Kreiskrankenhaus Schleiz gGmbH	104	16	31
Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH	338	51	101
Capio Dt. Klinik Weißenburg GmbH, Uhlstädt-Kirchhasel	36	5	11
gesamt	4.623	693	1.387



V. Krankenhausversorgung

Planungsregion Südwestthüringen

Klinikum Bad Salzungen GmbH	388	58	116
St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH	397	60	119
Henneberg-Kliniken Betriebsgesell. mbH, Hildburghausen	162	24	49
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen GmbH	314	47	94
Klinikum Meiningen GmbH	435	65	131
Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen	124	19	37
MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg GmbH	319	48	96
Elisabeth Klinikum Schmalkalden GmbH	156	23	47
SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH	501	75	150
gesamt	2.796	419	839
Thüringen gesamt	14.102	2.115	4.231

Quelle: 7. Thüringer Krankenhausplan

6. Statistik zum Krankenhaussektor

Personal

Aufgrund der Budgetbegrenzung war im Krankenhaussektor seit den 90er Jahren die Anzahl der Beschäftigten rückläufig. Dabei waren vom Abbau insbesondere das klinische Hauspersonal, der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (auf Grund von Ausgründungen) sowie das Pflegepersonal betroffen, während im ärztlichen Dienst u.a. aufgrund von wirtschaftlichen Anreizen erheblich mehr Stellen geschaffen wurden. Erst seit 2005 ist ein leichter Anstieg der Beschäftigungszahlen zu beobachten, wobei zu berücksichtigen ist, dass es im Krankenhausbereich mehr Teilzeitbeschäftigte gibt als in anderen Wirtschaftsbereichen. Erst in den letzten Jahren gibt es einen Anstieg der Vollzeitbeschäftigten, wobei die Arztstellen anteilig stärker stiegen als das Pflegepersonal.

Gegenwärtig arbeiten in den Krankenhäusern in Deutschland über eine Million Beschäftigte. Sie zählen damit zu den größten Arbeitgebern.

Mehr als ein Viertel der Beschäftigten des Gesundheitswesens arbeiten in Krankenhäusern (vgl. Simon, Michael; Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.223 f.).

In Thüringen waren im Jahr 2015 4.953 Ärzte hauptamtlich in Krankenhäusern beschäftigt sowie 25.027 Menschen als nichtärztliches Personal, darunter 11.610 Menschen im Pflegedienst.



Kreiskrankenhaus Greiz

Im Header: Kreiskrankenhaus Schleiz

Quelle Tabelle nächste Seite: Thüringer Landesamt für Statistik (Statistischer Bericht Krankenhäuser), Thüringer Krankenhausgesellschaft. Eigene Darstellung und Berechnung.

Krankenhausversorgung

v.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Steige- rung (%)
Haupt- amtliche Ärzte (Köpfe)	4003	4148	4384	4498	4697	4797	4953	+23,73
Vollzeit- stellen Ärzte	3807	3884	4047	4164	4321	4383	4483	+17,76
Pflege- dienst (Köpfe)	10.608	10.828	11.254	11.313	11.499	11.527	11.610	+9,45
Vollzeitstel- len Pflege	9135	9308	9553	9684	9796	9875	9935	+8,76
Personal- kosten in Mrd. Euro	Ca. 1,27	1,34	1,40	1,46	1,52	1,59	1,63	+28,22
Davon Personal- kosten Ärzte	385.302.000	417.903.000	445.976.000	472.154.000	502.072.000	526.448.000	551.923.000	+43,24
Davon Personal- kosten Pflege	401.742.000	415.378.000	433.463.000	443.856.000	458.223.000	477.358.000	487.845.000	+21,43
Gesamt- kosten	2.076.679	2.165.806	2.259.337	2.337.694	2.427.690	2.521.370	2.592.140	+24,82
Fallzahlen	558.033	559.260	56.8731	57.3536	577.497	580.939	582.837	+4,4
Durch- schnittl. Verweil- dauer in Tagen	8,2	8,0	8,0	7,9	7,8	7,7	7,7	-6,09

Eigene Zusammenstellung und Berechnung, Daten über Thüringer Krankenhausgesellschaft



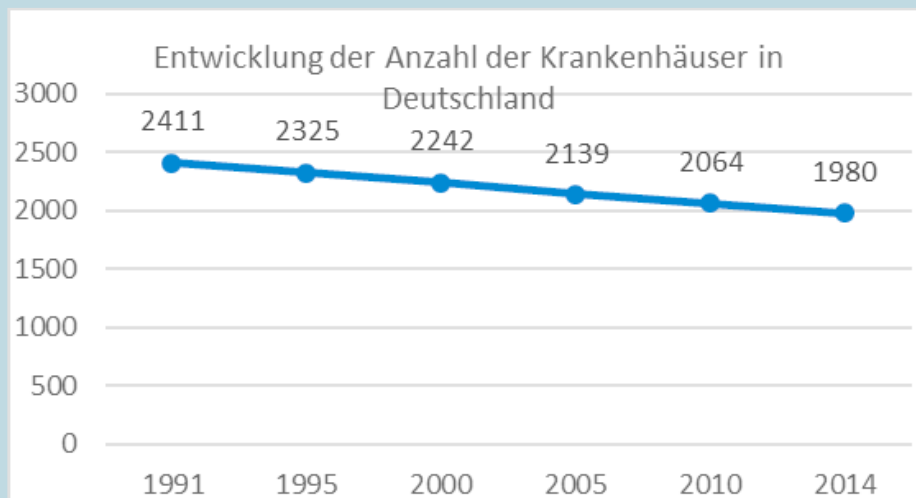
V. Krankenhausversorgung

Im Header die Vorsitzende des Landesseniorenrates Thüringen Hannelore Hauschild

Die Steigerungen der Anzahl der Beschäftigten sind nur bedingt aussagekräftig, weil es weniger um die Anzahl von Köpfen, sondern um die Anzahl der Vollzeitbeschäftigteneinheiten (VBE) geht. Hier kann man davon ausgehen, dass der Anteil der Teilzeitstellen im Bereich der Pflege hoch und bei weitem höher ist als bei den hauptamtlichen Ärzten. Sowohl bei den Ärzten als auch beim Pflegepersonal gibt es seit 2009 mehr Personalstellen und mehr Vollzeitbeschäftigteneinheiten, wobei die Bedeutung der Ärzte im System zugenommen hat. 2009 kamen auf 2,4 Vollzeitstellen Pflege 1 Arzt, 2015 kamen auf 2,22 Vollzeitstellen Pflege 1 Arzt. Auch die Personalkosten und die Gehälter sind bezogen auf das Jahr 2009 bei den Ärzten stärker gestiegen als im Pflegebereich. Ob es für diese in der Tabelle dargestellten Entwicklungen sachliche Gründe gibt, Lohnentwicklung, mehr Fallzahlen auf Grund höherer Krankheitsprävalenzen bei geringerer Verweildauer im Krankenhaus usw., technische Entwicklung, bessere Qualität, bessere Heilerfolge usw. oder ob systemimmanente Anreize und Lobbyarbeit diese Dynamik begründen, kann hier nicht bewertet werden.

Anzahl der Krankenhäuser

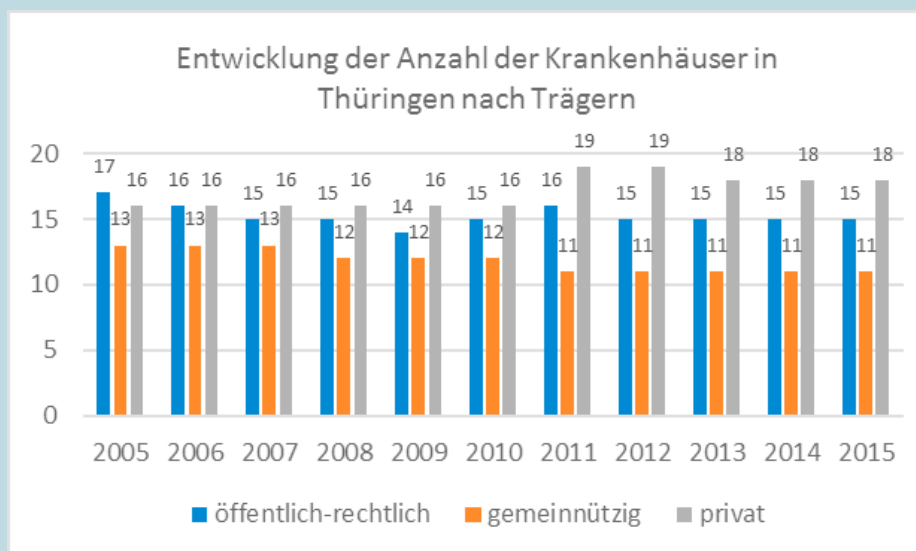
Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich vorwiegend auf Grund von Fusionen sowie auf Grund fehlender Wirtschaftlichkeit insbesondere kleinerer Krankenhäuser in den letzten 20 Jahren verringert. 2014 gab es in Deutschland 1980 Krankenhäuser.



In Thüringen gab es eine vergleichbare Entwicklung. Gegenwärtig weist der Thüringer Krankenhausplan 42 Versorgungsaufträge mit Krankenhausträgern aus, wobei verschiedene Klinikbetreiber für ihre Krankenhäuser verschiedene Standorte haben. Obwohl die Vielzahl der Krankenhäuser durchaus kritisiert wird, hält Thüringen an einer flächendeckenden Krankenhausversorgung fest.



Dr. Ursula Steinhaußen als Patientin am Klinikum Jena



Quelle: Thüringer Krankenhausgesellschaft

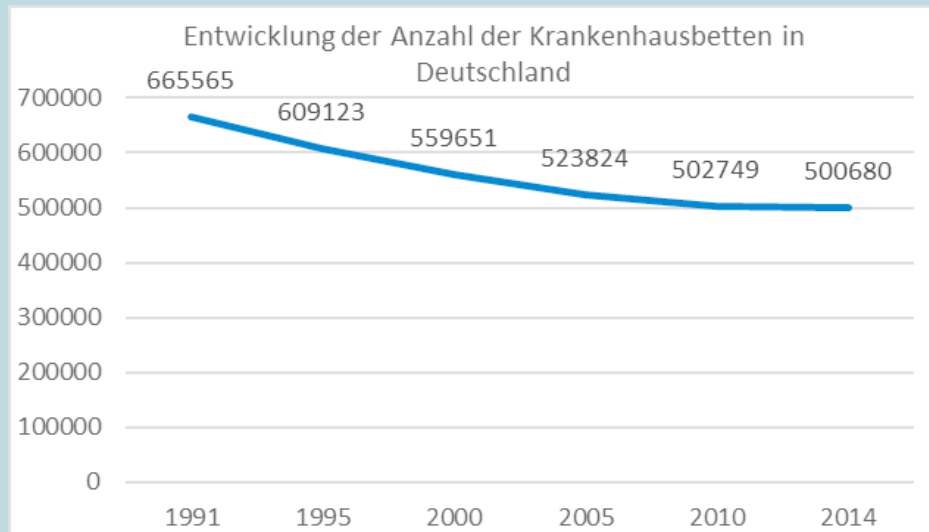
V. Krankenhausversorgung



Anzahl der Krankenhausbetten

Die Anzahl der Krankenhausbetten hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten verringert. Die Verringerung der Bettenzahl hat verschiedene Ursachen. Sie wird durch demografische Faktoren, den Rückgang der Einwohnerzahl, die Altersstruktur der Bevölkerung u.a., beeinflusst. Allerdings wirkt ihr die alternde Bevölkerung und höherer Prävalenzen bei sog. altersassoziierten Krankheiten entgegen. Ursache für die Verringerung ist auch die technische Entwicklung, die eine ambulante Behandlung bei verschiedenen Operationen ermöglicht. Entscheidend für eine Verringerung der Krankenhausbetten dürfte aber sein, dass die wirtschaftlichen Anreize sich verändert haben. Vor der Einführung des DRG-Systems wurde die Anzahl der Krankenhaustage vergütet, so dass die Neigung bestand, Patienten ohne zwingende Notwendigkeit über das Wochenende im Krankenhaus zu belassen. Im Fallpauschalensystem werden Fälle vergütet und nicht Krankenhaustage, so dass eher die Neigung besteht, Patienten eher zu entlassen, um Kosten zu sparen und „neue Fälle“, d.h., Patienten aufzunehmen. Es orientiert nicht mehr auf einen längeren, sondern einen kürzeren Krankenhausaufenthalt, was allerdings nicht zu weniger Kosten geführt hat.

In Thüringen gab es eine vergleichbare Entwicklung, auch wenn der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen, Dr. Arnim Findekle, zu Recht anmerkt, dass Thüringen nach wie vor die größte Bettendichte unter den Flächenländern in Deutschland hat (vgl. ersatzkasse report vdek, Mai 2017). Der Thüringer Krankenhausplan weist für 2017 14.082 Betten und plant für 2022 mit 14.277 Betten. Die Entwicklung der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt stellt sich für Thüringen in den letzten Jahren wie folgt dar:



Quelle: Simon, Michael; Das Gesundheitssystem in Deutschland

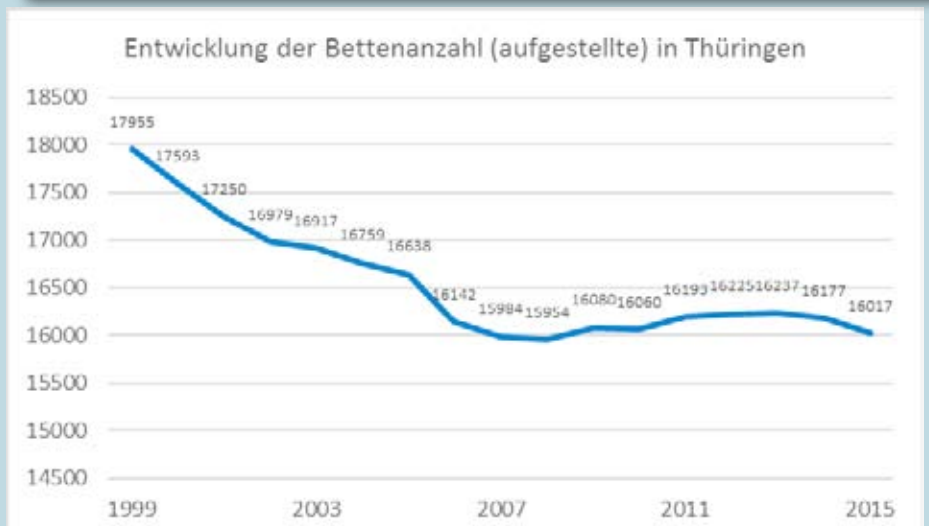
Planbett

Das Planbett ist ein im Krankenhausplan geplantes Bett. Die Menge der Planbetten bedeutet im Krankenhauswesen die maximale Anzahl an Betten, die eine medizinische Einrichtung (Klinik, Krankenhaus) betreiben darf. Planbetten werden in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen, im Gegensatz zu Belegbetten, die zur vollständigen Versorgung der Patienten tatsächlich zur Verfügung stehen. Eine Verpflichtung, die Planbettenzahl im zugeordneten Maß komplett zu betreiben, besteht also nicht. Die

Planbettenzahl ist als Bemessungsgrundlage für eine Berechnung der pauschalen Fördermittel der Bundesländer wichtig. Die Anzahl der zugeordneten Planbetten wird ermittelt aus Einwohnerzahl und -struktur, Verweildauer, Einweisungshäufigkeit und Bettenauslastungsgrad.

Für eine realitätsbezogene und damit gerechtere Finanzierung fordern Kritiker, die Planbettenzahl als Bemessungsgrundlage durch einen leistungsbezogenen Indikator zu ersetzen, wie zum Beispiel die Anzahl der tatsächlichen Krankenhaufälle.

Quelle: Wikipedia





V. Krankenhausversorgung

Kostenentwicklung der Krankenhäuser in Thüringen

Die Kosten der Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren sukzessive erhöht. Diese Kostenentwicklung hat verschiedene Ursachen. Von der Umstellung auf das DRG-System gingen keine kostendämpfenden Impulse aus. Vielmehr wurden wirtschaftliche Anreize geschaffen, dass Fälle generiert werden. Trotz stark sinkender Einwohnerzahlen haben die Fallzahlen zugenommen und hat sich die Bettendichte pro Einwohner in Thüringen erhöht, was allerdings auch auf die demografische Alterung der Bevölkerung zurückgeführt werden kann. Die demografische Alterung wird auch künftig dazu führen, dass die Krankheitsprävalenzen insbesondere bei typischen Alterskrankheiten, bei Demenzen, chronischen Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen, Osteoporose u.a. steigen werden. Insofern, diese Entwicklung lässt sich auch an der Thüringer Krankenhausplanung nachvollziehen, werden die Bettenanzahl, die Fallzahlen und die damit verbundenen Kosten in den nächsten Jahren weiter steigen. Welche Wirkungen der technische Fortschritt auf die Kostenentwicklung im medizinischen Versorgungssystem hat, ist umstritten und kaum kalkulierbar. Er wird sich aber kaum kostensenkend auswirken.

Kostensenkende Impulse könnten paradoxerweise davon ausgehen, dass der Patient in den Mittelpunkt gestellt wird und nicht die Selbstreferenzialität des Systems. Der Mediziner Gerd Reuther verweist in diesem Zusammenhang auf zahlreiche Beispiele:

- dass die Klinikaufenthalte pro 100.000 Einwohner und Jahr im OECD-Durchschnitt bei 155, in Deutschland bei 252 liegen; gleiches könnte man über die Anzahl der Krankenhausbetten und die Fallzahlen sagen,

- dass die Anzahl von Notfallpatienten absurd hohe Ausmaße angenommen hat,
- dass mehrere Millionen Krankenhaufälle, er verweist hier auf ein Gutachten von Krankenhausdaten von Martin Albrecht und Monika Sander (Einsparpotentiale) ambulant versorgt hätten werden können,
- dass Hunderttausende Operationen und die nachfolgenden Belegungstage in Krankenhäusern nicht notwendig sind,
- dass die Krankenhausverwaltung unnötig aufgebläht ist u. a. m. (vgl. Reuther, Gerd; Der betrogene Patient, S.258 ff.).

Kostensenkende Impulse könnten des Weiteren dadurch bewirkt werden,

- dass die Philosophie des medizinischen Versorgungs- und des sozialen Systems auf Gesundheit, Krankheitsvermeidung, Sport und Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung einseitiger Belastungen, gute soziale Beziehungen, Engagement und sinnvolle Verantwortungsrollen orientiert,
- dass systemimmanente Fehlanreize korrigiert werden,
- dass Systemressourcen etwa durch die Zusammenlegung von Krankenhäusern effizienter genutzt werden,
- dass das Subsidiaritätsprinzip sowie das Bedarfsdeckungsprinzip, das einschließt, dass Sach- und Dienstleistungen im Rahmen einer Krankenbehandlung das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, als Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall durchgesetzt und gestärkt werden,
- dass im Sinne des SGB V die Selbstverantwortung des Menschen für seine Gesundheit gestärkt wird,
- dass Gesundheit und Krankheitsverhinderung belohnt werden,
- dass Prävention auch außerhalb des Gesundheitssystems auf allen

- Ebenen, in schulischen, beruflichen, familiären, institutionellen u.a. Bereichen deutlich stärker gefördert wird und Erfolg hat,
- dass die Arbeitsbedingungen sich verbessern (u.a. Vermeidung von Depressionen und Rückenschmerzen),
- dass Armut und Langzeitarbeitslosigkeit vermieden werden und
- dass Umweltbelastungen wie Feinstaub, Lärm, Strahlenbelastungen, Umweltgifte u.a.m. abnehmen.

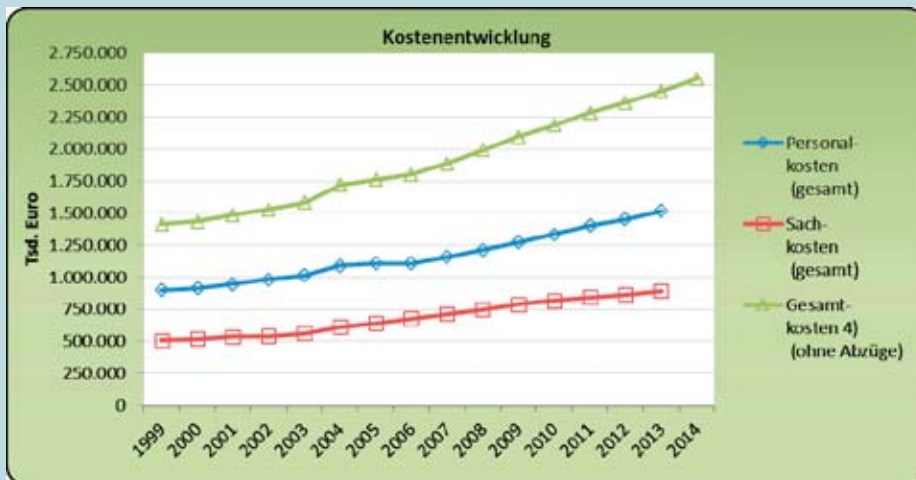
Es liegt in der Natur der Sache, dass solche Aussagen vor dem Hintergrund heterogener Interessen von Akteuren im Gesundheitssystem widersprüchlich diskutiert werden. Insofern verstehen sie sich auch hier als Diskussionsbeitrag.

Jahr	Kosten des Krankenhauses insgesamt
1996	1.320.000
...	...
1999	1.412.174
2000	1.436.653
2001	1.487.227
2002	1.529.574
2003	1.584.048
2004	1.717.513
2005	1.760.915
2006	1.800.823
2007	1.885.275
2008	1.974.633
2009	2.076.679
2010	2.165.806
2011	2.259.337
2012	2.337.694
2013	2.427.690
2014	2.521.370
2015	2.592.140

V. Krankenhausversorgung



Im Header: HELIOS Klinikum Gotha



Kostenentwicklung in Thüringer Krankenhäusern.

Quelle: Thüringer Krankenhausgesellschaft

Jahr	Einwohner	Anzahl der Betten	Betten-dichte je 10.000 Einwohner	Fallzahlen	Krankenhaus-Häufigkeit je 10.000 Einwohner	Verweildauer in Tagen	Personal	Kosten in Mrd. Euro
1991	2.572.069	22.768	88,5	409.754	1.593	15,4	29.903	
1999	2.449.082	17.955	73,3	526.400	2.149	10,4	26.615	1.412.174
2011	2.221.222	16.193	72,7	568.731	2.560	8,0	28.394	2.259.337
2015	2.170.714	16.017	76,7	582.837	2.685	7,7	29.980	2.592.140
	-11,37%	-10,79%	+4,64%	+10,72%	+24,94%	-25,96%	+12,64%	+83,56%

Daten bezogen auf Thüringen; eigene Zusammenstellung und Berechnung, Veränderungen bezogen auf die Jahre 1999 und 2015, Daten über Thüringer Krankenhausgesellschaft

7. Krankenhausbehandlung

Jeder gesetzlich Krankenversicherte hat einen Anspruch auf einen Krankenhausaufenthalt in einem zugelassenen Krankenhaus (siehe §39 Abs. 1 SGB V), insofern das erforderlich und zielführend ist und eine entsprechende Verordnung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt vorliegt, wobei im Notfall Versicherte auch ohne Einweisungsschein in einem Krankenhaus aufgenommen werden müssen.

Zur Krankenhausbehandlung gehören alle Leistungen, die für eine Heilung bei einer Krankheit notwendig sind. Allerdings beziehen sich diese Leistungen nur auf solche, die dem Versorgungsauftrag des jeweiligen

Krankenhauses entsprechen. Kann ein Krankenhaus ein bestimmtes Krankheitsbild nicht behandeln, muss eine Verlegung in ein entsprechendes Krankenhaus erfolgen. Krankenhäuser können Patienten in verschiedenen Versorgungsformen behandeln, **vollstationäre Behandlung**, was neben der Krankenhausbehandlung Unterkunft und Verpflegung einschließt, oder **teilstationäre Behandlung**, die zwar Unterkunft und Verpflegung einschließt, aber nur tagsüber oder nachts erfolgt. Des Weiteren gibt es auch **vor- und nachstationäre Behandlungen**, die vor bzw. nach stationären Aufenthalten von Patienten erfolgen und vor- bzw. nachbereitenden Charakter haben. In bestimm-

ten Fällen können Krankenhäuser Patienten auch ambulant behandeln (siehe hierzu Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.229 ff.).

8. Kliniksuche

Das Krankenhaus, das ein Versicherter bei einer Krankenhausbehandlung nutzen soll, ist auf dem Verordnungsschein ausgewiesen. Der Arzt entscheidet sich für ein bestimmtes Krankenhaus in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag und der Wohnortnähe des Patienten.

Da Patienten jedoch eine freie Krankenhauswahl haben, könnten sie bei



V. Krankenhausversorgung

Wunsch auch ein anderes Krankenhaus wählen, wobei Krankenkassen mögliche Mehrkosten, wie sie u.a. für einen Transport anfallen können, dem Patienten in Rechnung stellen können.

Bei der Wahl der Klinik sind für Patienten häufig zwei Kriterien ausschlaggebend: Die Information und Beratung durch den Haus- oder Facharzt sowie die Wohnortnähe. Bei insbesondere spezifischen Erkrankungen und/ oder schweren Krankheiten können aber auch andere Kriterien eine Rolle spielen, die Spezialisierung einer Klinik auf bestimmte Krankheitsgruppen, hohe Fallzahlen, die für eine große Routine und Spezialisierung sprechen, der Ruf und die Reputation von Ärzten oder die Atmosphäre innerhalb der Klinik.

