

18. Jan. 17.58.46

RES101_Dementia_Care_Management

Willkommen zum Forschungspodcast der Helmholtz-Gemeinschaft.

Ich bin Holger Klein.

Reso Natur Ich sitze in Greifswald im Institut für Community Medicine im Besprechungsraum der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health und vor mir sitzt der Sprecher des DZNE-Standorts Rostock-Greifswald, Wolfgang Hoffmann.

Hallo Herr Hoffmann.

Hallo.

So, Sie haben gesagt, Sie sind nicht wirklich ein Helmholtz-Forscher?

Ne, wie hatte ich das vorhin?

Doch, doch.

Ich habe verschiedene Hüte.

Sie haben verschiedene Hüte.

Die Kollegen im DZNE haben noch immer, würde ich denken, in der Mehrheit der dortigen Leiter haben noch verschiedene Hüte auf.

Das wird jetzt langsam ein bisschen weniger, weil das DZNE ja auch eigene Professoren inzwischen hat, die im DZNE direkt arbeiten.

Aber sie gehören immer noch zu Universitäten, die eben kooperieren.

Und in der ersten Generation, zu der ich ja gehöre, war das so, dass es eben Universitätsprofessoren waren in den entsprechenden Forschungszentren, die dann mit einem sozusagen Nebenjob das DZNE mit aufgebaut haben.

Und aus dieser Zeit ist eben meine Sprecherschaft und ich mache das sehr gerne.

Also ich habe einen, sagen wir mal, erheblichen Anteil meiner Arbeitszeit, den ich hier nicht beziffern darf.

Aber der schon ganz anständig ist, mir auch sehr viel Spaß macht, den habe ich im DZNE.

Aber ich bin eben Mitglied der Fakultät der Medizinischen, der Universitätsmedizin in Greifswald.

Und dieses Institut, was Sie vorhin sehr korrekt ausgesprochen haben, das gelingt ja auch nicht jedem, das ist eben mein Hauptjob sozusagen.

Und dieses Institut ist an der Universität dann?

Das gehört zur Universitätsmedizin.

Das heißt, Sie sitzen jetzt sozusagen in der Universitätsmedizin und nicht im DZNE?

Richtig.

Das DZNE ist aber hier direkt sozusagen in 10 Meter Fußentfernung, wo dann eben die Kollegen arbeiten, die vorwiegend oder ausschließlich im DZNE sind.

Davon haben wir im Moment ungefähr 12.

So langsam komme ich dahinter.

Fangen wir doch mal an mit dem, was ich da so anscheinend intuitiv gut ausgesprochen habe.

Was genau ist das für ein Institut, in dem wir hier sitzen?

Was ist Community Medicine?

Community Medicine ist etwas, was es nur in Greifswald gibt.

Und das hat einen historischen Hintergrund.

Und zwar kommt das daher, dass wir nach der Wiedervereinigung hier sich viele Menschen gefragt haben, wieso man eigentlich zwei Fakultäten in so einem kleinen Bundesland braucht.

Aus der Medizinischen Fakultät.

Aus der Medizinischen Fakultät, ganz genau.

Und dann gab es eine Delegation des Wissenschaftsrates, die dann gesagt hat, wir können auch eine Universität, die fast 550 Jahre damals schon alt war, können wir jetzt nicht schließen.

Und da brauchen wir aber einen Schwerpunkt.

Und dieser Schwerpunkt, der sollte möglichst nicht so viel kosten.

Und dann sind sie auf die Community Medicine gekommen.

Also die Untersuchung von Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten in der Allgemeinbevölkerung.

Oder wie ich eben als Arzt immer sage, dass es die Fortsetzung der klinischen Medizin außerhalb des Krankenhauses ist.

Also wir gucken da draußen, wie ist die Versorgung, wo gibt es Risikofaktoren, wo gibt es Problemlagen gesundheitlicher Art, die man eben auch mit medizinischen und pflegerischen Methoden angehen kann.

Was heißt das konkret?

Sie gucken, also Versorgung im Sinne von, gibt es genug Hausärzte auf dem platten Land?

Ja, zum Beispiel.

Das haben wir schon ganz lange jetzt als Thema hier.

Natürlich ein heißes Thema, aber auch, wer geht denn eigentlich zum Arzt und warum geht derjenige, der eigentlich hingehen müsste, nicht hin?

Wen erreiche ich?

Wo sind die Schwellenprobleme?

Wen muss ich zu Hause besuchen?

Wen auch nicht?

Wir haben ja gleichzeitig viel zu viel Versorgung in bestimmten Bereichen, anderen haben wir zu wenig.

In welchen haben wir denn zu viel und wo zu wenig?

Es gehen ja viel zu viele Menschen zum Arzt in Deutschland mit im Durchschnitt

bis zu über 10 Mal pro Quartal.

Wenn jemand das kann, kann er ja nicht wirklich richtig krank sein.

Natürlich immer von Ausnahmen abgesehen.

Aber so oft muss man nicht zum Arzt gehen, in keinem anderen Land ist das so.

Das heißt, die Frage ist eher, was wird denn gebraucht?

Also was wäre denn gut, um die Gesundheit möglichst optimal zu schützen und dann, falls sie eingeschränkt ist, wieder herzustellen?

Oder geht es eher um das Gesundheitsempfinden der Menschen?

Also wenn Sie sagen, jemand geht 10 Mal im Monat zum Arzt, im Quartal zum Arzt, der kann gar nicht so krank sein, dann fehlt dem ja vielleicht was anderes, als das, was er glaubt, dass ihm fehlt.

Ja, das ist eben auch, das wissen wir ja schon lange, dass Krankheit und Gesundheit nicht so ist, wie sie in der internationalen Klassifikation der Krankheiten verschlüsselt wird, sondern das ist ein viel, viel komplexeres Bild.

Und wir haben da draußen in unserem Land natürlich einen demografischen Wandel, der mit am dynamischsten ist von ganz Deutschland.

Wir sind noch nicht die Ältesten, statistisch gesehen sozusagen, aber wir altern am schnellsten, weil eben nebenbei auch noch eine ganze Menge Abwanderung dazukommt.

Bei uns wandern über 50-Jährige hier zu positiv, also positiver Wanderungssaldo bei den älteren Altersgruppen und gleichzeitig Abwanderung der Jüngeren.

Das heißt, wir haben einen dynamischen demografischen Wandel, der auch mit

einem infrastrukturellen Problematik natürlich einhergeht und die Krankenhäuser sind oftmals nicht mehr lukrativ, das heißt, es ist schwierig, die Abteilung aller aufweich zu halten, sondern man muss sich konzentrieren, dann worauf, wo sind quasi die Prioritäten?

Geriatric haben wir viel zu wenig.

Wir haben auch eine nicht zureichende Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit, darüber werden wir nachher noch genauer sprechen, weil das Thema ist jetzt wirklich ein DZNE-Thema bei uns.

Alles, was mit Demenz zu tun hat, das machen wir in dem DZNE-Teil, sozusagen meiner Arbeit, was aber durchaus auch Menschen gibt hier, Mitarbeiter, Wissenschaftler, die in beiden Institutionen sozusagen verankert sind, aber trotzdem gemeinsam an dem Demenz-Thema arbeiten.

Und da kann man eben vieles dran sehen, was im Gesundheitssystem nicht vorgesehen ist.

Demenz hat so ein paar Eigenschaften, für die wir kein gutes Konzept haben in unserer kurativen Medizin.

Also das Bild, Patient ist krank, geht zum Arzt, wird irgendwas gemacht, wird wieder gesund und geht nach Hause, das ist ja sowieso eine krasse Ausnahme.

Gibt es bei neurodegenerativen Erkrankungen eher selten?

Da geht es gar nicht, das geht aber auch nicht bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das geht auch nicht bei Diabetes, das geht nicht bei Rheuma, das geht nicht bei Asthma.

Das heißt, die großen Krankheiten, die wir haben, die sind sowieso nicht heilbar, sondern die müssen gut gemanagt werden, da muss man auf Risiken aufpassen, da muss man sekundäre und teilweise sogar tertiäre Prävention machen.

Bei Demenz-Patienten ist wichtig, dass sie nicht stürzen.

Das kann durchaus sein, dass der Sturz in der Häuslichkeit des Krankheitsgeschehens viel mehr beeinflusst als die kognitive Situation.

Wie macht der Sturz das?

Ja, indem er zum Beispiel zur Immobilität führt.

Der Patient kommt zu Hause nicht mehr zurecht, kommt ins Heim, weil er eine Lüftfaktor hat.

Während er mit der Kognition noch ganz gut zurecht gekommen wäre, mit Hilfe von seinen Angehörigen, so hätte er vielleicht noch zwei Jahre zu Hause bleiben können.

Durch die Immobilität muss er dann doch institutionalisiert werden.

Und ein wichtiges Ziel ist eben, dass Menschen durch die medizinische Unterstützung, das ist eben nicht nur der Arzt, das ist die Physiotherapie, das ist die Krankenschwester vom Pflegedienst, das ist aber auch im Fall von Demenz, ist das auch die Ergotherapie, die Psychotherapie, dass die insgesamt dazu beitragen, dass die Situation zu Hause stabilisiert wird.

Dass der Angehörige auch in die Lage versetzt wird, weiterhin für seinen an Demenz erkrankten Angehörigen zu sorgen.

Häufig ist es der Angehörige, an dem sozusagen dann das ganze System instabil wird.

Der schafft es nicht mehr oder die ja meistens sind ja vorwiegend Frauen, die die Pflege machen von Demenzpatienten.

Da ist dann sozusagen der limitierende Faktor, wie wir sagen.

Da wird das System instabil und dann, obwohl der Patient selbst noch gar nicht ins Heim müsste, geht es dann nicht mehr anders, weil die Situation nicht mehr funktioniert.

Und das sind eben so neue Herausforderungen.

So etwas untersucht die Versorgungsforschung auch.

Also wir haben das gleiche ja bei Menschen mit Multimobilität.

Was ist das?

Das sind Menschen, die mehr als zwei Krankheiten haben.

Also alle.

Ich wollte gerade sagen, das habe ich auch.

Ich habe Hochdruck, Asthma und mein Knie ist kaputt.

Also da kann man sich ganz schnell für qualifizieren.

Das Problem ist, wir haben für diese Menschen keine Leitlinien.

Die Leitlinien berücksichtigen wir gerade noch zwei Krankheiten gleichzeitig.

Was heißt Leitlinien?

Was man tun soll.

Wo steht als Arzt, die Legearththerapie, wissenschaftlich begründete Therapie vom Bluthochdruck.

Haben wir super Leitlinien.

Das ist alles evidenzbasiert.

Wir wissen genau, wie das geht.

Wir wissen auch genau, wie die zu erwartenden Erfolge sind.

Allerdings ist es dann natürlich so, dass viele von diesen Menschen auch ein Diabetes haben.

Da gibt es auch noch Leitlinien, die Bluthochdruck und Diabetes gleichzeitig berücksichtigen.

Aber wenn das Asthma dazu kommt, dann gibt es eben keine mehr.

Stimmt.

Da gibt es aber auch Leitlinien für Asthma.

Das heißt, ich gucke mir dann das Asthma genau an, mache das alles genau richtig.

Aber leider widerspricht das dann der Leitlinie für Bluthochdruck.

Weil einige Medikamente eben den Bluthochdruck erhöhen.

So und dann haben wir ein Problem.

Und dann kommt noch die Kognition dazu.

Das heißt, der Mensch, natürlich jetzt nicht Sie, Sie haben es ja zum Glück noch am Knie als dritte Krankheit, aber wenn Sie es was Neurodegeneratives hätten,

dann hätten Sie jetzt plötzlich das Problem, dass man sich entscheiden muss, was ist denn eigentlich das prioritäre Ziel?

Was möchte ich denn in der ganzen Versorgung und Behandlung für diesen Menschen erreichen?

Ist es wirklich der Blutdruck oder ist es nicht vielmehr die Inkontinenz?

Ist es nicht vielleicht die Sturzneigung?

Ist es vielleicht die Inklusion?

Ist es das Hörgerät, was ich brauche, weil ich dann wieder mit Menschen kommunizieren kann?

Und solche Dinge.

Also das heißt, Sie sehen schon, das ist dann eben nicht mehr so einfach.

Das geht dann nicht mehr nach Kochbuch, sondern es geht dann schon ein bisschen nach einer umfassenderen Betrachtung.

Wie wägen Sie dann ab?

Also Sie sind ja Arzt.

Ich komme jetzt zu Ihnen und sage so, Hochdruck, Asthma, Knie kaputt.

Außerdem zeige ich Anzeichen einer Demenz.

Wie wägen Sie ab, worum Sie sich kümmern?

Lebenserwartung?

Lebenserwartung nach Krankheit?

Also der wird wahrscheinlich eher an der Demenz dahinscheiden als am Hochdruck.

Also kümmern wir uns nicht mehr um Hochdruck.

Es geht um das Ziel.

Es geht um das Behandlungsziel, was man hat und das hängt davon ab, was für eine Situation man dort vorfindet.

Also in der Demenz zum Beispiel haben wir ein System, ein sehr ausgefeiltes und inzwischen auch an mehreren hundert Patienten erprobtes System, was wir hier mit dem DZNI entwickelt haben, wo wir über hundert verschiedene Interventionsbedarfe abprüfen.

Also wir machen zwei Stunden Assessment.

Das ist natürlich jetzt Studienkontext.

Das würde man in der Hausarztpraxis nicht machen können.

Aber es beginnt bei den Hausärzten.

Die Hausärzte suchen uns diese Patienten raus, die also schon auf dem Weg Richtung kognitiven Störungen sind und die werden dann gebeten oder eingeladen in so einer Interventionsstudie, wie wir das nennen, also eine Studie, wo man was macht, mitzumachen.

Und die meisten machen das auch.

Also über die Hälfte der Patienten, die qualifiziert sind für die Studie, machen auch tatsächlich mit.

Es gibt eine große Bereitschaft dazu.

Und bei denen gehen wir dann in die Häuslichkeit nach Termin, Vereinbarung und messen mit, wir nennen das validierte Instrumente, also mit Fragebögen und Untersuchungstechniken, die eben schon gezeigt haben, dass sie funktionieren, die wissenschaftlich geprüft sind.

Die haben wir zusammengestellt in einer bestimmten systematischen Weise, um eben ganz viele Informationen effektiv und in hoher Qualität zu erfassen.

Und das ist einmal natürlich das ganze Krankheitsgeschehen beim Patienten.

Es sind aber auch Begleitkrankheiten, es ist die gesamte Medikation.

Es ist dann aber auch...

Stimmt, da haben Sie ja auch noch so Nebenwirkungsprobleme.

Natürlich, ganz häufig.

Das schaffen Sie bloß noch mit Computer.

Also wir haben ein, das heißt Interventionsmanagementsystem.

Das haben wir hier selber gebaut.

Wir sind eine ziemliche IT-Truppe hier auch.

Also die größte Berufsgruppe in meinem Institut hier in der Uni ist IT.

Also Informatiker.

Und wir haben ein ziemlich ausgefuchstes sogenanntes Expertensystem da

gebaut, was uns eben dabei hilft, effektiv diese vielen Parameter zu erheben und zu verschalten miteinander.

Und je nachdem, was Sie jetzt gesagt haben, also ich habe gesagt, die anderen Bereiche.

Das ist einmal die Behandlung im Sinne von Medizin.

Dann gibt es einen großen Teil Behandlung im Sinne von Pflege.

Da sind auch ganz viele Bedarfe, die nicht richtig angesprochen werden vom System, also vom Versorgungssystem.

Dann kommt die große Bereich soziale Inklusion, Hilfsmaßnahmen.

Die meisten Menschen mit Demenz wissen gar nicht, was sie an Möglichkeiten haben, wie ihnen Unterstützung zu Teil werden kann.

Viele haben die falsche Pflegestufe immer noch.

Sie haben die ganze Diskussion jetzt mit der Pflegestufe ja verfolgt wahrscheinlich.

Wir haben neue Definitionen der Pflegebedürftigkeit auf Grund von Demenz, weil die Demenz eben völlig unterbewertet war in der Pflegebedürftigkeit.

Die können sich ja bewegen, die können in der Regel sich anziehen und es war ausschließlich auf körperliche Pflege bezogen, die Pflegeeinstufung.

Und jetzt durch das neue Pflegestärkungsgesetz 2 ist es eben endgültig umfassender, was sehr adäquat ist und wo natürlich auch Wissenschaftler vom DCNE, auch wir ein bisschen mit dran beigetragen haben, dass es jetzt anders und umfassender gesehen wird.

Dann kommt der ganze Bereich Angehöriger.

Wie geht es dem Angehörigen?

Gibt es überhaupt eine Hauptpflegeperson?

Wir haben bei relativ vielen von unseren Patienten sind gar keine Hauptpflegepersonen da.

Sie haben ja auch Abwanderung.

Die Kinder gehen irgendwie in die großen Städte zum Studieren und gründen da neue Familien.

Die Frau ist verwitwet schon vor Jahren, der Mann ist nicht da.

Die Kinder sind vielleicht, wie sie sagen, ausgezogen und arbeiten jetzt woanders, können nicht mehr oft kommen.

Also wir haben da zwischen 30 und 40 Prozent unserer Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit, haben keine stabile, fixe Hauptpflegeperson.

Und das ist natürlich, da ahnt man schon, da werden alle Dinge so ein bisschen brisanter, da muss man genauer hingucken.

Die sind auch nicht mehr diejenigen, die am meisten sich die Hilfe holen können, die ihnen ja zusteht, sondern die machen da zum Teil ein ganz schön hartes und improvisiertes Leben.

Und auch die finden wir natürlich in der Studie raus und können dann gucken, wo sind eigentlich die Bedarfe, die die eigentlich hätten, die aber nicht angesprochen, nicht befriedigt werden.

Wenn Sie jetzt so einen Bedarf sehen, also einen Bedarf an einer

Hauptpflegeperson, ist das überhaupt irgendwie lösbar?

Ja natürlich, wir haben ja sehr viel Unterstützungssystem da draußen.

Aber es kommt ja im Zweifelsfall immer jemand anders.

Das heißt, ich habe ohnehin schon Kognitionsprobleme und muss mich immer wieder auf jemand Neues einstellen.

Das muss nicht sein.

Es gibt inzwischen sehr gute Pflegedienste, die zum Teil eben auch schon eine Spezialisierung auf die Menschen mit Demenz haben oder zumindest sehr viel Erfahrung.

Und da achten die schon darauf, dass zum Beispiel häufig derselbe Mensch da ist.

Wenn die in den Urlaub ist natürlich.

Aber ansonsten wechseln die nicht mehr als sein muss und achten so ein bisschen darauf.

Es gibt ja spezielle Anforderungen, die Menschen mit Demenz eben haben.

Wenn sie da alleine mit einem Diabetes oder mit einer Herzinsuffizienz, also Herzschwäche gepflegt werden müssen, sieht das ganz anders aus, als wenn sie eben eine neurodegenerative Erkrankung haben.

Und die Schwestern wissen das.

Die Qualität der Pflege ist sehr gut.

Aber viel zu wenig, viel zu schlecht bezahlt.

Das sind ja alles verschiedene Sachen.

Also wir haben ein Problem, das aber jetzt, da kommen wir so ein bisschen wieder in die Systemvertrachtung.

Wir haben einen Mangel an Pflegekräften und der zeichnet sich jetzt schon richtig deutlich ab und er wird in den nächsten Jahren noch sehr viel stärker werden.

Wir reden über den Arztmangel, weil die Ärzte einfach immer lauter sich äußern und auch mehr gehört werden.

Ein größeres Konfliktpotenzial.

Aber in Wirklichkeit ist das nicht das Hauptproblem.

Wir haben an manchen Punkten auch Ärzte zu wenig.

Also es gibt hier ein großes Problem mit den kleineren Krankenhäusern, die können ihre Fachabteilung zum Teil nicht mehr mit Fachärzten besetzen, weil eben gar keine Bewerber da sind.

Das ist also ein Problem.

Die helfen sich schon gegenseitig aus.

Die Uni ist in einigen mit dabei und hilft.

Ich schweife noch ein Stück ab.

Wie kommt es, dass da keine Bewerber sind?

Es gibt immer mehr Ärzte.

Das ist schon mal das erste.

Pro Jahr, ich weiß nicht, 1300 habe ich jetzt gelesen, mehr Ärzte als im Jahr davor.

Seit zehn Jahren.

Die arbeiten aber alle weniger.

Nicht alle natürlich, aber im Durchschnitt deutlich weniger Zeit.

Es gilt ja zuletzt auch noch für die Ärzte die Arbeitszeitrichtlinie, die ja eine Zeit lang nicht für Ärzte gehalten wurde.

Und wenn man jetzt einen Nachtdienst gemacht hat von 24 Stunden, dann ist der Tag danach eben frei.

Und die Ärzte in meiner Generation, die haben sich kurz mal geschüttelt, einen Kaffee getrunken und sind zum Dienst gegangen.

Und das geht halt jetzt nicht mehr.

Auch 36-Stunden-Schichten, die wir gemacht haben, gibt es nicht mehr.

Dann gibt es sehr viele mehr Frauen.

Der Frauenanteil ist viel größer geworden.

Und es ist schon so, dass noch der überwiegende Teil der Kinderarbeit und übrigens auch der Pflegearbeit, über die wir ja vorhin gesprochen haben, von Frauen gemacht wird.

Aber auch Männer haben inzwischen Familienzeit und so weiter.

Das heißt, die Arbeitszeit pro Arzt ist viel geringer geworden.

Und die frisst sozusagen diesen Zuwachs an Menschen, an Personenzahl wieder auf.

Und wir haben insgesamt weniger Stunden.

Das ist schon so.

Und die sind dann auch noch unterschiedlich verteilt.

Also wenn Sie an Starnberger See ein CT-Gerät suchen, dann finden Sie da mehr CT-Geräte und MRT-Geräte als in ganz Italien.

So ist es eben.

Weil da aus verschiedenen Gründen es besonders schön ist, für einen Arzt eben auch hochklassige und hochpreisige Medizin anzubieten.

Wenn Sie hier nach Anklam gehen, dann suchen Sie ein bisschen länger.

Oder nach Grimmen.

Da sieht es eben etwas strukturschwächer aus.

Da gibt es eine hohe Arbeitslosigkeit, wobei die auch besser wird.

Aber es ist immer noch höher als im Bundesdurchschnitt.

Es gibt eine ganze Menge Leute, die nicht sehr viel Geld verdienen.

Also weniger Privatversicherte, die dann die Hochleistungsmedizin...

Ja, so ist es.

Weil Privatversicherte suchen sich ja schon ein bisschen länger.

Das ist, wenn Sie in der Nähe von großen Städten sind, sieht das völlig anders aus.

Oder in großen Städten.

Da haben Sie also teilweise hoch zweistellige Zahlen von Privatpatienten.

Hier sind wir mal froh, wenn wir drei Prozent haben.

Und auf den Dörfern ist es noch weniger.

Das heißt, da gibt es strukturelle Unterschiede.

Und die führen dazu, dass die Ärzte nicht alle da sind, wo sie am meisten gebraucht werden.

Sondern da, wo es am meisten zu holen gibt.

Sei es finanziell oder inhaltlich dann ja letztlich auch.

Richtig.

Also wo das Klientel auch anders ist.

Wo es auch ein Gymnasium gibt.

Und wo man abends ins Theater gehen kann.

Also diese Diskussion, die ist schon ganz alt.

Die ist schon mindestens 15 Jahre alt.

Dass man sich darüber Gedanken machen muss, wie man die Verteilung der Ärzte auf die Fläche so organisiert, dass die Versorgung überall gleich gut ist.

Und da muss man sagen, das gelingt im Moment nicht ganz.

Also wir haben Versorgungsbereiche.

Das ist jetzt mal ein anderes Thema.

Institutshut hier sozusagen.

Da beobachten wir das sehr präzise.

Wir haben also zum Beispiel ein Versorgungsatlas rausgegeben jetzt letztes Jahr.

Wo ganz minutiös überall in Vorpommern steht, wie weit ist es eigentlich bis zum nächsten Augenarzt, Gynäkologen, Psychiater.

Und das ist teilweise ganz schön weit.

Was heißt das in Zahlen?

Das heißt, dass sie durchaus hier Leute haben, die nicht mit dem Bus zum Arzt fahren können.

Egal zu welchem Arzt.

Egal zu welchem.

Weil es da gar kein Bus gibt, der da hinfährt.

Oder Menschen, die auch mit dem Auto, wenn sie eins haben, zum nächsten

Facharzt länger als eine halbe Stunde fahren.

Und teilweise sogar noch mehr.

Das heißt also, ich würde nicht das Wort von der Unterversorgung hier verwenden wollen, weil das Unterversorgung ist was anderes.

Das heißt ja, dass ich das nicht kriege, was ich brauche.

Dazu gehört erstens, dass ich es nicht kriege und zweitens, dass ich es brauche.

Das ist ja beides nicht immer so bei den Menschen, die zum Arzt wollen.

Aber Erreichbarkeit wird zum Thema.

Also die Wohnortnähe ist nicht mehr gegeben.

Ist auch gar nicht möglich, weil sie können in so einem Flächenland mit 60 Einwohnern pro Quadratkilometer im Durchschnitt und außerhalb von Städten dann eben unter 30.

Da kommen sie nicht wohnortnah weiter.

Sie haben auch keine Fachabteilung im Krankenhaus.

Wir reden gerade ganz viel über Pädiatrie zum Beispiel.

Ganz anderes Altersspektrum, aber vom demografischen Wandel stärker betroffen als die Alten.

Pädiatrie ist was?

Kinderhaltung.

Kinderhaltung.

Entschuldigung.

Wir haben so wenig Kinder.

Durch die Wiedervereinigung sind fast zwei Drittel weniger Kinder geboren worden und zwar von einem Jahr auf das andere.

Also in 1991 waren bloß noch ein Drittel der Kinder da.

In manchen Regionen sogar nur ein Viertel von dem, was eben 88, 87 da war.

Und das ist natürlich krass.

Dann sind die jungen Mütter weggezogen.

Die kriegen jetzt auch keine Kinder mehr, so dass wir insgesamt einen Kindermangel haben.

Aber einen Kinderarztüberschuss dadurch vermutlich.

Aber nur in der ersten Zeit.

Inzwischen rentieren sich diese Praxen nicht mehr.

Die können gar nicht mehr leben, weil man eben für bestimmte chronische Kindererkrankheiten brauchen sie ein Einzugsgebiet von 100 Quadratkilometern oder noch mehr.

Und die hat natürlich, lässt sich gar nicht organisieren als Praxis.

So und das ist so ein bisschen das Problem, was wir strukturell im Gesundheitssystem haben, was überhaupt nichts mit Gesundheit primär zu tun

hat, sondern mit der Infrastruktur.

Logistisches Problem.

Ganz genau.

Ist das lösbar?

Organisatorisch.

Naja, sagen wir mal, damit beschäftigen wir uns ja intensiv.

Anders gefragt, wie würden Sie es lösen?

Wir haben viele gute Modellprojekte hier gemacht, die Probleme konkret gelöst haben.

Also zum Beispiel haben wir Telemedizin eingeführt für Pädiatrie.

Jetzt kann ich in bestimmten Kreiskrankenhäusern oder noch kleineren Häusern kann ich jetzt durch eine Telekonsultation, nennen wir das.

Also ich halte das Kind vor die Kamera.

Ist natürlich alles ein bisschen Spezialzeug, besonders gute Farbechte und so weiter.

Schnelle Übertragungsgeschwindigkeiten.

Und der Facharzt sitzt aber in der Uniklinik.

So was haben wir.

Das gibt es auch in der Onkologie.

Das eben eine arbeitsteilige Behandlung gemacht wird.

Das heißt, ich habe eine Möglichkeit, auch selber ich jetzt als Arzt, einen Kollegen zu konsultieren, jederzeit niederschwellig und kann dann sozusagen Spezialbehandlungen mitmachen, die ich alleine mir nicht zutrauen würde zu machen, ohne dieses Backup.

Aber damit ist der Oma auf dem Kuhdorf ja immer noch nicht geholfen, die einfach mal zum Arzt muss.

Die Oma auf dem Kuhdorf, die zum Arzt muss, die braucht Zugang zum Hausarzt.

Das ist immer unser Credo hier.

Ich brauche eine flächendeckende Versorgung mit Hausärzten.

Da kann ich gleich noch was zu sagen, wenn Sie das wissen wollen.

Gerne.

Ich brauche aber keine flächendeckende Versorgung mit Fachärzten, weil es ohnehin in manchen Bereichen nicht darstellbar ist.

Als Beispiel in der Demenz hier haben wir es ja, dass wir eigentlich bei jedem Menschen, bei dem eine Demenzentwicklung stattfindet, die noch nicht abgeklärt ist diagnostisch, empfehlen die Leitlinien einen Facharztbesuch.

Entweder eben beim spezialisierten Psychiater oder beim spezialisierten Neurologen, der dann eine Differenzialdiagnose macht.

Das heißt, der mal genau guckt, was ist da eigentlich los.

Es gibt ganz seltene Formen von demenziellen Symptomen, die kann man richtig behandeln, weil sie zum Beispiel auf einem Vitaminmangel beruhen.