Die Informationen der Qualitätsberichte sind über sogenannte Kliniksuchmaschinen abrufbar. Die Krankenkassen und ihre Verbände, die Deutsche und die Thüringer Krankenhausgesellschaft sowie die Patientenorganisationen bieten solche Kliniksuchmaschinen auf ihren Internetseiten an. Hier einige ausgewählte Beispiele:

www.krankenhausspiegel-thueringen.de/startseite der Thüringer Krankenhausgesellschaft

www.aok.de/krankenhausnavigator der AOK

www.bkk-klinikfinder.de der Betriebskrankenkassen

www.vdek-kliniklotse.de des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

www.krankenhausnavi.barmer.de der BARMER

www.tk.de/klinikfuehrer der Techniker Krankenkasse

www.dak-krankenhauskompass.de der DAK-Gesundheit

<http://klinikfinder.kkh.de> der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
<http://klinikfinder.hek.de> HEK - Hanseatischen Krankenkasse

<http://hkk-krankenhauslotse.de/> der hkk

www.weisse-liste.krankenhaus.kbs.de der Knappschaft

www.ikk.de der Innungskrankenkassen

www.lsv.de der landwirtschaftlichen Krankenkassen

www.derprivatpatient.de/services/krankenhausuche der privaten Krankenversicherer

www.weisse-liste.de der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Patientenorganisationen

www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankenhausgesellschaften

Dr. Jan Steinhaußen

Literatur

Albrecht, Martin; Sander, Monika; Einsparpotenziale durch ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK) Regionale Auswertungen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik für das Jahr 2011, http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/59/VA-15-08_Kurzbericht-ASK_V2%20final.pdf

Siebenter Thüringer Krankenhausplan, www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/krankenhausplan_thueringen_2017-2022.pdf

Statistische Berichte Krankenhäuser, Thüringer Landesamt für Statistik, <http://www.statistik.thueringen.de/datenbank/tabauswahl.asp?auswahl=231&BEvas3=start>

SGB V, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

Fallpauschalen_Katalog_2017_161125.pdf

Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2017

Reuther, Gerd; Der betrogene Patient; 2017



HELIOS Klinikum Erfurt
 Im Header: Klinikum Jena

V. Krankenhausversorgung



9. Krankenhausträger und -standorte in Thüringen

	Anzahl Betten 2017 / Prognose für 2022	Versorgungsauftrag	Fachabteilungen
Ev. Lukasstiftung Altenburg Zeitzer Straße 28 04600 Altenburg	126/122	Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie Tagesklinik: Psychiatrie und Psychotherapie Tagesklinik: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Klinikum Altenburger Land Am Waldessaum 10 04600 Altenburg	419/426	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag Neurologische Frührehabilitation nach Phase B	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie
Robert-Koch-Krankenhaus Apolda Jenaer Straße 66 99510 Apolda	177/179	regionaler Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau Bärwinkelstrasse 33 99310 Arnstadt	377/384 zusammen mit Standort Ilmenau	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Arnstadt: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin Ilmenau: Chirurgie, Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin, Intensivmedizin, Urologie
Mariienstift Arnstadt Wachsenburgallee 12 99310 Arnstadt	75/77	Fachkrankenhaus für Orthopädie, teilstationäre Leistungen: Tagesklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Orthopädie und Unfallchirurgie
Zentralklinik Bad Berka Robert-Koch-Allee 9 99437 Bad Berka	647/662	überregionaler Versorgungsauftrag Zentrum für Rückenmarkserkrankte Neurologische Frührehabilitation nach Phase B	Chirurgie, Herzchirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie



V. Krankenhausversorgung

DRK-Manniske-Krankenhaus Bad Frankenhausen An der Wipper 2 06567 Bad Frankenhausen Standort Sömmerda: Bahnhofstrasse 36 99610 Sömmerda Standort Sondershausen: Hospitalstraße 4 99706 Sondershausen	438/449 Zusammen mit Standorten in Sömmerda und Sondershausen	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Sondershausen: Chirurgie, Frauenheilkunde, Geriatrie, Geriatrie Tagesklinik, Innere Medizin, Intensivmedizin Bad Frankenhausen: Chirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Chirurgie Sömmerda: Chirurgie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin
Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz Herrmann-Sachse-Straße 46 07693 Bad Klosterlausnitz	48/48	neurologische Frührehabilitation nach Phase B	neurologische Frührehabilitation nach Phase B
Hufeland Klinikum Bad Langensalza / Mühlhausen Standort Bad Langensalza: Rudolph-Weiss-Straße 1-5 99947 Bad Langensalza Standort Mühlhausen: Langensalzaer Landstraße 1 99974 Mühlhausen	446/453 Zusammen mit Standort Mühlhausen	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Bad Langensalza: Augenheilkunde (B), Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin, Intensivmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (B), Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie Mühlhausen: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (B), Innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie
Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein Heinrich-Mann-Straße 34 36448 Bad Liebenstein	62/62	neurologische Frührehabilitation nach Phase B	neurologische Frührehabilitation nach Phase B
m&i-Fachklinik Bad Liebenstein Kurpromenade 2 36448 Bad Liebenstein	59/59	neurologische Frührehabilitation nach Phase B	neurologische Frührehabilitation nach Phase B
Klinikum Bad Salzungen Lindigallee 3 36433 Bad Salzungen	412/410	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie
Median Klinik Bad Tennstedt Badeweg 2 99955 Bad Tennstedt	73/73	neurologische Frührehabilitation nach Phase B	neurologische Frührehabilitation nach Phase B

V. Krankenhausversorgung



HELIOS Klinik Blankenhain Wirthstraße 5 99444 Blankenhain	125/126	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Chirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie
HELIOS Klinik Bleichero-de Barbarastraße 11-13 99752 Bleichero-de	67/68	Fachkrankenhaus für Orthopädie	Orthopädie
St. Georg Klinikum Eisenach Mühlhäuser Straße 94-95 99817 Eisenach	448/453	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag neurologische Frührehabilitation nach Phase B	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, innere Medizin, Intensivmedizin, Palliativmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie
Waldkrankenhaus Rudolf Elle Eisenberg Klosterlausnitzer Straße 81 07607 Eisenberg	204/208	Fachkrankenhaus für Orthopädie im Übrigen regionaler Versorgungsauftrag	Chirurgie, Innere Medizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie
HELIOS Klinikum Erfurt Nordhäuser Straße 74 99089 Erfurt	1215/1236	überregionaler Versorgungsauftrag Tumorzentrum im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr.4 KHEntgG Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie Tagesklinik: TK Geriatrie, TK Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, TK Psychiatrie und Psychotherapie
Kath. Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt Haarbergstraße 72 99097 Erfurt	448/448	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie, Tagesklinik: Psychiatrie und Psychotherapie
Krankenhaus Waltherhausen-Friedrichroda Reinhardsbrunner Straße 14-17 99894 Friedrichroda	162/165	regionaler Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie



V. Krankenhausversorgung

SRH Waldklinikum Gera Straße des Friedens 122 07548 Gera	947/958	überregionaler Versorgungsauftrag Tumorzentrum im Sinne des §2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG neurologische Frührehabilitation nach Phase B	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Tagesklinik für Onkologie, Tagesklinik für Schmerztherapie, Tagesklinik für Palliativmedizin, Tagesklinik für Neurologie
HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha / Ohrdruf Heliosstraße 1 99867 Gotha	366/370	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie
Kreiskrankenhaus Greiz Wichmannstraße 12 07973 Greiz	265/258	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen Eisfelder Straße 41 98646 Hildburghausen	422/410	Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie
Henneberg-Klinken Hildburghausen Schleusinger Straße 17 98646 Hildburghausen	182/189	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Jena Bachstraße 18 07743 Jena	1472/1486	überregionaler Versorgungsauftrag Transplantationszentrum Tumorzentrum gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Herzchirurgie, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie,

V. Krankenhausversorgung



			Tagesklinik Geriatrie, Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Tagesklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Tagesklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Tagesklinik für Neurologie, Tagesklinik für Strahlenheilkunde, Tagesklinik für Rheumatologie, Tagesklinik für Onkologie, Tagesklinik für Augenheilkunde, Tagesklinik für Diabetologie, Tagesklinik für Schmerztherapie
St.-Elisabeth-Krankenhaus Lengenfeld u. Stein Bahnhofstraße 19 99976 Lengenfeld u. Stein	123/136	Fachkrankenhaus für Geriatrie	Geriatrie
Fachkrankenhaus für Dermatologie Schloss Friedensburg Schloßstraße 25 07338 Leutenberg	70	Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 SGB V Fachkrankenhaus für Dermatologie	Dermatologie
Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen Ernststraße 7 98617 Meiningen	143/158	Fachkrankenhaus für Geriatrie	Geriatrie
HELIOS Klinikum Meiningen Bergstraße 3 98617 Meiningen	435/442	überregionaler Versorgungsauftrag	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Strahlentherapie, Urologie
Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen Pfafferode 102 99974 Mühlhausen Standorte in Gotha, Bad Salzungen, Bad Langensalza, Arnstadt, Sömmerda	631/616	Fachkrankenhaus für Psychiatrie	Psychiatrie



V. Krankenhausversorgung

Ev. Fachkrankenhaus f. Atemwegserkrankungen Neustadt Badestraße 23 99762 Neustadt	65/67	Fachkrankenhaus für Pneumologie	Pneumologie
Südharz-Krankenhaus Nordhausen Dr.-Robert-Koch-Straße 39 99734 Nordhausen	705/715	überregionaler Versorgungsauftrag Tumorzentrum im Sinne des §2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie, Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie
Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ Standort Pößneck: Hohes Gäßchen 8-10 07381 Pößneck Standort Saalfeld: Rainweg 68 07318 Saalfeld Standort Rudolstadt: Hugo-Trinkler-Str. 2-4 07407 Rudolstadt	820/833	überregionaler Versorgungsauftrag	Standort Pößneck: Chirurgie, Innere Medizin, Intensivmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie / Unfallchirurgie Standort Saalfeld: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie / Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie – Tagesklinik, Urologie Standort Rudolstadt: Geriatrie, Geriatrie – Tagesklinik, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin
Eichsfeld Klinikum Reifenstein / Worbis, Heiligenstadt Klosterstraße 7 37355 Reifenstein	352/357 Für alle Standorte	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag	Standort Reifenstein: Chirurgie, Intensivmedizin, Urologie Standort Worbis: Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin Standort Heiligenstadt: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin
Kreiskrankenhaus Ronneburg Str. d. Opfer d. Faschismus 15 07580 Ronneburg	116/128	Fachkrankenhaus für Geriatrie	Geriatrie
Kreiskrankenhaus Schleiz Berthold-Schmidt-Straße 7-9 07907 Schleiz	104/106	regionaler Versorgungsauftrag	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Intensivmedizin

V. Krankenhausversorgung



Elisabeth Klinikum Schmalkalden GmbH Eichelbach 9 98574 Schmalkalden	156/159	regionaler Versorgungsauftrag	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie
MEDINOS Kliniken Sonneberg Neustadter Straße 61 96515 Sonneberg mit Standort in Neuhaus	319/325 für beide Standorte	regionaler Versorgungsauftrag	Standort Sonneberg: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie Standort Neuhaus am Rennweg: Chirurgie, Innere Medizin, Intensivmedizin
Asklepios Fachklinikum Stadtroda Bahnhofstraße 1a 07646 Stadtroda	427/420	Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie neurologische Frührehabilitation nach Phase B	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie
SRH Zentralklinikum Suhl Albert-Schweitzer-Straße 2 98527 Suhl	501/508	überregionaler Versorgungsauftrag Tumorzentrum im Sinne des §2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntg	Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Strahlentherapie, Urologie Tagesklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten Tagesklinik für Onkologie Tagesklinik für Schmerztherapie Tagesklinik für Neurologie Tagesklinik für Palliativmedizin Tagesklinik für Kinder- und Jugendmedizin
KMG Kliniken Sülzhayn Am Haidberg 1 99755 Sülzhayn	18	Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 SGB V	Neurologie (Kinder)
Capio Klinik an der Weißenburg Weißen 1 07407 Uhlstädt-Kirchhasel	36/37	Fachkrankenhaus für Rheumatologie	Rheumatologie
Sophien und Hufeland Klinikum Weimar Henry-van-de-Velde-Straße 2 99425 Weimar	599/601	(regional) intermediärer Versorgungsauftrag neurologische Frührehabilitation nach Phase B	Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie

Die Krankenhausversorgung aus Sicht der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen

Die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen

Die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen hat ihren Sitz in Erfurt; sie vertritt die Interessen von insgesamt 44 Krankenhäusern gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik, Krankenkassen, anderen Verbänden sowie gegenüber dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Sie setzt sich dafür ein, dass die Krankenhäuser in Thüringen auskömmliche Rahmenbedingungen zur Sicherung der Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung erhalten. Seit ihrer Gründung im Jahre 1990 setzt sich der Verband für die Belange der Krankenhäuser und für eine gute stationäre Versorgung zum Wohle des Patienten ein. In den Thüringer Krankenhäusern wurden zuletzt jährlich rund 583.000 Patienten stationär behandelt. Dabei setzen sich insgesamt 30.000 Beschäftigte, davon rund 5.000 Beschäftigte im Ärztlichen Dienst und rund 12.000 Beschäftigte im Pflegedienst für die Patientinnen und Patienten ein, um den Behandlungserfolg sicherzustellen. Weitere umfassende Informationen zu den Thüringer Krankenhäusern stehen in dem Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) und auf der Homepage der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V. (Online im Internet: www.lkhg-thue-ringen.de) zur Verfügung.

Als Interessenverband der Krankenhausträger in Thüringen vereinbart die Landeskrankenhausgesellschaft bspw. jährlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Höhe des Landes-

basisfallwertes, die Finanzierungsgröße, die auf der Erlösseite der Krankenhäuser eine wesentliche Rolle spielt, damit die stationäre Behandlungsleistung auch fair vergütet wird.

Im Verbund mit weiteren 15 Landeskrankenhausgesellschaften in den Bundesländern ist die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V. über ihren bundesweiten Dachverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), in Berlin organisiert und setzt sich dort auch auf der bundesweiten Ebene für die Belange der Thüringer Krankenhäuser ein.

Die Krankenhäuser setzen seit vielen Jahren hohe Qualitätsmaßstäbe an die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dabei steht ein ergebnisorientiertes, transparentes Qualitätsmanagement im Mittelpunkt. Die Krankenhäuser erstellen für die Öffentlichkeit jährliche Qualitätsberichte. In Thüringen besteht zudem seit dem Jahr 2014 die Möglichkeit, am Thüringer Krankenhausspiegel mitzuwirken, einem Qualitäts- und Vergleichsportal, bei dem sich die Krankenhäuser präsentieren. Sind Sie interessiert? Dann schauen Sie doch gerne mal vorbei: www.thue-ringer-krankenhausspiegel.de

Perspektiven der Krankenhausentwicklung in Thüringen

Herausforderungen der Krankenhausversorgung insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung im Freistaat Thüringen

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 ist der 7. Thüringer Krankenhausplan in Kraft getreten. Schwerpunktthemen des Krankenhausplans sind hierbei u.a. die Ausgestaltung der künfti-

gen geriatrischen Versorgung, eine effiziente Behandlung von Schlaganfallpatienten, der Ausbau der Palliativversorgung und eine getrennte Beplanung der Psychiatrie und der Psychosomatischen Medizin.

Die Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung in Thüringen gehen von einem Bevölkerungsrückgang vor allem im ländlichen Bereich und einem starken Anstieg der Generation 70+ aus. Hierfür gilt es bestehende Versorgungsangebote kontinuierlich zu prüfen und bedarfsgerecht zu ergänzen. Darauf abstellend werden die Festlegungen des 7. Thüringer Krankenhausplans kontinuierlich überprüft und zweijährig der sich ändernden Versorgungssituation angepasst. Dies gilt insbesondere auch für die Ausgestaltung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die in ländlich geprägten Versorgungsregionen wohnen. Thüringen steht dabei als Flächenland und der zu beachtenden demografischen und geografischen Rahmenbedingungen vor besonderen Herausforderungen.

Bereits Anfang der 90er Jahre hatte sich der Freistaat Thüringen für den Aufbau akutstationärer Versorgungsangebote in der Geriatrie entschieden und entsprechende Fachkliniken und Fachabteilungen etabliert. Hier sollte eine sogenannte „fallabschließende“ Versorgung realisiert werden, die sowohl eine akutstationäre Behandlung als auch eine rehabilitative Behandlung sicherstellt und damit dem schnell wechselnden Krankheitsbild geriatrischer Patienten Rechnung trägt. Auf den Aufbau geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen wurde zu Gunsten der Behandlung „aus einer Hand“ verzichtet.

Mit Inkrafttreten des 7. Thüringer Krankenhausplans wurde durch den Freistaat festgelegt, dass die Anzahl der geriatrischen Fachkliniken und

V. **Krankenhausversorgung**

Fachabteilungen infolge der künftigen demografischen Entwicklung in Thüringen zu erhöhen sind und die Zulassung weiterer Fachabteilungen und der Aufbau von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgen muss, um die Krankenhausplanung der Bevölkerungsentwicklung anzupassen und auch weiterhin zukunftssicher zu gestalten. Die Gespräche hierzu gilt es mit allen am Planungsprozess Beteiligten auch während der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplans konsequent weiterzuführen.

Neben dem Ausbau der geriatrischen Versorgung, die insbesondere ältere und multimorbide Patienten in den Fokus rückt, soll auch die Versorgung von Schlaganfallpatienten verbessert werden. Dazu wird eine flächendeckende gestufte Versorgung aufgebaut, die Patienten schnell und effizient entsprechenden Behandlungszentren zuführt, um eine optimale Behandlung zu erreichen. Ein weiterer Aspekt bei der Behandlung älterer Patienten ist das frühzeitige Erkennen eines Delirs. Künftig sollen Patienten, die hierfür ein erhöhtes Risiko aufweisen, bereits bei Aufnahme ins Krankenhaus identifiziert werden und die Behandlung entsprechend darauf ausgerichtet werden.

Einen besonderen Schwerpunkt setzt der Freistaat Thüringen auf den Ausbau ambulanter und stationärer palliativmedizinischer Versorgungsangebote.

Mit dem 7. Thüringer Krankenhausplan hat sich der Freistaat Thüringen auch weiterhin zu einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung bekannt. Um die gut ausgebaute Krankenhausversorgung weiterhin zu erhalten und zu fördern, wird es darauf ankommen, dass sowohl bundes- als auch landesweite gesetzliche Regelungen

Berücksichtigung finden, welche die Krankenhausversorgung auch weiterhin nachhaltig und auskömmlich finanzieren, im Interesse einer weiterhin guten Patientenversorgung, insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten. Dafür wird sich die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V. auch weiterhin einsetzen, im Interesse der Bürgerinnen und Bürger im Freistaat Thüringen.

Die Thüringer Krankenhäuser stehen auch weiterhin dafür bereit, den Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige ambulante und stationäre Versorgung anzubieten. Die Landesregierung ist allerdings auch ihrerseits dazu angehalten, dies durch die dringend benötigte Erhöhung der investiven Fördermittel zu unterstützen. Dafür wird sich die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V. auch weiterhin im Interesse der Thüringer Bürgerinnen und Bürger einsetzen. 

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V.

Friedrich-Ebert-Str. 63
99096 Erfurt

Telefon: 0361 55 83 00

Telefax: 0361 55 83 019

E-Mail: post@lkhg-thueringen.de

Internet: www.lkhg-thueringen.de

Grüne Damen und Herren

Das ist der Rufname der Mitglieder des evangelischen Kranken- und Alten-Hilfe e.V. und vielleicht hatten Sie schon einmal Kontakt zu einer Grünen Dame bzw. einem Grünen Herren.

In 23 Thüringer Krankenhäusern und 13 Altenheimen sind ca. 300 ehrenamtliche Helfer tätig, davon 15 Männer. Im vergangenen Jahr konnten an drei Standorten der Eichsfeldkliniken Heiligenstadt, am Henneberg-Klinikum Hildburghausen, Südharzkl. Nordhausen und Elisabeth Klinikum Schmalkalden neue Gruppen gegründet werden.

Als Landesbeauftragte Thüringens kann ich sagen, dass wir in Thüringen ein schönes Miteinander haben.

Einmal jährlich treffen sich die Einsatzleiterinnen der Gruppen zum Erfahrungsaustausch und zu verschiedenen Themen unsere Arbeit betreffend. Im Altenheim St. Elisabeth in Erfurt fanden wir einen lieben Partner, der uns Raum und Verpflegung bietet, denn unsere Anreisewege sind schon ziemlich lang. Wegen



Gespannt lauschen alle dem Vortrag von Frau Cathy Klein am 14.10.2014 zum Thema „Depression beim alten Menschen“



V. Krankenhausversorgung

Header: Monika Kümritz im Gespräch mit einer Patientin.

der zentralen Lage Erfurts findet in der Mensa des Helios Klinikum unsere jährliche Regionaltagung statt. Diesen Raum dürfen wir kostenlos nutzen. Zu diesen Tagungen kommen ungefähr 120 Grüne Damen und Herren, die sich freuen, einmal im Jahr sich zu sehen und auszutauschen.

Eigentlich könnten wir uns die Referenten sparen, bei der Vielfalt dessen, was die Teilnehmer sich mitzuteilen haben, Freude und Leid. Die Tagungen stehen jeweils unter einem bestimmten Motto. 2015 zum Thema „Selbstfürsorge“, 2016 zum Thema „Der wertschätzende Umgang mit an Demenz Erkrankten“. In diesem Jahr werden wir ein besonders spannendes Thema erfahren: „Die tiergestützte Therapie“. Die Referentin wird ihren Hund mitbringen.

Zu diesem sehr schönen Gemeinschaftsgefühl hat noch etwas anderes beigetragen. Das sind die Basisqualifikationen, die seit 2014 stattfinden. Möglich wurde diese Ausbildung durch größere Zuwendungen vom Generali Zukunftsfonds und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Das hat in unserem Verein eKH große Veränderungen angestoßen. Deutschlandweit konnten nun die Mitglieder nach einem einheitlichen Curriculum geschult werden.

An vier Tagen zu je sechs Stunden werden die Schulungen durchgeführt. Zu den speziellen Themen werden verschiedene Referenten eingeladen. Hauptaugenmerk liegt auf den Grundlagen der Kommunikation, Gespräche in schwierigen Situationen, Umgang mit Demenzerkrankten, Selbstverständnis der Grünen Damen und Herren, Motivation, Ethik und die Zusammenarbeit mit dem Hauptamt.



Am Ende der Ausbildung am 9. November 2016

So eine Schulung kostet im Durchschnitt 3000 Euro. Die ersten drei Basisqualifikationen konnten durch die vorhandenen Mittel der eKH beglichen werden. Jetzt sind wir dankbar, dass die Finanzierung dieses wichtigen Projektes durch die Ehrenamtsstiftung Thüringen gewährleistet ist. Die Planung für 2017 für Raum, Referenten und Verpflegung ist bereits abgeschlossen.

Am Anfang waren unsere Ehrenamtlichen, die ja meist 60+ sind, skeptisch, was sie als reife, alte Hasen noch lernen sollten? Doch diese Skepsis ist schnell gewichen. Eine Dame äußerte sich so: „Jetzt bekommen wir Werkzeug in die Hände. Das mussten wir uns erst selbst in vielen Jahren aneignen. Doch nun ist es in den Gruppen angekommen und vor allem die neu Hinzukommenden werden geschult. Natürlich werden auch in den Kliniken Weiterbildungen angeboten. Das Zusammensein mit Gleichgesinnten ist ein besonderes Erleben und neue Freundschaften entstehen.“

Die eKH, wie sich der evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V. kurz nennt, wurde 1969 in Nordrhein-Westfalen gegründet. Vorbild war der Volunteer Service in Krankenhäusern in den USA, die „Pink-Ladys“ in rosa Kitteln.

Die Entwicklung war segensreich. Bis zu 10 000 Grüne Damen und Herren sind derzeit deutschlandweit im Einsatz.

Die Finanzierung stellt den Verein aktuell vor große Herausforderungen. Viele alte Sponsoren, vor allem in den alten Bundesländern, sind weggefallen. Obwohl außer zwei halbtags Angestellten für Büro und Finanzen, alle, auch der Vorstand, ehrenamtlich tätig sind, braucht es eine stabile Finanzierung. Um 10 000 Mitglieder zu informieren, anzuleiten, zu begleiten, zu besuchen wird viel Geld benötigt. Es fallen viele Fahrtkosten an. Auch für Mitgliedertreffen und Klausurtagungen des Vorstandes und erweiterten Vorstandes (der erweiterte Vorstand setzt sich aus den Landesbeauftragten Deutschlands zusammen) sind erhebliche finanzielle Mittel nötig. So sind nun alle Grünen Damen und Herren um einen Mitgliedsbeitrag von 24 Euro jährlich gebeten. Was aber in fast 50 Jahren selbstverständlich war, neu zu denken, ist schwierig. Es braucht Zeit und Geduld und so manches Gebet.

Vieles können Sie im Internet auf der Seite der eKH Deutschland nachlesen.

V. **Krankenhausversorgung**

Wir nutzen hauptsächlich alle verfügbaren Medien, um auf die Arbeit der Grünen Damen und Herren aufmerksam zu machen und neue Mitarbeiter zu gewinnen. Der Bedarf ist groß. Gern helfen wir beim Aufbau neuer Gruppen in Kliniken und Altenheimen.

So, dann will ich mich gleich vorstellen. Mein Name ist Monika Kümriz, ich bin 58 Jahre alt, verheiratet, habe drei erwachsene Kinder, bin von Beruf pharmazeutisch-technische Assistentin und leider nach schwerer Krankheit früh berentet. Nur zu Hause sitzen, wollte ich nicht. Und weil ich so viel Liebe und Gutes während meiner Erkrankung kennen gelernt habe, wollte ich davon etwas dem Krankenhaus zurückgeben. Vor fünf Jahren beschloss ich, Grüne Dame zu werden.

Nach einem Jahr übernahm ich die Gruppe am SRH Wald-Klinikum Gera mit 10 Grünen Damen. Das war im Januar 2013. Ich konnte auf die intensive Arbeit meiner Vorgängerin Frau Margot Hertel aufbauen. Sie war die Wegbereiterin in 16 Jahren mühevoller Aufbauarbeit. 1997 wurde unsere Gruppe in Gera gegründet. Damals durch die Klinikseelsorgerin und Helferinnen aus den alten Bundesländern. Durch Umstrukturierung und Einsparungen im Klinikum war eine große Angst der Schwestern und Pfleger, dass die ehrenamtlich tätigen Grünen Damen so manchen Arbeitsplatz übernehmen. Das ist unbegründet, denn Grüne Damen und Herren übernehmen keine pflegerischen Tätigkeiten. Längst besteht eine angenehme Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, der Pflegedienstleitung, der Marketingabteilung, dem Betriebsrat und zu vielen Schwestern und Ärzten.



Eine unserer Grünen Damen erhält einen besonderen Segen für ihre 10-jährige Tätigkeit. Sonntäglich hilft sie den Seelsorgern Patienten zum Gottesdienst abzuholen, außer ihrem wöchentlichen Dienst auf Station.

Auf Letztere können wir zählen, wenn wir unsere monatlichen Weiterbildungen haben. Zu den verschiedensten Themen begonnen bei der Händedesinfektion bis zu ethischen Fragen am Lebensende erhalten wir Unterweisung. Eine ganz besondere Verbindung besteht zu den Klinikseelsorgerinnen. Sie begleiten die Grünen Damen und Herren. Die evangelische Klinikseelsorgerin ist gleichzeitig unsere Supervisorin. Dreimal im Jahr kann jeder an einer Supervision teilnehmen und über seine Sorgen und Erlebnisse bei der Arbeit berichten. Manches Erleben bleibt hängen und belastet die Seele. Darüber reden hilft.

Einmal im Jahr können wir in einem Gottesdienst einen Segen für unsere Arbeit erhalten. Wer es möchte, denn nicht alle unserer Mitglieder sind Christen. Das ist in den neuen Bundesländern bei der Vergangenheit gar nicht möglich und nicht nötig. Vielmehr kommt es auf die in-

nere Einstellung an. Das Wichtigste ist die gegenseitige Wertschätzung. Jeder hat seine eigene Vergangenheit, ist eine besondere Blume. Den Anderen in seiner Verschiedenheit anerkennen ist eine Bedingung, um den Dienst einer Grünen Dame bzw. eines Grünen Herrn zu verrichten. Es braucht ein großes Einfühlungsvermögen, Empathie sowie Nächstenliebe.

Unser Dienst ist in aller Regel einmal wöchentlich zwei bis vier Stunden. Mittlerweile haben wir einen Plan, denn jeder geht auf „seine“ Station. Wir beginnen um 9 Uhr und melden uns auf der Station bei den Schwestern. Sie sagen uns, wo der Bedarf am größten ist. Viele Patienten erhalten keinen Besuch, weil die Familie so weit auseinander wohnt oder sie niemanden mehr haben. Umso größer ist die Freude, wenn sich jemand an das Bett setzt und einfach mal zuhört. Gern erledigen wir Besorgungen wie Telefonkarte, Obst, Getränke usw. auch Höschen und Socken.



V. Krankenhausversorgung

Header: Dankbarkeit und Freude ist die Motivation der Grünen Damen und Herren.

In Gera haben wir noch eine starke Gruppe, die von Montag bis Freitag meist zu dritt den Lotsendienst versieht. Diese Damen beginnen bereits um 8 Uhr. Da unser Haus sehr groß ist, freuen sich die Patienten, die in der Aufnahme abgeholt werden und auf Station, zu Untersuchungen und Ambulanzen begleitet werden.

Aber auch vom Klinikum erhalten wir Anerkennung, wie zum Beispiel Fahrtkostenerstattung und nach jedem Einsatz eine Tasse Kaffee. Das ist natürlich die beste Gelegenheit zu einem Gedankenaustausch. Am Tisch treffen sich oft bis zu 8 Grüne Damen. Wir haben einen Grünen Herrn!! und 35 Grüne Damen. Auch eine syrische Grüne Dame. Unsere Kinda (Bild Mitte) besucht die Mut-

ter-Kind-Station, wird aber zu seelsorgerischen und Übersetzungstätigkeiten auf viele Stationen gerufen.



Das ist der große Wert eines Ehrenamtes. Es entstehen Freundschaften, keiner ist allein mit seinen Sorgen, ob nun die Patienten oder die Familie oder auch die eigene Gesundheit betreffend.

Wir schenken unsere Zeit, erhalten Dank, Anerkennung und Gemeinschaft.

Die Basisqualifikation begann in diesem Jahr am 06. September. Mit 4 Termine in 14-tägigem Abstand. Zur Regionaltagung am 09. November im Helios Erfurt (Beginn 10 Uhr) sind Gäste nach Anmeldung herzlich willkommen.

Monika Kümritz

Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V.

Landesbeauftragte für Thüringen
E-Mail: kuemritz@ekh-deutschland.de

Mobil: 0157 34 062 057

www.ekh-deutschland.de



Diese Frauen eint die Idee, anderen zu helfen: Die ehrenamtlichen Grünen Damen aus Suhl und Gera trafen sich am SRH Wald-Klinikum Gera – zum Kennenlernen und zum Erfahrungsaustausch. Das tut allen gut und deswegen ist ein nächstes Wiedersehen schon sicher.

V. Krankenhausversorgung

Patientenbegleitung in Freiburg



Die Patientenbegleiter/innen unterstützen ältere und alleinstehende Menschen bei Arztbesuchen und ambulanten und stationären medizinischen Behandlungen. Gerade dieser Personenkreis fühlt sich oft überfordert und hilflos im Umgang mit denen auf sie zukommenden Anforderungen. Das betrifft sowohl die praktische Organisation (Was muss mitgenommen werden? Wie komme ich dorthin? Was muss ich für die Zeit meiner Abwesenheit und nach einer Behandlung regeln?) als auch eine psychosoziale Unterstützung, bei auftretenden Ängsten, Unsicherheiten und Fragen zu den aktuellen gesundheitlichen Problemen. Aber auch die vorübergehend eingeschränkte Mobilität bereitet Unsicherheiten.

Unser Gesundheits- und Sozialsystem bietet zahlreiche Angebote für ältere, kranke und hilfsbedürftige Menschen. Doch viele davon sind mit bürokratischen Hürden verknüpft und an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Die ehrenamtliche Patientenbegleitung unterstützt unkompliziert, niederschwellig und kurzfristig und sucht nach individuellen Lösungen entsprechend der vorliegenden Situation. Das

Angebot gilt unabhängig im gesamten Freiburger Stadtgebiet sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch für Bewohner im Betreuten Wohnen bzw. in Pflegeheimen oder Patienten der Krankenhäuser. Die Begleitung versteht sich als zusätzlicher Dienst in Ergänzung zu den bestehenden professionellen Strukturen und als Teil eines „kommunalen Unterstützungs-Mix“, um eine bessere Versorgungsqualität für ältere hilfsbedürftige Menschen in unserer Stadt zu gewährleisten.

Neben dem stützenden Arm oder dem Schieben des Rollstuhles ist vor allem der Wunsch nach Anteilnahme und Vermittlung von Sicherheit gefragt, in einer oft als Überforderung erlebten Situation. Die qualifizierten, ehrenamtlich tätigen Patientenbegleiter schenken Gehör, bieten Gespräche an, spenden Trost und geben kleine praktische Hilfestellungen. Dies geschieht immer nur auf Wunsch des Patienten und unter Achtung seiner Selbstbestimmung.

Ursprünglich als Projekt der Katholischen Hochschule, zusammen mit der Volkshochschule, der Freiwilligen Agentur und den Freiburger Kliniken, unter anderem auch das RKK Klinikum als Praxispartner, initiiert, organisiert sich die Patientenbegleitung seit 2013 selbständig („angedockt“/ unter Hilfestellung der Freiwilligenagentur). Das Pilotprojekt zur Förderung von Versorgungskonzepten für Demenzerkrankte wurde durch das Land Baden-Württemberg gefördert.