Da würde man einfach ein paar Sputzen verschreiben und dann geht es den Leuten wieder gut.

Solche Fälle haben wir selber schon erlebt.

Das ist selten, aber ich möchte dann schon ganz gerne die rausfinden, die also von einer ursächlichen Therapie profitieren.

Es gibt auch noch ein paar andere Sachen, bestimmte Medikamenten-Nebenwirkungen.

Die Leute haben das Bild einer demenziellen Erkrankung und wenn sie richtig neu eingestellt werden, dann geht es denen wieder gut.

Das heißt, das ist der eine Grund.

Der andere ist, die verschiedenen Formen der Demenz brauchen ein bisschen unterschiedliche Therapien.

Es gibt verschiedene Formen?

Ja, selbstverständlich.

Es gibt viele verschiedene Formen, die zum Teil unterschiedlich behandelt werden.

Also wir reden immer vom Alzheimer, weil es halt die häufigste Form ist.

Wir haben aber auch zum Beispiel eine Parkinson-Demenz.

Parkinson ist auch eine Demenz?

Nein, so ist es.

Das gehört dazu zum Parkinson, wenn er viele Jahre besteht, dass eben auch diese kognitiven Symptome auftreten.

Und es gibt andere Erkrankungen, die zu demenziellen Entwicklungen führen können, die eben nicht Alzheimer sind.

Bestimmte vaskuläre, also Gefäßerkrankungen zum Beispiel.

Es gibt auch eine Spätfolge vom Alkoholmissbrauch, die so ein demenzielles Syndrom verursachen kann.

Da bin ich jetzt auch nicht der Experte natürlich, aber ich weiß es aus meiner Arbeit, dass es eben unterschiedliche Formen gibt.

Die meisten sind natürlich die klassischen Alzheimer-Patienten, besonders eben in den höheren Lebensaltern.

Aber auch da lohnt es sich in jedem Fall, dass man guckt, was ist eigentlich genau dahinter.

Und das kann eben ein normaler Hausarzt dann auch gar nicht mehr leisten.

Das muss der Facharzt machen.

Teilweise muss es sogar stationär gemacht werden.

Also entweder im Krankenhaus, in der Memory-Klinik, also in der spezialisierten Ambulanz oder sogar stationär.

Je nachdem, was für eine Bildgebung gebraucht wird, ob ich liege, wo also hier Rückenmarkswasser untersuchen muss.

Es kommt eben darauf an, was jetzt der diagnostische Algorithmus, also was ich alles tun muss, um die richtige Diagnose zu stellen, wie ich das umsetze.

Und das muss eben nicht wohnortnah sein.

Kann auch gar nicht wohnortnah sein, weil je spezialisierter ich das mache, desto weniger natürlich gibt es dann davon.

Und ich muss lieber die Patienten dann transportieren, als dass ich den Facharzt Hausbesuche machen lasse.

Was mache ich denn dann mit der Oma?

Schicke ich da den Arzt hin oder Sorge ich lieber dafür, dass es ein Transportsystem gibt, das die Oma zum Arzt schafft?

Hausarzt würde ich hinschicken, beziehungsweise seine Delegationskräfte.

Großes Thema, Arbeitsteilung.

Der Hausarzt darf ja seit ungefähr, inzwischen sind es ja auch schon sechs oder sieben Jahre, darf er ja Praxismitarbeiter entsprechend qualifizieren und die zum Hausbesuch schicken.

Ach das ist so was, das ist mir vor, ach Gott, vor 15 Jahren in Südostasien schon aufgefallen, dass Krankenschwester dort einfach basale ärztliche Versorgung übernehmen, Spritzen, Verbände und sowas, ohne dass ein Arzt anwesend ist.

Das ist bei uns mittlerweile auch gestattet.

Das Projekt stammt aus diesem Institut.

Also die Delegationsleistung, das hieß damals Schwester Agnes, das ist aus

meinem Institut, aus meiner Abteilung.

Ich habe mich immer gefragt, warum wir das nicht machen.

Wir waren das einzige Land in Europa, was keine Delegationsberechtigung hatte und die Ärzte haben sich auch zu Anfang sehr dagegen gewehrt.

Also sie dachten, sie werden jetzt alle abgeschafft.

Das ist schon das Dünkel.

Naja, auch Angst, Existenzangst und natürlich auch Qualitätsangst, weil die haben schon gedacht, naja, sozusagen nicht Ärzte, die machen jetzt Hausbesuch.

Tatsächlich ist es so, dass es gut funktioniert, wenn eben eine klare Abstimmung zwischen Arzt und Schwester oder Arzt und medizinischer Fachangestellter stattfindet.

Das ist jetzt sozusagen einer unserer Großtaten hier in diesem Institut, dass wir diese Delegation soweit untersucht haben mit mit 1400 Patienten und sechs oder sieben Modellprojekten, wo über 30 Ärzte beteiligt waren, dass es bis ins Gesetz gekommen ist.

Super.

Also wir haben das in dem wichtigen Gesetz, das ist das Gesetzbuch 5, wo drin steht, wer darf was und wer macht was.

Da ist ein Passus drin, der jetzt erlaubt, dass Ärzte medizinische Tätigkeiten delegieren.

An wie ausgebildete Personen?

Also ist es dann so auf dem Niveau von Krankenpfleger?

Genau der Scheinpunkt.

An diejenigen, die das können, was sie dann machen sollen.

Das heißt also die Frage ist genau, was Sie gesagt haben, ist die Kernfrage, ist Qualifikation.

Also kommt dann die Arzthelferin, die besonders drauf ist?

Auch die Arzthelferin darf Dinge tun, aber sie kann manches auch nicht.

Weil Arzthelferinnen, die heißen heute medizinische Fachangestellte, die haben auch eine dreijährige Ausbildung, aber eben keine Pflege.

Das heißt, wenn es um eine chronische Wunde geht, dann sind die oftmals nicht fit genug.

Oder wenn es eben um so etwas geht wie ein Delir, was wir in der Häuslichkeit schon mal haben.

Das ist eine bestimmte psychiatrische Erkrankung, die kommt und auch wieder geht.

Also ein Zustand, in dem jemand sein kann.

Aus vielen Gründen sehr gefährlich, muss man also erkennen.

Kann übrigens auch mit einer Demenz verwechselt werden, auch mit anderen Dingen.

Die werden zum Teil auch richtig auffällig, aggressiv, laufen rum, schädigen sich selbst oder andere und so weiter.

Achso, also praktisch der klassische, das Klischeebild vom nackten Mann mit der Gasmasken, der glaubt, es wäre Krieg und auf der Straße rumrennt.

Na, da gibt es noch andere psychiatrische Erkrankungen, die da in Frage kommen.

Um das zu erklären, da würde man eher an etwas anderes denken.

Aber trotzdem laufen auch die Delir-Töchter manchmal in sehr, sagen wir mal, gewöhnungsbedürftigen Situationen rum.

Das kann eine Arzthelferin nicht.

Eine Arzthelferin kann nicht unterscheiden, ob das jetzt ein Delir ist oder eine demenzielle Erkrankung.

Das hat sie gar nicht gelernt und ist auch gar nicht ihr Metier.

Aber die kann zum Beispiel eine Diabetikereinstellung gut überwachen.

Ich muss nicht für Blutdruck und Diabetes Einstellung jedes Mal als Hausarzt 30 Kilometer mit einem Land Rover durch die Stadt fahren.

Das ist eine Ressourcenverschwendung.

Sowohl der Wagen als auch der Arzt.

Aber das war Heizung, das war nicht erlaubt.

Und es gab ein Haftungsrisiko und so weiter.

Das haben wir alles untersucht, ein riesengroßes Projekt, mehrere Millionen Drittmittel dafür auch bekommen und ausgegeben.

Und seitdem es eben erlaubt wird, bundesweit auch gemacht.

Es gibt Tausende inzwischen schon von diesen Delegationskräften, die diese Zusatzausbildung gemacht haben.

Oder sagen wir unterschiedliche Zusatzausbildung.

Die aber alle eben sie ertüchtigen, Arbeit zu übernehmen, die sonst nur der Arzt durfte.

Das merkt man gar nicht, wenn man in einer Großstadt wohnt, so wie ich.

In der Großstadt haben Sie ein anderes Thema.

Ja, da laufe ich um die Ecke, das ist meine Hausärztin.

Richtig.

Außerdem sind Sie ja nicht so dieser typische multimorbide, kognitiv eingeschränkte, immobile Patient.

Nein.

Trotz Ihrer Dreikrankheit.

Also das muss man einfach auch, so ist es halt einfach.

Es ist ein bisschen komplexer, wenn man das, das weiß man von sich selber, die Dinge sind eben nicht nach Leitlinie, sondern ich habe immer diese Kombination und diese Kontextbedingungen, wie wir das nennen, also Randbedingungen, die viel wichtiger oftmals sind für eine gute Versorgung, als die Krankheit selber.

So das heißt, diese Art von Kompensationsmechanismen sind in den letzten

Jahren eben entwickelt worden.

Oftmals gegen den Widerstand des Establishments.

Also ich hatte eine Zeit lang schwere Zeiten.

Also ich wurde sehr kritisiert, weil ich ja sozusagen was gegen die Ärzte machen würde, indem ich den Schwestern quasi die Qualifikation umbiete.

Den Halbgöttern noch einen Viertelgott an die Seite stellen.

Inzwischen ist das Thema total durch.

Alle finden es gut.

Die Evaluation, also die Befragung von größeren Gruppen von Ärzten sind also bei über 90 Prozent Zustimmung.

Das ist also ungewöhnlich für Projekte, die wir machen, dass so eine absolut große Einigkeit in der Ärzteschaft ist, die vor zehn Jahren noch gesagt hätten, das geht gar nicht.

Das kann man gar nicht machen.

Wir müssen studieren.

Ja genau.

Naja, das ist also so eine Sache.

Das heißt, Sie haben ja gefragt, wie dann jetzt die alte Oma mit den vielen Krankheiten.

Das heißt, entweder sie hat eben so ein System, wie wir auch machen mit

Rufbussen.

Auch eine Bushaltestelle kann mal verlegt werden.

Wir arbeiten mit dem Regionalen Planungsverband zum Beispiel zusammen.

Das machen wahrscheinlich nicht viele Wissenschaftler.

Aber die unterscheiden, entscheiden unter anderem, wo die Bushaltestellen sind.

Und wenn ich da irgendwo ein Altersheim hab oder zwei, wo viele ältere Leute sind, die eben irgendwo hinwollen, dann kann man mal die Bushaltestelle vom Marktplatz zum Altersheim verlegen.

Und das ist eine Maßnahme, die kostet nichts außer dem Schild und ein bisschen Beton und dann ist das gut.

Und so weiter.

Das heißt also, die Lösungen sind genauso vielschichtig wie die Probleme.

Und man muss es, und das gibt es eben so selten, man muss das mitdenken, das Medizinische.

Wir reden mit den Landesplanern nur ganz wenig.

Also wir schon viel, aber andere Medizin natürlich nicht.

Der Beklagte, der Arzt ist nicht da.

Die einzige Möglichkeit ist, da muss ein Hausarzt hin.

So, wenn ich jetzt aber keinen hab, dann muss ich die anderen Möglichkeiten mit überlegen.

Und dass da vielleicht ein Bürgerbus eingeführt wird.

Rollende Praxis gibt es auch, aber das bringt in der Regel nicht viel, weil der Arzt ja dann immer noch die ganze Zeit unterwegs ist und nicht arbeitet, sondern im Auto sitzt.

Also es ist besser, man bringt die Patienten zum Arzt als umgekehrt.

Und dann eben diese Delegationskräfte, die ich da ganz anders einsetzen kann.

Ich kann ja zum Beispiel eine Schwester vom Pflegedienst, haben wir auch alles gemacht als Projekt, funktioniert sehr gut, kann ich ja als Arzt Delegationskraft einsetzen.

Also sie ist im Pflegedienst, ich bin der Hausarzt.

Wir machen einen Vertrag, dass Schwester Gabi diese Ausbildung macht.

Und dann kann ich sagen, Schwester Gabi, pass mal auf, du bist doch da hinten in dem Dorf so und so.

Da habe ich vier Patienten, kannst du nicht da morgen und übermorgen jeweils mal zwei von besuchen.

Dann rechne ich das ab mit dieser Schwester bzw. mit dem Pflegedienst und schon habe ich sozusagen eine Zweigstelle in Anführungsstrichen von meiner Praxis in diesem Dorf.

Und auch das passiert, wir haben viele Ärzte, die ein, zwei, drei, einer hat sogar vier Zweigpraxen betreiben selber.

Das heißt also, der ist dienstags in dem einen Dorf und mittwochs ist er im anderen Dorf und Donnerstag, Freitag ist er in seiner Hauptpraxis.

So in dieser Art.

Und die ganze Woche über ist aber dann immer noch mal so ein delegiertes Personal die ganze Zeit.

Das machen viele, genau.

Wenn der Bedarf da ist, dann kann ich sozusagen für normale Patienten, die jetzt nicht akut sind, kann ich sagen, pass auf, ich habe hier meine Schwester, die ist erfahren, die kennt dann auch irgendwann ihre Pappenheimer alle und die machen das gut.

Also wir haben das ja untersucht und zwar sehr gründlich, auch mit so einem ähnlichen Computersystem, wie ich Ihnen gerade erzählt habe.

Also wir haben von jedem Hausbesuch über 300 Variablen aufgenommen und haben also immer genau geguckt, was macht ihr im Detail.

Was keiner weiß, was die Ärzte da machen.

Das wird auch nicht aufgeschrieben.

Da steht dann Hausbesuch gemacht, Patient okay.

Oder Diabetes neu eingestellt.

Das wird aber nicht gesagt.

Das ist auch gesehen, da hat er eine chronische Wunde, wie sieht das aus der Mobilität aus?

Ist der delirant?

Also hat er vielleicht ein Problem mit falschen Medikamenten oder mit Alkohol oder mit einem anderen Thema?

Das steht da alles nicht.

Das sieht der Arzt aber auch alles.

Wir nehmen jetzt mal den Schwesternblick.

Die Schwester kommt ins Zimmer und hat in einer Minute 150 oder 200 Sachen gesehen.

Ohne das teilweise selber zu merken.

Und die weiß ganz genau, hier ist das sozusagen nachprüfungspflichtig, hier ist ein Problem.

Die sieht sofort, ist das aufgemacht?

Die gucken anders als die Ärzte.

Ja, die Ärzte gucken auch so, aber die kommen halt nicht dazu.

Aber die medizinischen Fachangestellten, die haben natürlich diesen Schwesternblick nicht so.

Also da ist es eher so, die kann man schicken und sagen, mach mal das, das und das.

Und es gibt über 400 delegierbare Tätigkeiten, die wir da ermittelt haben.

Davon können die MFAs ganz viele machen.

Aber sozusagen alleine in die Häuslichkeit gehen und die, ich sag mal, klinische

Gesamtsituation einschätzen, das können die eben schlechter.

Also ich würde denken, ist auch meistens so, dass bei einer MFA muss der Arzt halt häufiger mal selber kommen als bei einer Schwester.

Wir haben das bei der Schwester getestet, wie gesagt in fast 1500 Hausbesuchen.

Entschuldigung, bei 1500 Patienten, wir haben 9000 Hausbesuche oder so insgesamt gemacht.

In unter 3 Prozent muss ein Kontakt mit dem Arzt hergestellt werden.

Also normalerweise kommen die immer alleine zurecht.

Und wir hatten Schwestern, die haben Krankenhauseinweisungen gemacht, die haben einen Notarzt alarmiert.

Was ich daran so interessant finde, auch das ist ja am Ende, ist das ja sogar eine arbeitsmarktpolitische Maßnahme, dass ich in kleineren Siedlungen oder in kleineren Siedlungsverbänden dann tatsächlich auf einmal jemanden habe, ein oder zwei Schwestern oder Pfleger, die genau solche Delegationsaufgaben übernehmen können und ihren Job in ihrem Ort dann auch tatsächlich ausüben können und nicht 45 Minuten in die nächstgrößere Stadt pendeln müssen, um da zu arbeiten.

Wenn Sie überlegen, dass das Leute sind, die dann den Rest der Zeit Hauspflege machen, im Pflegedienst, dann sieht man, wie flexibel das System dadurch reagieren kann, auf irgendwelche Mängel, die dann eben auch schon ganz schnell keine Mängel mehr sind.

Und das ist ja, wir haben das jetzt in diesem Demenzprojekt, über das ich vorhin erzählt habe, das DCNI, haben wir das ausgeweitet auf Demenzversorgung.

Das ist natürlich viel aufwendiger, muss viel mehr können und wissen dafür, als man für diese normale, sagen wir mal, Überwachungs- und Begehungstätigkeit braucht.

Die haben also alle eine Ausbildung von mehreren hundert Stunden noch dazu gekriegt, die wollten sie auch haben, also sie haben ja geguckt, was brauchen die, und haben das dann wissenschaftlich auch entwickelt, dieses Curriculum für die Dementia Care Manager, so heißen die bei DCMS.

Und die sind dann auch in der Lage, selbstständig zu Hause mit diesen Menschen mit Demenz eben Interventionen zu machen.

Das heißt also, nicht jetzt unbedingt in engeren Sinne Behandlungen, aber die ganzen Defizite, die dort existieren, wir nennen das "unmet needs", also die Bedarfe, die aber nicht befriedigt werden, das sind pro Patient im Durchschnitt in unseren Studien acht Komma irgendwie, also viele verschiedene Sachen, allesamt sozusagen so weit zu analysieren und zu behandeln, zu bearbeiten, dass der richtige Mensch es dann anschließend tut.

Da wird ganz viel weitergegeben natürlich, oftmals muss dann auch der Facharzt eben nochmal dran und gucken, ein Pflegedienst wird erstmalig in die Häuslichkeit geholt, viele Sachen machen die Schwestern aber eben auch selber, die sie selber können, zum Beispiel Dinge wie so eine soziale Beratung, was muss ich eigentlich mal ausfüllen, damit ich hier eine Unterstützung beim Treppensteigen kriege oder beim Baden, wie kriege ich denn eine Haushaltshilfe und solche Sachen, wie mache ich eine Patientenverfügung, ganz wichtiges Thema und dann eben die Optimierung der Medikamente, da wird der Apotheker mit dazu geholt, deswegen nennen wir das "subsidiar", also innerhalb des Systems, aber eben koordinierend, was normalerweise nicht passiert, wir haben ein viel größeres Problem bei der Koordination als beim Mangel.

Also der Mangel selber ist nicht das größte Problem, sondern der Mangel in Kombination mit fehlender Koordination.

Fehlende Koordination können Sie durch Überfluss kompensieren oder eben durch Koordination und das versuchen wir, indem man Pfade definiert, indem ganz klar wird, was ist eigentlich hier das Ziel, was sind die Schwerpunkte, an denen ich arbeiten muss, das ist oftmals gar nicht bekannt, hat ja keiner diesen Überblick, es geht ja keiner dahin und macht da zwei Stunden Assessment, so wie wir das machen.

Das heißt, ich muss aber auch, wenn ich das wissen will, also wenn ich jetzt die Menture Care Management betreiben will, muss ich mit Wissenschaft da rangehen oder reicht es, dass Sie jetzt einmal diese Studie gemacht haben und Sie haben jetzt irgendwie, weiß ich nicht, eine Rahlkarte, mit der Sie in jedem Bundesland die Farben abprüfen können?

Ja, also nicht unbedingt Rahl, aber natürlich ohne Wissenschaft, obwohl man sollte gar nichts ohne Wissenschaft machen, aber ich brauche jetzt nicht mal den Forscher.

Wir bauen die Systeme alle so, das war ja bei unserer Delegation auch so, dass sie am Ende, wenn alles gut läuft, regelversorgend sind und das haben wir drei, vier Mal jetzt auch schon geschafft.

Das letzte Mal übrigens mit den Demenz-Netzwerken, also Netzwerke, die mit oder ohne Ärzte, es gibt teilweise auch Netzwerke, die nur aus Laien bestehen, die sozusagen in einer koordinierten Form wieder Menschen mit Demenz behandeln.

Die haben ein großes Projekt gemacht für das Bundesgesundheitsministerium, das war auch schon mit dem DZNE zusammen, haben 16 Netzwerke in ganz Deutschland evaluiert, ganz unterschiedliche Netzwerke, auf die Determinanten für Erfolg und natürlich auch Misserfolg, wobei man das ja nicht sagen darf, aber also fehlender Erfolg.

So, und dann sieht man verschiedene Aspekte, Struktur, Qualifikation, Finanzierung, Größe, also Dinge, die eine Rolle, Organisation, die sozusagen

variabel sind und haben eben festgestellt, welche Netze gut funktionieren und das hat das BMG so sehr überzeugt, dass wir jetzt in einem neuen Bundesgesetz eine Förderung für diese Netzwerke drin stehen haben.

Also Netzwerke dieser Art, auch wenn sie keine Ärzte enthalten, können jetzt pro Jahr mit 30.000 Euro aus der Pflegekasse finanziert werden.

Das ist ein riesen Durchbruch.

Was dann im Zweifelsfall genau das Büro ist, das betrieben werden muss, damit wiederum eine Siedlung einen Ansprechpartner hat, ohne direkt zum Verrat zu kommen.

Raten Sie mal, wer dieses Büro als wichtigen Punkt ermittelt hatte vorher.

Also so ist eben Forschung auch unmittelbar versorgungsrelevant und das versuchen wir auch.

Und mit der Dementia Care Nurse, die wir jetzt haben, der Dementia Care Manager, sind wir relativ sicher, dass wir auch damit in der Regel versorgen landen werden, weil sie wahrscheinlich sogar kosteneffektiv ist.

Also wir sind noch am Rechnen, wir haben einen Ökonomen im DZNE in unserer Gruppe hier, der rechnet den ganzen Tag sehr ausführlich und gründlich, wie jetzt die Kosten von diesem neuen Konzept sind.

Das ist auch ein neues Berufsbild, was Sie da definieren.

Ja, auf Schwestern, also auf die große Krankenpflege aufsattelnd.

Das kann keine MFA mehr machen, also da müsste sie wirklich ganz viel Medizin noch machen.

Die große Krankenpflege hat ja, und mit Berufserfahrung, die haben ja wirklich

ein gutes Wissen über medizinische Zusammenhänge.

Die sind jetzt keine Ärzte, die können keine Diagnosen stellen oder Therapien anordnen.

Können wahrscheinlich schon, dürfen aber nicht.

Aus meinen Krankenhausaufenthalten weiß ich immer, dass letztendlich die Schwestern und Pfleger da, wenn sie genug Berufserfahrung hatten, haben die bestimmte Dinge einfach noch viel besser erkannt als die Ärzte, die keine Zeit hatten, wie Sie ja eben sagen.

Und es überlappt sich.

Wir haben ja immer diese Kurven, die kennen Sie ja.

Und da muss man schon sagen, die schlauesten Schwestern sind natürlich besser als die dümmsten Ärzte.

Das ist schon so.

Aber die Mittelwerte liegen auch noch auseinander.

Also die Ärzte machen halt einfach was anderes oder haben einen anderen Schwerpunkt, der aber zunehmend auf Diagnostik und Therapie liegt und eben klinischen Entscheidungen.

Und auch das Koordinieren auf der höheren Ebene, also so nach dem Motto, wo muss dieser Patient jetzt hin?

Muss ich den nochmal einweisen?

Muss ich den nochmal durchchecken im Krankenhaus?

Kann das zu Hause passieren?

Und so weiter.

Das können die Ärzte, das haben die gelernt.

Das können die Schwestern nicht so gut.

Was die Schwestern aber gut können, ist am Patienten unmittelbar sehen, was muss hier gemacht werden.

Das können Physiotherapeuten, das können die Schwestern, das können eben auch andere, zum Beispiel Logopäden, das haben wir vorhin schon mal gesagt, Ergotherapeuten.

Die sind dicht am Patienten und die können Dinge, die die Ärzte nicht gut können.

Auch Wundversorgung gehört dazu.

Also lassen Sie mal, Zufallsschichtprobe von Hausärzten, sterile Wundversorgung machen.

Das können die Schwestern übrigens auch nicht alle, aber die, die so eine Zusatzausbildung haben zur Wundschwester, die sind natürlich top.

Und da geht es eben auch weiter mit der Diskussion, Arbeitszahlung und Gesundheitswesen, großes Thema eben hier bei uns im Institut.

Wer macht eigentlich in Zukunft was?

Und bei der Wundversorgung ist so ein Thema, wo man sagen würde, also eine Wundschwester, die braucht jetzt keinen Arzt, der ihr Anweisungen gibt, was sie für ein Verband nehmen sollen.

Das heißt also beim Verband.

Das wird der Arzt ja wahrscheinlich auch gar nicht wissen, weil der kann ja nicht die ganze Zeit Listen lesen.

Der Arzt fragt der Schwester, was soll ich aufschreiben.

Und das ist zum Beispiel eben sozusagen ein Punkt, wo wir denken würden, dass natürlich die Frage, was hat der da für eine Wunde, ist das hier Venös oder Atriell?

Da ist es schon manchmal gut, wenn das der Arzt, oder ist das besiedelt oder nicht?

Gibt es da multirassistenten Keim oder so?

Aber das ist dann wiederum vielleicht lösbar über so Telemedizin-konzepte, wie Sie eben beschrieben haben.

Ja, haben wir auch schon.

Dass die Wundschwester mal die Smartphone-Kamera da hinhält oder sowas.

Ja, da gibt es tatsächlich schöne teledermatologische Sachen.

Zur Verlaufskontrolle geht das gut.

Den resistenten Keim finden Sie natürlich mit dem Handy nicht.

Und so ist es ja wieder.

Also es muss einmal ein Abstrich gemacht werden.

Das kann aber wiederum die Schwester machen.

Das kann übrigens auch eine machen, die keine Wundschwester ist.

Und so kommt es ja dann.

Wir haben ja sowieso da draußen mehrere Menschen an den Patienten.

Und da muss man sich noch besser als bisher überlegen, was denn jetzt eigentlich wirklich eine gute Abstimmung wäre zwischen denen.

Das nur zu Ihrer Frage, wie man das kompensieren kann oder Klammer auf, wie man es eigentlich überall machen müsste, damit es reicht.

Und wenn es dann immer noch zu wenig ist, dann muss man diese Programme forcieren, die jetzt auch gemacht werden, also wo man da wirklich mehr Ärzte rankriegt.

Aber wie kriegt man mehr Ärzte ran?

Ja, das funktioniert ja einigermaßen.

Also Hausärzte, die sich niederlassen?

Ja, ja.

Da müsste man schon Einkommen garantieren.

Ja klar, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die machen eine ganze Pakete.

Wenn sie aufs Land gehen wollen würden, dann würden sie sich mit der KV mal zusammensetzen und die würde ihnen eine ganze Reihe von attraktiven Dingen angeboten machen, die ich nicht ablehnen kann.

So lass dir Botten.

Das ist schon so.

Aber natürlich, es gibt dann auch da wieder Zwischenlösungen.

Ich kann auch mal von einem Krankenhaus aus Leistungen erbringen, ärztliche Leistungen.

Genau wie umgekehrt, wenn ich draußen einen Facharzt sitze, der gut zurechtkommt, warum soll der nicht bei mir im Krankenhaus auch die Patienten angucken?

Solche Modelle gibt es jetzt ja alle auch.

Auch Dinge, die früher nicht gingen, durch die verschiedenen Bundesgesetze ist es jetzt möglich, dass ich teilweise als Niedergelassener und teilweise als Krankenhausarzt arbeite.

Ach, das ging früher nicht?

Das ging alles nicht.

Irgendwie in meiner Erinnerung gab es das dann irgendwie.

Das waren Belegärzte, die gab es früher auch schon.

Aber ich kann jetzt wirklich 50 Prozent Krankenhausarzt sein.

Rechne also über einen ganz anderen Topf.

Und dann gehe ich die anderen 50 Prozent in meine Praxis.

Das geht erst seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz.

Und das ist noch nicht so lange.

Was ich mich die ganze Zeit frage ist, ich rede hier mit einem Epidemiologen und die Abteilung heißt Versorgungsepidemiologie.

Betrachten Sie das Problem wie eine Epidemie?

Das ist ein häufiges Missverständnis.

Was eine interessante, spannende Herangehensweise.

Natürlich ist es eine Epidemie.

Aber sagen wir mal so, die Epidemiologie ist nicht nur für Infektionskrankheiten da.

Ich habe mit einem Diabetesforscher in München gesprochen, der hat gesagt, das ist eine Epidemie.

Das sieht aus wie eine Epidemie und wir müssen damit umgehen.

Ja, aber selbst ganz seltene Sachen können epidemiologisch untersucht werden.

Also Epidemiologie ist die Wissenschaft von den Krankheiten in einer Bevölkerung.

Epidemos.

Das heißt also alles was mit Nennern zu tun hat.

Also ich sage mal, es gibt so viel mehr Lungenkrebs jetzt auf einmal in Deutschland.

Woran liegt das?

Die Leute rauchen weniger, wieso gibt es mehr Lungenkrebs?