Die Qualifizierung der ersten Kurse der Patientenbegleiter erfolgte durch die Katholische Hochschule Freiburg. Die Schulungen erfolgten unter anderem zu den Themen:

- Mehr über das Altern erfahren und Ältere verstehen lernen (Einführung in Alterstheorien und Alterserkrankungen insbesondere Demenz)
- Kompetenzen für die Begleitung erwerben (z.B. Gesprächsführung)
- Einblicke in vorhandene Unterstützungsnetzwerke in Freiburg

- Sich bürgerschaftlich engagiert verstehen und präsentieren (Selbstverständnis, Rollenklärung...)
- Das eigene Engagement planen und reflektieren.

Allerdings erfolgt die Patientenbegleitung bisher nicht immer, wie ursprünglich im Konzept angedacht, für den ganzen Prozess des Krankenhausaufenthaltes, sondern häufig nur für einzelne Teile. Für uns als Klinik ist die Begleitung unserer Patienten z.B. nach Hause oder Unterstützung zum Koffer packen für die Anschlussheilbehandlung von großem Nutzen. Unsere Patienten nehmen gerne das Angebot der Patientenbegleitung an, da oftmals Angehörige nicht verfügbar sind und auch sonst niemand Zeit für sie findet. Für uns ist aber auch vor allem das kostenlose Angebot wichtig, da wir immer wieder mit Menschen zu tun haben, die sich bezahlte Versorgung gar nicht leisten können.

Durch viel Öffentlichkeitsarbeit, Flyer und Vermittlungspartner unter anderem im Entlassmanagement der Kliniken ist der Bedarf an Begleitung ständig gestiegen.

Menschen in Freiburg, die dieses Hilfsangebot in Anspruch nehmen möchten, wenden sich einfach direkt an die Patientenbegleiter, die über Handy immer erreichbar sind oder an die Ansprechpartner in den Kliniken. Durch diese Personen werden die Termine zeitnah besprochen und vermittelt. ■

Hilde Rive-Dischinger
RkK Klinikum Freiburg

Patientenbegleitung:
RkK Klinikum Freiburg
Katharina Schulz
Entlassmanagement
Tel.: 0179- 1587446
Tel.: 0761 7084 4147
patientenbegleitung-freiburg@gmx.de
hilde.rive-dischinger@rkk-klinikum.de





DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Susanne Paasch

VI. Geriatrische Versorgung



Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland und Thüringen

Die Geriatrie befasst sich mit der Behandlung von Erkrankungen und Beeinträchtigungen von Menschen im hohen Lebensalter. Dennoch ist nicht jeder ältere Patient zwangsläufig ein geriatrischer Patient. Was genau macht die Geriatrie und einen geriatrischen Patienten aus? Und wie hat sich die geriatrische Versorgung bis heute entwickelt?

Begriffserläuterungen – Die Geriatrie und der geriatrische Patient

Das Wort Geriatrie hat seinen Ursprung im Griechischen „géron“ (Greis bzw. alter Mann) und „iatreía“ (das Heilen, medizinische Behandlung), sie kann als Altersheilkunde bezeichnet werden (Duden 2017). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahr 1989 die Geriatrie als „Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt“ (WHO 1989, zitiert nach Bundesverband Geriatrie 2010: 12). Die Geriatrie als Spezialdisziplin berücksichtigt die besondere Lebenssituation hochbetagter Menschen, indem bei der Versorgung die körperliche, psychische und funktionale Gesundheit sowie das soziale Lebensumfeld erfasst und beachtet werden (DGG 2015). Alte und hochaltrige Menschen werden auch in anderen Fachdisziplinen behandelt, die Geriatrie ist allerdings in besonderer Weise auf die Behandlungsbedarfe, -bedürfnisse und -risiken dieser Patientengruppe ausgerichtet (Lübke 2012: 54). Ziel des Fachgebiets Geriatrie ist es, die Selbstständigkeit und allgemeine

Lebensqualität alter Menschen zu erhalten sowie Pflegebedürftigkeit zu verhindern und hinauszuzögern (Penz 2008: 8). Laut des aktuellen dritten Thüringer Geriatrieplans ermöglicht eine geriatrische Versorgung im Krankenhaus durch Wiedergewinnung von größtmöglicher Selbstständigkeit bei etwa 70-80% der Patienten eine Entlassung in das häusliche Umfeld (TMA SGFF: 3).

Der Großteil der Patienten, der von einer geriatrischen Versorgung profitiert, ist über 80 Jahre alt (DGG 2015).

Nach der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG, 2015) ist ein geriatrischer Patient gekennzeichnet durch:

1. eine geriatritypische Multimorbidität sowie ein höheres Alter (über 70 Jahren), wobei die Multimorbidität stärker gewichtet wird als das Lebensalter,
- oder
2. ein Lebensalter von über 80 Jahren aufgrund der damit häufig einhergehenden verstärkten Vulnerabilität*, die bei alten Menschen z.B. wegen Krankheitskomplikationen, Folgeerkrankungen und des Risikos chronischer Beschwerden und eingeschränkter Selbstständigkeit besteht.

Charakteristisch für geriatrische Patienten sind Syndrome wie z.B. chronische Schmerzen, Demenz, Depressionen, Fehl- und Mangelernährung, Gebrechlichkeit, Sturzneigungen oder Immobilität. Aufgrund der oftmals gleichzeitig bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen und psychischen Störungen sind die Patienten in ihrer Selbstständigkeit im alltäglichen Leben eingeschränkt und teilweise pflege- und hilfsbedürftig. Hinzu kommen die häufige Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen, Mehrfachmedikationen und ein erhöhtes Risiko für Krankheitskomplikationen (z.B.

Infektionen, verzögerte Genesung). Problematisch ist dabei besonders die Kombination dieser Merkmale (Heiß 2014b: 4). Da geriatrische Patienten über Funktionseinschränkungen und dadurch eingeschränkte Reservekapazitäten verfügen, besteht für sie ein hohes Risiko, etwa durch eine relativ geringfügige Erkrankung (z.B. Harnwegsinfekt oder einfacher Knochenbruch) erhebliche Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit und Teilhabe am Leben zu erfahren (Lübke 2012: 54). Bezüglich der Syndrome und Funktionseinschränkungen ist in der Literatur auch von den geriatrischen I's die Rede wie Immobilität, Inkontinenz, Instabilität, iatrogene Schädigung*, Immundefizite oder Isolation (Zeuner/Decho 2008: 12f.; Freund 2013: 24). Ein bedeutsames Syndrom geriatrischer Patienten ist zudem die „Frailty“ („Gebrechlichkeit“), womit eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Stressoren bezeichnet wird. Typische Symptome dafür sind schnelle Erschöpfung, langsamer/unsicherer Gang und abnehmende Körperkraft (Dovjak 2013: 296f.; Ernst/Lübke/Meinck 2015: 9), was damit einhergehen kann, dass basale Lebensfunktionen schwieriger auszuführen sind.

* Der Begriff Vulnerabilität bedeutet Verwundbarkeit bzw. Verletzbarkeit. Die erhöhte Vulnerabilität eines Individuums führt dazu, dass Risikofaktoren stärker negativ wirken und Störungen auftreten können.

* Eine iatrogene Schädigung ist auf medizinische Maßnahmen zurückzuführen z.B. Wundinfektion oder Arzneimittelnebenwirkung.

Elemente eines geriatrischen Behandlungskonzeptes

Aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) bedarf es in der Geriatrie einer multidimensionalen und -professionellen Behandlung, da eine Disziplin bzw. Profession nicht allein die notwendige, breite



VI. **Geriatrische Versorgung**

Behandlung eines geriatrischen Patienten leisten kann (Lübke 2012: 60). Aufgrund von Multimorbidität, Vulnerabilität und des erhöhten Risikos für eingeschränkte Selbstständigkeit, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe erfordern geriatrische Patienten eine spezielle Therapie. Diese sollte sich nicht nur auf einzelne Krankheiten beziehen, sondern körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigen und auch den Patienten und seine Angehörigen in Entscheidungen und Behandlungsprozesse einbinden. Eine geriatrische Versorgung geht über die reine „Heilung“ von Erkrankungen hinaus (Bundesverband Geriatrie 2010: 51; Heiß 2014a: 4). Angebracht ist daher eine Verbindung von Akutmedizin sowie aktivierender, rehabilitativer Behandlung. Besonders während eines (längeren) Krankenhausaufenthaltes besteht das Risiko des Verlusts funktionaler Fähigkeiten, sodass verschiedene Maßnahmen interdisziplinär und multiprofessionell angeboten werden sollten (Rummer/Schulz 2012: 746). Bei der gesundheitlichen Versorgung hochaltriger bzw. geriatrischer Patienten unterscheidet Lübke (2012: 57ff.) zwischen der „Geriatrisierung der Fachdisziplinen“ und der „spezifisch geriatrischen Versorgungskompetenz“. Ein hochaltriger Patient mit einer Herzerkrankung erhält bspw. bei einer Stent-Implantation eine spezialisierte, kardiologische Behandlung. Trotz des Fokus auf die Erkrankung der jeweiligen Fachdisziplin wird gleichzeitig auch die Gesamtsituation des Patienten berücksichtigt. Wenn allerdings, aufgrund von Multimorbidität, Erkrankungen mehrerer Fachgebiete zu versorgen sind sowie verschiedene geriatrische Syndrome bzw. Beeinträchtigungen vorhanden sind, bedarf es einer umfassenden geriatrischen Behandlung.

Ein Kernelement in der geriatrischen Versorgung ist das geriatrische Assessment. Bei diesem Begriff handelt es sich um die Beurteilung und Behandlungsplanung von geriatrischen Patienten. Grundlage dafür sind festgelegte Pläne bzw. Instrumente (z.B. Tests) (Hafner/Meier 2005: 15). Geriatrische Assessments finden Anwendung, um einen Behandlungsbedarf geriatrischer Patienten zu erheben, deren Ressourcen und auch Risiken zu erfassen und geeignete Behandlungsstrukturen festzulegen. Vorab müssen geriatrische Patienten durch Screeningverfahren überhaupt als solche identifiziert werden (Bundesverband Geriatrie 2010: 51; Lübke 2012: 55). Es erscheint angebracht, das geriatrische Assessment in Hausarztpraxen durchzuführen. Die Überweisung in Fachabteilungen der Geriatrie ist bei einem weiterführenden Diagnostik- und/oder Behandlungsbedarf notwendig (Seidel et al. 2013: 23).

Der aktuelle 3. Thüringer Geriatrieplan legt folgende Leitsätze geriatrischer Behandlung fest:

1. Behandlungsziel: Selbstständigkeit und Lebensqualität
2. Adaptierte medizinische Abklärung und Therapie
3. Frühzeitige funktionelle Behandlung
4. Betreuungskontinuität
5. Einbezug des Umfeldes
6. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept
7. Angemessene Zeit stationärer/teilstationärer Behandlung

Die Entwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen

Der Begriff „Geriatrie“ (bzw. die englische Bezeichnung „Geriatrics“) wurde erstmals im Jahr 1909 in den USA durch den Mediziner Ignatz

Nascher erwähnt, der die Besonderheiten und Bedürfnisse von älteren Patienten betonte und Empfehlungen für die spezifische Behandlung dieser Patientengruppe aussprach. Seine Ansichten diesbezüglich können als Meilenstein für die anschließende Entwicklung der Geriatrie zur eigenständigen Disziplin angesehen werden. Im Jahr 1943 plädierte die britische Medizinerin Marjorie Warren für eine geriatrische Ausbildung im Bereich der Medizin und Krankenpflege sowie für die Gründung geriatrischer Abteilungen im Krankenhaussektor. In Deutschland wurden geriatrische Kliniken bzw. Abteilungen ab den späten 1960er Jahren errichtet (Bundesverband Geriatrie 2010: 15f.; Meier-Baumgartner 2001: 2). Ein wichtiges Ereignis in der Geschichte der Geriatrie in Deutschland war 1985 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), die sich u.a. der Entwicklung von Konzepten zur geriatrischen Versorgung und der geriatrischen Fort- und Weiterbildung von Medizinern angenommen hat (DGG 2015).

Prägend für die Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Deutschland ist die Personalqualifikation. Seit 2002 werden Lehrinhalte aus dem Bereich Geriatrie im Medizinstudium als Querschnittsfach vermittelt (Füsgen 2011: 922). Experten kritisieren dabei allerdings, dass die Lehre häufig von „fachfremden“ Medizinern und nicht von Geriatern geleistet wird und demnach die Geriatrie auch oftmals nicht als Spezialgebiet bzw. eigenständiges Fach angesehen wird (Bundesverband Geriatrie 2010: 59; Füsgen 2011: 923). Der geringe Stellenwert der Geriatrie in der universitären Ausbildung in Deutschland zeigt sich auch in der geringen Anzahl an Lehrstühlen. Die meisten Universitäten verfügen noch nicht über einen eigenen

VI. Geriatrische Versorgung



Lehrstuhl oder eine eigene Fakultät für Geriatrie (DGG 2015).

Für Mediziner bestehen im Bereich der Geriatrie diverse Weiterbildungsmöglichkeiten. Die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ wird seit 1992 (Döhner/Stamm 2005: 9) und heute als „Zusatzweiterbildung Geriatrie“ angeboten. Diese setzt eine Facharztkompetenz (in einigen Bundesländern auch eingeschränkt auf ein spezielles Fach) voraus und dauert 18 Monate (Bundesverband Geriatrie 2010: 17; DGG 2015). Der „Facharzt Innere Medizin und Geriatrie“ mit einer Weiterbildungszeit von 6 Jahren ist nur in drei Bundesländern (Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt) möglich. Niedergelassene Ärzte können die Zusatzqualifikationen bzw. Fortbildungen „Geriatrische Rehabilitation“ oder „Geriatrische Grundversorgung“ erwerben, die von den Landesärztekammern umgesetzt und im Rahmen ihrer Fortbildungen angeboten werden (DGG 2015). Insgesamt zeichnet sich die geriatrische Fort- und Weiterbildung in Deutschland durch eine große Heterogenität zwischen den Bundesländern aus (Füsgen 2011: 923). Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie setzt sich seit Jahren für die Einführung eines eigenständigen (bundesweit einheitlichen) Facharztes Geriatrie ein (DGG 2015).

Im Zentrum der geriatrischen Versorgung steht der niedergelassene Hausarzt. Weitere Versorgungsstrukturen bestehen in der ambulanten Facharztversorgung, der stationären Akutversorgung in Krankenhäusern, der teilstationären Behandlung in Tageskliniken sowie der ambulanten und stationären Pflege. Hinzu kommt die Heil-, Hilfsmittel- und Arzneimittelversorgung. Der Bereich der geriatrischen Rehabilitation gliedert sich in (teil-)stationäre, ambulante und mobile Versorgungsstrukturen

(Renteln-Kruse 2008: 320; Zeuner/Decho 2008: 13).

Seit 2004, ein Jahr nach dem Einsatz von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) als neues Klassifikationssystem werden für die Abrechnung von stationären geriatrischen Behandlungen spezielle Geriatrie-DRGs angewendet, um Leistungen angemessen zu vergüten. Zunächst waren die Fallpauschalen auf sechs Hauptdiagnosegruppen wie z.B. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder des Bewegungsapparats beschränkt. In den folgenden Jahren wurden die geriatriespezifischen DRGs auf weitere Diagnosen ausgeweitet und auch im teilstationären und belegärztlichen Bereich umgesetzt. Durch die Einführung von Geriatrie-DRGs entwickelte sich die Geriatrie von einem Teilgebiet der inneren Medizin zu einer eigenständigen Fachdisziplin in der stationären Akutversorgung (Bundesverband Geriatrie 2010: 21&119).

Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland und Thüringen

Die aktuellen Versorgungsstrukturen der Geriatrie in Deutschland zeichnen sich durch eine große Heteroge-

nität aus. So unterscheiden sich die Versorgungskonzepte hinsichtlich der akutstationären und rehabilitativen Ausrichtung zwischen den einzelnen Ländern. Bezogen auf ganz Deutschland verfügt Nordrhein-Westfalen über den größten Anteil an geriatrischen Krankenhausabteilungen und -betten. Rehabilitationskliniken mit geriatrischer Fachabteilung sind dagegen mehr in Süddeutschland zu finden (Bundesverband Geriatrie 2016: 22ff.).

Bei den Fallzahlen in der Geriatrie kann in den vergangenen Jahren ein deutlicher Anstieg festgestellt werden. Wie die folgende Abbildung zeigt, hat sich seit 2007 die Anzahl von Patienten in geriatrischen Abteilungen in Krankenhäusern kontinuierlich gesteigert und liegt 2015 um 65% höher als im Jahr 2007 (GBE; eigene Berechnung). Dies liegt nicht nur an der Alterung der Gesellschaft und der Zunahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Denn wenn zukünftig bei Patienten ein geriatrischer Behandlungsbedarf besser festgestellt wird und somit eine geriatriespezifische Versorgung im Krankenhaus veranlasst werden kann, erhöhen sich auch die Behandlungsfälle in der Geriatrie (Heuvel/Veer/Greuel 2014: 13).

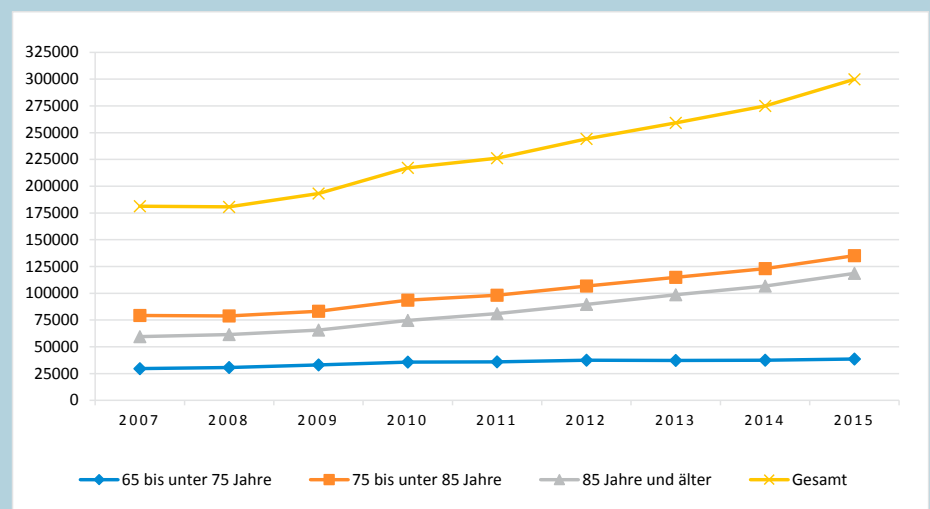


Abb. 1: Entwicklung der Krankenhausfälle in der Fachabteilung Geriatrie (Eigene Darstellung. Datenquelle: Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes, GBE des Bundes 2017)



VI. Geriatrische Versorgung

Bei Betrachtung der unterschiedlichen Altersgruppen wird deutlich, dass bei den 75- bis unter 85-Jährigen die Fallzahlen am höchsten sind und stetig angestiegen sind. Bei den über 85-Jährigen ist im Verlauf von 2007 bis 2015 eine Steigerung von fast 100% zu verzeichnen (GBE des Bundes 2017) (siehe Abbildung 1).

Die Geriatrie ist erst seit 2007 als eigenständige Fachabteilung in den Statistiken aufgenommen. Vorher wurden geriatrische Behandlungen

als Teilgebiet der Fachabteilung Innere Medizin zugeordnet. Laut des Bundesverbandes Geriatrie gibt es 2015 in Deutschland 406 geriatrische Fachabteilungen mit insgesamt 18.359 Betten. Im Freistaat Thüringen sind 7 geriatrische Fachkliniken bzw. -abteilungen mit einer Bettenkapazität von 587 vorhanden (siehe Tabelle 1) (Bundesverband Geriatrie 2016: 18f.). In der DDR-Zeit gab es in Thüringen keine spezielle geriatrische Versorgung. Der Freistaat hat sich nach der Wende am Beispiel

Hamburgs und Hessens orientiert und seit 1994 stationäre Geriatrien (Fachkliniken und -abteilungen) gegründet. Rehabilitationseinrichtungen mit geriatrischem Schwerpunkt stehen in Thüringen nicht zur Verfügung, da geriatrische Patienten „fallabschließend“ im Krankenhaus behandelt werden sollen (TMA SGFF o.J.: 13). Die durchschnittliche Verweildauer in der Geriatrie in deutschen Krankenhäusern liegt 2015 bei 15,5 Tagen und ist damit die höchste unter allen allgemeinen Fachabteilungen. Ledig-

	Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung		Rehabilitationseinrichtungen mit geriatrischer Fachabteilung	
	Anzahl Einrichtungen	Anzahl Betten	Anzahl Einrichtungen	Anzahl Betten
Baden-Württemberg	20	764	40	1.809
Bayern	63	1.610	68	2.946
Berlin	22	1.550	1	130
Brandenburg	23	1.142	1	70
Bremen	4	244	1	60
Hamburg	11	994	0	0
Hessen	38	2.030	2	65
Mecklenburg-Vorpommern	9	254	4	219
Niedersachsen	40	1.184	15	680
Nordrhein-Westfalen	95	5.067	23	1.354
Rheinland-Pfalz	18	545	5	325
Saarland	3	153	5	275
Sachsen	19	533	4	326
Sachsen-Anhalt	19	669	1	65
Schleswig-Holstein	15	1.033	0	0
Thüringen	7	587	0	0
Gesamt	406	18.359	170	8.324

Tabelle 1: Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen mit geriatrischer Fachabteilung im Jahr 2015 (Quelle: Bundesverband Geriatrie 2016: 18, Datenerhebung 2015).

VI. Geriatrische Versorgung



lich die psychiatrischen Fachabteilungen verzeichnen deutlich höhere Verweildauern (Statistisches Bundesamt 2016a).

Patienten in der vollstationären geriatrischen Behandlung in Thüringen sind im Durchschnitt 80 Jahre alt. Männer stellen ein Viertel der Patienten in der Geriatrie. Patienten in Tageskliniken sind mit 77 Jahren etwas jünger als Patienten in der vollstationären Geriatrie. Der größte Anteil der Patienten (71,8%) wird von anderen Krankenhäusern oder Abteilungen in die Geriatrie verlegt, 4,1% werden direkt aus einem Pflegeheim aufgenommen. Nach der stationären Behandlung wird der Großteil der geriatrischen Patienten (77,8%) in die eigene Häuslichkeit entlassen, 13,8% werden neu in eine Pflegeeinrichtung verlegt (TMASGFF o.J.: 17).

Tabelle 2 zeigt die Geriatrie-Standorte in Thüringen, die alle Mitglieder im „Landesverband Geriatrie Hessen-Thüringen“ sind. Alle Kliniken verfügen auch über angeschlossene Tageskliniken. Laut 7. Thüringer Krankenhausplan haben die Henneberg-Kliniken Hildburghausen (20

Geriatrie-Betten) sowie das Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar (35 Geriatrie-Betten) zum 1.1.2017 geriatrische Fachabteilungen erhalten.

Laut 3. Thüringer Geriatrieplan gewährleisten die zur Verfügung stehenden drei Fachkliniken sowie vier Fachabteilungen eine flächende-

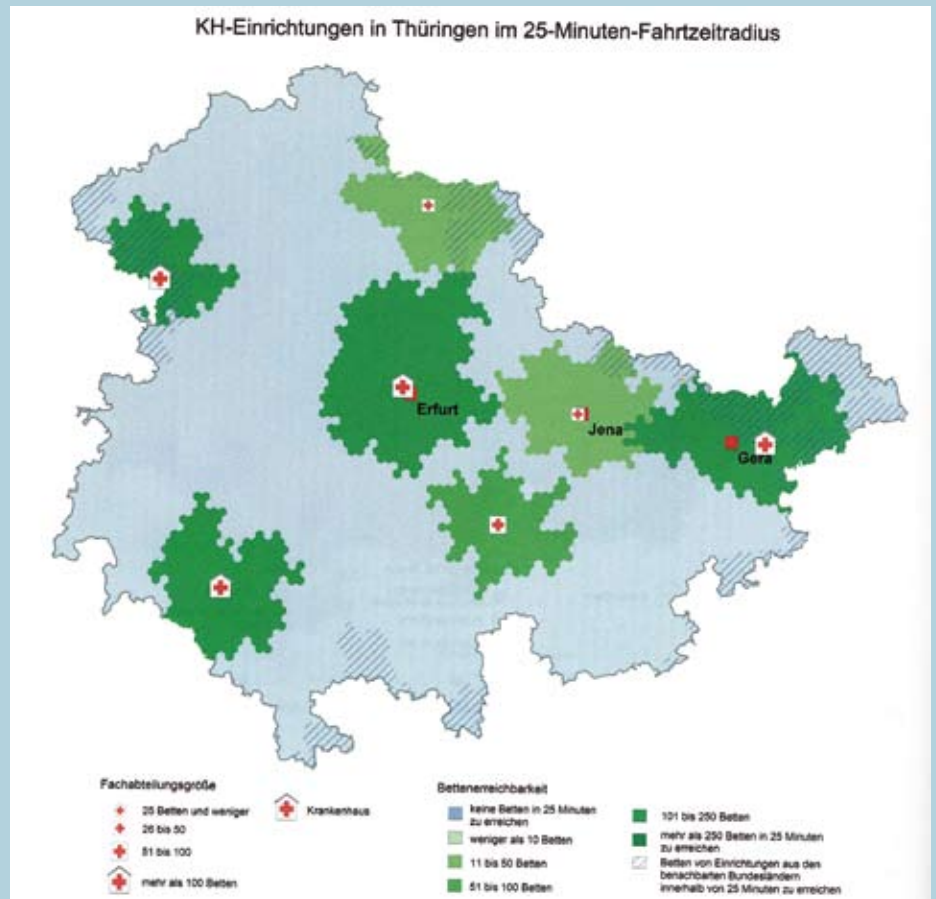


Abbildung 2: Versorgungszugang zu geriatrischen Betten in Krankenhäusern in Thüringen (Bundesverband Geriatrie 2016: 236)

	Betten Geriatrie	Teilstationäre Plätze
DRK Krankenhaus Sondershausen	40	10
Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“, Meiningen	102	21
HELIOS Klinikum Erfurt – Zentrum für Geriatrie	106	15
Kreiskrankenhaus Ronneburg – Fachklinik für Geriatrie GmbH	122	6
St. Elisabeth-Krankenhaus – Fachklinik für Geriatrie, Lengenfeld unterm Stein	102	8
THÜRINGEN-KLINIKEN „Georgius Agricola“ GmbH – Klinik für Geriatrie, Rudolstadt	76	13
Universitätsklinikum Jena – Klinik für Geriatrie	39	10
Gesamt	587	83

Tabelle 2: Krankenhäuser in Thüringen mit geriatrischer Fachabteilung, 2015 (Quelle: Bundesverband Geriatrie 2016: 237)



VI. Geriatrische Versorgung



Dr. med. Burkhard Braun, Chefarzt der Klinik für Geriatrie in Rudolstadt und stellv. Vorsitzender des Landesverbandes Geriatrie Hessen-Thüringen. Der Verband hat maßgeblich an der fachlich-inhaltlichen Erarbeitung des 3. Thüringer Geriatrieplans mitgewirkt.

ckende stationäre geriatrische Versorgung im Freistaat. Gleichwohl in vielen Regionen des Freistaates keine geriatrischen Krankenhäuser in 25 Minuten Fahrzeit zu erreichen sind (Bundesverband Geriatrie 2016: 236) (s. Abb. 2).

Aufgrund der geringeren Anzahl an teilstationären Einrichtungen, deren Einzugsgebiet durch die notwendigen täglichen Anfahrten der Patienten kleiner ist als im vollstationären Bereich, ist im teilstationären Bereich keine flächendeckende Versorgung gewährleistet. Ambulante geriatrische Einrichtungen stehen bisher in Thüringen nicht zur Verfügung (TMSGFF o.J.: 14f.).

Die Verfügbarkeit geriatrischer Betten unterscheidet sich deutlich in den Bundesländern. Thüringen verzeichnet die geringste Kapazität aller Bundesländer. Hier stehen 17 Betten der Geriatrie pro 10.000 Einwohner über 80 Jahre zur Verfügung. Die

Anzahl in den anderen Bundesländern liegt deutlich darüber. So weist bspw. Hamburg eine geriatrische Bettenkapazität von 108 je 10.000 über 80-Jährigen auf, die Anzahl in Sachsen-Anhalt liegt bei 50. Auch die anderen ostdeutschen Bundesländer zeigen eine höhere Kapazität in der Geriatrie als Thüringen (Bundesverband Geriatrie 2016: 29) (s. Abbildung 3 und 4). Bei den allgemeinen Krankenhausbetten ist der

Freistaat dagegen an der bundesweiten Spitze.

In Deutschland und Thüringen zeigt sich eine deutliche Erhöhung der Fallzahlen in der Geriatrie in den letzten Jahren. Während von 2007 bis 2013 die Anzahl geriatrischer Fachabteilungen in Deutschland um 44% angestiegen ist, hat sich in Thüringen die Anzahl nur um eine Einrichtung erhöht. Ein deutlicher

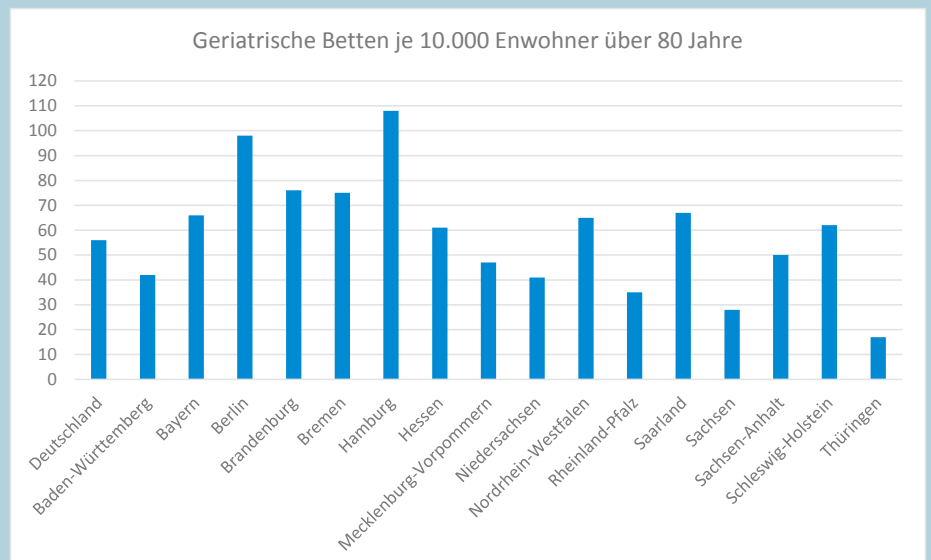


Abbildung 3: Geriatrische Betten je 10.000 Einwohner über 80 Jahre in Deutschland und den Bundesländern, 2013. (Eigene Darstellung; Quelle: Bundesverband Geriatrie 2016: 29).

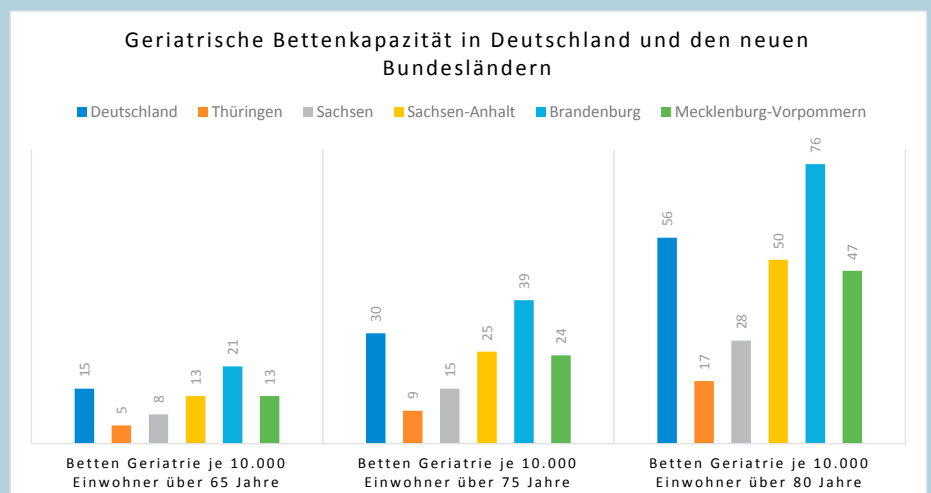


Abbildung 4: Geriatrische Bettenkapazitäten in Deutschland und den neuen Bundesländern, 2013. (Eigene Darstellung; Quelle: Bundesverband Geriatrie 2016: 29).

VI. Geriatrische Versorgung



Einschätzung zur aktuellen Bettenkapazität in der Geriatrie in Thüringen

In Thüringen ist man vor gut 20 Jahren, als sich die Geriatrischen Krankenhäuser gegründet hatten, bewusst behutsam vorgegangen und wollte die Strukturen dem Bedarf nach schaffen (und nicht umgekehrten Entwicklungen Vorschub leisten). Man setzt in Thüringen heute in erster Linie auf den Ausbau der bestehenden Fachabteilungen und Fachkliniken.

Die Zahlen aus dem Weißbuch Geriatrie sind nicht mehr ganz aktuell (von 2015), unsere Klinik in Meiningen hat derzeit rund 130 Betten, von denen ca. 120 belegt sind. Darüber hinaus sind auch zwei neue Geriatrische Abteilungen zugelassen worden (Hildburghausen, Weimar) und in Suhl sind diesbezügliche Bestrebungen im Gange.

Aus meiner Sicht deckt dies den aktuellen Bedarf. Aber nur unter der Voraussetzung, dass in den Krankenhäusern der geriatrische Patient erkannt und so die „richtigen“ Patienten in die Geriatrien verlegt werden. In unserem Einzugsgebiet ist dies zumeist der Fall, die Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern ist sehr gut. Da Geriater (Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Geriatrie) „Mangelware“ sind und auch geriatrisch spezialisierte Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, sowie geriatrisch ausgebildete Pfleger/Schwester und Sozialarbeiter rar sind, macht es Sinn, bestehende Zentren zu erweitern anstatt viele „Minigeriatrien“ zu schaffen. Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass Patienten und Angehörige gerne eine gewisse Anfahrt in Kauf nehmen, wenn die Patienten dafür qualitativ hochwertig von einem erfahrenen geriatrischen Behandlungsteam versorgt werden.



Dr. med. Joachim Zeeh

Chefarzt der Geriatrischen Fachklinik „Georgenhaus“ Meiningen
Facharzt für Innere Medizin / Klinische Geriatrie und Palliativmedizin
Ernststraße 7

98617 Meiningen

Mail: j.zeeh@sozialwerk-meiningen.de

www.sozialwerk-meiningen.de

Bettenanstieg zeigt sich dagegen sowohl in Deutschland als auch in Thüringen. Die Auslastung der Bettenkapazität in der Geriatrie, die höher ist als in anderen Fachabteilungen, ist in Deutschland in den vergangenen Jahren gestiegen und lag 2013 bei 92,3%, was als Vollauslastung gewertet werden kann. In Thüringen ist die Bettenauslastung seit 2007 leicht rückläufig und betrug 2013 88,9% (Bundesverband Geriatrie 2016: 18f., 238f.). Als eigenständige Disziplin ist die Geriatrie im deutschen Gesundheitswesen noch unterrepräsentiert. Geriatrische Betten machen im Jahr 2015 nur einen sehr geringen Prozentsatz an dem gesamten Betten-

bestand in Krankenhäusern (3,8%) und Rehabilitationseinrichtungen (4,8%) aus. So werden von allen stationären Krankenhauspatienten auch nur 1,8% in einer Fachabteilung der Geriatrie behandelt. Ebenso erhalten nur 6% der stationären Rehabilitationsfälle eine geriatrispezifische Versorgung (Statistisches Bundesamt 2016a und 2016b; eigene Berechnungen). Der Bundesverband Geriatrie rechnet mit einem deutlichen Anstieg des Versorgungs- und Kapazitätenbedarfs in der Geriatrie. Prognosen zufolge werden im Jahr 2025 in Deutschland zusätzlich 5.179 Betten in der Geriatrie, davon 3.623 im Krankenhaus- und 1.556 im Rehabilita-

tionsbereich, benötigt (Bundesverband Geriatrie 2016: 38).

Entlassungsmanagement

Eine besondere Herausforderung in der geriatrischen Versorgung besteht in dem Entlassungsmanagement stationärer Einrichtungen und der Überleitung in andere Einrichtungen und Angebote zur Anschlussversorgung. Dies gestaltet sich im Klinikalltag, insbesondere an Wochenenden, häufig problematisch. Bei einer fehlenden oder unzureichenden Entlassung bzw. Überleitung kann keine gesicherte Weiterversorgung ermöglicht werden, was die Patienten und ihre Angehörigen vor Probleme stellt. Wenn die einzelnen Schnittstel-



VI. Geriatrische Versorgung

Thüringer Geriatrieplan

Für Thüringen gilt derzeit der 3. Thüringer Geriatrieplan, der als Anlage zum 6. Thüringer Krankenhausplan (im Dezember 2010 beschlossen) veröffentlicht wurde und online zu finden ist unter:

<http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/geriatrieplan.pdf>

Während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes erfolgte keine Weiterentwicklung des Geriatrieplans. Eine Nachplanung für die geriatrische Versorgung ist im Jahr 2018 vorgesehen.

Zahlreiche Krankenhäuser stellten während der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplanes Anträge auf Ausweisung neuer Versorgungsaufträge für den Bereich der Geriatrie. Mit dem aktuell gültigen 7. Thüringer Krankenhausplan hat das Gesundheitsministerium der Einrichtung geriatrischer Abtei-

lungen im Klinikum Hildburghausen und im Klinikum Weimar zum 1.1.2017 zugestimmt (TMSGFF 2017).

Der Thüringer Geriatrieplan empfiehlt als geeignete Größe für eine geriatrische Fachklinik etwa 80-100 Betten sowie 16-20 teilstationäre Plätze und für eine geriatrische Fachabteilung mindestens 60 Betten sowie mindestens 10 Plätze im teilstationären Bereich. Für geriatrische Abteilungen sind vor allem Ein- und Zweibettzimmer mit behindertengerechten Nasszellen notwendig. Aufgrund des umfangreichen Hilfsmiteinsatzes (etwa Rollator oder Patientenlifter) und des benötigten Platzes für Ergotherapie, Physiotherapie usw. ist der Flächenbedarf in der Geriatrie um 20-25 Prozent höher als in Kliniken der Inneren Medizin (TMSGFF o.J.).

tuation, Sturzgefahren, Medikamenteneinnahme). Hausarzt und Krankenhaus erhalten dadurch wichtige Zusatzinformationen, die z. B. Entlassungen vereinfachen können.

Jelena Kleine

Literatur

Bundesverband Geriatrie (2016): Weißbuch. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Strukturen und Bedarf. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.

Bundesverband Geriatrie (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBE-RA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Aufl.

DGG (2015): Deutsche Gesellschaft für Geriatrie. www.dggeriatrie.de

Döhner, H./ Stamm, T. (Hrsg.) (2005): Geriatrische Qualifizierung für Hausärzte. Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines interdisziplinären Fortbildungskonzeptes. Münster: LIT Verlag

Dovjak, P. (2013): Einrichtungen der Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich. In: Pinter, G./ Likar, R./ Schippinger, W./ Janig, H./ Kada, O./ Cernic, K. (Hrsg.): Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte. Wien: Springer-Verlag, 295-308

Duden (2017): Geriatrie

Ernst, F./ Lübke, N./ Meinck, M. (2015): Wer ist geriatrischer Patient? In: Ernst, F./ Lübke, N./ Meinck, M. (Hrsg.): Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie: Empfohlen vom Kompetenz-Centrum Geriatrie in Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 3. Aufl., 7-12

Freund, H. (2013): Altersmedizin und Geriatrisches Assessment. In: ÄP Neurologie Psychiatrie 1/2013, 24-31

Füsgen, I. (2011): Integrierte geriatrische Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54(8), 922-926

GBE des Bundes (2017): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Fachabteilung mit der längsten Verweildauer. Online verfügbar unter: gbe-bund.de

Hafner, M. / Meier, A. (2005): Geriatrische Krankheitslehre. Teil 1: Psychiatrische und neurologische Syndrome. Bern: Huber, 4. Aufl.

Heiß, W. (2014a): Geriatrietypische Multimorbidität. In: Heiß, W. (Hrsg.): Altersmedizin aktuell. Interdisziplinäre geriatrische Versorgung. Landsberg: ecomed Medizin, 32. Aufl., 1-6

Heiß, W. (2014b): Geriatrischer Patient. In: Heiß, W. (Hrsg.): Altersmedizin aktuell. Interdisziplinäre geriatrische Versorgung. Landsberg: ecomed Medizin, 32. Aufl., 1-23

len bzw. „Etappen“ des Versorgungsweges nämlich nicht optimal gestaltet werden, kann es zu Wieder- bzw. Mehrfacheinweisungen in Kliniken kommen. In den Gesundheitswissenschaften wird hierbei von einem „Drehtüreffekt“ gesprochen. Versorgungsbrüche und -lücken können insbesondere bei älteren, vulnerablen Patientengruppen Krankheitskomplikationen und Chronifizierungen von Erkrankungen verursachen (Rummer/Schulz 2012: 747f.; SVR 2012: 137).

Um Übergänge zwischen den Versorgungssegmenten besser zu gestalten und abzustimmen, können Case Manager (Fallmanager) eingesetzt werden. Ein Case Management, das ursprünglich in der Sozialarbeit der 1970er Jahre erste Anwendung fand, ist eine Methode, einen Fall entsprechend des Versorgungsbe-

darfes angemessen zu begleiten und zu unterstützen sowie die Abläufe der Leistungserbringung zu steuern. Eine Möglichkeit ist dabei z.B. die Begleitung der Krankenhauspatienten von der Aufnahme bis zur Entlassung oder auch die fortwährende Begleitung eines Patienten (Wendt 2012: 507). Auf den folgenden Seiten wird ein Projekt aus NRW vorgestellt, bei dem sogenannte Gesundheitshelfer als sektorübergreifende Lotsen bzw. Koordinatoren eingesetzt werden, um geriatrische Patienten durch das oftmals intransparente Versorgungssystem zu führen und ihnen auch hinsichtlich der individuellen Lebenslage beratend und unterstützend zur Seite zu stehen. Im Rahmen von Hausbesuchen machen sich die Gesundheitshelfer ein Bild über die Versorgungs- und Lebenssituation der älteren Menschen (u. a. Wohnsi-

- Heuvel van den, D./ Veer, A./ Greuel, H.-W. (2014): Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. Der Geriatrische Versorgungsverbund als bedarfsgerechte Weiterentwicklung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47 (1), 13-16
- Lübke, N. (2012): Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Günster C./ Klose, J./ Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, 51-66
- Meier-Baumgartner, H.-P. (2001): Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34 (1), 1-9
- Penz, M. (2008): Einleitung. In: MDK Bayern (Hrsg.): Geriatrie – Grundlagen der sozialmedizinischen Begutachtung. Landsberg: ecomed Medizin, 7-10
- Renteln-Kruse von, W. (2008): Krankenhausversorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 320-333
- Rummer, A./ Schulz, R.-J. (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts. Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation. In: Deutsches Ärzteblatt, 109(15), A 746- 748
- Seidel, G./ Schneider, N./ Möller, S./ Walter, U./ Dierks, M.-L. (2013): Patientengerechte Gesundheitsversorgung für Hochbetagte. Anforderungen aus der Sicht älterer und hochaltriger Menschen. Stuttgart: Kohlhammer
- Statistisches Bundesamt (2016a): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2016b): Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten, Kurzfassung. Bern 2012
- TMASGFF (o.J.): Anlage zum 6. Thüringer Krankenhausplan. Dritter Thüringer Geriatrieplan
- TMASGFF (2017): 7. Thüringer Krankenhausplan
- Wendt, W.R. (2012): Case Management. In: Thiel-scher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie. Wiesbaden: Gabler Verlag, 505-523
- Zeuner, M./ Decho, C. (2008): Geriatrie und Versorgungsstrukturen bzw. Integrierte Versorgung. In: MDK Bayern (Hrsg.): Geriatrie – Grundlagen der sozialmedizinischen Begutachtung. Landsberg: ecomed Medizin, 11-19



„Weißbuch Geriatrie“

Das „Weißbuch Geriatrie“, herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie, gilt als Standardwerk für die geriatrische Versorgung in Deutschland. Die Erstauflage aus dem Jahre 2010 mit dem Titel „Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH“ gibt einen umfassenden und verständlichen Überblick über die Versorgungssituation geriatrischer Patienten sowie über die aktuellen Versorgungsstrukturen und -bedarfe der Geriatrie in Deutschland. Band I der dritten Auflage aus dem Jahr 2016 setzt an der Ausführung dieser Entwicklungen an. Für jedes Bundesland, so auch für den Freistaat Thüringen, wird in einem eigenen Kapitel die Versorgungssituation dargestellt.

JKI

Versorgung aus einer Hand: System funktioniert, Patient profitiert!

Schon seit einigen Jahren wird im Kreis Lippe in Nordrhein-Westfalen (NRW) die Zukunft der medizinischen Versorgung erprobt. Dabei geht es weniger um Hightech und Einzelspezialisierungen, sondern um bessere Integration und Kommunikation; Faktoren, die im leistungsstarken deutschen Gesundheitswesen regelmäßig angemahnt werden. Drei examinierte Krankenschwestern des Klinikums Lippe und eine Medizinische Fachangestellte (MFA) des Ärztenetzes Lippe bieten als sogenannte „Gesundheitshelferinnen“ ein gezieltes Fallmanagement für ältere bzw. komplex erkrankte Patienten an. Nach sechs Jahren Erfahrung zeigt sich: Das neu geschaffene System entlastet Hausärzte und Krankenhausbetten und trägt zur Autonomie und Stabilität der hauptsächlich älteren Patienten bei. Ein gelungenes Beispiel für die regionale Vernetzung im Gesundheitsbereich.

1. Die Herausforderung

Je mehr ältere, chronisch kranke Menschen auf das stark zergliederte deutsche Gesundheitssystem angewiesen sind, desto mehr Versorgungsbrüche werden erlebbar. Krankheitsprofile älterer Menschen unterscheiden sich wesentlich von denen jüngerer Generationen: Die Erkrankungen präsentieren sich oftmals unterschiedlich, überlagern sich gegenseitig und sind deshalb teils schwierig zu diagnostizieren. Patientinnen und Patienten sprechen vielfach nur verzögert auf eine Behandlung an und oftmals besteht eine zeitgleiche Vermischung medizinischer und sozialer Problemlagen. Erforderlich ist deshalb nicht nur die Behandlung der Einzelerkrankungen,

VI. Geriatrische Versorgung

sondern ein umfassendes Gesundheitsmanagement, das die Autonomie und Stabilität der zu versorgenden Menschen in den Vordergrund stellt, und gleichzeitig Über- und Unterversorgung vermeidet. Dazu müssen sich die unterschiedlichen, am Patienten tätigen Berufsgruppen einerseits gut abstimmen. Aber auch das ist nur die halbe Miete, wenn andererseits die Abstimmung an der Tür der jeweiligen Organisation z. B. eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder einer Arztpraxis endet.

Hilfe und Unterstützung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sind grundsätzlich an vielen Stellen vorhanden. Der Dschungel von vorhandenen Unterstützungs- und Beratungsleistungen ist aber nicht nur für Laien, sondern auch für Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal in Kliniken und Arztpraxen undurchschaubar. Die mangelnde Vernetzung wird damit häufig auf den Schultern der Betroffenen ausgegossen.

Fest steht, dass es für alle Landkreise und Kommunen zukünftig darauf ankommen wird, Strategien der Vernetzung zu entwickeln, die auf die veränderten und regional unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt sind; dabei sind insbesondere ältere und chronisch Erkrankte zu berücksichtigen. Haus- und Fachärzte sowie Akutkliniken werden dabei eine zentrale Rolle einnehmen (müssen).

2. Die Region

Der Kreis Lippe mit seinen ca. 345.000 Einwohnern gilt als eine für Ostwestfalen typische, ländliche Region. Im Osten grenzt Lippe unmittelbar an Niedersachsen, im äußersten Südosten ist es nicht mehr weit bis an die hessische Landesgrenze.



Abb. 1 Der alte Mensch im Gewirr der Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung Klinikum Lippe)



Abb. 2 Der Kreis Lippe in Ostwestfalen-Lippe (eigene Darstellung Klinikum Lippe)

Die akutstationäre somatische Versorgung wird in Lippe selbst ausnahmslos durch die kommunale Klinikum Lippe GmbH (1.200 Betten) mit ca. 2.700 Mitarbeitenden an den drei Standorten in Detmold, Lemgo und Bad Salzuflen erbracht.

Der Kreis Lippe verfügt über ein gut aufgestelltes und professionell organisiertes Ärztenetz. Im Ärztenetz Lippe sind 130 Ärzte organisiert, dabei handelt es sich schwerpunktmäßig um Hausärzte.

Die pflegerische Versorgung außerhalb des Klinikums übernehmen derzeit mehr als 45 ambulante Pflegedienste sowie 60 Pflegeheime.

VI. Geriatrische Versorgung



Abb. 3 Das Klinikum am Standort Lemgo

3. Von der Idee zum Förderprojekt

Inzwischen ist das Regionale Versorgungskonzept Geriatrie fester Bestandteil der lippischen Gesundheitsversorgung. Die Idee zu dem Versorgungsprogramm entstand 2009 in der Geschäftsführung des Klinikums Lippe. Nachdem im Jahr 2004 eine Abteilung für Geriatrie (mit mittlerweile 91 Betten) eröffnet wurde, erkannte man schnell, dass in der multiprofessionellen Betreuung der Patienten durch das Geriatrische Behandlungsteam (Arztdienst, Pflege, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialdienst) ein echter Gewinn liegt. Es zeigte sich aber auch, dass die positiven Behandlungserfolge schnell verpuffen, wenn die anschließende häusliche Versorgung nicht adäquat ist. „Was mit dem Patienten zu Hause passierte, was seine Erkrankungen und Selbständigkeit negativ beeinflusste, war in der Zeit „vor den Gesundheitshelferinnen“ immer eine „Blackbox“ für uns“, so Privatdozent Dr. med. Bernd Wedmann, Chefarzt der Geriatrie. Je konkreter die

Überlegungen zum Aufbau eines sektorübergreifenden Fallmanagements (Case Management) klinintern wurden, desto mehr kristallisierte sich heraus, dass ein Transfer in die Praxis ohne feste Integration der hausärztlichen Versorgung unmöglich sein würde.

Mit Förderung des Landes NRW (MGEPA; LZG) haben Klinikum Lippe und Ärztenetz Lippe dann in den Jahren 2010 – 2013 gemeinsam ein sektorübergreifendes Case Management für ältere und chronisch Erkrankte entwickelt und in diesem Zeitraum über 700 Patienten „langfristig“ im Rahmen des Fallmanagements unterstützt. Wissenschaftlich mitentwickelt und begleitet wurde das Projekt vom ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL – aus Bielefeld. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung ist der Nutzen des Versorgungsprogramms dokumentiert worden.

Dreh- und Angelpunkt des Versorgungsmodells sind weiterqualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bzw. Medizinische Fachangestellte aus Klinik und Ärztenetz (die „Gesundheitshelferinnen“).

Sie agieren als sektorübergreifende Case Managerinnen und ermöglichen eine reibungslose, individuell angepasste Versorgung der Patientinnen und Patienten, egal ob diese im Krankenhaus oder bei ihrem Hausarzt oder Facharzt behandelt werden. Von dieser Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum Lippe, dem Ärztenetz Lippe sowie der Einbindung weiterer Leistungserbringer profitieren die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige: Sie erhalten eine Beratung und Versorgung „aus einer Hand.“

Seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung durch das Land NRW erfolgt die Finanzierung, neben der Unterstützung durch das Klinikum Lippe, über das Modellprojekt „Optimierung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“, das die KV Westfalen-Lippe im Jahr 2014 mit allen Krankenkassen im Landesteil aufgelegt hat und über weitere Versorgungsverträge. Ziel ist eine längerfristige Finanzierung durch die GKV; dazu laufen aktuell Gespräche zwischen der RVL-Gesellschaft und den Kostenträgern.

4. Die Zielgruppe

Ob Patienten für das sektorübergreifende Case Management in Frage kommen, entscheidet immer der Arzt: Sowohl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch Medizinerinnen und Mediziner aus der Akutklinik melden Patientinnen und Patienten für die spezielle Versorgungsform an. Aus Sicht der Hausärzte, Geriater und Gesundheitshelferinnen profitieren die folgenden aufgeführten Personengruppen am stärksten von einer Projektteilnahme. Auf sie richtet sich der Fokus:

VI. Geriatrische Versorgung

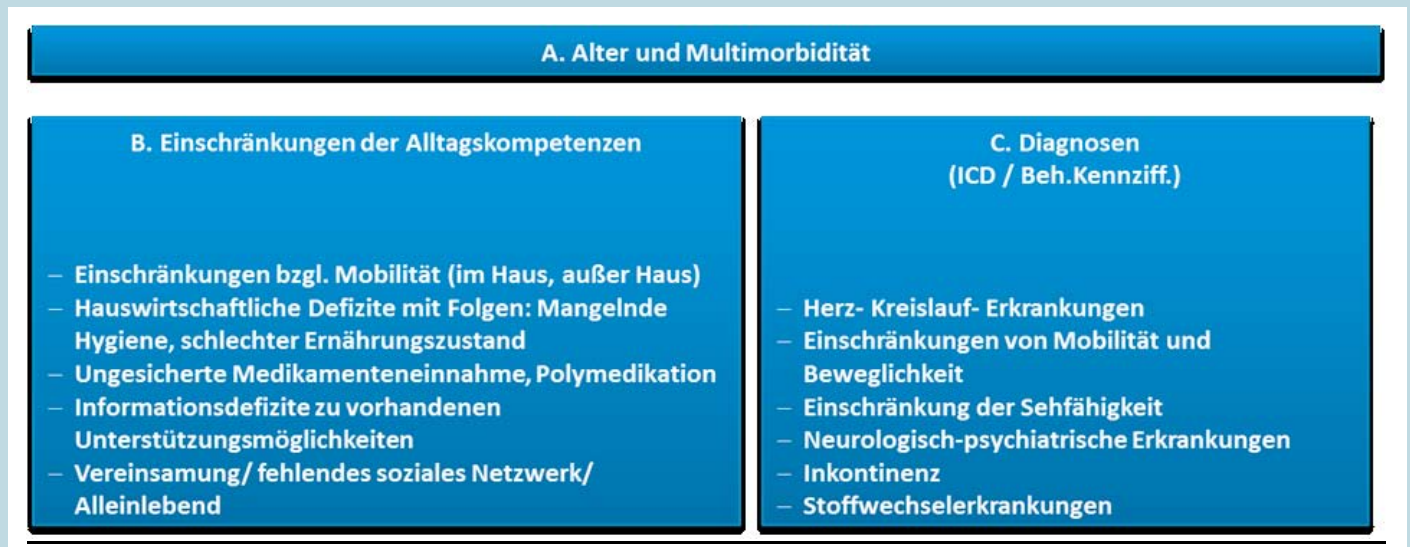


Abb. 4 Teilnahmekriterien Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (Regionales Versorgungskonzept Geriatrie)

Nicht selten führen die Einschränkungen der Alltagskompetenz zu stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen als die Krankheiten selbst bzw. überlagern diese.

80% der Patientinnen und Patienten verfügten bei Projekteintritt nicht über eine Pflegestufe, waren aber bereits von Einschränkungen der Alltagskompetenz (s. Abbildung) bedroht – und erhielten entsprechend rechtzeitig Unterstützung. Das Durchschnittsalter bei Anmeldung beläuft sich auf ca. 83 Jahre.

5. Case Management am Küchentisch...

Nach der Anmeldung durch den behandelnden Arzt erfolgt immer ein Hausbesuch von der Gesundheitshelferin.

Im Rahmen einer speziellen geriatrischen Einschätzung (Assessment), eines Medikamentenchecks und eines Wohnungschecks (Sturzgefahren) decken die Gesundheitshelferinnen Risikofaktoren und vorhandene Ressourcen auf, entwickeln mit Patienten und Angehörigen zu Hause einen „Hilfeplan“ und fragen regelmäßig nach, ob dieser Plan auch funktio-

niert. Die Gesundheitshelferinnen koordinieren die Versorgung in gemeinsamer Abstimmung mit den zuständigen Medizinem im Interesse der Patienten und stehen in engem Kontakt zu Hausärzten, Fachärzten, Krankenhaus, Krankenkassen, Pflegediensten und anderen für den konkreten Behandlungsprozess relevanten Einrichtungen.



Abb. 5 Gesundheitshelferin Snjezana Kukec-Vetter im koordinierenden Telefongespräch

...und im Klinikum

Durch die Ansiedlung der Gesundheitshelferinnen im Klinikum Lippe erfahren diese unmittelbar von den stationären Aufnahmen im Klinikum Lippe und können durch exakte Kenntnisse der häuslichen Situation und der Ressourcen der Patientinnen und Patienten wesentlich zu einem zielgerichteten Entlassungsmanagement beitragen.

6. Ziele und Ergebnisse

Der Fokus liegt auf dem Erhalt von Alltagskompetenz, diese führt zu Lebensqualität mit einem möglichst langen Leben im eigenen Zuhause. Es geht aber auch um einen gesicherten Zugang zur Gesundheitsversorgung, um Vermeidung und Minderung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie die Minimierung vermeidbarer Klinikaufenthalte.

An dieser Stelle werden die Ergebnisse aus dem Förderzeitraum des Projektes (2010 bis 2012) aufgeführt. Insgesamt wurden im Förderzeitraum über 700 Patientinnen und Patienten im Rahmen des sektor-

VI. Geriatrische Versorgung



übergreifenden Fallmanagements betreut. Während dieser Zeit konnten 400 Teilnehmende nach 12 Monaten einer vergleichenden Untersuchung (Re-Assessment) durch die Gesundheitshelferinnen zugeführt werden. Die Auswertung ergibt folgendes Ergebnis:

Kernaussagen

Trotz des sehr hohen Durchschnittsalters der teilnehmenden Patienten bleibt in der subjektiven Einschätzung der eigene „Gesundheitszustand“ über einen langen Zeitraum stabil. Aus Sicht der Projektpartner wird damit die Annahme bestätigt, dass sich Kontinuität im Versorgungsverlauf sowie ein sektorübergreifendes strukturiertes Versorgungsmanagement positiv auf die erlebte „Gesundheit“ geriatrischer Patienten und deren Lebensqualität auswirkt:

- subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes anhand des Short Form Gesundheitsfragebogen (SF 12): Stabilität im körperlichen Gesundheitszustand
- subjektive Einschätzung des psychischen Wohlbefindens (SF 12): nachweisbare (statistisch signifikante) Steigerung des psychischen Wohlbefindens
- Selbstständigkeitsindex (Barthel Index): Erhalt der Selbständigkeit innerhalb des 12 monatigen Interventionszeitraums
- Alltagsfähigkeiten „instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens“ (IADL): Leicht nachlassende Alltagskompetenzen, wie z. B. Einkaufen, aufgrund des sehr hohen Alters

Das sagen die Nutzerinnen und Nutzer:

Eine telefonische Befragung von 70 Teilnehmenden ergab eine hohe Akzeptanz der Gesundheitshelferinnen bei den Teilnehmerinnen und Teil-

nehmern sowie deren Angehörigen. Die Gesundheitshelferinnen stellen eine feste Größe in der lippischen Gesundheitslandschaft dar. Dauer und Frequenz der Hausbesuche werden zu über 90% als angemessen empfunden.



Abb. 6 Im Beratungsgespräch mit einer Patientin

Rückmeldungen der Hausärztinnen und Hausärzte:

Das „System Gesundheitshelferin“ trägt zur Zufriedenheit der hausärztlichen Einweiser bei.