Und jetzt kommt der Epidemiologe, der sagt in allererster Antwort, es gibt da viel mehr alte Leute.

Ja, die früher mal geraucht haben.

Auch wenn sie nicht geraucht haben.

Alleine weil sie älter werden steigt logarithmisch, also exponentiell das Lungenkrebsrisiko.

Wenn ich also in Florida habe, habe ich viel mehr Krebs als in New York City.

Obwohl es gleich viele Leute sind.

Was an der Altersverteilung liegt.

So, dann geht es weiter.

Genau was sie gesagt haben.

Wenn die jetzt nicht rauchen, heißt das ja nicht, dass, was ich jetzt rauche, das ist nicht so entscheidend für das Lungenkrebsrisiko.

Aber was ich vor fünf oder zehn Jahren gemacht habe oder noch länger zurück, das ist dann sozusagen heute das Risiko für meinen Lungenkrebs.

Oder sagen Sie was anderes, wenn wir nicht immer über rauchen reden.

Die Sonnenbrände, die ich als zweijähriges Kind gehabt habe, die sind heute mein Melanomrisiko.

Nicht die Sonnenbrände, die ich als Erwachsener hatte.

Auch so ein verbreitetes Missverständnis.

Jetzt, ehrlich gesagt, unter uns beiden kann ich mich ruhig verbrennen.

Da kriege ich kein Melanom von, dann kriege ich Basaldiome davon.

Und die wahrscheinlich auch, wenn ich 105 bin.

Basaldiome haben wir wirklich viele.

Also sogenannte weiße Hautkrebs.

Ah, die Dinger, ja.

Die sind sehr, sehr häufig.

Also wir haben hier im Krebsregister, ich bin ja auch Leiter des Krebsregisters übrigens in Mecklenburg-Vorpommern, da haben wir einen, der hat 40 Basaldiome schon rausgekriegt.

Das ist jetzt noch ein extremer Fall.

Aber es ist wirklich sehr häufig.

Viel häufiger, viel, viel häufiger als die Melanome.

Zum Glück, muss man auch sagen.

Die Melanome schwarzer Hautkrebs ist ja viel gefährlicher.

So, also das heißt, diese Dinge, das machen Epidemiologen.

Die Epidemiologen suchen nach den Ursachen und nach den Risikofaktoren von Erkrankungen.

Und dabei ist es jetzt nicht in erster Linie wichtig, ob die häufig oder nicht sind.

Oder ob die infektiös oder chronisch sind.

Sondern einfach nur auf der Bevölkerungs-, oder auf jeden Fall einer Populationssicht.

Was der Kliniker ja nicht macht.

Stimmt, der guckt sich die einzelnen Erkrankungen an.

So ist es.

Und deswegen ist der Kliniker auch total wichtig.

Und kann aber nicht den Epidemiologen ersetzen.

Umgekehrt würde es auch keiner denken.

Aber die Kliniker sagen, wir haben jetzt so viele von dem und dem.

Wissen aber natürlich nicht so ganz genau, dass da, was weiß ich, 100 Meter weiter hat irgendwas, hat sich verändert.

Zwei neue Altersheime geboren.

Zack, ist natürlich die Häufigkeit von bestimmten Krankheiten da.

Das ist jetzt nur die einfachen Beispiele.

Es geht da viel komplizierter, wenn Sie überlegen, was sind jetzt die Risikofaktoren?

Wie lange haben wir geredet über Cholesterin?

Stellt sich raus, war gar nicht so schlimm.

Bis heute ist nicht hundertprozentig klar, in welchem Alter man auf diese Cholesterinsenkung verzichten sollte.

Das Gleiche gilt übrigens für den Blutdruck.

Was mache ich so?

Wir wissen ziemlich sicher, dass Blutdrucksenkung in jedem Alter Schlaganfälle verhütet.

So ganz sicher, ob das für die Demenz auch gut ist, wissen wir aber im Moment noch nicht.

Also ob Blutdrucksenkung für die Demenz gut ist?

Genau.

Also sicher ist, dass hoher Blutdruck ein Demenzrisiko ist.

Aber wann wir sozusagen auffallen, den Blutdruck maximal zu senken bei Demenzpatienten, da sind wir noch ein bisschen am diskutieren.

Und das Gleiche gilt für andere Sachen eben auch.

Das heißt, der Epidemiologe schafft die Faktenbasis für die klinische Medizin.

Ohne Epidemiologie hätten Sie keine evidenzbasierte Medizin.

Weil Sie brauchen immer Gruppen.

Und das ist so ein bisschen was, was die Ärzte, die klinisch tätigen Ärzte zum Teil, oder früher vor allen Dingen, nicht so gemerkt haben oder wahrgenommen haben.

Das steht auch hier in meinem Buch.

Aber dass das, was da in dem Buch steht, alles die Bevölkerungsforscher gewesen sind, das wussten sie nicht so.

Das ist aber wichtig.

Inzwischen geht das viel besser.

Also wir sind anerkannt und achten auch die Kliniker viel mehr.

Die Epidemiologen vor mir, die haben auch natürlich kein gutes Haar an den methodischen Kenntnissen der Kliniker gelassen.

Die konnten alle keine Statistik und so, wussten nicht, was ein T-Wert ist.

Also das ist natürlich alles Quatsch.

Wir haben eine Arbeitszeitung auch da.

Und deswegen sage ich Versorgungsepidemiologie, weil wir eben auch nicht nur einfach Versorgungsforschung im einfachsten Sinn machen, dass wir mal gucken, was ist da so.

Wie geht es der Einwohner?

Ja genau.

Sondern wir fragen, warum ist das so?

Und was muss ich tun, damit es besser wird?

Also Intervention.

Die Königsdisziplin der Versorgungsforschung ist die Interventionsforschung.

Da hat man schon fast eine klinische Studie.

Das ist jetzt nicht Placebo, weil ja, ich weiß ja, wenn ich was nicht gemacht kriege, also es ist ein bisschen schwierig mit der Verblindung und so.

Ja klar.

Aber die Methoden sind ansonsten ähnlich.

Und vor allen Dingen, was ja noch wichtiger ist, die Aussagekraft ist ähnlich hoch.

Also unser Demenzprojekt hier mit dem DCNE ist eine bevölkerungsbezogene Interventionsstudie.

Prospektiv randomisiert.

Das heißt, wenn da was rauskommt, dann liegt es auch wirklich an der Intervention.

Wie haben sie die randomisiert?

In der Hausarztpraxis.

Also wir haben Hausärzte gefragt, ob sie mitmachen wollen.

Das haben viele gewollt.

Also so ungefähr zwölf, dreizehn Prozent von allen Hausärzten machen da mit.

Und dann haben wir gesagt, ihr werdet aber zufällig verteilt auf eine Gruppe, die Business as usual macht, usual care heißt das auch, und eine Gruppe, die diese Intervention macht.

Und nachher, wenn das Studium zu Ende ist, kriegt ihr natürlich alle Sachen auch.

Das heißt, ihr könnt dann gerne auch die Intervention so machen, wie die anderen das gemacht haben.

Woher wussten sie, welche, an welchen Parametern sie schrauben?

Also sie müssen ja irgendwie...

Durch dieses Assessment.

Durch das Assessment.

Das ist eine sehr wichtige Überlegung am Anfang gewesen.

Eben, weil sie haben ja, das ist ja, letztendlich ist ja Outcome-Forschung.

Und da ist ja immer ein bisschen schwierig zu gucken, ist jetzt die Stellschraube verantwortlich oder ist die andere Stellschraube verantwortlich, dass es besser geworden ist?

Also wie rechnet man da?

Ich würde sie jetzt loben in der Vorlesung für die gute Frage.

Danke.

Aber sie bringt eben auch noch eine etwas unverständliche Erkenntnis zum Ausdruck, für jede Frage.

Nein, es ist so.

Ich muss das ein bisschen auseinanderdrüseln, was sie gerade gesagt hat.

Alles richtig.

Ich muss ganz genau wissen, was ich erreichen will.

Also was das Ziel ist.

Das heißt, ich definiere mein Ziel größtend.

Und das ist bei uns eben die Lebensqualität der Angehörigen.

Es ist die Medikationsoptimierung des Patienten selber.

Und es sind so ein paar andere sekundäre Dinge, die wir da tatsächlich als Outcome, nennen wir das ja, was sie gesagt haben, verbessern wollen.

Die Lebensqualität messen sie wie?

Mit Instrumenten, also mit wissenschaftlich geprüften und funktionierenden Fragen.

Also so etwas wie "Hat der genug Schlaf?"

Nein, das wird mit Fragen gemacht.

Da gibt es verschiedene Instrumente.

Achso, da kommen dann wieder die Psychologen mit ihren Tests.

Okay, alles klar, verstehe.

Viele Psychologen dabei, die sind die Experten eigentlich immer gewesen für Lebensqualitätsbesserung.

Das ist das Erste.

Das Zweite ist, sie überlegen sich die Stellschrauben, die sie ja auch erwähnt haben.

Also das heißt, was sind denn eigentlich die Stellschrauben?

Wenn ich das Falsche mache, auch wenn es nett gemeint ist, ändert das aber nichts.

Ich kann sozusagen wohlfühlen, irgendwie herstellen, aber ich verbessere keinen einzigen Endpunkt.

Und deswegen muss man sich überlegen, was glaube ich denn, was die Punkte sind, wo ich was auf den Endpunkt metern kann.

Und das ist eben dieses, was ich vorhin mit Assessment genannt habe.

Also wir wissen aus vielen Studien, und das muss man eben dann lesen.

Wissenschaft ist ja lesen und schreiben.

Zuerst kommt das Lesen.

Das ist nicht bei jedem so ganz klar.

Also ich lese erstmal, was die anderen gemacht haben und rede mit denen.

Und dann stellt sich raus, aha, da gibt es also Kombinationen oder Assoziationen zwischen bestimmten Sachen.

Also ein gestresster Angehöriger ist ein Risiko für Institutionalisierung.

Die Leute gehen dann eher ins Heim, wenn der Angehörige krank wird.

Also versuche ich was zu tun, um rauszufinden, wie ich den, nicht rauszufinden, sondern zu verhindern, dass der Angehörige krank wird.

Dann frage ich beim nächsten nach, wodurch werden denn die Angehörigen krank?

Also was sind die Stressoren?

Kommt raus, Stressoren sind zum Beispiel sogenanntes herausforderndes Verhalten beim Patienten.

Das heißt, wenn der Patient...

Der aggressive Demenzkranke, den man so aus der Zeitung kriegt.

Ganz genau.

Viel wichtiger als die Kognition.

Das heißt, der ist zwar nicht mehr fit im geistigen Bereich, ist aber friedlich und nett.

Dann kommt der Angehörige viel besser damit zurecht, als mit einem, der geistig fitter ist, aber aggressiv.

Und das ist eine andere Behandlung.

Da kann man wieder fragen, wie kriege ich die Aggression aus dem raus?

So ist es.

Und das ist dann wieder, gibt es eine Lösung, nämlich eine bessere Medikation, die das eben gut managen kann.

Ich kriege normalerweise herausforderndes Verhalten durch Training des Angehörigen einerseits, das ist sehr wichtig, wie ich umgehe.

Und durch die richtige Medikation raus.

Also vermindert, so stark, dass es den Angehörigen entlastet.

Das ist übrigens ein Punkt, den haben wir auch erreicht in unserer Studie, der Angehörige wird signifikant entlastet.

Durch diese Interventionen, die die Dementia Care Manager machen.

Aber genauso, wie Sie das gerade gesagt haben, geht man da auch vor.

Bloß eben bei der Demenz gibt es, wir haben jetzt inzwischen über 100 von diesen Schrauben entwickelt, die also je nach Bedarf dann angedreht werden.

Können Sie hingehen, also sich den einen Demenzkranken rausnehmen und dann wieder mit Ihrer Rahlkarte, also mit den 100 Schrauben kommen und gucken, passt auf den.

Die sieben Dinge, da müssen wir dran drehen und fertig ist es.

Genauso, nicht fertig, sondern da geht es erst los, aber genauso wird es

gemacht.

Also wir fahren da hin, machen dieses computergesteuerte Assessment, das heißt auf deutsch, ich habe da Fragebögen drin.

Ich habe bestimmte Untersuchungen auch drin, die einfache Untersuchung.

Und dann ergibt sich ein Bild.

Und der Computer verrechnet das mit den Interventionen.

Also Beispiel, Sie haben beim Fragebogen zur Major Depression, haben Sie einen Punktwert über einem bestimmten Maß, dann empfiehlt dieses Computersystem fachärztliche Abklärung, ob der vielleicht eine Depression hat.

Sie wundern sich, wie viele Patienten gar nicht dement sind, sondern bloß eine Depression haben.

Die völlig anders behandelt wird.

Und auch viel besser behandelbar ist im Zweifelsfall.

Und eine wesentlich bessere Prognose hat.

Genau, das heißt also, das wäre so ein einfaches Ding.

Pflegefehler sind schon, oder nicht Pflege, Pflegebedarfe, ganz wichtiger Punkt, sind natürlich ein bisschen schwieriger zu ermitteln.

Da muss ich ein bisschen genauer nachfragen, muss ich auch ein bisschen gucken und so.

Und dann stellt sich raus, dass dieser Patient hier gar nicht hauptsächlich unter seiner Demenz leidet, sondern unter einer chronischen Wunde.

Oder unter einer Sehschwäche.

Kommt die Brille, kommt ein Hörgerät.

Wir haben einen Patienten, den erzählen wir in den Vorlesungen, der ist von seiner Demenz geheilt worden, die er natürlich gar nicht hatte, durch ein Hörgerät.

Der hat im Test so schlecht abgeschnitten, hat alles falsch gemacht, weil er nicht verstanden hat, was er machen sollte.

Als er es verstanden hat, hat er es richtig gemacht.

Und dann noch ein bisschen räumliche Orientierung, weil die Akustik fehlt und schon sieht er aus als ...

Ja, fit.

Das kommt selten vor, ist ja ganz klar.

Aber das merkt man dann halt auch.

Und wir haben dieses System getestet gegen eine normale Krankenschwester sozusagen, erfahren.

Und haben dann geguckt, wie viel mehr das System vorschlägt, als die Krankenschwester selber gesehen hat.

Und das haben wir so gemacht, dass wir denen gesagt haben, pass auf, das System sagt, du solltest nochmal danach gucken und danach gucken und danach gucken.

Findest du das auch?

Und dann haben die gesagt, ja, ja, ja, ja, ja, finde ich auch.

Also über 80 Prozent der Vorschläge, die das System noch zusätzlich gemacht hat, fand die Schwester auch richtig.

Also nachher hat sie gesagt, ach ja.

Und ganz häufig war da eben sehen und hören dabei.