Ähnlich wie im stationären Bereich gelten die Informationen aus der eigenen Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten als sehr relevante Zusatzinformation für eine adäquate ambulante medizinische Betreuung. Dies gilt umso mehr, als dass Hausbesuche inzwischen eine Rarität (des Hausarztes) darstellen.

Die Gesundheitshelferinnen haben sich überwiegend nach Regionen aufgeteilt, Hausärztinnen und Hausärzte schätzen diese persönliche Zuständigkeit. Die Zusammenarbeit erfolgt inzwischen im Rahmen eines eingespielten Vertrauensverhältnisses.

Weitere Erkenntnisse:

Medizin- und Beratungssektor existieren (nicht nur) im Kreis Lippe separat. Viele gute und sinnvolle Beratungsangebote in Lippe (z. B. zur psychosozialen Unterstützung, Wohnraumberatung, kurzfristigen Entlastung von Angehörigen usw.) sind insbesondere den Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis nicht bekannt. Eine Bündelung der Beratungsleistungen und eine engere Anbindung an das System der medizinischen Akutversorgung ist – zum Nutzen aller – dringend erforderlich. Die Gesundheitshelferinnen garantieren diese Anbindung und diesen Transfer.

Die komplexe Vermischung sozialer und medizinischer Problemlagen in der Häuslichkeit der Patienten erfordert ein langjähriges medizinisch/pflegerisches Knowhow, dies wird durch die Qualifikation der Gesundheitshelferinnen bereitgestellt.

Weiterqualifizierte Pflegekräfte mit langer Erfahrung in der direkten Patientenversorgung erscheinen für das Geriatrische Case Management als besonders geeignet, da sie es gewohnt sind, komplexe Versorgungssituationen selbstständig einzuschätzen.

7. Sechs Jahre Regionales Versorgungskonzept: Erkenntnisse und Ausblick

Angebote der so genannten „Vernetzten Versorgung“ begegnen Bürgerinnen und Bürgern heute in vielen Zusammenhängen, allein der Gebrauch des Wortes ist mittlerweile inflationär. Wie wird „Vernetzte Versorgung“ mehr als eine Worthülse und was muss berücksichtigt werden, damit ein Mehrwert sowohl bei den Patienten und Patientinnen als auch bei den Beschäftigten im Gesundheitssystem ankommt?

VI. Geriatrische Versorgung

Diese Frage haben wir uns im Kreis Lippe gestellt und aufgrund unserer langen Erfahrung folgendermaßen beantwortet: Unabdingliche Qualitätskriterien bestehen in der **Integration** der unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen (insbesondere von Kliniken und niedergelassenen Ärzten), aber auch in der **Kontinuität** der Versorgung. Das Case Management im regionalen Versorgungskonzept ist keine anlassbezogene Episode, sondern begleitet die Patientinnen und Patienten über einen langen Zeitraum.

Schlussendlich muss die **Erreichbarkeit** der Patientinnen und Patienten gesichert sein (zu Hause, in der haus/fachärztlichen Versorgung und in der Akutklinik). Fehlt der Zugriff auf einen dieser Bereiche, dann ist die „Versorgungsinnovation“ gleichzeitig inkonsistent und inkonsequent. Im Rahmen des Regionalen Versorgungskonzeptes ist es gelungen, die stationäre und ambulante Versorgung im praktischen Arbeitsprozess zu verzahnen.

Insbesondere die praktische Arbeit der Gesundheitshelferinnen vor Ort trägt maßgeblich zur Außen-/ Nutzerwahrnehmung des Versorgungsnetzwerks in Lippe bei. Die gesundheitlichen Bedürfnisse chronisch Kranker und älterer Menschen im Kreis Lippe werden identifiziert und zielgerichtete Maßnahmen werden eingeleitet. Damit wird eine bessere Versorgungsqualität gewährleistet und die Lebensqualität in der eigenen Häuslichkeit verbessert.

Klinikum und Ärztenetz haben nach dem Auslaufen der Förderphase am Fallmanagement durch die Gesundheitshelferinnen festgehalten und das bestehende Programm in den letzten Monaten sogar deutlich ausgebaut: Eine gemeinsame Versorgungsgesellschaft „**Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH**“ wurde gegründet und die Zielgrup-

pe auf Menschen jeden Alters mit komplexen Erkrankungen erweitert. Demnächst wird mit Unterstützung der deutschen Schlaganfallhilfe ein neues Modul für Schlaganfallbetroffene ergänzt. Darüber hinaus sind die Gesundheitshelferinnen schon seit 2014 im Rahmen des „Strukturvertrages zur Weiterentwicklung der Strukturen bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern“ in Teilen der lippischen Pflegeheime tätig.

„Die Arbeit unserer Gesundheitshelferinnen hat maßgeblich dazu beigetragen, die stationäre und ambulante Versorgung im praktischen Arbeitsprozess zu verzahnen“, sagt Dr. med. Helmut Middeke, Medizinischer Geschäftsführer des Klinikums. Dies sei unter den aktuellen Entwicklungen unbedingt erforderlich: „Chronisch Kranke mit komplexen Krankheitsverläufen sind zwar regelmäßig in der Klinik zu Gast, werden die meiste Zeit aber nicht in der Akutklinik versorgt, sondern ambulant vom zuständigen Haus- oder Facharzt“.

Constanze Liebe, Geschäftsführerin des Ärztenetzes, sieht in der neuen Form der Patientenbetreuung und -versorgung einen zukunftsweisen den Ansatz, um die Gesundheitsversorgung gerade bei einer immer größeren Zahl hochbetagter Patienten im ländlich geprägten Kreis Lippe auch langfristig auf hohem Niveau zu gewährleisten und die Ärztinnen und Ärzte zu entlasten.

Ärztenetz und Klinikum sind sich darin einig, mit der Gründung der Case Management Gesellschaft auch im rechtlichen Sinne einen versorgungspolitisch verbindlichen richtigen Schritt gegangen zu sein. Wenn die Bevölkerung in ländlichen Gebieten weiterhin von einer hochwertigen Gesundheitsversorgung profitieren soll, kommen Kliniken und Ärztenetze gar nicht aneinander vorbei. Klinikum und Ärztenetz können sich das „Lippische Modell“ auch in vielen anderen Kommunen Deutschlands vorstellen ■

Anja Rethmeier-Hanke



Abb. 7 v. l. n. r.: Dr. Helmut Middeke, Gesundheitshelferin Emma Smoljanow, Constanze Liebe
©Thomas Schwarz

VI. **Geriatrische Versorgung**



Kontakt:

Klinikum Lippe
Anja Rethmeier-Hanke
Stabsstelle Medizinische Steuerung
und Entwicklung
Röntgenstr. 18, 32756 Detmold
Tel. 05231 72-5028
Mail: anja.rethmeier-hanke@klinikum-lippe.de



Anja Rethmeier-Hanke

Ausbildung zur Krankenschwester
in Lemgo. 15 Jahre Leitungserfah-
rung als Stations- bzw. Fachbe-

reichsleitung, schwerpunktmäßig
in den Bereichen Chirurgie und
Geriatrie. Studium der Gesund-
heitswissenschaften (MPH) an
der Universität Bielefeld. 2009-
2014 Stabsstelle Neue Versor-
gungsformen (Klinikum Lippe)
und Projektleitung „Regionales
Versorgungskonzept Geriatrie“.
Seit 2015 Stabsstelle Medizinische
Steuerung und Entwicklung
(Klinikum Lippe) Schwerpunkte
u.a. sektorübergreifende Versor-
gungskonzepte, Entlassmanage-
ment, ambulante Behandlung im
Krankenhaus (ASV usw.), Regio-
nales Versorgungskonzept Lippe,
Nachwuchsakquise Gesundheits-
berufe



DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Marina Michaelis



VII. **Kritik am Gesundheitssystem**



Medizin im Alter: Lebensverlängerung oder häufigste Todesursache?

(medizinische Fachbegriffe werden im Glossar ab S. 179 erklärt)

Angesichts eines zunehmenden Medikamentenkonsums bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung, könnte man eine kausale Beziehung zwischen beiden vermuten. Dreist wird auch behauptet, dass etwa 40% der Zunahme unserer gestiegenen Lebenserwartung auf neue Pharmaka zurückzuführen wäre. (1) Allerdings erhöht sich das Lebensalter bereits seit 150 Jahren pro Jahrzehnt um ca. 2,5 Jahre (2) – weit länger schon als die Medizin die Sterblichkeit günstig beeinflussen konnte. Und auch im 20. Jahrhundert haben die Meilensteine der modernen Medizin diesen Trend der Lebenserwartung nicht erkennbar verstärkt. (3)

Eine Zunahme der Lebenserwartung als Folge einer steigenden Medikamenteneinnahme gehört in jedem Fall in das Reich der Pharmafantasien. (4) Menschen in Alten- und Pflegeheimen, die eine noch höhere Einnahme von Pharmaka als bei häuslicher Betreuung aufweisen, sterben deutlich früher. (5) Eine Verbesserung des Risikoprofils für Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch eine populationsweite Senkung von Blutdruck und Cholesterin in den letzten 25 Jahren hat die Gesamtzahl der Sterbefälle in Deutschland nicht vermindert. Wer fünf Jahre lang Statine zur Senkung seines Cholesterinspiegels im Blut einnimmt, senkt eben sein Herzinfarktrisiko nur so weit, wie sein Diabetesrisiko steigt. (6) Auch bleibt das letzte Lebensjahr, in dem etwa 40% der Lebenszeitkosten für Gesundheitsdienstleistungen verbraucht werden, trotz aller Aufwendungen das letzte Lebensjahr. (7)

Dennoch nehmen gemäß einer FORSA-Umfrage im Auftrag der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) 29% der Deutschen vom Kleinkind bis zum Greis regelmäßig 3 und mehr Medikamente ein. (8) Bei zuletzt mehr als 1,4 Milliarden Packungen, die über die Tresen der Apotheken gingen, bedeutet dies einen jährlichen Konsum von 15 Packungen für jeden Deutschen. (9) Bei Menschen über 70 sind 5 und mehr Medikamente inzwischen an der Tagesordnung. Das Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen vergrößert sich dadurch bei Senioren um das 10fache. (10) Mindestens 1/3 der verordneten Medikamente sind dabei völlig unnötig oder für ältere Menschen inadäquat. (11) Softwareprogramme zur Arzneimittelverordnung, die über den Praxiscomputer auf Arzneimittelinteraktionen hinweisen, entfalten jedoch bisher keine merkbare Wirkung. Ärztlich wird die Polymedikation immer noch unterschätzt, da oft nur die rezeptierten Medikamente im Medikationsplan berücksichtigt werden, nicht jedoch die Pharmaka, die sich Patienten rezeptfrei selbst genehmigen. Letztere machen aber nicht weniger als die Hälfte der verkauften Menge aus. (12)

Medikamentöse Dauertherapien sind hierzulande ein in keiner Weise evidenzbasiertes Dogma der Medizin, das nur der Pharmaindustrie, aber kaum je dem Kranken dient. Dennoch sind Abnahme oder Verlust der Wirkung von Medikamenten bei Langzeiteinnahme ein Tabufeld. Für die wenigsten Medikamente existieren valide Studien, wie lange eine Gabe sinnvoll ist, obwohl Toleranzeffekte mit der Dauer der Einnahme zunehmen und der Quotient aus Wirkung zu unerwünschten Wirkungen sinkt. Eigentlich müsste das Absetzen von Medikamenten so häufig wie das Rezeptieren neuer Medikamente sein. Gerade, wenn ein Patient schon mehrere Medikamente appliziert und sich das Risiko unerwünschter Wirkungen überproportional vergrößert. Studien für die Medikamentenzulassung sind für die Wirkungskonstanz nicht aussagekräftig, da diese keine Langzeiteffekte erfassen, insbesondere nicht hinsichtlich Wechselwirkungen zu anderen Medikamenten. Einnahmen über längere Zeiträume werden überhaupt selten untersucht und wenn diese, wie bei den Protonenpumpeninhibitoren (Medikamente zur Verhinderung der Säureproduktion im Magen), schwerwiegende





VII. **Kritik am Gesundheitssystem**

und tödliche Risiken belegen, sind Absetzen oder Befristen der Verordnung nicht die zwingende Konsequenz. Der Gesundheitszustand bessert sich dementsprechend vielfach alleine durch das Beenden von Langzeitmedikationen und auch, weil Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten entfallen. Absetzeffekte schulmedizinischer Medikamente befördern maßgeblich die Illusion von Erfolgen in der Komplementärmedizin. (13)

Lebenslang notwendige Medikationen, die nach Jahren noch ihre Wirkung behalten (z.B. Blutverdünnung bei Vorhofflimmern; Substitution von Schilddrüsenhormonen nach Schilddrüsenentfernung) sind die Ausnahmen. Der Wirkungsverlust einer Therapie bei längerer Anwendung ist der weitaus häufigere Fall als die Wirkungskonstanz. Euphemistisch spricht man in der Medizin von „Toleranzentwicklung“. Ein punktueller Eingriff in ein biologisches System zieht – im Gegensatz zu technischen Geräten – zwingend Reaktionen nach sich, die auch gegen eine Medikamentenwirkung gerichtet sein werden. Dies wird durch verschiedene Phänomene verursacht: Abnahme der Rezeptordichte auf der Zelloberfläche, Veränderung der Rezeptorempfindlichkeit, Aktivierung antagonistischer Systeme, Abschwächung der Signalweiterleitung oder die Beschleunigung der Ausscheidung. Dopamin wirkt beim Morbus Parkinson schwächer, wenn es länger gegeben wird. Medikamente gegen Bluthochdruck verlieren längstens nach wenigen Jahren an Effekt. Eine Hauterscheinung, die auf lokale Immunsuppressiva bei der ersten Anwendung schnell abgeklungen ist, wird bei Rezidiven weniger oder gar nicht mehr ansprechen. Alle Chemotherapeutika führen mindestens durch eine Negativselektion von Tumorzellen zu einem Wirkungsver-

lust. Tranquilizer zeigen bereits nach 2 Wochen eine Wirkungsabnahme. Und natürlich kann ein Wirkungsverlust bei Kombination mit anderen Medikamenten eintreten. Jede Verordnung bedarf daher einer Befristung. Standardreflex der Medizin ist jedoch oft die Dosiserhöhung oder die zusätzliche Gabe weiterer Pharmaka mit vergleichbarer Wirkung. Wenn mit zunehmendem Alter und abnehmender Trinkmenge (Pflegeheim!) die Ausscheidungsleistung der Nieren abnimmt, wären immer wieder Dosisanpassungen aller Medikamente nach unten erforderlich, da die meisten Substanzen bzw. deren Abbauprodukte über die Nieren ausgeschieden werden. Dies geschieht jedoch allzu selten. Medikamente werden daher im Alter zu progredienten Quellen der inneren Intoxikation. Jeder Medikamentenkonsum muss im Alter vom Kranken, dessen nächsten Angehörigen und dem behandelnden Arzt noch kritischer als sonst überdacht werden, da Senioren wie Kleinkinder besonders vulnerabel sind. Depression, Unruhezustände und Schlafstörungen werden immer wieder einer vermeintlichen „Demenz“ zugeordnet und dabei verkannt, in welchem Maß medikamentöse Behandlungen dieser Symptome indirekte Auslöser von chronischen Verwirrheitszuständen (Delir) oder einer tatsächlichen Demenz sind. Je mehr Medikamente eingenommen werden, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit einer Demenz(-Diagnose). (14) In deutschen Alters- und Pflegeheimen erhalten Insassen 5x so häufig Psychopharmaka wie in Schweden. (15) (16) Und es sind nicht nur Neuroleptika, sondern auch zahlreiche andere Medikamente, die über sog. anticholinerge Wirkungen Botenstoffe im Gehirn beeinträchtigen. (17) Fataler Weise entstehen durch die unnötigen Medikationen

oft Verschreibungskaskaden zur Behandlung unerwünschter Arzneinebenwirkungen als eigene Krankheiten. Medikamentenpackungen müssten längst mit Warnhinweisen und Schockbildern wie Zigarettenschachteln gekennzeichnet werden. Die Sterbefälle hat die Pharmaindustrie keinesfalls vermindert.

Tatsächlich waren Verbesserungen in Hygiene, Arbeitsbedingungen und Ernährungslage ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die maßgeblichen Faktoren für ein höheres Durchschnittsalter. (18) Rechnet man die hohe Kinder- und Jugendsterblichkeit sowie die Toten durch bewaffnete Auseinandersetzungen heraus, schmilzt unser Lebenszeitgewinn drastisch zusammen. (19) Die demographische Alterung in unserer Generation resultiert aus der geringeren Sterbewahrscheinlichkeit der in den Weltkriegen dezimierten Jahrgänge. (20) Mit dem Eintritt der stärkeren Geburtsjahre 1934-1941 in das Sterbealter zeichnet sich seit etwa fünf Jahren in der EU ein Plateau der Lebenserwartung ab. (21) 2015 wurde in den USA erstmals eine rückläufige Lebenserwartung festgestellt. (22) Die gesunde Lebenserwartung stagniert seit 2010 bei erhöhter Behandlungsintensität in den meisten Ländern der Europäischen Union (EU), so dass in Deutschland Männern im Alter von 65 Jahren 10,9 und Frauen 13,8 Beschwerdejahre bevorstehen. (23) Das tatsächliche Sterbealter von 78,1 Jahren liegt ohnehin um 2,5 Jahre unter den Prognosen der Lebenserwartung. (24)

Natürlich gibt es lebensrettende oder die Lebensqualität verbessernde Behandlungen. Allerdings fehlen Belege, dass deren Nutzen den Schaden der übrigen Maßnahmen übertrifft. Sonst müssten die Sterbefälle abnehmen. Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben, liegt trotz Hei-

VII. **Kritik am Gesundheitssystem**



lungserfolgen bei einzelnen Tumorerkrankungen bei 20% für Frauen und 26% für Männer. (25) Die gesellschaftliche Lotterie heißt: Chance auf ein längeres Leben im Einzelfall gegen ein höheres Krankheits- und Sterberisiko durch Behandlungen. Screening und die Mehrzahl der ärztlichen Therapien sind bestenfalls Nullsummenspiele, wenn man behandlungsbedingte Sterblichkeiten gegen Heilung und therapiebedingte Erkrankungen gegen Besserung aufrechnet. Krankheiten wurden in der Menschheitsgeschichte durch Prävention zurückgedrängt – und nicht durch Früherkennung oder Behandlung: Die OECD errechnet für Deutschland, dass sich durch Prävention 10x so viele Todesfälle verhindern lassen wie durch Behandlungen. (26)



Dr. Gerd Reuther als Referent auf der Fachtagung des Landesseniorenrats zu den Medizinischen Versorgungsherausforderungen im Mai 2017 in Erfurt

Die im „Gesundheitssektor“ eingesetzten Geldmittel korrelieren nicht mit der Volksgesundheit. Die Lebenserwartung liegt in Deutschland im Durchschnitt der EU-Länder und nur in wenigen Ländern haben die Menschen im Alter von 65 weniger gesunde Lebensjahre vor sich, obwohl die Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP im Spitzenfeld liegen. (27) Deutschland verzeichnet die häufigsten Krankenhausaufenthalte wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen aller OECD-Staaten. Die Sterblichkeit an Durchblutungsstörungen des Herzens ist dabei fast doppelt so hoch wie in Schweden und übersteigt auch die in Ländern mit vergleichbarer Altersstruktur (z. B. Italien). (28) Auch innerhalb Deutschlands lebt man nicht dort am längsten, wo die meisten Klinikbetten stehen und die meisten Ärzte niedergelassen sind. (29) Teuer ist nicht Gesundheit oder die Minderheit der Fälle, in denen moderne Medizin wirklich heilt, - teuer ist die Verlängerung von Krankheiten. Leben ist hierzulande zum Risikozustand verkommen, dessen Ende es hinauszuschieben gilt. Leben als Abfolge von Kontrollabschnitten mit Interventionsbereitschaft statt medizinfreies Älterwerden.

Dennoch sind gemäß einer Patientenbefragung der Techniker Krankenkasse etwa 80% der Klinikpatienten mit ihren Behandlungsergebnissen zufrieden. (30) Dies deckt sich mit der Einschätzung der Bundesärztekammer, dass das Schadensrisiko medizinischer Behandlungen durch Behandlungsfehler gering sei, da im Jahr 2016 von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen nicht einmal 2000 Behandlungsfehler bestätigt und lediglich 96 Todesfälle im ganzen Land zur Folge gehabt hätten. (31) Die subjektive Behandlungszufriedenheit einer nicht-repräsentativen Patientengruppe kann allerdings ebenso wenig als

Kronzeuge für die Wirksamkeit und Lebensverlängerung medizinischer Maßnahmen dienen wie Zahl geltend gemachter Schadensersatzansprüche für die schädlichen Auswirkungen von Behandlungen.

Bei der subjektiven Behandlungszufriedenheit spielt die therapeutische Illusion eine maßgebliche Rolle, die durch Reparationsmechanismen und Gewöhnungseffekte Behandlungserfolge vorgaukelt. Wer keinen Vergleich zum Spontanverlauf hat, wird viele Heilungen und Besserungen während einer Behandlung auch ungeeigneten und überflüssigen Therapiemaßnahmen zuschreiben. Obwohl bestenfalls 2 von 100 Personen, die sich gegen Grippe impfen lassen, eine Grippe erspart bleibt, werden alle anderen 80 Geimpften, die ohnehin gesund geblieben wären, ihre Gesundheit der Impfung zuschreiben. Tatsächlich bedingen unerwünschte Nebenwirkungen bei Langzeittherapien chronischer Krankheiten nicht selten eine schlechtere Lebensqualität als im Spontanverlauf mit körpereigenen Strategien und Gewöhnungseffekten (z. B. multiple Sklerose).

Auch in den chirurgischen Fächern scheint es oft keine evidenzbasierten Nutzen-Risikoabwägungen mehr zu geben. Bei 16 Millionen Eingriffen pro Jahr ist nach 5 Jahren die gesamte deutsche Bevölkerung statistisch 1x operiert worden. (32) Jahrzehntelang bestehende Altersgrenzen für elektive Eingriffe sind mit der Zunahme spezialisierter Chirurgen weggeredet worden, obwohl Operationsrisiken mit der Zahl der im Alter obligaten Begleiterkrankungen exponentiell steigen. Je risikoärmer und einfacher der Eingriff, umso „weiter“ (=unsinniger) die Indikationsstellung, obwohl es sich immer um eine Körperverletzung mit akuten und chronischen Gesundheitsrisiken handelt. Alleine an einer „Routine“-



VII. **Kritik am Gesundheitssystem**

Operation wie einer Entfernung der Gallenblase sterben immerhin 800 Menschen pro Jahr, weil dieser Eingriff jährlich 150.000mal bei einer Sterblichkeit von 0,5% erfolgt. (33) Dabei betreffen 90% der Todesfälle Patienten über 65 Lebensjahre. 39% der Chefarzte räumen ein, dass in Krankenhäusern überhöhte Eingriffszahlen vorliegen. (34) Dies untermauern internationale Vergleichsstatistiken, die Deutschland in vielen Bereichen als „Operationsweltmeister“ ausweisen: Herzoperationen sowie der Ersatz von Hüft- und Kniegelenken sind doppelt so häufig wie im europäischen Durchschnitt. (35) Wie mangelhaft es um die Indikationen zur gezielten Körperverletzung steht, bestätigt die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2016: „Viele Eingriffe würden entfallen, wenn wir die Zeit hätten, im Gespräch den Willen des Patienten kennenzulernen und die richtige, individuelle Indikation zu stellen.“ (36)

Der Aktivismus von Operateuren hat zur Blüte eines gerontopsychiatrischen Krankheitsbildes geführt: das postoperative Delir tritt bei $\frac{1}{4}$ der operierten Patienten über 70 Lebensjahren auf. (37) Weniger ausgeprägt als „postoperative kognitive Dysfunktion (POCD)“ bezeichnet, sind sogar 40% betroffen. (38) In lebensbedrohlichen Situationen ein unvermeidliches Risiko, haben allerdings elektive Operationen im hohen Lebensalter inflationsartig zugenommen. Die oft augenfälligen Folgen mit abrupter oder schleichender Verschlechterung der Vigilanz oder einer Demenz werden ignoriert. Anstatt operative Eingriffe in dieser Altersgruppe zu beschränken oder auf unnötige Vollnarkosen zugunsten lokaler, regionärer oder spinaler Anästhesien zu verzichten, sollen „Delirpfleger“ etabliert werden und eine postoperative „kognitive Akti-

vierung“ erfolgen, wenn es nach der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) geht. (39)

In groteskem Gegensatz zur systematischen Unterschätzung der Behandlungsrisiken durch Ärztekammern und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sind nach plausiblen Abschätzungen mindestens 10% der Klinikaufnahmen auf unerwünschte Medikamentenwirkungen zurückzuführen und für 60-70.000 Todesfälle pro Jahr verantwortlich. (40) Auch beträgt die Sterblichkeit an operativen Eingriffen in Deutschland innerhalb von 30 Tagen 2,5% und verdrei- bis vervierfacht sich innerhalb von 12 Monaten. (41) (42) 5% aller Klinikpatienten (ca. 950.000) erleiden außerdem Infektionen während ihres stationären Aufenthalts. (43) Für Senioren ist das Krankheits- und Todesrisiko in allen Kategorien noch höher einzuschätzen. Die oft fatalen Infektionswellen der vergangenen Jahrhunderte sind längst Erkrankungen und Tod durch Operationen und Medikamente gewichen – gerade auch bei selbstlimitierenden Erkrankungen. Der Arzt, der heute jedoch dem Spontanverlauf den Vorzug gibt oder Pharmaka absetzt bzw. toxische Expositionen unterbindet, wird immer noch schnell der unterlassenen Hilfeleistung oder Inkompetenz bezichtigt. Eine Abkehr von der epidemischen Übertherapie in allen Bereichen der Medizin wird es kaum aus der Medizin geben, sondern nur durch die Leistungsnehmer: „Ich behaupte, dass der Laie und nicht der Arzt potenziell den Überblick und tatsächlich die Macht besitzt, der heutigen iatrogenen Epidemie ein Ende zu setzen“, mutmaßte 1975 der austroamerikanische Philosoph Ivan Illich. (44)

Überbehandlungen ohne nachgewiesenen Patientennutzen machen auch vor den Heilbehelfen nicht

Halt. Augenfälligstes Behelf der letzten 2 Dekaden sind die Rollatoren, die die Menschheit trotz einer langen Historie mit Gehbehinderungen unterschiedlichster Genese bis in die 1980er Jahre nicht benötigt hat und die nur selten sinnvoll sind. Die ganz überwiegende Mehrzahl Gehbehinderter wäre mit anderen Gehhilfen, die den Gleichgewichtssinn nicht verkümmern lassen, besser bedient. Studien über einen Nutzen des Rollators im Vergleich zu anderen Gehhilfen fehlen. Die Behauptung, dass Rollatoren eine Verringerung von Sturzereignissen bewirken würden, ist eine bloße Wunschvorstellung ohne Fakten. Im Gegenteil, die Krankenhausaufnahmen wegen Stürzen steigen seit der Verordnung von Rollatoren ungebremsst, und es finden sich neue Sturz- und Verletzungsmuster mit schweren Gesichtsverletzungen durch den typischen Sturz nach vorne. (45) Verschlimmert wird die Rollatorbilanz noch durch die mehrheitlich zu niedrige Einstellung, die Rollatorenutzer zu einem vornüber gebeugten Gang „erziehen“, der Wirbelsäulenkyphosen verstärkt und die Atemmechanik verschlechtert. Der Rollator ist daher ebenso wie der Übertritt in ein Pflegeheim als „Sargnagel“ einzustufen. Bevor überhaupt über eine Gehhilfe nachgedacht werden sollte, gilt es nach den Ursachen von Synkopen, Schwindel und Koordinationsstörungen zu fahnden. Die Ursachenforschung wird in der Mehrzahl der Fälle Medikamente wie Psychopharmaka und Antihypertonika ermitteln, nach deren Absetzen sich die Gehfähigkeit dramatisch bessern wird. Der Rollator ist auch das sichtbare Korrelat des iatrogen induzierten Schwindels. Als alte Menschen noch weniger oder gar keine Medikamente einnahmen, reichten Gehstöcke...

Wer sich vorbehaltlos Ärzten anvertraut, handelt genauso fahrlässig

VII. **Kritik am Gesundheitssystem**



wie jemand, der sein Vermögen einem Anlageberater zur Vermehrung übergibt. Jeder kann sich heute außerhalb von Notfallsituationen selbst informieren, Zweit- und Drittmeinungen einholen und die richtigen Fragen an Ärzte stellen - wenn er nur will. Mit 4 Fragen kann jeder Patient, der nicht seinen Verstand an der Rezeption einer Klinik oder Praxis abgibt, schnell und einfach die Seriosität seines potentiellen Behandlers abklären:

- Welche Erfolgsaussichten hat die vorgeschlagene Behandlung?
- Welche Risiken beinhaltet die vorgeschlagene Behandlung?
- Welche Alternativen bestehen mit welchen Aussichten?
- Wie ist der Spontanverlauf ohne Behandlung zu erwarten?

Wenn die Fragen 3 und 4 überhaupt nötig sind, ist Vorsicht geboten, da ein seriöser und kompetenter Behandler von sich aus über Alternativen einschließlich des Behandlungsverzichts informieren wird. Wer einen Behandlungsverzicht gar nicht erwähnt oder die vorgeschlagene Behandlung als „alternativlos“ darstellt, dem sollte jeder Patient die Schuhsohlen zeigen. Ebenso, wenn die Erfolgsaussichten in rosigen Farben gemalt und Komplikationen nur „der Vollständigkeit halber“ aufgeführt werden. Ein fundierter und vom besten Willen für den Patienten getragener Behandlungsplan *muss* immer ein Vorschlag bleiben, der die Zustimmung des Kranken nicht präjudizieren oder dessen Ablehnung sanktionieren darf! Die als vermeintliche Krone der Patientenzuwendung angepriesene partizipative Entscheidungsfindung (gemeinsam verantwortete Übereinkunft zwischen Arzt und Patient über eine medizinische Behandlung ist bereits ein juristisch nicht gedeckter Übergriff auf die Pa-

tientensouveränität. Ablehnung und Verzicht sind exklusive Patientenentscheidungen, die keine Übereinkunft mit dem Behandler benötigen; denn es ist der Kranke, der noch die unwahrscheinlichste Komplikation oder ein Therapieversagen zu erleiden hat. Der Behandler partizipiert lediglich an der Entscheidung, wenn er Verantwortung für Komplikationen trägt. Nur wenn ein Behandler jederzeit die Souveränität des Kranken über sein Schicksal akzeptiert, sollte ein Kranker eine Zustimmung zu einer Behandlung in Betracht ziehen. Im Falle eines Zuwendungsentzuges bei Ablehnung oder Rückfragen, sollte jeder das Weite suchen. ■

Univ.-Doz. (Wien) Dr. med.
Gerd Reuther

Glossar

antagonistisch: gegensätzlich, widerstreitend
anticholinerg: gegen die Wirkung von Acetylcholin, der für die Regulation vieler Körpervorgänge wichtig ist, gerichtet
Antihypertonika: Medikamente zur Senkung des Blutdrucks
Botenstoffe: chemische Stoffe, die der Übertragung von Signalen und Informationen zwischen den Organismen oder zwischen den Zellen eines Organismus dienen.
Chemotherapeutika: Medikamente zur Behandlung von Tumorerkrankungen
elektiv: ausgewählt; in der Medizin: bewusste Auswahl einer ärztlichen Handlung
evidenzbasiert: auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgreich
iatrogen: durch ärztliche Einwirkung verursacht

Immunsuppressiva: Arzneistoffe, die die normalen Funktionen des Immunsystems unterdrücken

Indikation: Heilanzeigen; Grund für den Einsatz einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme

Intoxikation: Vergiftung

Komplementärmedizin: diagnostische und therapeutische Verfahren als Ergänzung zur „klassischen“ Schulmedizin

multiple Sklerose: entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems

Neuroleptika: Medikamente, die eine dämpfende und beruhigende Wirkung haben und vor allem zur Behandlung von Wahnvorstellungen und Halluzinationen oder als Beruhigungsmittel eingesetzt werden

Polymedikation: Verordnung von mehr als 5 Medikamenten

postoperative kognitive Dysfunktion: kognitive Leistungseinschränkung nach Narkose und Operation

präjudizieren: einer Entscheidung vorgreifen

progreredient: fortschreitend

Rezeptor: Andockstelle einer Zelle; Ende einer Nervenfaser oder spezialisierte Zelle, die Reize aufnehmen und in Erregungen umwandeln kann

Rezidiv: das Wiederauftreten einer Krankheit („Rückfall“)

Screening: Früherkennungsuntersuchung; auch umfassende Untersuchung eines Patienten

spinale Anästhesie: Methode zur Betäubung von Rückenmarksnerven

Statin: Arzneistoff, der vor allem bei Fettstoffwechselstörungen als Cholesterinsenker eingesetzt wird

Synkope: kurzer Bewusstseinsverlust (Ohnmacht, Kreislaufkollaps)

toxische Exposition: Ausgesetztsein gegenüber giftigen Einflüssen

Tranquilizer: Gruppe von Psychopharmaka; Beruhigungsmittel

VII. Kritik am Gesundheitssystem

Vigilanz: Wachheit; Daueraufmerksamkeit
vulnerabel: verwundbar, verletzlich
Wirbelsäulenkyphose: einer Art der Krümmung der Wirbelsäule



Der Radiologe und Buchautor Univ.-Doz.(Wien) **Dr. med. Gerd Reuther** war über 20 Jahre Abteilungsleiter bzw. leitender Abteilungsarzt an 3 verschiedenen Kliniken in Deutschland und Ös-

terreich. In seinem Buch übt er eine Fundamentalkritik an der heutigen Schulmedizin, da sie das beanspruchte hohe Maß an naturwissenschaftlicher Evidenz der etablierten Maßnahmen nicht liefern kann/will und somit Überdiagnosen und Übertherapien ohne Patientennutzen verursacht. Der Patientennutzen empfohlener Therapien wird systematisch ebenso überschätzt wie die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und Schäden unterschätzt werden. Gerd Reuther beklagt, dass Selbstheilungs- und Gewöhnungseffekten durch Behandlungsverzicht sowie dem Lebensstil von der Medizin nicht der Stellenwert eingeräumt wird, der ihnen im Hinblick auf das Behandlungsergebnis zukommen müsste.

Literatur

- (1) Lichtenberg FR: The impact of new drug launches on longevity: evidence from longitudinal, disease-level data from 52 countries, 1982-2001. *Int J Health Care Finance Econ* 2005; 5(1):47-73
- (2) Weiland SH et al.: Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten, Perspektiven. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(16):A-1072-7
- (3) Luy M: Lebenserwartung in Deutschland: Aktuelle Daten zu Trends und Unterschieden. <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/le-dev.htm>; letzter Zugriff am 20.08.2016
- (4) Onder G et al.: Polypharmacy and mortality among nursing home residents with advanced cognitive impairment: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14(6):450.e7-12
- (5) Lankers D et al.: Do dementia patients living at home live longer than in a nursing home? *Z Gerontol Geriatr* 2010; 43(4):254-8
- (6) <http://www.thennt.com/nnt/statins-for-heart-disease-prevention-without-prior-heart-disease/>; letzter Zugriff am 13.07.2016
- (7) Busse R: Welche Kosten verursacht das letzte Lebensjahr? *Public Health Forum* 1994; 2(4):16; <https://doi.org/10.1515/pubhef-1994-1133>
- (8) https://www.abda.de/uploads/tx_news/ABDA-Umfrage_Polymedikation_2015_Ergebnistabellen.pdf; letzter Zugriff am 08.07.2016
- (9) <http://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/nachricht-detail/umsatzstruktur-apotheken-mehr-umsatz-weniger-packungen/?t=1>
- (10) Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler BV: Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Ann Intern Med* 1987; 107:169-73
- (11) Burkhardt H: „Weitere Problemfelder der Gerontopharmakotherapie und pragmatische Empfehlungen“. In: Wehling M, Burkhardt H (Hrsg.): *Arzneitherapie für Ältere*. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer 2013; 269-90
- (12) *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland – Zahlen und Fakten 2014*. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V., Bonn 2015
- (13) Ernst E: *A scientist in Wonderland: A memoir for searching truth and earning trouble*. Imprint Academic, Exeter 2015
- (14) Lai S, Lin C, Liao K, Su L, Sung F, Lin C: Association between polypharmacy and dementia in older people: a population-based case-control study in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12 (3):491-98
- (15) AOK-Bundesverband: *Pflege-Report 2017*; http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2017/index_18363.html
- (16) Depuydt P et al.: Nursing home residence is the main risk factor for increased mortality in healthcare-associated pneumonia. *J Hosp Infect* 2011; 77(2):138-42
- (17) Moore AR, O’Keeffe ST: Drug-induced cognitive impairment in the elderly. *Drugs Aging* 1999; 15 (1): 15-28
- (18) McKeown T, Brown RG, Record RG: An interpretation of the modern rise of population in Europe. *Popul Stud (Camb)* 1972; 26(3):345-82
- (19) Höpflinger F: Zur langfristigen Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz. Studententext und historisches Datendossier zur Lebenserwartung in früheren Jahrhunderten. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Lebenserwartung-historisch1.pdf>; letzter Zugriff am 07.07.2016
- (20) Birg H, Flöthmann EJ: Langfristige Trends der demographischen Alterung in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35:387-99
- (21) [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932013_\(years\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932013_(years)_YB15.png); letzter Zugriff am 08.07.2016
- (22) National Centre of Health Statistics (NCHS); zitiert nach: Heil C: Fünf Wochen weniger: In Amerika sinkt die Lebenserwartung. *FAZ* vom 09.12.2016
- (23) <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/223237/umfrage/gesunde-lebensjahre-und-lebenserwartung-im-alter-von-65-jahren-in-europa/>; letzter Zugriff am 07.07.2016
- (24) <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbealterDurchschnitt.html>; letzter Zugriff am 26.08.2016
- (25) Kaatsch P, Spix C, Hentschel S et al.: *Krebs in Deutschland 2009/2010*. 9. Auflage. In: Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der

VII. Kritik am Gesundheitssystem



- epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (eds.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2013
- (26) WHO: Global health estimates 2014; zitiert nach: Schaaber J: 10 Mythen der Pharmaindustrie: Von zauberhaften Gewinnen und fehlenden Medikamenten. Pharma-Brief Spezial 2016; 2:3-15
- (27) OECD: Health at a Glance 2015: OECD indicators. OECD Publishing, Paris 2015
- (28) OECD (2015): Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris; http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- (29) Faktencheck Gesundheit 2014; IGES-Institut und Bertelsmann-Stiftung; <http://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/aerzteditche/ergebnis-ueberblick/>; letzter Zugriff am 07.07.2016
- (30) Hohe Zufriedenheit mit Thüringens Krankenhäusern. Techniker-Krankenkasse 2017; <https://www.tk.de/tk/regional/thueringen/pressemitteilungen/944108>
- (31) Korzilius H: Behandlungsfehler: Das Schadensrisiko ist gering. Dtsch Arztebl 2017; 114(13):B530-1
- (32) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (33) Nimptsch U, Mansky T: Todesfälle nach Cholezystektomien und Herniotomien—Analyse der deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2009 bis 2013. Dtsch Arztebl 2015; 112(31-32):535-43
- (34) Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J: Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus – Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? Studie des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, September 2014
- (35) OECD-Studie: Die Mengenentwicklung im Krankenhaus, Berlin 2013
- (36) zitiert nach: Fallpauschalen: Chirurgen beklagen Zeitmangel im Krankenhaus. Dtsch Arztebl 2016; 113(13):B-494
- (37) Brouquet A et al.: Impaired mobility, ASA status and administration of tramadol are risk factors for postoperative delirium in patients aged 75 years or more after major abdominal surgery. Ann Surg 2010; 51(4):759-65
- (38) Coburn M et al.: Postoperative kognitive Dysfunktion. Anästhesist 2010; 59(2):177-85
- (39) <https://www.dgppn.de/de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article//dgppn-innova.html>; letzter Zugriff am 08.07.2016
- (40) Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN: Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA 1998; 279(15):1200-5
- (41) Pearse RM et al.: Mortality after Surgery in Europe: a 7 day cohort study. Lancet 2012; 380(9847):1059-65
- (42) Jawad M et al.: Swedish surgical outcomes study (SweSOS): An observational study on 30-day and 1-year mortality after surgery. Eur J Anaesthesiol 2016; 33(5):317-25
- (43) Behnke M et al.: Nosokomiale Infektionen und Antibiotika-Anwendung—Zweite nationale Prävalenzstudie in Deutschland. Dtsch Arztebl 2013; 110(38):627-33
- (44) Illich I: Die Enteignung der Gesundheit. Rowohlt Verlag, Reinbek 1975

(45) Lang A, Ellsäßer G, Koster D: Stürze – Fatale Verletzungen für Hochbetagte. Erkenntnisse aus der krankenhausbezogenen Verletzungsdatenbank Injury Database (IDB), Poster beim 62. Wissenschaftlichen Kongress des BVÖGD und BZÖG, Berlin, 25.-27.04.2013; http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/%C3%96GD-Kongress_Poster_St%C3%BCrze%20Hochbetagter_Lang.pdf; letzter Zugriff am 08.07.2016

Demenz als Folge medizinischer Behandlung

Die Demenz stellt unsere Gesellschaft vor verschiedenste Herausforderungen. Nicht nur, was den medizinischen Bereich betrifft. Denn vor allem in Bezug auf den alltäglichen sozialen Umgang mit demen- ten Menschen wäre guter Rat wünschenswert. Besonders da Ärzte als diejenigen, die Demenz als Krankheit definieren und diagnostizieren, keine wirkliche Hilfe anbieten können. In einigen Fällen scheint sogar das Gegenteil der Fall zu sein: Die hiesige Medizin trägt zu einem gewissen Teil selbst dazu bei, dementielle Syndrome zu erschaffen.

Eigentlich offensichtlich, aber größtenteils unbeachtet, verhält es sich mit dem Zusammenhang von Medikamentenumgang und Demenz: Viele Alzheimer-Diagnosen sind eher auf durch Arzneimittel herbeigeführte Verwirrheitszustände (Delir) zurückzuführen als auf eine tatsächliche Demenz. 2007 erschien ein Artikel im Fachmagazin „Neurology“, in welchem der bekannte Neurologe Oliver Sacks über einen vermeintlichen Alzheimer-Fall berichtete. Es stellte sich damals heraus, dass die Demenz-Diagnose auf die Einnahme des Rheumamittels Prednison zurückzuführen war:

„Diese solide Leistung in allen kognitiven Bereichen - fünf Jahre, nachdem bei ihm die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert wurde - ist unvereinbar mit einer solchen

Diagnose und scheint unseren Eindruck zu bestätigen, dass seine monatelange Demenz im Jahr 2001 ausschließlich eine Folge der Steroideinnahme war.“ (Sacks et al. 2007: 622)

Auf ein anderes Beispiel verwies eine medizinische Falldatenbank: Moxifloxacin ist ein Antibiotikum, welches bei verschiedenen Diagnosen verschrieben wird.

„Eine 82-jährige Patientin nahm Moxifloxacin (400mg/d) aufgrund eines fieberhaften [...] Infekts eine Woche lang ein. Während dieser Behandlung traten Verwirrtheit und Demenz auf, die auch nach dem Absetzen mindestens zwei Monate lang anhielten. Ein dementielles Syndrom kann mit der Einnahme von Fluorochinolonen assoziiert sein.“ (Fux et al. 2008)

Eine weitere Untersuchung aus dem Jahr 1999 betonte die problematische anticholinerge Wirkung vieler gängiger Medikamente und deutete den schmalen Grat zwischen Delir und Demenz an:

„Fast jedes Medikament kann ein Delir auslösen, vor allem bei vulnerablen Patienten. Beeinträchtigte cholinerge Neurotransmission spielt bei der Krankheitsentstehung von Delir und der Alzheimer-Krankheit eine Rolle. Anticholinerge Medikamente stellen eine wichtige Ursache von akuten und chronischen Verwirrheits-Zuständen dar. Dennoch ist die gleichzeitige Verwendung mehrerer anticholinergter Bestandteile gängig.“ (Moore et al. 1999)

Sogenannte Anticholinergika werden bei Diagnosen wie Parkinson, Harninkontinenz, Migräne oder verschiedenen Lungenerkrankungen verschrieben; zwar zurückhaltender als früher, aber immer noch regelmäßig (vor allem in Pflegeheimen) (vgl. Burkhardt 2013a: 14 und Moore et al. 1999: 16). Viele ver-



VII. **Kritik am Gesundheitssystem**

schiedene Medikamente (z.B. Antidepressiva) haben auch eine (oft unbekannte) anticholinerge Wirkung als unerwünschten Nebeneffekt. Der Neurotransmitter Acetylcholin spielt für zentrale Gedächtnisfunktionen des „Speicherns“ und „Wiederherstellens“ eine vermutlich wichtige Rolle. Oft nimmt die Aktivität dieses Hirnbotenstoffes im Alter ab; bei Alzheimer-Patienten mitunter in verstärktem Maße. Anticholinerg wirkende Mittel verstärken dies (z.B. Anti-Parkinson-Mittel, „trizyklische Antidepressiva, aber auch Urospasmolytika, Asthmamittel, Sedativa, Neuroleptika oder Opioidanalgetika“) (vgl. Schwarz et al. 2013a: 141). Einer Studie zufolge entfaltet rund ein Fünftel der bei Langzeitpatienten gegebenen Medikamente unmittelbare (37.7%) oder potentielle (62.3%) anticholinerge Wirkung (vgl. Mann et al. 2003). Andere Veröffentlichungen verweisen wiederum auf direkte Zusammenhänge zwischen dauerhafter Anticholinergika-Anwendung und Alzheimer-Demenz (vgl. Wettstein et al. 2003, Gray et al. 2015, Smet et al. 1982, Sunderland et al. 1986, Carrière et al. 2009, Brodsky et al. 2005, Jessen et al. 2010, Lee et al. 2013 und Oken 1995) bzw. kognitiver Beeinträchtigung sowie „Delir“ (vgl. Ancelin et al. 2006, Broks et al. 1988, Cai et al. 2013 und Hewer et al. 1988). Vor allem die weit verbreitete Kombination verschiedener Anticholinergika ist bedenklich (vgl. Moore et al. 1999: 16).

Bereits in den späten 1980er Jahren war die Problematik in der Wissenschaft bekannt. Das Team um den Forscher und Geriater Eric B. Larson wies damals darauf hin, dass chronische kognitive Beeinträchtigungen aufgrund von Arzneimittelkonsum von besonderer Bedeutung seien, wenn es um dementielle Syndrome gehe. Während ältere Menschen

anfälliger für Nebenwirkungen sind, verbrauchen sie gleichzeitig die meisten Medikamente (Vgl. Larson et al. 1987: 169). Denn nicht nur der Einsatz von Arzneimitteln im Allgemeinen ist in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen; es muss auch festgestellt werden, dass sich hierzulande der Medikamentenkonsum eines Durchschnittsbürgers im Laufe des Lebens bis zu seinem 80. Lebensjahr exponentiell steigert (Schaufler et al. 2013).

Mehr als die Hälfte der über 70-jährigen Deutschen nimmt fünf und mehr Medikamente gleichzeitig ein. Es ist schließlich nicht unüblich, dass Ärzte mehr Mittel verordnen als sie Diagnosen stellen. Sei es, weil pro Behandlung mehrere Präparate verschrieben werden; oder, weil Nebenwirkungen von Arzneien als eigenständige Krankheit interpretiert und wiederum medikamentös behandelt werden. Zu solchen „Verschreibungskaskaden“ kommt hinzu, dass Patienten häufig (rezeptfreie) Selbstmedikation betreiben.

Eine derartige Vielzahl an Arzneimitteln kann erhebliche Neben- und Wechselwirkungen erzeugen. Speziell ältere Menschen sind hier aufgrund von veränderten Stoffwechselvorgängen anfällig. Doch da sie aufgrund ihrer unregelmäßigen Reaktionen auf die Mittel von den meisten pharmakologischen Studien ausgeschlossen werden, liegen für ihre Altersklasse verhältnismäßig wenige Erfahrungswerte vor. Obwohl gerade diese Gruppe die meisten Medikamente einnimmt. Bei der von Larson durchgeführten Studie fand man heraus, dass bei über 60-Jährigen zwei bis drei Medikamente die Wahrscheinlichkeit von „unerwünschten Arzneimittelwirkungen“ um den Faktor 2,7, vier bis fünf Medikamente um den Faktor 9,3 und sechs und mehr Medikamente um den Faktor 13,7 erhöhen. Ande-

re Veröffentlichungen weisen direkt darauf hin, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Polypharmazie und der Entstehung einer Alzheimer-Demenz bestehen kann (vgl. z.B. Lai et al. 2012).

In diesem Kontext sollte hinterfragt werden, inwieweit die gängige Unterscheidung zwischen „Nebenwirkung“ und „Intoxikation“ (Vergiftung durch Überdosis) überhaupt noch angebracht ist. Vor allem bei älteren Menschen erzeugen Medikamente häufig das Gegenteil des gewünschten Effektes; zum Beispiel Aufregung und Unruhe bei der Einnahme von Schlafmitteln oder depressive Zustände und Verwirrung bei der Anwendung von Beruhigungsmitteln. Auch ohne Überdosierung.

Demenz als Nebenwirkung

Die „Alzheimer-Krankheit“ gilt als eines der bei Senioren gefürchtetsten Syndrome. Obwohl – oder gerade weil ihre Einordnung und Ursachen so unklar wie die kaum einer anderen Krankheit sind. Ist bei Menschen im „Rentenalter“ die Diagnose „Alzheimer“ erst einmal gestellt, wird es schwierig, diesem gesellschaftlichen, aber auch medizinischen Stigma zu entkommen. Dabei ist für Betroffene und Angehörige häufig kaum zu erkennen, inwieweit dementielle Zustände eigentlich medikamentös begründet sind. Und auch Pfleger, Ärzte oder Pharmakologen können nie genau vorhersagen, wann welche Wirkungen im Einzelfall eintreten. Dennoch wird der mögliche Übergang von der medikamentösen Erzeugung akuter Verwirrheitszustände (Delir) zu einer „Demenz“ zu selten in Betracht gezogen und häufig ignoriert oder stillschweigend hingenommen. Sei dies aufgrund von Zeitmangel, Überforderung oder Unwissenheit. Chronische Delir-Zustände bei älteren Menschen gelten als geläufiges „geriatrisches Syndrom“ (1) und sind

VII. Kritik am Gesundheitssystem



gleichzeitig eine der „häufigsten und problematischsten Pharma-Nebenwirkungen“ (vgl. Burkhardt 2013c: 232ff. und 238ff.). Die Annahme, dass sie häufig als „Demenz“ oder „Alzheimer-Krankheit“ verkannt werden, wird durch die Altersverteilungen von Amnesie und Demenz verstärkt: Im Alter zwischen 50 und 70 Jahren erhöht sich der durchschnittliche und regelmäßige Medikamentenkonsum rasant (vgl. Schaufler et al. 2013: 971). Bei Patienten, die in diesem Alter unter Verwirrheitszuständen leiden, wird vorwiegend eine „transiente globale Amnesie“ diagnostiziert; eine Störung, die ebenfalls physiologisch nicht wirklich klar ist und als vorübergehend gilt. Ab dem 70sten Lebensjahr wird verwirrten Menschen dann hauptsächlich eine „Demenz“ zugeschrieben (vgl. Shabarin 2009: 24); eine Krankheit also, die als chronisch und unheilbar eingeschätzt wird. Und wie bereits angedeutet: Die Alzheimer-Krankheit als häufigste und gleichzeitig ungeklärte Demenzform ist hauptsächlich eine Ausschluss-Diagnose. Das heißt, wenn keine konkrete Ursache gefunden werden kann, wird meist „Alzheimer“ diagnostiziert.

Im Fachbuch *Arzneitherapie für Ältere* werden Medikamente zur Behandlung „deliranter Syndrome“ empfohlen, die potentiell selbst kognitive Beeinträchtigungen verstärken (2). Vielleicht liegt in solchen Empfehlungen eine Ursache für die „Unheilbarkeit“ so mancher Alzheimer-Fälle.

Obwohl die hier beschriebene Problematik also durchaus bekannt ist, wird ihr kaum Beachtung geschenkt. Zwar setzen viele geriatrische Stationen bei Neueinweisungen meist so viele Medikamente wie möglich ab. Doch wird von vielen Fach- und Hausärzten und auch vielen Patienten kaum zwischen der Schwe-

re der Verschreibungsursache (z.B. Schmerzen oder Schlaflosigkeit) und den potentiell fatalen Nebenwirkungen abgewogen. Strukturellen Ursachen wie dem sozialen Kontext des Patienten, seinen Lebensumständen und anderen lebensweltlichen Fragen wird nur selten nachgegangen. Ständiger Zeitmangel und andere Ressourcenknappheit lassen Ärzte oft lediglich Symptombehandlung betreiben. Hinzu kommt der große und fast allgegenwärtige Einfluss der Pharmaindustrie. Viele Leitlinien, an denen sich Ärzte orientieren, aber auch grundlegende Medikamentenstudien sind heutzutage häufig manipuliert, um Gewinne zu maximieren (Schott et al. 2013). Medizin und Industrie sind hier tief ineinander verwoben. Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlichte im Jahre 2010 folgende Zeilen:

„Eine mangelhafte Analyse vorhandener Daten führte auch im Fall des selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitors (SSRI) Paroxetin [(3)] dazu, dass eigentlich bekannte UAW [(4)], wie zum Beispiel [...] Nervosität, noch heute in

der Fachinformation fehlen [...] In Untersuchungen mit Finanzierung durch Pharmafirmen traten statistisch signifikante Unterschiede in der Häufigkeit von UAW im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant seltener auf und die Autoren der Publikation dieser Ergebnisse [...] beurteilten das Arzneimittel häufiger als sicher als in anders finanzierten Studien [...]“ (Schott et al. 2010: 296)

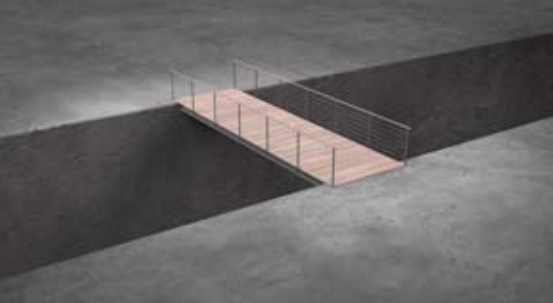
Studien-Daten und Ergebnisse kommen häufig erst gar nicht bei externen Wissenschaftlern an (vgl. Martiny 2006: 230) (5). Und Neutralität der Beteiligten ist die Ausnahme, wenn finanzieller oder materieller Lohn in Aussicht steht. Und dieser ergibt sich vor allem bei besonderer Nachfrage. Womit wir wieder auf die Alzheimer-Krankheit kämen.

Worin könnten sich Antworten auf die hier beschriebenen Zustände abzeichnen? Sogenannte Positiv- und Negativlisten wie FORTA oder PRISCUS sollen einen Überblick geben über zu empfehlende oder bedenkliche Medikamente für ältere Menschen. Doch sie versprechen keine



Hans Vogt ist Soziologe und Doktorand an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Er beschäftigt sich mit Zusammenhängen zwischen der modernen Medizin und dem vergesellschafteten Menschen. Momentan setzt er sich mit den sozialen Kontexten der Alzheimer-Demenz auseinander. Die Arbeit zum Umgang mit Medikamenten ist Teil seiner Forschung zu strukturellen medizinimmanenten Problematiken, die in der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte oft unbeachtet bleiben.

Eine ausführlichere Version des hier abgedruckten Textes findet sich unter www.convivial.de.



VII. Kritik am Gesundheitssystem

echte Besserung. Zum einen, weil sie in der Praxis häufig kaum eine Rolle spielen; zum anderen, weil sie innerhalb der Gesundheits-Debatte die scheinbare Alternativlosigkeit medikamentöser Behandlungen verfestigen. Schädigende Mittel werden oft erst nach Jahrzehnten vom Markt genommen. Nur auf Industrie oder die Ärzteschaft als solche kann sich hier nicht verlassen werden. Der Umgang mit Medikamenten sollte von jedem Einzelnen, ob Patient oder Arzt, – aber auch in Familien, Nachbarschaften, Gemeinden und Gesellschaften – grundsätzlich überdacht werden. Im Sinne menschlicher Selbstbestimmtheit und gegenseitiger Hilfe.

Ein möglicher Ansatz wäre vielleicht, die zu großen Teilen bereits aus den Fugen geratene Pflegeheimkultur grundsätzlich zu überdenken; Vorbilder für eine Gesellschaft ohne Altenheime, wie wir sie kennen, finden sich nicht nur in der Geschichte, sondern auch in den unterschiedlichsten Regionen der Gegenwart.

Problematiken wie hier beschrieben sollten mich immer wieder dazu bringen, meinen persönlichen Umgang mit Zerbrechlichkeit, Schwäche und Schmerzen zu reflektieren. Das Alter ist vor allem in unserer gegenwärtigen Gesellschaft etwas, das für alle Menschen – ob jünger oder älter – wichtige Fragen bezüglich des Umgangs mit unserem Leben aufwirft.

Es sei noch erwähnt, dass medizinische Diagnosen selbst die Lebens- und Verhaltensweisen von Menschen verändern können. Zusätzliche seelische Leiden und Verdrängungsmechanismen mögen manchmal daraus resultieren (vgl. Grond 1996: 46ff.). Und natürlich spielen bezüglich der Alzheimer-Prävalenz insgesamt verschiedenste Faktoren eine Rolle: demografische Entwicklungen, Ernährungsgewohnheiten, Arbeitsbedingungen, Lebens-

wandel, Umweltgifte (6), sogenannte Primär-Krankheiten (7), biografisch begründete Traumata oder Vereinsamung und Sinnlosigkeit im Kontext des Zerfalls sozialer Strukturen (vgl. Grondemeyer 2013 oder Grond 1996: 46-50). Und Gene als am allerwenigsten beeinflussbarer und bekannter Faktor mögen ein Individuum mehr oder weniger anfällig für das Auftreten einer Demenz machen. Doch bedacht werden sollte:

Delir ist (neben Sturzneigung) die häufigste und problematischste „unerwünschte Arzneimittelwirkung“ bei älteren Menschen und stellt als solche medizinisch ein eigenes Krankheitsbild dar (vgl. Burkhardt 2013c: 232ff. und 238ff.). Delir als Nebenwirkung wird durch die regelmäßige und gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente in verstärktem Maße erzeugt. Alte Menschen nehmen besonders häufig und viele Medikamente und sind auch besonders anfällig für solche „unerwünschten Arzneimittelwirkungen“.

Diese Aspekte sollten im Auge behalten werden, wenn man sich mit Zahlen zur Alzheimer-Prävalenz im politischen Pharma-Schlaraffenland Deutschland (vgl. Leif et al. 2006) auseinandersetzt. Ältere Menschen sind nicht nur anfälliger für Nebenwirkungen von Medikamenten. Sie sind häufig auch besonders verletzlich im sozialen Sinne: nicht zuletzt gegenüber der medizinischen Behandlung selbst.

Hans Vogt

Fußnoten

(1) Zu den „geriatrischen Syndromen“ zählen neben kognitiven Einschränkungen „Sturzneigung“, „Immobilität“, „Inkontinenz“. Meist hängen diese Syndrome miteinander zusammen, wobei kognitive Einschränkungen häufig

als ein Auslöser für die anderen Syndrome gesehen werden können.