Normalerweise würde man gar nicht darauf kommen, dass man das bei jedem dementen Patienten prüfen muss.

Ja.

Sagen Sie jetzt.

Ja.

Wurde aber eben nicht gemacht.

Und das ist ja immer so, wirklich geniale Sachen sind ja immer einfach im Nachhinein.

Weil man am Anfang nicht drauf gekommen ist.

Und das gibt mehrere solche Punkte, also auch kompliziertere Sachen, wo man eben nicht selber drauf gekommen ist.

Und deswegen funktioniert das so gut.

Und das Ganze ist jetzt so optimiert, dass es leicht bedienbar ist und so.

Die Schwestern, die das in der Hand haben, die merken gar nichts von dem

ganzen IT-Overkill, der da drin steckt.

Bauen Sie das weiter aus oder ist diese IT, also ist diese Maschine, ist die fertig entwickelt?

Also sie ist so, dass sie im Alltag funktioniert.

Wir hatten ja sechs Schwestern, die den ganzen Tag rumgekurvt sind und eben über 600 Patienten betreut haben.

Die sind ja fünf, sechs Mal pro Patient da hingefahren, mindestens.

Und die hatten dieses Ding immer dabei.

Das sind so spezielle, wie nennen die das?

Die heißen Clinical Assistants, das sind so eine Art Notebooks oder Tablets, die aber eben ein paar Eigenschaften haben, die man sonst nicht so bei dem Mediamarkt kriegt.

Nämlich zum Beispiel desinfizierbar sind, wasserdicht sind, runterfallen können, einen Akku haben, den man rausnehmen kann, währenddessen läuft es aber mit dem anderen Akku weiter und solche Sachen.

Das ist das, was jeder haben will eigentlich.

Ja, ja, wir haben die mitentwickelt.

Wir haben die hier im Institut mitentwickelt, die erste Generation, weil die grotesk praxisuntauglich waren.

Das ist eine große Firma mit wenig Buchstaben, hat damit angefangen und die hatten also all diese Dinge nicht.

Und wir haben gesagt, pass auf ihr braucht folgendes, dadadadadam, die müssen einen Barcode Scanner haben, die müssen eine Kamera haben, die müssen gar nicht so viel Speicher haben, aber dafür müssen sie eine Dockingstation ermöglichen und so weiter.

Die Dinger gibt es jetzt, die sind jetzt immer noch ein bisschen teurer, aber nicht so unermesslich wie normale Notebooks, aber sie haben eben kein Infektionsrisiko, Riesenthema.

Sie laufen an einem Tag zu fünf oder sechs Patienten, die alle über 80 sind, in unterschiedlich guten Zuständen zu Hause.

Der eine hat mindestens ein MRSA Keim und wenn sie das dreimal gemacht haben, dann haben sie aber alle den Keim.

Und deswegen muss man die Dinger zum Beispiel desinfizieren können.

Denken viele gar nicht dran.

Ist aber wichtig.

Diese Teile funktionieren in der Praxis so gut, dass man die nicht Wissenschaftlern oder nicht in einem Institut angestellten Schwestern geben kann.

Das heißt, theoretisch könnte ich das machen?

Könnten Sie machen.

Wir würden Sie da ungefähr drei, vier Stunden einweisen, dann würden Sie loszockeln.

Das ist ja genau der Punkt.

Also die Ausbreitung von so einem Konzept passiert ja dann ohne Dezerenz.

Es wäre sogar zukünftig eine Art Crowdsourcing dieser ganzen Maschine denkbar.

Dass man sagt, Mutter wird immer tüddliger.

Kann ich mir mal so ein Gerät ausleihen?

So nicht.

Ja, aber klar, Sie können sich da am Internet ja auch ganz viele Sachen runterladen, aber das funktioniert natürlich nicht systematisch richtig gut.

Sie müssen da hin, weil Sie haben ja nicht den Rest.

Sie haben nicht den pflegerischen Blick.

Sie haben nicht dieses Gefühl für alle anderen Sachen.

Der kann ja nicht mehr so gut erzählen oftmals oder zumindest nicht analytisch.

Sie kriegen ja gar nicht raus, ob der Schmerzen hat zum Beispiel.

Wie sehen die Zähne aus?

Viele haben Zahnschmerzen und werden deswegen aggressiv oder auffällig.

Wenn man die Zähne behandelt, dann werden die ruhig und freundlich und die Lebensqualität steigt natürlich dramatisch.

Für alle.

Ja, für alle genau.

Und solche Sachen, das sind so Dinge, da kommt man als Laie.

Deswegen gibt es ja diese Ausbildung, wie zum Beispiel Krankenschwester.

Also das hat schon Sinn, das zu machen.

Aber die Maschine selber bringt jetzt kein großes zusätzliches Problem.

Die hilft mir einfach bei dieser völlig komplexen Arbeit.

Und wir glauben ja jetzt in der Forschung, dass man das auch für andere Krankheiten verwenden könnte.

Denn sagen wir mal so, Diabetes mit Immobilität, noch eine chronische Wunde dabei, Bluthochdruck und Stoffwechsellentgleisung, da haben Sie dann auch langsam nicht mehr den Überblick alleine.

So ein Ding kann Ihnen da sehr helfen, die Sachen richtig zu sortieren.

Also deswegen glauben wir, dass da noch eine große Zukunft für dieses Interventionsmanagementsystem da ist.

Aber das ist jetzt hier für uns ja nicht das Entscheidende, sondern für uns geht es darum, dass es den Patienten besser geht.

Und das haben wir jetzt nachgewiesen.

Also nach einem Jahr Follow-up wird wieder ganz genau gemessen, wie wir das immer machen.

Wieder in der Häuslichkeit, wir fahren ja mit unseren DTNE-Autos da auch rum.

Das geht ja gar nicht anders, weil die wohnen ja hier auf viel Platz.

Und wir haben gezeigt eben, dass es ganz konkrete positive Effekte gibt durch dieses Modell.

Wie sind Sie überhaupt auf die initiale Idee gekommen, das so zu machen?

Das haben wir zusammen mit dem Kollegen in Rostock entwickelt.

Also der ist ja im Gegensatz zu mir, ist ja Demenzexperte schon vorher gewesen.

Ich bin ja hier dazu gekommen als Versorgungsforscher quasi und hatte mit Demenz jetzt noch nicht so viel zu tun.

Der hat aber ganz genau eben in der Praxis Erfahrung, der Psychiater Stefan Teipel, der auch Leiter der Memory-Klinik ist in der Uni Rostock.

Der weiß sozusagen, wo der Schuh drückt bei den Demenzpatienten in der Häuslichkeit.

Und der hat gesagt, wir müssten so ein subsidiäres System machen, was quasi dabei hilft, die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten alle richtig abzurufen, die man eben jeweils im Einzelfall braucht.

Und mit dieser Idee haben wir damals gestartet.

Das war auch das, womit wir uns beworben haben als Zentrum vom DTNE.

Was letztendlich dann eben auch dazu geführt hat, dass wir das jetzt machen können.

Wo Sie frischer Demenzexpertin, was ist das eigentlich?

Demenz?

Demenz ist ein Syndrom.

Das heißt eine Kombination aus verschiedenen Symptomen.

Und im Vordergrund steht die geistige Leistungsfähigkeit, die nachlässt oder eingeschränkt ist.

Insbesondere die Erinnerungsfähigkeit, aber später auch weitere geistige Leistungen.

Gibt es dann typischen Verlauf?

Also zuerst nimmt die Erinnerungsfähigkeit ab, danach kann man nicht mehr hören, dann nicht mehr sprechen?

Hören geht schon noch lange, aber das ist sozusagen die komplexe abstrakte Denkweise.

Die Erinnerung ist das Erste.

Bei den meisten Demenzformen fängt es mit der Erinnerung an, also Merkfähigkeit.

Unsere kurzfristige Merkfähigkeit.

Das was früher war, länger her, das wissen Sie oft noch besser.

Also viele Patienten berichten sogar, dass sie das noch mehr erinnern als am Anfang, also als früher.

Weil aber die akute Erinnerung, die Kurzzeiterinnerung, die ist viel schlechter geworden.

Also sie müssen es halt 1-3 mal sagen, was im Alltag ja viel belastender ist.

Und die Storys, die sind dann eben von den Jahren lange zurückliegend.

Da kommen die alten Geschichten von früher.

Die sind da.

Oftmals, aber viel länger auf jeden Fall.

Dann gibt es aber eben andere Dinge, so komplexe Denkaufgaben.

Also ein Demenztest, der ganz verbreitet ist, zum Beispiel von 100 immer 7 abziehen.

Oh Gott, das finde ich ja schon anstrengend.

Und das lässt es dann eben nach.

Und dann geht es weiter mit den Fähigkeiten im Alltag.

Ich muss ja zum Beispiel Finanzen machen.

Das hört sich schon an, das hört auch ziemlich früh auf.

Sortiert einkaufen gehen.

Ich muss ja viel merken, ich muss wissen, wo das alles ist.

Ich muss wissen, was ich überhaupt brauche und so.

Also komplexe geistige Aufgaben werden schwieriger zu lösen.

Und das ist dann schon im Alltag belastend.

Dann wird dann irgendwann, wenn das weitergeht, die Selbstständigkeit auch geringer.

Ich kann meine finanziellen Sachen nicht mehr machen, Versicherungsgeschichten und so.

Da braucht man eine Kognitionsfähigkeit, die relativ anspruchsvoll ist.

Wissen wir, warum das passiert?

Naja, wir wissen zumindest, was im Gehirn passiert.

Und das ist eben eine Degeneration der Nervenzellen, die wahrscheinlich davon kommt, dass da eben bestimmte Ansammlungen von pathologischen Proteinen, pathologische Ansammlungen von diesen Proteinen, die im Gehirn normalerweise vorkommen, aber eben nicht richtig abtransportiert oder abgebaut werden können.

Da bin ich jetzt wiederum auch nicht der Experte.

Aber da ist auch noch vieles im Fluss.

Wir forschen da fleißig mit den Kollegen an Modellen rum von Zebrafischen oder kleinen Nagetieren, um eben nochmal genau zu wissen, was ist denn jetzt genau der Grund?

Und ganz genau, das weiß ja Christian Haas aus München zum Beispiel, der auch ein DZNE Zentrumsleiter ist, das weiß man eben noch nicht ganz genau.

Es gibt Menschen, die verfolgen die Amyloid-Hypothese und es gibt andere, die verfolgen noch immer andere Hypothesen.

Tatsache ist, wenn das Amyloid entfernt wird, ist die Demenz immer noch da.

Sodass wir jetzt heute glauben, das muss ganz am Anfang schon gar nicht erst entstehen.

Bei der Therapie geht man zunehmend auf die frühen Stadien.

Aber wann wäre ein frühes Stadium?

Tja, 30.

30.

Oder mit 40.

Deswegen ist das Prädiktive so wichtig.

Da sind wir jetzt ein bisschen Richtung Rostock gegangen, weil das macht Stefan Teipelt.

Der macht sozusagen Methoden, um frühzeitig die Risikoleute zu ermitteln.

Weil das wären dann eben die, die man auch behandeln müsste.

Aber was macht der dann?

Also in dem Moment, wo er mich als Risikopatienten entdeckt hat, was mache ich dann?

Jeden Tag drei Sudokus?

Ja, es gibt Evidenz, aber die ist, sagen wir mal so, sie können mit geistigem Training, sozusagen kognitivem Training, können sie was verlangsamen, aber sie kriegen es nicht ganz aufgehalten.

Aber wir wissen schon zum Beispiel, dass eine frühzeitige Prävention, also

Blutdruck einstellen, Diabetes streng behandeln, sportliche Aktivität, vor allen Dingen komplexe Sachen, zum Beispiel Tanzen ist ideal, gibt es gute Daten dazu, können sie eine Menge erreichen bei Menschen mit beginnenden kognitiven Einschränkungen.

Das wird auch empfohlen, das zu machen.

Das würde man dann eben auch früher anfangen.

Aber das wirkliche Ziel, was dahinter steckt, ist natürlich, Medikamente zu finden, die dann die ganze Entwicklung aufhalten können.

Und auch die wird man aber eben sehr früh einsetzen müssen.

Das ist inzwischen ziemlicher Konsens zwischen den Forschern.

Und deswegen brauche ich diese frühen Stadien, um diese Kandidatenmedikamente zu testen.

Ich muss also mit gesunden Leuten testen, um zu gucken...

Mit gesunden Leuten oder mit Leuten, die noch gesund wirken?

Ja, die sozusagen kognitiv gesund sind, aber bestimmte Risikofaktoren zeigen, dass sie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Demenz bekommen.

Das sind bestimmte Biomarker, die man feststellen kann, bestimmte Veränderungen in diesen heutigen modernen Bildgebungsverfahren.

Sie nennen die alle Biomarker.

Aber ich würde mal sagen, Veränderungen, die noch keinen Krankheitswert haben, für den Menschen selbst, aber die zeigen, dass das Risiko für eine Demenzentwicklung größer ist als im Durchschnitt.

Diese Leute sind dann diejenigen, mit denen wir die Studie machen müssen.

Was denken Sie, wie lange das noch dauern wird, bis wir die Dementia-Care-Manager mehr oder weniger flächendeckend unterwegs haben?

Also, dass ich im Grunde...

Ich habe jetzt auch wieder so ein romantisches Bild davon, dass ich einfach nur den gelben Seiten nachschlage unter Dementia-Care und dann Frau Schneiderei anrufe, die dann mal vorbeikommt und meine Mutter anguckt.

Ja, das muss so sein.

Wir haben ein Modellprojekt gestaltet, das jetzt allerdings leider noch nicht umgesetzt ist, weil da immer eine Krankenkasse mitmachen muss bei den sogenannten Modellprojekten.

Und die Krankenkassen tun sich schwer, aus verschiedenen Gründen.

Unter anderem, weil sie sich sowieso meistens schwer tun mit irgendwelchen Veränderungen.

Weil sie denken, es wird immer teurer.

Egal was wir machen, wird es am Ende teurer.

Das ist so ein bisschen so eine Traumatisierungserlebnisse der Krankenkassen.

Die haben auch insgesamt viel zu viel zu sagen.

Die Krankenkassen können mehr blockieren, als sie blockieren können sollten.

Ja, natürlich aus naheliegenden Gründen, die auch verständlich sind.

Aber dadurch wird der Fortschritt eben wirklich sehr mühsam.

Ich dachte, das würde eher über die KVen gehen, das Problem.

Das kommt darauf an.

Die können auch gut blockieren.

Aber die blockieren im anderen Bereich.

Also die KVen haben jahrelang zum Beispiel diese Delegation blockiert.

Mit allem, was sie konnten.