(2) Speziell Anticholinergika wie z.B. die Neuroleptika Haloperidol oder Clozapin (vgl. Burkhardt 2013c: 242)

(3) Ein Antidepressivum

(4) Unerwünschte Arzneimittelwirkung

(5) Das Verwaltungsgericht Köln gab im Dezember 2012 (unter Berufung auf die „Freiheit der Wissenschaft“) der Universität Köln Recht, entgegen der Forderung von außenstehenden Wissenschaftlern die Vertragsbedingungen hinsichtlich vom Bayer-Konzern in Auftrag gegebener Pharma-Studien (und möglicherweise negativer Ergebnisse in Sachen Nebenwirkungen) zurückzuhalten (vgl. Kohlenberg 2013: 6).

(6) Z.B. Aluminium, Blei oder Pestizide

(7) Z.B. Diabetes Mellitus (Typ II), Bluthochdruck oder Infektionen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014: <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/haeufige-fragen-faq.html> oder z.B. Hakko et al. 2005)

Literatur

Ancelin, Marie-Laure; Carrière, Isabelle; Helmer, Catherine; Rouaud, Olivier; Pasquier, Florence; Berr, Claudine et al. (2012): Steroid and nonsteroidal anti-inflammatory drugs, cognitive decline, and dementia. In: *Neurobiol. Aging* 33 (9), S. 2082–2090. DOI: 10.1016/j.neurobiolaging.2011.09.038.

Brodsky, Michael C. (2005): Chronic anticholinergic administration and Alzheimer disease. In: *Surv. Ophthalmol.* 50 (3), S. 290–291. DOI: 10.1016/j.survophthal.2005.02.003.

Broks, P.; Preston, G. C.; Traub, M.; Poppleton, P.; Ward, C.; Stahl, S. M. (1988): Modelling dementia: Effects of scopolamine on memory and attention. In: *Neuropsychologia* 26 (5), S. 685–700. DOI: 10.1016/0028-3932-(88)90004-8.

Burkhardt, Heinrich (2013a): „Epidemiologische Aspekte“. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hrsg.) (2013): *Arzneitherapie für Ältere. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage.* Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag. S. 8-16.

VII. Kritik am Gesundheitssystem



- Burkhardt, Heinrich (2013c): „Pharmakotherapie und geriatrische Syndrome“. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hrsg.) (2013): *Arzneitherapie für Ältere*. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag. S.231-268.
- Cai, Xueya; Campbell, Noll; Khan, Babar; Callahan, Christopher; Boustani, Malaz (2013): Long-term anticholinergic use and the aging brain. In: *Alzheimers Dement* 9 (4), S. 377–385. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.02.005.
- Carrière, I.; Fourrier-Reglat, A.; Dartigues, J.-F.; Rouaud, O.; Pasquier, F.; Ritchie, K.; Ancelin, M.-L. (2009): Drugs With Anticholinergic Properties, Cognitive Decline, and Dementia in an Elderly General Population. The 3-City Study. In: *Archives of internal medicine* 169 (14), S. 1317–1324. 31
- Fux, R.; Mörike, K.; Gleiter, C. H. (2008): Unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Antibiotika – eine differenzialdiagnostische Herausforderung. *Klinische Pharmakologie*. Tübinger Fälle. Abteilung Klinische Pharmakologie, Institut für Pharmakologie und Toxikologie. Universitätsklinikum Tübingen, 17.12.2008.
- Gray SL, Anderson ML, Dublin S, et al. (2015): Cumulative Use of Strong Anticholinergics and Incident Dementia: A Prospective Cohort Study. *JAMA Intern Med.* 175(3):401-407. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7663.
- Grond, Erich (1996): „Wahnerkrankungen im Alter aus sozialmedizinischer Sicht“. In: Blonski, Harald (1996): *Wahn und wahnhafte Störungen im Alter*. Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 43-60.
- Gronemeyer, Reimer (2013): *Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit*. München: Pattloch Verlag GmbH & Co. KG.
- Hakko, Elif; Mete, Bilgul; Ozaras, Resat; Tabak, Fehmi; Ozturk, Recep; Mert, Ali (2005): Levofloxacin-induced delirium. In: *Clin Neurol Neurosurg* 107 (2), S. 158–159. DOI: 10.1016/j.clineuro.2004.05.006.
- Hewer, W.; Biedert, S. (1988): Delirantes Syndrom bei Biperiden-Intoxikation. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 56 (4), S. 133–136.
- Jessen, Frank; Kaduszkiewicz, Hanna; Daerr, Moritz; Bickel, Horst; Pentzek, Michael; Riedel-Heller, Steffi et al. (2010): Anticholinergic drug use and risk for dementia: target for dementia prevention. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260 Suppl 2, S. S111–5. DOI: 10.1007/s00406-010-0156-4.
- Kohlenberg, Kerstin; Musharbash, Yassin (2013): „Die gekaufte Wissenschaft“. In: *Zeit-Online Wissen* (08.08.2013). <http://www.zeit.de/2013/32/gekaufte-wissenschaft/seite-6> (letzter Aufruf: 11.09.2013).
- Lai, Shih-Wei; Lin, Chih-Hsueh; Liao, Kuan-Fu; Su, Li-Ting; Sung, Fung-Chang; Lin, Cheng-Chieh (2012): Association between polypharmacy and dementia in older people: a population-based case-control study in Taiwan. In: *Geriatr Gerontol Int* 12 (3), S. 491–498. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00800.x.
- Larson, Eric B.; Kukull, Walter A.; Buchner, David; Reifler, Burton V. (1987): Adverse Drug Reactions Associated with Global Cognitive Impairment in Elderly Persons. In: *Annals of Internal Medicine* 107, S. 169–173.
- Lee, Eun Kyung; Lee, Yu Jeung (2013): Prescription patterns of anticholinergic agents and their associated factors in Korean elderly patients with dementia. In: *Int J Clin Pharm* 35 (5), S. 711–718. DOI: 10.1007/s11096-013-9793-9.
- Leif, T.; Speth, R. (2006): *Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mann JL, Evans TS, Taylor RD et al. (2003): The use of medications with known or potential anticholinergic activity in patients with dementia receiving cholinesterase inhibitors. The *Consultant Pharmacist* 18: S. 1042-1049.
- Martiny, Anke (2006): „Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen? Nur blauäugige glauben, es seien Parlament und Gesetzgebung“. In: Leif, T.; Speth, R. (2006): *Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 221-235.
- Moore, Alan R.; O’Keeffe, Shaun T. (1999): Drug-Induced Cognitive Impairment in the Elderly. In: *Drugs & Aging* 15 (1), S. 15–28.
- Oken, R. J. (1995): Antihistamines, a Possible Risk Factor for Alzheimer’s Disease. In: *Medical Hypotheses* 44, S. 47–48.
- Sacks, Oliver; Shulman, Melanie (2007): Steroid dementia: A follow-up. In: *Neurology* 68, S. 622.
- Schaufler, Julia; Telschow, Carsten (2013): „Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht“. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (2013): *Arzneiverordnungs-Report 2013*. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag. S. 967-981.
- Schott, Gisela; Dünneweber, Claudia; Mühlbauer, Bernd; Niebling, Wilhelm; Pacht, Henry; Ludwig, Wolf-Dieter (2013): Does the pharmaceutical industry influence guidelines?: two examples from Germany. In: *Dtsch Arztebl Int* 110 (35-36), S. 575–583. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0575.
- Schott, Gisela; Pacht, Henry; Limbach, Ulrich; Gundert-Remy, Ursula; Lieb, Klaus; Ludwig, Wolf-Dieter (2010): The financing of drug trials by pharmaceutical companies and its consequences: part 2: a qualitative, systematic review of the literature on possible influences on authorship, access to trial data, and trial registration and publication. In: *Dtsch Arztebl Int* 107 (17), S. 295–301. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0295.
- Schwarz, Stefan; Frölich, Lutz (2013a): „Demenz“. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hrsg.) (2013): *Arzneitherapie für Ältere*. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag. S. 133-153.
- Shabarin, V. (2009): Ursachen akuter Verwirrheitszustände als Aufnahmegrund in die akutneurologische Klinik - eine retrospektive Kohortenstudie. Inaugural-Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg i. Br. Online verfügbar unter <http://www.neurologie-wittlich.de/seiten/doku/dissertation%20shabarin.pdf>.
- Smet, Yves de; Ruberg, Merle; Serdaru, Michel; Dubois, Bruno; Lhermitte, Francois; Agid, Yves (1982): Confusion, dementia and anticholinergics in Parkinson’s disease. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 45, S. 1161–1164.
- Sunderland, Trey; Tariot, Pierre N.; Weingartner, Herbert; Murphy, Dennis L.; Newhouse, Paul A.; Mueller, Edward A.; Cohen, Robert M. (1986): Pharmacologic modelling of Alzheimer’s disease. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 10 (3-5), S. 599–610. DOI: 10.1016/0278-5846(86)90030-8.
- Wettstein, A.; Fritz, Ch. (2003): Iatrogene Demenz? In: *Praxis* 92 (15), S. 715–717.





DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Susanne Paasch

Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



Blankenhain

Bericht zur ambulanten Pflege in den Familien

Der Seniorenbeirat der Stadt Blankenhain hatte sich im abgelaufenen Jahr die Aufgabe gestellt, das Thema „Pflege im eigenen Umfeld“, zu untersuchen. Hierbei sollten die Probleme herausgearbeitet werden, um diese anschließend dem Bürgermeister sowie dem Stadtrat mit den hierzu getroffenen Schlussfolgerungen und Empfehlungen vorzulegen. Ausgangspunkt hierfür bildete die hohe Anzahl von insgesamt 2.049 Seniorinnen und Senioren im Stadtgebiet, einschließlich der 23 Ortsteile, die im Alter von über 60 Jahren sind, was einem Bevölkerungsanteil von 31,5 % entspricht.

Des Weiteren sollte geprüft werden, wie die Pflegestärkungsgesetze 1 und 2 umgesetzt werden und wie die Einführung des 3. Pflegestärkungsgesetzes ab 2017 von den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften aufgenommen wird. Im Stadtgebiet und den Ortsteilen wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung, von den zum Einsatz kommenden Pflegediensten 135 Fälle betreut. Diese Zahl ist schwankend. Ein Überblick über die Gesamtzahl der Pflegefälle, die in den Familien leben, gibt es derzeit nicht. Eine gute Übersicht ist, weil überschaubar, in den einzelnen Ortsteilen vorhanden. Im Verlaufe der Untersuchung wurden von Mitgliedern des Seniorenbeirates diesbezüglich Gespräche geführt mit Ortsteilbürgermeistern, Mitarbeitern der Pflegedienste, Ärzten, Teilnehmern an Selbsthilfegruppen, einzelnen Pflegefällen und deren Familien. Ebenso mit dem Trägerwerk Soziale Dienste Thüringen mit praktischer Anschauung in einzelnen von diesen betreuten Objekten.

Danach ergaben sich folgende Erkenntnisse und Probleme:

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird in ihren Familien betreut und gepflegt. In der Mehrzahl der Familien ist die Betreuung und Pflege mit gut bis sehr gut zu bewerten. Sehr viele Pflegebedürftige gehen auch deshalb davon aus, „lieber daheim, als im Heim“. Sie fühlen sich im gewohnten Umfeld geborgen. Dazu trägt auch bei, dass in vielen Fällen eine gute Unterstützung für die Familien, beispielsweise durch Nachbarn, vorhanden ist. Insbesondere in den Ortsteilen werden Pflegebedürftige und ihre Familien auf Initiative der Ortsteilbürgermeister und der ortsansässigen Vereine in das gesellschaftliche Leben integriert. Einen Beitrag hierzu leisten die geistlichen Zuwendungen und Gottesdienste durch die Gemeindegkirchen und deren Seelsorger. Wertvolle Unterstützung ist durch eine jahrzehntelange Arbeit in den Selbsthilfegruppen gegeben. Ebenso in Gruppen, wie in der von Frau Heerdegen und Frau Bernuth, die beispielsweise Beratungen für Familienangehörige von Demenzzkranken durchführen. Zu nennen sind auch Vorträge, wie sie im Bürgertreff angeboten werden. Gleichermassen hilfreich sind die von der HELIOS Klinik bzw. von einzelnen ehemaligen und noch praktizierenden Ärzten in Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat angebotenen und durchgeführten Vorträgen und Beratungen. Eine ausgezeichnete ambulante Pflegearbeit leisten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der örtlichen Pflegedienste der „Diakonie“ und „Hauspurg“. Hierzu gibt es eine Vielzahl positiver Meinungsäußerungen und Bewertungen sowohl von den Pflegebedürftigen als auch von deren Familien. Besonders geschätzt wird die mit der Pflegebedürftigkeit verbundene soziale Zuwendung und

Betreuung sowie deren freundliches Verhalten. Bedauert wird aber auch, dass die Pflegekräfte nach wie vor engen normativen Zeitbegrenzungen und durch Personalmangel bzw. Fluktuation hervorgerufener Überbelastung ausgesetzt sind.

Auch die Betreuung durch die Hausärzte wird überwiegend positiv beurteilt. Bemängelt werden die oftmals langen Wartezeiten bei Arztbesuchen in deren Praxen.

Probleme zeigen sich weiter vor allem in folgender Hinsicht:

- Obwohl die Betreuung und Pflege durch die Familien sehr positiv zu bewerten ist, sind nicht wenige Angehörige, meist Eltern, Geschwister und Kinder von Pflegebedürftigen, neben ihren Anforderungen im Arbeitsprozess und gesellschaftlichen Tätigkeiten, durch einen hohen Zeitaufwand, hohe geistige und körperliche Belastung sowie finanzielle und materielle Aufwendungen, am Limit ihrer Kräfte angelangt. Deshalb wünschen sie sich mehr Unterstützung und Beratung insbesondere auch von kommunaler Seite. Ein Teil von ihnen würde die zu Pflegenden deshalb auch in ein Pflegeheim geben, wenn man die dafür anfallenden Kosten aufbringen könnte. In einigen wenigen Fällen betrifft das auch die Kosten für die ambulante Pflege durch die Pflegedienste.
- In diesem Zusammenhang gibt es auch vielfach Befürchtungen bezüglich der anstehenden Gebiets- und Verwaltungsreform in Thüringen. So wird erwartet, dass vertraute Ansprechpartner vor Ort durch die veränderten Strukturen verlorengehen. Und dass durch höhere finanzielle und zeitliche Aufwendungen wegen des Wegfall oder der Einschränkungen von Verkehrslinien und höhere Kosten für die Familien entstehen werden.



Erfahrungsaustausch

Aus den kommunalen Seniorenvertretungen und -beiräten

Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

- Das 3. Pflegestärkungsgesetz bringt Verbesserungen, indem die Pflegestufen für die Einstufungen der Pflegenden durch die Einführung von Pflegegraden genauer kategorisiert und die Einstufung verbessert wird. Dabei soll die Fähigkeit der Patienten eine höhere Bewertung erfahren. Die finanziellen Leistungen sind in den Pflegegraden vielfach höher, als diese in den bisherigen Pflegestufen bewertet waren. Das betrifft vor allem die ambulante Pflege und hier besonders die der Demenzkranken. Da der Pflegebedürftigkeitsbegriff verbessert wurde, werden künftig mehr Menschen Anspruch auf Leistungen haben. Damit wird z.B. die Zahl der Menschen, die in den Pflegegrad 1 eingestuft werden, bundesweit um ca. 200.000 steigen.
- Wir haben daher auch in unserem kommunalen Bereich davon auszugehen, dass die Anforderungen an die Betreuung und Pflege im ambulanten Bereich sowie die Anzahl der Pflegebedürftigen steigen werden. Alles läuft darauf hinaus, dass die ambulante Pflege sich in Zukunft zu einem gewichtigen gesellschaftlichen Schwerpunkt entwickeln wird. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen von Familienangehörigen gepflegt werden wird, wobei der Wunsch, solange wie möglich im heimischen Umfeld zu verbleiben, ein entscheidender Motivationshintergrund sein wird. Eine derartige Entwicklung wird jedoch einhergehen mit
 - höheren Kosten in den Heimen, die sich viele dann nicht mehr leisten können;
 - nicht ausreichenden Heimplätzen;

Nicht umsonst hat die Bundesregierung gesagt, dass die „**Familie der größte Pflegedienst der Nation**“ sei.

Darauf ist auch das 3. Pflegestärkungsgesetz ausgerichtet. In diesem Gesetz werden deshalb höhere Forderungen an den kommunalen Bereich gerichtet. Die Stärkung der kommunalen Ebene soll bezwecken, dass die Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeit maßgeblich zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen insbesondere in Bezug auf Koordination und Kooperation beitragen.

Darüber hinaus erhalten diese ab 2017, auf 5 Jahre befristet, die Möglichkeit Pflegestützpunkte zu initiieren. Bedingung: Sie müssen sich selbst finanziell daran beteiligen. Pflegekassen werden zur Mitwirkung an den Pflegestützpunkten durch Abschluss entsprechender Rahmenverträge verpflichtet.

Daher empfiehlt der Seniorenbeirat dem Bürgermeister sowie dem Stadtrat

- Es sollte in unserer Stadt ein „Seniorenkompetenzzentrum“ mit einer hauptamtlichen Kraft eingerichtet werden, um damit die Betreuung und Pflege der „Pflegebedürftigen in den Familien“ zu bündeln und wirksamer unterstützen zu können. Dazu sollten die Erfahrungen des Trägerwerkes Soziale Dienste AG Thüringen genutzt werden. Vorbereitungen hierfür sollten gemeinsam mit den Wohnungsunternehmen „Jena Wohnen“ und „TAG Wohnen“ getroffen werden.
- Durch den Stadtrat bzw. den Bürgermeister sollten Familien, die Pflegebedürftige in besonders vorbildlicher Weise betreuen und pflegen, Anerkennung erfahren und geehrt werden.
- Ausgehend davon, dass knapp ein Drittel unserer Einwohner älter als 60 Jahre ist, sollte sich im Zweijahresrhythmus der Stadtrat mit

dem städtischen Pflege Thema befassen. Dabei sollte eine vom Sozialausschuss erarbeitete Vorlage die Grundlage dafür bilden. Darin sind die Probleme dieser Bürger hinsichtlich ihrer Lebensumstände und Bedürfnisse sowie ihrer gesellschaftlichen Mitwirkung jeweils neu zu bewerten. Eine Fortschreibung der Gesamtübersicht nach aktuellen Pflegefällen ist ebenso vorzusehen.

- Der Seniorenbeirat schlägt vor, den der Stadt vorgelegten Bericht im ersten Halbjahr 2017 im Amtsblatt der Stadt Blankenhain zu veröffentlichen.
- In diesem Jahr wird sich der Seniorenbeirat dem Thema „aktives Altern der Senioren und der Solidarität der Generationen“ ausgehend vom entsprechenden EU-Beschluss aus dem Jahre 2012 widmen.

Heinz Scholz,
Vorsitzender des Seniorenbeirates
der Stadt Blankenhain

Dingelstädt

Gesundheit ist ein hohes Gut, nicht nur für die Menschheit. Eine gesunde Flora und Fauna, eine gesunde Umwelt wie reine Luft und klares Wasser – ein gesunder und intakter Planet Erde. Wieviel davon hat die Menschheit bereits zerstört?

Die Gedanken des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Bezug zur politischen Neuausrichtung der Gesundheitspolitik in Thüringen (grundsätzlich ein begrüßenswertes Vorhaben) werden sich dabei aber wohl „nur“ auf den medizinischen Bereich erstrecken. Ein wichtiges Element, aber nicht das Alleinige.

Als Seniorenbeiräte sind wir aufgefordert, mit unseren Erfahrungen, es sind ja nur subjektive Wahrnehmungen

Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



gen wie auch bei dieser Thematik, zum Gelingen der Vorhaben beizutragen. Immer aus der Sicht der Praxis.

Zur Fachtagung „Medizinische Versorgungsherausforderungen der Gegenwart und Zukunft“ zeigte Herr Malolepsy von der ‚Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen‘ Übersichten zum Stand der Besetzung der Arztstellen in Thüringen. Grundlage war die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben. Danach gibt es in Thüringen keinen nennenswerten Ärztemangel. Der Bedarf an Hausärzten und damit für die medizinische Versorgung ist flächenmäßig gedeckt. Ein Hausarzt ist für die Versorgung von 1.671 Einwohnern zuständig. Punkt. Diese Zahlen sollen aus dem Jahr 1990 stammen. Frage: Ist diese Bemessungsgrundlage nach fast 20 Jahren noch zeitgemäß? Vieles hat sich zwischenzeitlich doch verändert, wenn nicht immer zum Positiven. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt ist doch gerade in der Medizin stark bemerkbar. Wäre es nicht an der Zeit, neben der Ermittlung des Ärztebedarfes stärker die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt zu rücken? Die Deckung des Bedarfes ist nicht die Lösung für die Erfüllung der Bedürfnisse. Der Bedarf ist gedeckt, die Bedürfnisse sind es nicht! (Langen Wartezeiten stehen kurze Behandlungszeiten gegenüber. Die Erreichbarkeit der Praxen, auch unter dem Aspekt der Barrierefreiheit, die Nichtverfügbarkeit von Medikamenten). Prof. Dr. Gabriel von der Friedrich-Schiller-Universität Jena hat völlig recht, wenn er nicht von einem Arzt-Patienten-Verhältnis spricht, sondern von einem Patienten-Arzt-Verhältnis. Ein vertrautes offenes Gespräch kann manchmal auch eine gute medizinische Behandlung sein. Nur, wie können das Ärzte abrechnen? Sollte es unter diesem Aspekt nicht möglich sein,

für unsere Ärzte, z.B. durch bürokratische Entlastungen, diese Freiräume zu schaffen? Warum nur haben wir den Eindruck, dass sich die handelnden Personen und Ämter selbst im Weg stehen, sie nicht bereit zu sein scheinen, um Veränderungen voranzutreiben. Wer oder was hindert eigentlich daran, neue Erkenntnisse zügig, praxisorientiert umzusetzen? Eine Neuausrichtung in der medizinischen Versorgung muss zwingend auch ein neu definiertes Ziel haben. Was soll konkret erreicht werden? Das ist die einzig zulässige Frage, der sich alle anderen unterordnen müssen. Der Feststellung von Prof. Dr. Gabriel: „Der Mensch ist Mittelpunkt“ können wir uns durchaus anschließen. „Der Mensch ist Mittel. Punkt“ eben nicht. Natürlich wissen auch wir, dass nach dem WAS dann auch das WIE gefragt ist und damit die Finanzierbarkeit ins Spiel kommt. Das ist wichtig und ohne Frage sehr bedeutsam. Wenn die Frage der Finanzierbarkeit (WIE) immer stetiger in den Mittelpunkt rückt – verlieren wir dann nicht das Ziel (WAS) aus dem Auge?

Die Rolle der Pharmaindustrie darf bei dieser Thematik keinesfalls außer Beachtung bleiben. Wenn das Thüringer Ministerium ebenso wie die Pharmaindustrie, wie ihre Lobbyisten, hier zu Wort kommen und ihre Interessen durchsetzen können, dann wäre dies ein enormer Fortschritt. Menschen sind nicht für die Pharmaindustrie da, sondern die Pharmaindustrie für die Menschen. Wie viele „gleichwertige“ Medikamente von diversen Herstellern mit unterschiedlichem Preisniveau und Bezeichnungen gibt es auf dem Markt? Teure Medikamente und günstige. Geht der Trend nicht auch dahin, dass sich nicht jeder mehr „sein“ Medikament leisten kann?

Neuausrichtung bedeutet organisatorische und fachliche (inhaltliche) Änderungen. Bei der medizinischen Forschung wird deutlich, dass es zu einer immer größer werdenden Spezialisierung kommt und der Patient von dem einen Facharzt zum anderen Facharzt überwiesen wird. Liegt da aber nicht auch die Gefahr einer Verschiebung von ärztlicher Verantwortung? Kann ein Hausarzt hier noch der Koordinator sein?

Das sind nur einige Aspekte. Wir können als Laien nicht fachliche Dinge regeln. Das Aufmerksammachen auf praxisbezogene Entwicklungen ist das Anliegen.

Manfred Wiegand,
Vorsitzender des Seniorenbeirates
der Stadt Dingelstädt

Erfurt

Ärzt Häuser und Gesundheitszentren brachten Fortschritt

Meine Erfahrungen mit der vorherrschenden Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung auf der Basis privatärztlicher Praxen sind nicht gerade positiv. Man hat ein Problem, geht zum Hausarzt, der verweist zur weiteren Klärung an einen Facharzt, weiter geht's unter Umständen in eine radiologische Einrichtung zum Röntgen, CT oder MRT. Jede Situation an einer anderen Stelle der Stadt, manchmal umständlich oder teuer mit Taxi zu erreichen und oft nicht barrierefrei zugänglich. Vorher verbringt man wegen eines Termins zeit- und nervenraubend am Telefon. Bis eine Diagnose steht und eine Therapie beginnen kann, vergehen Wochen.

Mit Wehmut erinnern wir Älteren uns an die Betriebs- und staatlichen Polikliniken sowie die Ambulatorien auf dem Lande, an die kostenlose Grundversorgung mit medizinischen, diagnostischen, therapeuti-



Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten

schen Dienstleistungen unter einem Dach. Im Zuge der sogenannten Wende wurden sie geschleift. Wir mussten uns an das gewinnmaximierende Gesundheitssystem, an neue Ärzte, laufende Kostensteigerungen, an weniger Vorsorge, abwandernde junge Ärzte und folgenden Ärztemangel wie längere Wartezeiten gewöhnen. In ganz Deutschland stand eine Reform für eine effektive Struktur zur Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Grundversorgung auf der Tagesordnung.

Im Jahr 2003 wurde in Erfurt durch den Staatssekretär Schröter eine solche Reform vorgestellt. Der Seniorenbeirat war zu einer Stellungnahme aufgefordert, die die Vorsitzende des Beirats (die Autorin) referierte. Darin begrüßte sie ausdrücklich folgende Vorhaben: Einführung des Hausarztsystems mit einer Lotsenfunktion, Aufbau von Gesundheitszentren und Ärztehäusern, Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung sowie spezielle Programme für chronisch Kranke. Ohnegleichen ein Fortschritt, wenngleich von Ärztehäusern und Gesundheitszentren flächendeckend noch nicht die Rede sein kann. Aber wo sie sind, werden sie angenommen und geschätzt.

Ich habe ein solches integriertes Zentrum in meiner Nachbarschaft, bin hier mit meinem Mann selbst Patientin und hochzufrieden. Der Eigentümer und Investor ist als Mediziner mit eigener Praxis vertreten. Er ist zugleich Arbeitgeber für angestellte Ärzte und Personal sowie Vermieter für Privatpraxen und Dienstleistungen. So bietet das Haus verschiedenen Professionen und Versorgungsbereichen ein Zentrum u. a. mit dem Vorteil interdisziplinärer Zusammenarbeit der Fachdisziplinen im Interesse der Patienten. Man findet hier fast die gesamte Palette von Fachärzten, mehrere Allgemeinpraxen mit Hausbesuchsdienst, Labore und

eine medizintechnische Abteilung, eine diabetologische Fachpraxis, ein Schlaganfallzentrum und eine Logopädie, Dienstleister wie Apotheke mit Bringedienst. Physiotherapie und Fitnessstudio, Pflegedienst, ein Hörakustiker und sogar ein Friseursalon sorgen für kurze Wege und alles unter einem Dach. Gut und zeitgemäß fände ich noch eine geriatrische Sprechstunde, befinden sich doch in nächster Nähe ein Pflegeheim und eine Seniorenwohnanlage.

Dr. phil. Ruth Sareik,
Mitglied des Seniorenbeirats der Stadt Erfurt

Hermsdorf

Unser Raum von ca. 20 000 Einwohnern ist nach wie vor unterversorgt hinsichtlich Augenarzt. Alle unsere Bemühungen sind bisher nicht erfolgreich. Wir müssen zur Behandlung meist nach Kahla fahren, welches sehr umständlich ist und mit öffentlichen Verkehrsmöglichkeiten kaum erreichbar ist. Augenärzte in Gera und Jena nehmen keine Patienten aus unserer Region mehr an. Diese Situation ist nun schon ca. 5 Jahre vorhanden. Wenn weitere Fachärzte ausfallen werden, wird sich die gleiche Situation ergeben. Leider. Als Seniorenbeirat haben wir die kassenärztliche Vereinigung auch eingeschaltet, doch leider noch keine Lösung bekommen.

Karin Präßler,
Vorsitzende des Seniorenbeirates der Stadt Hermsdorf

Jena

Neben den Aktivitäten des Seniorenbeirates beschäftigt sich vor allem der Bereich Soziales in der Stadtverwaltung zunehmend mit dem Leben der Älteren in unserer Stadt. Aktuell bereitet man eine Umfrage vor zum Problem Altersarmut, wo es heißt: „...ein Leben lang gearbeitet zu haben, um trotzdem im Alter zu verarmen, kann für viele Betroffene eine schmachvolle Erfahrung sein. Laut statistischem Bundesamt nimmt die Verschuldung von älteren Menschen stetig zu und die Dunkelziffer ist hoch. Die Stadt Jena bewegt die Frage, ob für die Betroffenen ein ansprechendes und ausreichendes Hilfs- und Beratungsangebot vorhanden ist und wo möglicherweise Hürden für die fehlende Inanspruchnahme bestehen.“ Auf dem Fragebogen folgen zur Beantwortung 8 Fragenkomplexe mit geschlossenen, aber auch wenigen offenen Fragen für die Seniorinnen und Senioren. Mögen dann die Ergebnisse sowohl für die kommunale Leitungstätigkeit, aber auch für die Betroffenen nützlich sein. In der Bürgerfragestunde des Stadtrates fragt der Seniorenbeirat, wie es um die Barrierefreiheit in allen vorhandenen Jenaer Seniorenbegegnungsstätten steht und was man gedenkt zu verändern, wenn erforderlich. Wie der Stand diesbezüglich bei öffentlichen Einrichtungen ist, etwa bei Verkaufseinrichtungen und anderen, da existiert seit zwei Jahren eine Art Strategie: Für ein Entgelt kann die Einrichtung eine aufklappbare Schräge erwerben, um Stufen überwinden zu helfen. Bisher haben 16 Ladeneigentümer davon Gebrauch gemacht, angestrebt sind 100. Neu ist die Idee, Kontakte zwischen Seniorenbeirat und Jugendparlament zu knüpfen. Die AG Gesundheit, Soziales und Pflege setzt

Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



ihre intensiven Kontakte mit den Pflegeheimen fort. Im ländlichen Bereich ist es weitaus schwieriger als in einer Großstadt, noch dazu mit Thüringens größtem Klinikum in Regie der Universität. Wie jedes Jahr sind die Jenaer Seniorentage im September unter dem Motto „Mitten im Leben“ der Höhepunkt all dessen, was für, mit und durch Senioren geschieht. Die Kopplung mit dem nunmehr 10. „Jenaer Demenztag“ vor Beginn mit Ausstellungen, Vorträgen und Beratungen hat sich in den vergangenen Jahren als außerordentlich wirkungsvoll erwiesen.