Bis sie dann irgendwann festgestellt haben, es ist zu spät, es kommt jetzt.

Dann waren sie sofort schon immer dafür und haben dann eben die MFA-Ausbildung erfunden.

Die heißen dann eben jetzt nicht mehr Agnes, sondern jetzt heißen sie Vera.

Es ist aber im Prinzip das Gleiche in Grün.

Ist auch ein Akronym für irgendwas vermutlich.

Ja, ja, genau.

Versorgungsassistentin in der Haushaltspraxis.

Das ist alles okay.

Aber sie konnten natürlich nicht so richtig zugeben, dass das, wo sie so lange dagegen waren, dass sie da plötzlich dafür sind.

Also haben sie gesagt, da sind wir ja immer noch dagegen.

Wir machen jetzt bloß das Gleiche in Grün.

So ist das halt immer.

Aber im Gesundheitssystem wird viel blockiert und gemauert, weil einfach das System ja an sich so starr ist.

Jedes Mal, wenn ich was ändere, verliert ja irgendeiner was.

Und deswegen ist der Konsens immer, wir lassen es so, wie es ist.

Und dann muss ja der Staat kommen.

Das ist aber ein ganz anderes, großes Thema.

Wenn sich was ändern soll, die letzten, sagen wir mal, zehn Jahre, haben sich alle wesentlichen Änderungen kam vom Staat.

Also durch Gesetze, durch Gesundheitsstrukturgesetze.

Angefangen mit Seehofer damals, aber eben jetzt inzwischen wirklich sehr moderne, kluge, abgestimmte Gesetze.

Seit den letzten so drei, vier Ministerien war das gut, auch kontinuierlich.

Es gab also nicht so wie bei Trump, da war erst mal alles wieder rückgängig, sondern über die Parteien hinweg eine, sagen wir mal jetzt, nicht unbedingt ruckelfreie Kontinuität, aber das war kompatibel, was die gemacht haben.

Warum passiert das auf einmal so, warum klappt das auf einmal?

Weil die Leute vernünftig geworden sind.

Ach so.

Also die Ideologie ist weniger geworden.

Ich glaube, das liegt an einer allgemeinen Abrüstung, sozusagen.

Die Schwestern waren ja auch nicht gerade zimperlich mit der Beschimpfung der Ärzte.

Das ist besser geworden.

Die Ärzte sind bescheidener, weil sie es eben draußen sehen, die kriegen den Versorgungsauftrag nicht mehr überall realisiert.

Das heißt, wir müssen schon mal irgendwie mal was Konstruktives tun, nicht immer nur Besitzstandswahrung.

Und die jungen Leute haben keinerlei Problem damit.

Also meine Studenten, die sagen, wie jetzt, verstehe ich jetzt nicht, wieso ist denn das ein Problem mit den Schwestern.

Also wir haben hier interprofessionelles Lernen jetzt eingeführt.

Das heißt, völlig revolutionär gibt es jetzt mehrere Kurse, wo Schwesternschülerinnen, also Krankenpflegeschüler, mit Medizinstudenten zusammen unterrichtet werden.

Da haben wir den Innovationspreis für gekriegt, einen bundesweiten Innovationspreis für interprofessionelles Lernen.

Und ich habe in meiner Dankesrede gesagt, das ist eigentlich schon ganz schön

bezeichnend, dass man für etwas, was man seit 100 Jahren hätte machen sollen, heute, so war es halt.

Inzwischen ist das aber, auch das kommt an.

Also wir kommen weiter damit.

Wir sind ja in der Allianz für Menschen mit Demenz auch, aktiv für das DCDNE.

Und die denken in diese Richtung.

Die sagen ganz genau, ne, pass mal auf, neue Arbeitsteilung, Einbeziehung von anderen Professionen in die Behandlung.

Eben bis hin zur Substitution.

Bei unseren, also das heißt, der Arzt delegiert nicht nur und sagt, mach das.

Sondern der Arzt sagt, diesen ganzen Bereich, den übergebe ich dir.

Und du rechnest das auch selber ab.

Wundschwester hatten wir schon.

Aber auch bei der Demenzversorgung würde das gehen.

Wir haben also natürlich genau mitgeschrieben, welche Tätigkeiten dann die Schwestern selber machen.

Und welche der Arzt übernimmt.

Und über 70 Prozent der Tätigkeiten übernimmt die Schwester selber.

Kann man sich ja fragen, wieso mussten da noch delegiert werden.

Und so, das würden wir also im nächsten Projekt sicher versuchen, dass wir sagen, hier gibt es eine Arbeitszahlung, eine Schnittstelle, wo der Arzt sagt, pass auf, ich mache den Medikamentenoptimierungskram.

Das kann ich besser.

Und du machst hier draußen die Pflegeversorgung von diesem Patienten und unterstützt den Angehörigen noch ein bisschen.

Das machst du.

Und dann reden wir wieder.

Und überlegen, wie wir das nächste Mal sozusagen unsere Arbeit wieder aufteilen.

Da wird es hingehen.

Und da haben eben die jungen Leute, die Studenten hier, die sagen, natürlich geht es da hin.

Die, die vor 20 Jahren haben gesagt, seid ihr wahnsinnig.

Da werden ja die Ärzte abgeschafft.

Genau, das ist viel besser geworden.

Da bin ich auch froh, weil das war also nicht einfach, in diesem System hier Delegation einzuführen.

Das habe ich ja schon erzählt.

Ich hatte jetzt nicht direkt Hausverbot, aber ich war schon Persona non grata.

Inzwischen bin ich wieder geschätztes, geschätzter Kollege.

Als Sie Arzt geworden sind, haben Sie mit all dem gerechnet?

Nein.

Ich bin Arzt geworden, weil ich dachte, das ist der wichtigste Beruf, den es überhaupt gibt.

Ich denke immer, das ist der tollste Beruf.

Total vielseitig, total nachdenklich.

Ich habe mich immer gefragt, warum?

Warum ist das so?

Und dann bin ich zwangsläufig zur Epidemiologie gekommen.

Weil ich wusste gar nicht, dass es Epidemiologie ist, was ich da gemacht habe.

Aber so nach dem Motto, wieso kriegen die schwarzen Amerikaner mehr Tuberkulose als die weißen?

Da hatte unser Pädiater eine ganz gute Erklärung für.

Die aber nicht stimmt.

Es hat natürlich nichts mit der Hautfarbe zu tun, mit Dummheit oder Bildungsferne, sondern es hat was mit der sozialen Schicht zu tun.

Die soziale Schicht führt, der größte Risikofaktor überhaupt, also für einen zum Beispiel arbeitslos zu werden, ist ein Risikofaktor, für den können Sie ja durchaus

ein knappes Päckchen pro Tag rauchen.

Also von der Äquivalenz für das erhöhte Herzinfarkttrisiko, Schlaganfallrisiko und so weiter.

Arbeitslosigkeit ist so riskant wie eine Schachtel Zigaretten zu holen.

Ja, so ist es.

Weil dieser soziale Abstieg, den Sie dadurch erleben in Deutschland, ja auch immer noch, ist so ein großer krankmachender Faktor, dass manche Leute deswegen nicht wieder an den Job zurückkommen, weil sie zwischendurch einfach krank werden.

Und so weiter.

Also die soziale Schicht ist ein sehr wichtiger gesundheitlicher Risikofaktor.

Und das ist aber im Medizinstudium nicht vor.

Im Medizinstudium gibt es Zahlen, maximal mal Zahlen, oder irgendwelche allgemeinen Aussagen.

Und nie, ich nehme den Kranken so hin, wie er ist, und jetzt fange ich an.

Was mache ich mit dem für Diagnostik, für Therapie und so.

Ich wollte immer wissen, warum ist der krank?

Wieso ist der krank und der andere nicht?

Und deswegen bin ich zur Epidemiologie gekommen.

Müsste das Medizinstudium neu aufgehält werden?

Wir machen das jetzt.

Wir dürfen ja Querschnittsbereich unterrichten, Epidemiologie.

Also zwangsweise Sozialwissenschaften unterrichten, Medizinstudium?

Nicht zwangsweise, die finden das ja geil.

Die Studenten finden das gut.

Weil die wissen, dass das nicht so einfach ist.

Dass man hier, sag mal, da ist was, da tue ich was, dann ist es wieder gut.

So ist es eben nicht.

Und die Studenten von heute, die wissen das ganz genau.

Die haben ja ganz oft schon irgendwas gemacht, beruflich oder kennen sich eben.

Die haben immer noch ein Problem, dass die Ärzte alle in einer bestimmten Schicht sind.

Und dass sie relativ schlecht kommunizieren mit den sogenannten anderen Leuten.

Könnten Schwestern übrigens besser, haben wir auch nachgerieselt.

Aber trotzdem ist die Offenheit dafür, dass die Grenzen des eigenen Fachs zu erkennen, ist dramatisch mehr geworden.

Also ich erlebe das bei Fachgesellschaften.

Ich bin ja viel in Fachgesellschaften unterwegs, immer eingeladen wegen irgendeinem übergreifenden Thema, was wir hier versuchen.

Bin ich bei den Onkologen, bei den Gynäkologen, bei den Pädiatern, bei den Schmerztherapeuten.

Das ist ja kaum jemand bei so vielen verschiedenen Fachgesellschaften.

Was ich total spannend finde, weil die sind zum Teil relativ weit auseinander.

Also würden miteinander gar nicht reden.

Ich bin ganz oft der Einzige, der auf diesen beiden Kongressen gewesen ist.

Ich war jetzt mal im Chirurgen auch.

Das heißt, Kardiologen, ganz spezielles Volk, die sind anders.

Die Onkologen sind völlig anders als die Kardiologen, obwohl sie beide Internisten sind.

Aber die Onkologen zum Beispiel haben total erkannt, dass sie selten jemanden heilen.

Oder viel seltener, als sie gerne würden.

Wie erkannt?

Ist denen das nicht schon immer klar?

Also sagen wir mal so, wiederum so, ich sage mal vor 10 Jahren, vielleicht sind es auch 15.

Da hatten wir auf der Jahrestagung der Onkologen, gab es nur Überlebenskurven.

Das heißt, die Menschen, die da nicht drauf waren, die haben uns auch nicht weiter interessiert.

Auch nicht die Menschen, die nicht in der Studie waren.

Dass zum Beispiel in der Studie nur ganz wenige Prozente von allen Betroffenen drin waren, das war gar nicht ein Thema.

Wir haben das mal untersucht.

Wie viel Prozent aller Menschen mit Krankheit X sind eigentlich in klinischen Studien drin?

Über die ich dann aber auf dem Kongress erzähle.

Und das sind also bei manchen Krankheiten 3, 4, 5 Prozent.

Das heißt, 95 Prozent der Menschen mit derselben Erkrankung haben irgendwelche Ausschlusskriterien, z.B.

Multi- oder Komorbidität oder zu alt, sodass sie gar nicht in die klinische Studie reingekommen sind.

D.h. worüber ich rede, was ich mir angucke, ist eine kleine Minderheit mit extremen Eigenschaften.

Während die ganz normalen Leute da draußen, die aber die Patienten sind, die sehe ich gar nicht.

Das hat dazu geführt, dass die Onkologen z.B. sich nicht mit Palliativmedizin beschäftigt haben.

In dem Moment, wo sozusagen meine onkologische Therapie zu Ende ist, interessiert mich der Patient auch nicht mehr so.

Da geht er eben zu den Internisten wieder zurück.

Und das ist jetzt völlig anders.

Also die Onkologen haben ganz deutliche Schritte gemacht in Richtung auf, das ist mein Patient und ich behandle den in jeder seiner Lebensphasen.

Also auch dann, wenn er, wie man das so früher nannte, austherapiert ist.

Weil er ist nicht austherapiert.

Er wird therapiert bis zum Lebensende.

Dann aber eben nicht mehr mit dem sogenannten kurativen Ziel.

Das kurative Ziel in der Onkologie war auch ein bisschen euphemistisch.

Also ganz viele, die mit kurativer Intention behandelt worden sind, hatten null Chancen, kuriert zu werden.

Die haben halt ein bisschen länger gelebt, und teilweise noch nicht mal das.

Das war so eine Lebenslüge.

Und das ist eben, wie gesagt, jetzt besser.

Wir haben mit den Onkologen zusammen getagt, wir haben Projekte gemacht jetzt.

Die sind sehr nachdenklich.

Haben die als, aus meiner Sicht, erste Fachgesellschaft die Frage gestellt, was ist eigentlich das Ziel der Onkologie?

Und das ist schon lange her jetzt.

Aber ich war da an der Tagung.

Aber es ist halt wirklich eine gute Frage.

Die Frage ist total wichtig, die wir uns einfach viel zu wenig stellen.

Weil wenn ich weiß, was das Ziel ist, dann kann ich auch optimieren.

Dann kann ich übrigens auch messen, ob es geklappt hat.

Wie messe ich Qualität?

Ich habe vorgeschlagen bei Herrn Gröhe, bei Minister Gröhe, Qualität misst man, indem man vorher sagt, was man erreichen will, und hinterher vergleicht das, was man erreicht hat, mit dem, was man vorher gesagt hat.

Dieser Abstand, das ist Qualität.

Der muss möglichst klar sein.

Da muss man nur mal in der Automobilindustrie gucken, die machen das seit 50 Jahren.

Ja, aber in der Medizin nicht.

Weil nämlich sie mit ihrem Blutdruck, die Lady nehmen an mit ihrem Blutdruck.

Oder nehmen wir lieber mal mit der kognitiven Einschränkung.

Oder mit der Multimobilität.

Sie wollen gerne wieder wandern können, weil sie immer gewandert sind.

Dann kriegen sie viel eher ein neues Knie, mit allen Komplikationen, die das hat, bei Demenzen, oder Risiken, als die demente Patientin neben ihnen, die lieber in Ruhe möglichst lange zu Hause bleiben will.

Die kriegt dann zum Beispiel eine Therapie von ihrer Inkontinenz, damit sie nicht deswegen ins Heim kommt.

Und so können sie sich die Fälle zusammenschrauben.

Das heißt also auch, der Therapieerfolg ist bei Ihnen ja in Metern zu messen.

Oder Kilometern.

Und bei dieser Frau in Wochen.

Oder Monaten.

Und das ist eben das, was ich sage.

Es gibt nicht den Outcome-Parameter, an dem ich optimiere.

Sondern es gibt ein Behandlungsziel.

Und jetzt kommt ja die nächste Schleife, die genauso wichtig ist.

Dass ich mit dem Patienten zusammen ermitteln muss als Arzt.

Wenn ich fünf Krankheiten habe, dann kann ich nicht alle fünf Krankheiten gleich gut behandeln, weil die sich gegenseitig in die Quere kommen.

Die Medikamente, die gegen die eine helfen, schaden bei der anderen.

Muss ich also wissen, was jetzt entscheidend ist.

Worunter leide ich denn am meisten?

Was ist denn sozusagen meine limitierende Erkrankung?

Weshalb kann ich nicht mehr, was ich will?

Und das ist auch was ganz anderer Kram, als wir hauptsächlich tun.

Also die bereits erwähnte Inkontinenz.

Das ist ja eigentlich ein psychotherapeutischer Ansatz.

Nein, es ist ein menschlicher Ansatz.

Auch die Psyche ist natürlich ...

Aber ich kenne natürlich diese Fragestellung, die sehe ich viel eher bei Psychotherapeuten, als ich die bisher bei normalen Ärzten gesehen habe.

Das macht jeder Hausarzt.

Das macht jeder Hausarzt auf seine Weise.

Ja gut, vielleicht merke ich es nur nicht, wie meine Hausärztin das mit mir macht.

Sie sind ja nicht so einer, bei Ihnen ist das ja noch klar.

Sie haben ja eine Sache, die Sie behandeln wollen, wenn Sie zum Arzt gehen.

Das ist das Problem, was im Vordergrund steht.

Sie sind ja kein Chroniker in dem Sinne.

Aber wenn Sie dann mal so noch mal 30 Jahre älter sind, dann reden wir anders.

Dann ist eben zum Beispiel die Behandlung der Depressivität, der Depression, bringt so viel mehr Lebensqualität, dass Sie dann zum Beispiel auf die Blutdruckeinstellung kurz mal nach hinten schieben.

Das Weglassen von irgendwelchen Schlafmitteln macht Ihre Kognition auf einmal besser.

Und Sie können dann auf einmal wieder selbsttätigend sich zurechtfinden draußen.

Dann kriegen Sie noch einen Rollator, dann laufen Sie plötzlich wieder, weil Sie keine Angst mehr haben, dass Sie hinfallen.

Sie machen ein bisschen Koordinationstraining, dann können Sie wieder selber ihr Essen zubereiten.

Ich mache es nur ein bisschen plakativ.

Aber so ist es ja.

Und diese Art von Herangehensweise, die ist heute viel populärer bei den Ärzten als noch vor vielen Jahren.

Als ich studiert habe, da gab es noch ein Rezept.

Also ich habe hier Folgendes.

Wir haben schon gelernt, wie man gut diagnostiziert und so.

Wir haben aber nicht gelernt, dass da fünf Krankheiten auf einmal sind.

Das ist mir als hinterher klar geworden.

Wir haben Fälle gelernt, die in der Natur kaum vorkommen.

Also der Patient mit der einen Krankheit.

Und da wird eben das und das gemacht.

Das konnten wir ja früher auch schon.

Ich habe ja schon viel gelernt in Bonn von meinen Lehrern.

Aber diese umfassende Management, Begleitungs-Symptomkontrolle, das hatten wir so nicht.

Also unsere Kriterien waren immer krankheitsbezogen.

Und nicht patientenbezogen.

Und da müssen wir eben heute hin.

Manche Patienten haben überhaupt kein Problem mit irgendeiner Krankheit, die ich total wichtig finde.

Das stört die gar nicht.

Aber was anderes, was ich gar nicht wichtig finde, stört die viel mehr.

Zum Beispiel so eine Wunde, die nervt schon ziemlich im Alltag.

Während möglicherweise irgendein verrutschter Labor wird.

Da müssen wir eben mehr dran.

Das machen die Geriater.

Die Geriater haben das als Erste gemacht.

Die haben gesagt, nehmt die weg mit dem Pathologie-Zeug.

Hier geht es darum, was beeinträchtigt den Patienten am meisten.

Und alles mehr als fünf Medikamente ist Körperverletzung.

Also die Geriater sind schon revolutionär.

Was jetzt dazukommt, sind die Palliativmediziner, die auch in der Demenz eine wichtige Rolle spielen.

Wäre noch immer wichtiger wahrscheinlich, oder?

Weil wir immer älter werden und immer kränker werden.

Sie werden auch selbstbewusster.

Sagen, wir sind genauso Ärzte wie die anderen.

Wir sind jetzt nicht die Todesbegleiter, sondern wir machen Intensivmedizin in der Häuslichkeit.

Total wichtig für die Lebensqualität, für die Stabilisierung.

Die Palliativmedizin, auch die spezialisierte ambulante Palliativmedizin, die jetzt gar nicht so lange gibt, erst seit vier, fünf Jahren ist die erst eingeführt und wird jetzt vergütet, ist eine super Maßnahme.

Und die kommt ins Haus.

Da muss ich nicht hin.

Was für die nächste Revolution, die Sie anschieben?

Ja, also ich glaube, die Arbeitsteilung ist eine Revolution.

Dass man sozusagen die primäre Zuordnung zu einer Berufsgruppe, bei der man dann lebenslang bleibt und bestimmte Dinge nie darf und andere Sachen nur ich darf, das wird, glaube ich, verschwinden.

Das ist eine der Revolutionen oder Megatrends.

Der andere Megatrend ist das, was wir gerade gesagt haben.

Der Patient bestimmt die Richtung.

Da müssen wir mehr hin.

Das tun wir noch nicht.

Die nächste Revolution wird sein, wir machen nicht mehr alles, sondern wir priorisieren.

Wir überlegen, was ist das größte Problem?

Das gehe ich an.

Dann gehe ich vielleicht das zweitgrößte an und den Rest beobachten wir mal.

Dann gibt es eine Revolution der Einbeziehung von anderen Lebensbereichen.

Ich habe eben nicht nur eine Krankheit, sondern das größte Problem ist meine Immobilität.

Und die ist nur ein Problem, weil kein Bus fährt.

Die Daseinsfürsorge und -vorsorge muss größer gedacht werden.

Die Planungsbereiche gehören zusammengelegt.

Ich darf keine Krankenhausplanung machen ohne eine Infrastrukturplanung.

Das ist jedem klar, ist aber trotzdem so.

Wenn ich eine Schule zumache, weil zu wenig Kinder da sind, muss ich aber den Schulbus einführen, der dann die Kinder, die noch da sind, zur anderen Schule fährt.

Das kann teurer sein und schwieriger, als die Schule auch dann offen zu lassen, wenn sie eigentlich schon zu klein ist.

Diese beiden Planungen sind aber unabhängig voneinander.

Das heißt, die Schule wird erst einmal zugemacht und dann kommt die Verkehrsplanung und sagt, wir brauchen ja einen Bus.

Das muss zusammengelegt, zusammen gedacht werden.

Das ist ja auch die leidige Geschichte mit der Pflegeversicherung, die ja nicht in der Krankenversicherung enthalten ist.

Was ja gaga ist.

Weil dadurch wird eine Prävention, die ich als AOK bezahle, in der Krankenversicherung, spart aber Geld von der Pflegeversicherung.

Das heißt, ich zahle drauf und die gewinnt.

Das können Sie mit der Rente genauso machen.

Aber es ist ja auch bescheuert, dass ich als GKV, also als gesetzliche Krankenversicherung, Dinge tue, die dazu führen, dass die Rente Geld spart.

Also die Rentenversicherung.

Das heißt, diese Sozialgesetze müssen integriert werden.

Vereinheitlicht werden, integriert werden.

Ja.

Das ist revolutionär.

Da brauchen wir noch ein paar Jahrzehnte für, oder?

Ich hoffe nicht.

Ich hoffe, das geht schneller.

Weil bei der Prävention sehen Sie es ja ganz krass.

Die Prävention nützt ja nicht mehr als Kasse.

500 Millionen Euro pro Jahr sind jetzt nach dem Präventionsgesetz für Präventionsleistungen reserviert.

Was machen wir damit?

Und so weiter.

Ich glaube, da gibt es noch zwei, drei andere Sachen, die, ehrlich gesagt, es total spannend machen.

Welche wären das noch?

Naja, wir haben gerade gesagt, die Planung wird auf den Kopf gestellt.

Wir müssen Planung unabhängig von irgendwelchen Bedarfszahlen machen.

Wir müssen es regional angehen.

Das heißt, da, wo regional irgendwas ist, muss ich das mit einberechnen.

Zum Beispiel ein Demenznetzwerk jetzt mal für uns, würde dann dazu führen, dass ich etwas weniger Demenz beim Hausarzt brauchen würde.

Umgekehrt, wo kein Demenznetzwerk ist, muss ich nicht nur einen Hausarzt hinsetzen, sondern muss ein Demenzwerk gründen.

Und das kann man jetzt weiterspinnen.

Wo das Krankenhaus zu klein ist, da müssen vielleicht fünf Niedergelassene sich zusammentun und zusammen das betreiben in diesem Krankenhaus, was dann noch gebraucht wird.

Und die anderen Abteilungen werden eben ausgelagert und sind dann im Nachbarkrankenhaus.

Oder ich stelle ein Krankenhaus um von einer Akutversorgung auf eine geriatrische Versorgung.

Das machen wir hier gerade ganz konkret.

Die Standorte sollen ja auch erhalten bleiben.

Aber ich kann natürlich nicht ein Krankenhaus mit acht Abteilungen führen, wenn die alle nur zu 70% ausgelastet sind oder weniger.

Das heißt, ich baue das ganze Ding um.

Und die Leute, die dann nach wie vor immer diese akuten Behandlungen noch brauchen würden, die werden eben in einer strukturierten Art und Weise im Nachbarkrankenhaus behandelt.

Das kann man ausrechnen, dass man das machen muss, weil die Vorhaltekosten einen sonst auffressen.

Wir haben das mit Pädiatrien gemacht.

Wir haben drei Pädiatrien, jeweils ungefähr 40 Kilometer auseinander.

Mit unserer Region hier.

Also genau gerechnet lineare Modellierungen mit den Gesundheitsökonomern zusammen.

Sie haben nur eine einzige Möglichkeit, kostendeckend pädiatrische Versorgung zu machen.

Und das ist, wenn zwei von den drei Dingen zugemacht werden.

Wenn nur eins zugemacht wird, zahlen sie drauf.

Wenn gar keins zugemacht wird, zahlen sie noch mehr drauf.

Und das geht so weit, dass das Krankenhaus A pro Fall, den das Krankenhaus B nicht behandelt, dem Krankenhaus B 500 Euro überweisen könnte.

Dann wäre es immer noch lukrativ für das Krankenhaus A.

Sie verstehen meinen Punkt, ne?

Ja.

Das ist ein völlig queres Denken, weil das Krankenhaus A ist ja private Kette 1, Krankenhaus B ist private Kette 2 und das Krankenhaus C ist die uniglinke Kreisfalt.

Oder so.

Was mache ich denn jetzt?

Ich kann ja nicht der privaten Kette sagen, mach dein Krankenhaus zu.

Warum eigentlich nicht?

Weil die private Kette aus ganz anderen Gründen, die jetzt relativ wenig mit dem Krankenhaus B und C zu tun haben, gerne möchte, dass das so und so ist.

Weil sie ja Investitionsplanung hat und weil sie bestimmte Patientenzustrome generieren will.

Das ist wahrscheinlich auch noch eins der Hauptprobleme, wo wir ran müssen.

Gesundheit als Ware.

Die Kommerzialisierung, Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung ist aus meiner Sicht, und da bin ich mit vielen Versorgungsforschern einig, ein Kernproblem.

Was wir durch diese relativ ungesteuerte Privatisierung und den sogenannten

Wettbewerb generiert haben.

In Einklammen haben sie keinen Wettbewerb.

Da sind sie froh, wenn sie ein Krankenhaus haben.

Ist dieses Rad noch mal zurückzudrehen?

Oder haben wir den Karren in den Dreck gefahren und kriegen den nicht wieder raus?

Das haben wir auf jeden Fall schon mal.

Ob das zurückzudrehen ist, ist eine etwas schwieriger zu beantwortende Frage.

Was heißt zurückgedreht?

Wir wollen ja kein sozialistisches, einheitliches Gesundheitssystem.

Das brauchen wir nicht unbedingt.

Hat auch nicht überall gut funktioniert.

Obwohl es da Beispiele gibt, wo staatliche Systeme ganz gut funktionieren.

Aber wir brauchen natürlich eine Planung.

Und die Planung ist nicht stark genug.

Ich muss schon sagen, du passt mal auf, bei aller Liebe, das Ding da, da wird jetzt nicht mehr gefördert.

Oder du kriegst es sogar noch nicht mehr genehmigt.

Das haben wir als Staat im Moment noch nicht.

Der Staat darf erst mal seit 2 oder 3 Jahren überhaupt erst mal bei der Planung mitmachen.

Bis dahin war das nur die Selbstverwaltung.

Also Kassenärzteschaft und Krankenhausgesellschaft.

Die sind aber nicht ganz neutral.

Eben.

Aber wer ist neutral?

Der Staat ist im Zweifelsfall ja auch nicht neutral.

Aber der vertritt zumindest die Interessen der Bürger.

Richtig.

Und kann sich zumindest argumentativ auf ihre Forschung, also auf ihre und ähnliche Forschung stützen.

Das ist ja dadurch, dass der Staat jetzt mehr dabei ist, also die Kommune vor allen Dingen, und das Landesministerium, dadurch sind die anderen plötzlich auch aufmerksamer auf Daten.

Und das ist vielleicht die allerwichtigste Revolution überhaupt, dass wir eine evidenzbasierte Versorgung brauchen.

Nicht nur evidenzbasierte Leitlinien.

Ich brauche also ein lernendes Gesundheitssystem, das sich auch anpasst an

neue Erkenntnisse, wenn es welche gibt.

Stichwort Innovationsfonds.

Wir sollen ja jetzt, und das ist ja eine super Maßnahme, über die wir ganz euphorisch sind, mit den 300 Millionen pro Jahr für neue Versorgungskonzepte und Versorgungsforschung direkt, sollen wir ja auch Dinge finden und untersuchen, die dann anschließend in die Regelversorgung gehen.

Was alle mit Begeisterung machen.

Also die ersten 300 Millionen sind ja ausgegeben.

Das heißt, da werden jetzt viele Leute losstraben, oder sind schon losgetraben, natürlich auch wir, mit solchen Projekten und Dinge untersuchen, die wir schon vor 20 Jahren hätten untersuchen sollen, zum großen Teil.

Und die sollen dann hoffentlich, wenn sie gut evaluiert werden, auch in die Regelversorgung, also in die Routine eingehen.

Und das hatten wir früher in so einem Verfahren nicht.

Früher wurde immer der am lautesten geschrien hat, gefördert.

Oder eben alles blieb so, wie es vorher war.

Den schönsten Präsentkorb gebracht hat.

Ja, vielleicht auch das.

Das war ja früher auch alles ganz gruselig.

Hat sich auch verbessert.