Hans Lehmann,
Mitglied des Seniorenbeirates der
Stadt Jena

Neuhaus a. R.

Unsere Arbeit in den Ortsteilen und zu bestimmten Schwerpunkten der Stadt zeigen gute Ergebnisse.

Eine Sitzung im Ortsteil Siegmundsburg war für uns von Bedeutung. Auf unsere Frage an die Ortsteilbürgermeisterin, Frau Sigrun Greiner, wo wir Unterstützung geben können, sagte sie: „Es gibt Seniorinnen und Senioren, die Probleme haben, an ihr Geld zu kommen, weil Bankfilialen geschlossen wurden und sie selbst nicht mehr mobil sind“. Nach Gesprächen mit Vertretern der Sparkasse Sonneberg wurde erreicht, dass seit November 2016 über eine Telefonnummer der Sparkasse 200 bis 1.000 Euro angefordert werden können. Das Geld wird über die Post für einen Portobetrag von 5,75 Euro zugestellt. Diese Möglichkeit ist jetzt für den ganzen Kreis Sonneberg gegeben.

Im Ortsteil Scheibe-Alsbach hatten wir eine Seniorenbeiratssitzung zum

Thema „Seniorenrecht“. Diese Veranstaltung war sehr gut besucht. Als Rednerin konnten wir nun schon zum zweiten Mal die Rechtsanwältin Diana Wiegand gewinnen. Hier wurde Neues zum Seniorenrecht vermittelt und anstehende Fragen beantwortet. Wir haben vereinbart, im nächsten Jahr zu neuen Rechtsfragen zu informieren.

Am 3.4.2017 war unser Seniorenbeirat zu Gast in der Stadtbibliothek. Die Leiterin Frau Gabi Oeler gab uns eine anschauliche Einschätzung ihrer Arbeit. Sehr nahe ging uns die Schilderung von einer älteren Frau – sie gab nach 40 Jahren den Lese-Ausweis zurück mit der Begründung, sie schaffe den Weg nicht mehr. Welche Lösungen gibt es dafür, es gab u. a. den Gedanken „Bücher auf Rädern“. Vielleicht gibt es anderswo schon gute Erfahrungen, die wir nutzen können.

Wir hatten eine gemeinsame Sitzung mit dem Sozialverband des VdK zu den Themen „inklusive Entwicklung des Gemeinwesens“ und „die langfristige Sicherung der Versorgung und Mobilität im ländlichen Raum“. Dazu haben wir die zuständigen Mitarbeiter des Landratsamtes eingeladen. Zu unserer Veranstaltung waren Vertreter eingeladen, die sich mit Seniorenarbeit befassen, so Betreuungsverein e. V., Lebenshilfe e. V., Miteinander e. V., Seniorenverein „Angelika Stift“, AWO-Ortsverband, der Behindertenbeauftragte des Landratsamts, ASB Betreuungsgesellschaft und die Ortsteilbürgermeister.

Vor uns gemeinsam steht die große Aufgabe, die sorgende Gemeinschaft in der Arbeit mit den Senioren entsprechend unseren Möglichkeiten zu unterstützen. Wir wollen auf vor uns stehende Aufgaben noch wirksamer reagieren und dafür die

spezifischen Möglichkeiten der verschiedenen Einrichtungen nutzen. Eine gegenseitige Information zu bestimmten Fragen und Problemen wäre häufig schon ein wichtiger Schritt. Wir werden als Mitglieder unseres Seniorenbeirates aufgaben- und personenkonkret zusammenarbeiten. Der Seniorenbeirat vertritt die ältere Generation in der Öffentlichkeit. Unsere Partner sind dabei der Stadtrat, die Stadtverwaltung sowie Verbände, Vereine und soziale Einrichtungen.

Noch wirksamer werden wir dann, wenn wir zusammenarbeiten.

Am 17.09.2017 wird unser Seniorenbeirat 10 Jahre alt – wir werden dieses Jubiläum entsprechend vorbereiten.

Dr. Horst Babor,
Vorsitzender des Seniorenbeirates
Neuhaus am Rennweg

Rudolstadt

Jeder 30. Deutsche ist auf dauerhafte Pflege im Alter angewiesen. Das ist überall nachlesbar. Auch für Rudolstadt ist das zutreffend. Und die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich weiter erhöhen. Die Stadtverwaltung Rudolstadt hat in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen und Vieles durchgesetzt, u.a. mit dem neuen Rudolstädter Krankenhaus, zugehörig zur Thüringenklinik „Georgius Agricola“ GmbH. Es ist eines der größten Unternehmen in der Region und einer der wichtigsten Ausbildungsbetriebe in Ostthüringen. Die Seniorenvertretung von Rudolstadt hat immer versucht, Einfluss auf die schnellere Erweiterung der ersten Pflegeversicherung von 1996 auszuüben und um die Besserstellung des Pflegepersonals der Alterspflege gekämpft. Auch in unseren stationären Einrich-



Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten

tungen erfolgte die Pflege nach dem Motto „Satt und Sauber“. An mehr Betreuung für die meisten verwirrten alten Menschen war kaum zu denken. Wir haben uns für Projekte wie unsere Herbstzeitlose „Niemand wird allein gelassen“ eingesetzt und vom Avantgardisten, Dr. Burkhard Braun, als ansässigen Spezialisten der Geriatrie profitiert. Die Geriatrie ist insbesondere für Probleme aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie zuständig. Als amtierender Arzt im alten Rudolstädter Krankenhaus wurde er bald zum Chefarzt für Geriatrie der Thüringen Klinik berufen. Mit ihm sind wir im ständigen Kontakt. Er referierte vor uns über altersassoziierte Krankheiten und mögliche Behandlungsoptionen und konnte als Berichterstatter in Jahresseminaren der LSV gewonnen werden. Er kam auch in unserem Seniorenreport zu Wort. Wir wünschen uns weniger Bürokratie in der Altenpflege. Noch mehr Beratungsangebote, bessere Verdienste unserer Altenpfleger.

Konrad Eberitzsch,
Vorsitzender des Seniorenbeirates
Rudolstadt



In Kooperation mit dem Landesseniorenrat Thüringen veranstaltete die Thüringer Ehrenamtsstiftung die Fachtagung „Nachbarschaftsnetzwerke in Thüringen“ im Erfurter Rathaus im Juni 2017.

Sömmerda

Seniorenbeirat auf Tour

Der Seniorenbeirat der Stadt Sömmerda hat sich neben regelmäßigen Arbeitsberatungen – laut Terminplan – nach wie vor Sprechstunden im Sömmerdaer Rathaus auf die Fahnen geschrieben. Diese finden jeden 1. Dienstag im Monat ab 9.00 Uhr statt. Vor Ort besteht die Möglichkeit, mit Vertretern des Beirates ins Gespräch zu kommen und Anliegen vorzutragen, Hinweise positiver und negativer Art zu besprechen bzw. an entsprechende

Fachabteilungen der Sömmerdaer Stadtverwaltung weiterzuleiten. Des Weiteren werden sich Vertreter des Seniorenbeirates im Laufe des Jahres mit Vertretern von Einrichtungen und Institutionen zusammensetzen, um nicht nur fachspezifische Themen in Erfahrung zu bringen, sondern auch nach Lösungswegen zu suchen, so dieses erforderlich ist. Dabei ist die aktive Mitarbeit eines jeden Mitgliedes des Beirates gefragt als Multiplikator in Sachen Seniorenarbeit. Gut zu wissen, dass im S-Beirat auch die jüngere Generation vertreten ist, um ihre Sichtweise darzulegen.

Die katholische Pfarrgemeinde Sankt Franziskus

So bunt wie das Leben im Seniorenalter war auch die Themenvielfalt, die es in der planmäßigen Sitzung des Seniorenbeirates zu beraten galt. Nach der öffentlichen Sprechstunde des S-Beirates im Sömmerdaer Rathaus, die leider noch zu wenig genutzt wird, trafen sich Mitglieder des Beirates im Pfarrsaal der katholischen Gemeinde Sankt Franziskus Sömmerda sowie Christian Haase, Sömmerdaer Stadtverwaltung. Ging es zunächst um Finanzierungsfragen in Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen, so

Erfahrungsaustausch Aus den kommunalen Senioren- vertretungen und -beiräten



wurden Ablauf und Inhalt des III. Seniorenforums „festgeklopft“, welches am 29.08.2017 im Bürgerzentrum Berta v. Suttner stattfand zum Thema: Inklusion – gesellschaftliche Teilhabe im öffentlichen Leben für Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter. Angedacht ist auch ein kultureller Beitrag „Mode im Wandel der Zeiten“ sowie das Vorstellen zweier Vereine. Des Weiteren beschäftigte sich der Beirat mit einer Anfrage vom Landesseniorenrat zur Durchführung einer Regionalkonferenz von Seniorenbeiräten aus Thüringen. Seitens des Sömmerdaer Beirates gibt es dazu Zustimmung, sodass der Ausrichtung im Oktober nichts entgegensteht. Diese Anfrage ist der aktiven Arbeit – insbesondere der Öffentlichkeitsarbeit im „Seniorenreport“ geschuldet, wo regelmäßig gute Beiträge thüringenweit zu verschiedenen Themen veröffentlicht werden. Peter Klose berichtete über ein Bürgergespräch zu aktuellen Themen der Arbeit des Seniorenbeirates, der Erhaltung von Kulturdenkmalen, Fragen der Gebietsreform, die ein Bestandteil der Arbeit des SBR sein wird – zumindest informativ durch den Bürgermeister Hauboldt. Es gab konkrete Aussagen zur Umsetzung der angestrebten Patenschaft mit dem KJP in Form eines Podiumsgesprächs am 24.04.2017. Es wurde der Wunsch geäußert, ein Mitglied des Blinden- und Sehschwachenverbandes zur Mitarbeit im SBR zu gewinnen und durch den Stadtrat berufen zu lassen. Anfragen gab es zur Problematik Erdbestattung, die aber aufgrund geringen Interesses nicht öffentlichkeitsrelevant ist. Erfreulich, dass es ein Konzert mit dem Luftwaffenmusikcorps Erfurt als Benefizkonzert „Thüringen hilft“ geben wird. Dazu werden derzeit Absprachen mit Frau Kubitz, Abteilung Kultur geführt. Die Zusage des Bürgermeisters liegt vor!

Als „Hausherrn“ wurde Herrn Pfarrer Dr. Bock die Möglichkeit gegeben sich im SBR sowohl zu seelsorgerischen Fragen als auch zur Arbeit des SBR zu äußern. Er selbst nimmt die Arbeit des Beirates positiv wahr und schätzt die „kurzen Wege“ in der Zusammenarbeit über Peter Klose als aktives Gemeindemitglied. Hinterfragt wurde auch die nur teilweise Barrierefreiheit der Stadtverwaltung oder notwendige Bordsteinabsenkungen im Stadtgebiet für Rollstuhlfahrer. Alles in Allem war es wieder eine sehr arbeitsintensive Beratung, die laut Plan fortgeführt wird.

Fachtagung mit Mitgliedern des Seniorenbeirates

Schon allein der Tagungsort zu der Fachtagung „Nachbarschaftsnetzwerke in Thüringen“ im Erfurter Rathaus, zu dem die Thüringer Ehrenamtsstiftung und der Landesseniorenrat Thüringen eingeladen hatte, war für die Sömmerdaer Seniorenratsmitglieder Gudrun und Peter Hintermeier sowie Peter Klose die Teilnahme wert. Das ist natürlich in der Einschätzung der ganztägigen Fachtagung mit prominenten Rednern u.a. Dr. Volker Düssel, Vorsitzender der Thüringer Ehrenamtsstiftung; Prof. Dr. Rolf Heinze von der Ruhr- Universität Bochum; Loring Sittler Projektleiter „Transparenz-leicht- gemacht“ und Katja Kirsch Freiwilligenagentur Marburg-Biedenkopf (Hessen), Tamara Thierbach, Bürgermeisterin der Stadt Erfurt und Dezernentin für Soziales, Bildung und Kultur etwas übertrieben; zudem auch Ina Leukefeld - Fraktion die Linke und Mitglied des Thüringer Landtages ebenso anwesend war wie Dr. Jan Steinhäusen, Geschäftsführer des Landesseniorenrates. Es war die Vielzahl von Themen, die beeindruckte und die allesamt mit anspruchsvollen Inhalten gefüllt waren: Demografische Herausfor-

derungen und die Ausgangslage in Deutschland, Zahlen und Fakten, das Potential des Genossenschaftsprinzips als aktuelle Form einer Gemeinwohlproduktion im Mix und Nachbarschaftshilfe in Hessen – und was Thüringen daraus lernen kann. Zu den genannten Referaten ergab sich auch eine Podiumsdiskussion – kritisch und optimistisch. Die Fachtagung wurde von Brigitte Manke, Geschäftsführerin der Thüringer Ehrenamtsstiftung zusammengefasst, indem sie den im Ehrenamt Tätigen Mut machte für zukünftige Aufgaben, die vom Staat allein nicht erbracht werden können.

„Ehrenamt darf Hauptamt nicht ersetzen!“

Peter Klose,
Mitglied des Seniorenbeirates Sömmerda

Weimar

Ich wohne mit meiner Familie in Weimar. Dies ist eine gute Lage für Ärzte und Patienten. Wir haben mehrere Ärzthäuser, einzelne Praxen und ein großes Klinikum. An dieses wird nun ein Anbau erfolgen, um eine Geriatrie einzurichten. Dies verbessert die gesundheitliche Betreuung besonders der älteren Mitbürger erheblich.

Wie auch in anderen Städten sind die Wartezeiten sehr unterschiedlich. Einen normalen Arzttermin bekommt man sehr schnell. Auf einen Termin beim Psychologen wartet man Monate. Ich brauche einen Rheumatologen. Leider haben wir nur unseren Doktor Hein. Er ist schon lange Rentner und arbeitet nur noch einen Tag in der Woche. Bei meinem Problem, Fibromyalgie, kann er mir jedoch nicht helfen. So muss ich mir



Erfahrungsaustausch

Aus den kommunalen Seniorenvertretungen und -beiräten

einen Spezialisten in Jena suchen. In unserer Rheumagruppe gehen sehr viele Patienten nach Erfurt, da es hier nicht möglich ist, einen Termin zu bekommen. Ein großes Problem gibt es auch im Rheumasport. Für unsere spezielle Gymnastik haben wir seit Jahren eine feste Praxis. Aber Wassergymnastik ist in Weimar nicht möglich. Wir brauchen etwas wärmeres Wasser und so fahren einige (die dies noch gesundheitlich können) mit der Bahn nach Bad Kösen. Dies ist ein Tagesausflug. Die Wassergymnastikgruppen in Erfurt sind voll und nach Jena kommt man ohne Auto nicht gut.

Nun hoffe ich, dass die medizinische Versorgung nicht dazu führt, dass ältere Menschen gezwungen sind, ihr Zuhause zu verlassen und in die Zentren mit medizinischer Versorgung zu ziehen.

Petra Zimmer,
Mitglied des kommunalen Seniorenbeirates Weimar und Rheumagruppe

privat

Leider konnte ich aus gesundheitlichen Gründen an der Fachtagung „Medizinische Versorgungsherausforderungen der Gegenwart und Zukunft“ nicht teilnehmen. Bestimmt hätte ich dort Antworten auf meine Fragen bekommen. Am wichtigsten wäre für mich der Vortrag „Zur haus- und fachärztlichen Versorgung in Thüringen – Situation, Probleme und Herausforderungen“ gewesen. 2014 erfuhr ich über meine Zeitung, dass mein Hausarzt, ohne auch nur einen seiner Patienten zu informieren, Ilmenau verlassen hat. Auf Grund einer chronischen Erkrankung muss ich ein Mal innerhalb von 4 Wochen einen Arzt aufsuchen, Zeitaufwand maximal 10 bis 15 Minuten. Bei

wie vielen Ärzten ich um Aufnahme gebeten habe, kann ich heute nicht mehr sagen. Überall nur Absagen „Wir sind schon lange total überlastet“. Es waren wohl an die 1.000 Patienten, denen es genau so erging. Ich fühlte mich ausgestoßen, minderwertig. Jeder, der so etwas mitgemacht hat, kann sich vorstellen, wie froh und wie dankbar ich heute noch meiner jetzigen Hausärztin bin, die mich aufnahm. Leider gehört sie zu denen, die in einigen Jahren in Rente geht. Geht dann das Dilemma von vorne los? Fast könnte man Alpträume bekommen. Zurzeit fehlen in Ilmenau 8 Hausärzte. Das hört sich im Moment nicht viel an, ist aber nicht das Ende der Fahnenstange, denn die Ärzte, die in den kommenden Jahren in den wohlverdienten Ruhestand gehen, sind da nicht mit aufgeführt. Meine Fragen sind folgende: Hat das Gesundheitsministerium Thüringens schon einmal eine Statistik erarbeitet, aus der zu ersehen ist, wieviel Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen? Gibt es ausreichend Studienplätze für das Medizinstudium? Wie viele Studenten schaffen den Abschluss? Wie ist die prozentuale Aufteilung der einzelnen medizinischen Fachgebiete, liegt da der Allgemeinmediziner etwa an letzter Stelle? Nach welchen Kriterien treffen die Absolventen ihre Facharztwahl? Warum gibt es, im Übrigen auch bei den Lehrern, die unterschiedlichsten Bezahlungen je nach Fachgebiet und Ländern? Es gab einmal in Deutschland „Gemeindeschwestern“. Meine Generation kennt sie noch. Sie waren die rechte Hand der „Landärzte“ und nahmen ihnen, auf Grund ihrer Ausbildung und Praxiserfahrung, sehr viel Arbeit ab. Nein, sie waren keine Ärzte, waren aber die rechte Hand des Arztes. Mit den Jahren wuchs in ihrem Einsatzbereich das Vertrauen ihrer Schutzbefohlenen. Sie blieben

meistens bis zu ihrer Pensionierung in ihrem Ort. Warum gibt es diese Gemeindeschwestern heute nicht mehr? Vor den letzten Wahlen stand das Problem Gemeindeschwestern in fast allen Wahlprogrammen! Heute redet keiner mehr davon! Jetzt entwickelt man Roboter, um diesen Personalmangel beizukommen. Na ja, ist so ein Ding endlich einsatzbereit, ist der Staat etliche Sorgen los. Keine Gehaltsforderungen, kein Ausfall wegen Urlaub, Schwangerschaft, Krankheit. Und die menschliche Wärme? Gesundheitsvorsorge? In der DDR, der ich wirklich nicht nachtrauere, gab es für bestimmte Bereiche ein sehr gutes gesundheitliches Versorgungssystem. Die Betreuung von Mutter und Kind fing schon vor der Geburt durch die Mütterberatung an. Die Kinder bekamen unmittelbar nach der Geburt ihren Impfpass und es gab eine Impfpflicht! Diese Pflicht hat absolut nichts mit einer Verletzung der Persönlichkeitsrechte zu tun. Kinderlähmung, Masern, Diphtherie und viele andere Erkrankungen verschwanden. Heute sind sie wieder da und richten großen Schaden an, da einige wenige Eltern der Meinung sind, bei diesen Pflichtimpfungen könnten Folgeschäden auftreten. Gibt es eigentlich für diese Behauptung einen Nachweis?

Besonders schlimme Folgen hat die Masernerkrankung. Sie ist hoch ansteckend und verschont weder Kinder, Erwachsene noch die ältere Generation. Krankheitsverlauf ist oft grausam! Mir kommt bei dieser Einstellung der Gedanke, ist die Verweigerung der Impfung bei einer Ansteckung nicht eine schwere Körperverletzung? Für mich gehört das Gesundheitswesen für ganz Deutschland auf den Prüfstand.

Christel Wilinski (aus Ilmenau)



DAS KANN SELBSTHILFE!

Eine Fotoausstellung des Verbandes
der Ersatzkassen e. V. (vdek)
© vdek / Susanne Paasch

Fotonachweise

AGETHUR: S. 50 (Header), 51 (links), 52-53, 64 (Logo), 65, 196; Aktionsbündnis Patientensicherheit S. 93-95 (Coverbilder); Beauftragter der Bundesregierung/BMG/BMJV S. 105 (Coverbild); BMG/Jochen Zick: S. 22 (Header), 23; Braun, Burkhard: S. 164; btb Verlag: S. 79 (Coverbild); Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.: S. 48 (oben); BZgA: ©Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln): S. 17; Carl-Auer Verlag: S. 74 (Coverbild); Humanities: S. 75 (Coverbild); Deutscher Hausärzterverband: S. 122, 124, 125 (Logo); Droemer: S. 41 (Coverbild), 91 (Coverbild); ELSEVIER: S. 46 (Coverbild); Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V. S. 153, 155 (Logo); Fotolia: Titelbild (Karte), S. 18, 68 (Header), 79 (Header), 87, 88, 91, 94, 96, 102, 106, 108, 159, 180 (Header), 188-190; Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): S. 24-27; Gempe, Karolin: S. 9 (Header), 10 (Header), 19-20 (Header), 23 (Header), 28 (Header), 51 (Header), 51 (rechts), 136 (Header), 175 (Header); Helios Klinik Hildburghausen S. 136 (unten), 137 (Header); Helios Klinikum Erfurt S. 144; Helios Klinikum Gotha S. 143 (Header); Helios Klinikum Meiningen S. 139 (Header); Herre, Steffen: ©Steffen Herre; HERREPIXX.DE: S. 48 (unten Mitte und rechts); Hochschule Freiburg S. 104 (Header), 157; Höft, Steffen: ©Steffen Höft S. 48 (unten links); Hogrefe: S. 28 (Coverbild); HUBER: S. 68 (Coverbild); Institut für Praxisforschung und Projektberatung S. 61 (Coverbild); KSB Hildburghausen S.62; IQWIG S. 87 (Header), S. 88; IQWIG, ©Art-Invest Real Estate Management GmbH & Co KG S. 88 (Header); IQWIG, ©Christoph Pforr S. 87; Kassenärztliche Vereinigung Thüringen: S. 110-121; Kassner, ©www.gerhardkassner.de: S. 38, 43; Kiepenheuer&Witsch: S. 89 (Coverbild); Kleine, Jelena: S. 7 (Header), 8 (Header), 11, 12 (Header), 13 (unten), 16, 18, 21 (Header), 25-27 (Header), 29-31 (Header), 34-36, 44-46 (Header), 49 (Header), 51 (unten), 54 (Header), 56-66 (Header), 69-78, 85, 90, 92-93 (Header), 95 (Header), 97-101 (Header), 101 (Header), 103 (Header), 105 (Header), 105 (unten), 107 (Header), 121, 126 (Header), 127, 140 (Header), 141-142 (Header), 145-146 (Header), 148-151 (Header), 160-166 (Header), 175-179, 183 (Header), 187 (Header), 190, 191, 193-194; Klinikum Bad Salzungen: S. 129 (Header), 133 (Header); Klinikum Gera S. 136 (Mitte); Klinikum Lippe: S. 167 (Logo)-173; Kohlhammer: S. 167 (Coverbild); Krankenhaus Greiz S. 138; Krankenhaus Schleiz S. 138 (Header); Kümritz, Monika: S. 67, 153-156; LAMBERTUS S. 91 (Coverbild); Landesärztekammer Thüringen: S. 31-33; Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen S. 152 (Logo); Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.: S. 107 (Coverbild); Laurence Chaperon S. 105; LIT Verlag: S. 107 (Coverbild); m+m medizin+medien Verlag GmbH: S. 122; Mabuse-Verlag: S. 56 (Coverbild); Maelsa, Tom: ©Tom Maelsa S. 48 (Mitte); MDS/GKV-Spitzenverband: S. 54 (Coverbilder); Müller, Thomas: ©Thomas Müller S. 79; Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen S. 107 (Coverbild); Nguyen, Marie-Lan: S. 41 (Header); Ramm, Kerstin S. 44, 89, 181, 185, 189, 192 (Header); Reuther, Gerd: S. 180; Riva: S. 180 (Coverbild); Robert Koch-Institut S. 19 (Coverbild); S. 98 (Logo); Bundesärztekammer S. 97 (Coverbild); Schattauer: S. 44 (Coverbild); Schnell, Tatjana: ©Tatjana Schnell S. 66f; Schwarz, Thomas: ©Thomas Schwarz S. 172; Springer: S. 60, 67 (Coverbilder); Steinhaußen, Jan: S. 71, 77, 130, 131 (Header), 132, 134, 135, (Header), 140 (Mitte), 144, 147; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: S. 13 (links und Header), 17 (Header); Thüringer Ehrenamtsstiftung: S. 11 (Header), 14-15 (Header), 192; Thüringer Landesamt für Statistik: S. 20, 135 (Coverbild); TMSGFF S. 133 (Coverbild); Unabhängige Patientenberatung Deutschland: S. 84; vdek/Oliver Colin: Titelbild (links unten), S. 37 (oben); vdek/Stephanie Braun: Titelbild (links oben), S. 6; vdek/Georg Lopata: S.5; vdek S.5 (Logo); vdek/Susanne Paasch: Titelbild (rechts), S. 37 (unten), 86 (Header), 158, 186, 195; vdek/Jennifer Johannsmeyer: S. 47 (Header); vdek/Martha Frieda Friedel: S. 80; vdek/Noel C. Bontikous: S. 81-82; vdek/Anna Spindelndreier: S. 83 (Header); vdek/Benedikt Ziegler: S. 108; vdek/Melina Hipler: S. 128; vdek/Marina Michaelis: S. 174; verahmobil.de: S. 123; vitaphone: S. 122, 124, 125; Vogt, Hans: S. 183, Westfälisches Dampfboot: S. 77 (Coverbild); Wiki Commons, ermill: S. 43 (Header); Wiki Commons, Giovanni Dall'Orto: S. 39; Wiki Commons, Lucas Vorsterman: S. 42; Wiki Commons, Mbdortmund: S. 40; Zehe, Joachim: S. 165; Zeh, Delf: S. 4, 29; S. 195; Zentrum für Qualität in der Pflege S. 92 (Coverbild)

„Wieder wird uns hier beschäftigen, daß das eigentliche Geheimnis in der Verborgenheit der Gesundheit liegt. Sie bietet sich nicht selbst an. Natürlich kann man auch Standardwerte für die Gesundheit festlegen. Wenn man aber etwa einem gesunden Menschen diese Standardwerte aufzwingen wollte, würde man ihn eher krank machen. Es liegt eben im Wesen der Gesundheit, daß sie sich in ihren eigenen Maßen selbst erhält.“

Hans-Georg Gadamer

SENIORENREPORT,
22. Jahrgang 2,3/2017

Landesseniorenrat Thüringen

Alter ist Kompetenz

Impressum



Der Notfallordner ist ein Instrument der Vorsorge für den Krankheits-, Pflege- oder Sterbefall. Er ist kostenlos beziehbar über den Landesseniorenrat Thüringen oder über den PARITÄTISCHEN Thüringen in Neudietendorf.

Wenn Sie Fragen, Anregungen oder Kritik haben, freuen wir uns auf Ihre Post, E-Mail oder Anruf. Bitte nehmen Sie mit unserer Redaktion in Erfurt (Landesseniorenrat) Kontakt auf.

Thema nächster SENIORENREPORT:
Generationsbeziehungen im Wandel

Erscheinungsweise viermal jährlich;
Auflage 2500
Nächste Ausgabe erscheint im
November 2017
Redaktionsschluss: Oktober 2017
Herausgeber:
Landesseniorenrat Thüringen
Dr. Jan Steinhaußen, Geschäftsführer
Prager Straße 5/11, 99091 Erfurt
Telefon: 0361/562 16 49
Mobil: 0152 55353013
Fax: 0361/601 37 46
info@landesseniorenrat-thueringen.de
www.landesseniorenrat-thueringen.de
Vorsitzende: Hannelore Hauschild

Redaktion: Dr. Jan Steinhaußen, Karo-
lin Gempe, Jelena Kleine
Redaktion Praxisberichte: Charlotte
Birnstiel, Günther Koniarczyk

Layout und Satz: Dr. Kerstin Ramm,
Grafik und Werbung, Dorfstr. 15,
07646 Albersdorf,
Tel.: 036692/213 82,
Fax: 036692/355 77,
www.grafikundwerbung-ramm.de

Produktion: Förster & Borries GmbH &
Co. KG, Zwickau



Verlag Barbara Budrich
Stauffenbergstraße 7
51379 Leverkusen
Tel. +49 (0)2171 344 594
Fax +49 (0)2171 344 693
www.budrich-verlag.de
info@budrich.de

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autoren wieder und sind keine Stellungnahmen der Redaktion. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Beiträge zu kürzen und zu überarbeiten. Die Nutzung von Texten und Bildern ist nur nach Rücksprache mit dem Landesseniorenrat Thüringen möglich.

Diese Ausgabe ist entstanden
in Kooperation mit:



Gefördert durch den
Freistaat Thüringen.