



Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft
Ausgabe 10/2013, 16. Jahrgang

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

DEMOGRAFISCHER WANDEL

Karrierestart mit 50

Essay: Vom Alten Eisen
zum Midlife-Boomer



EXTRA: G+G-Wissenschaft

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

Unter www.aok-presse.de bieten wir Ihnen:

- aktuelle Infos und Nachrichten sowie Zahlen und Fakten zur gesetzlichen Krankenversicherung,
- den AOK-Medienservice (ams) mit gesundheitspolitischen und verbraucherorientierten Informationen.

AOK-BUNDESVERBAND Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier Pressereferent: Michael Bernatek Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de michael.bernathek@bv.aok.de christine.goepner-reinecke@bv.aok.de	Tel. 030/34646-2312 030/34646-2655 030/34646-2298 Fax: 030/34646-2507
AOK BADEN-WÜRTTEMBERG Hauptverwaltung Pressesprecher: Kurt Wesselsky	Presselstraße 19, 70191 Stuttgart presse@bw.aok.de	Tel. 0711/2593-231 Fax: 0711/2593-100
AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE Zentrale Pressesprecher: Michael Leonhart	Carl-Wery-Straße 28, 81739 München presse@by.aok.de	Tel. 089/62730-226 Fax: 089/62730-650099
AOK BREMEN/BREMERHAVEN Pressesprecher: Jörn Hons	Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen joern.hons@hb.aok.de	Tel. 0421/1761-549 Fax: 0421/1761-540
AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN Direktion Pressesprecher: Ralf Metzger	Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v.d.H. ralf.metzger@he.aok.de	Tel. 06172/272-161 Fax: 06172/272-139
AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN Direktion Pressesprecher: Carsten Sievers	Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover carsten.sievers@nds.aok.de	Tel. 0511/8701-10123 Fax: 0511/285-3310123
AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecherin: Gabriele Rähse Region Mecklenburg-Vorpommern Pressereferent: Markus Juhls	Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow presse@nordost.aok.de Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin presse@nordost.aok.de	Tel. 0800/265 080-22202 Fax: 0800/265 080-22926 Tel. 0800/265 080-41469 Fax: 0800/265 080-22926
AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecher: Jens Kuschel	Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund presse@nw.aok.de Edisonstraße 70, 24145 Kiel presse@nw.aok.de	Tel. 0231/4193-10145 Tel. 0431/605-21171
AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecher: André Maßmann Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer	Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf andre.massmann@rh.aok.de Pappelallee 22-26, 22089 Hamburg antje.meyer@rh.aok.de	Tel. 0211/8791-1262 Fax: 0211/8791-1145 Tel. 040/2023-1401 Fax: 040/2023-1409
AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressereferent: Jan Rößler	Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg/Pfalz jan.roessler@rps.aok.de	Tel. 06351/403-419 Fax: 06351/403-701
AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN Pressesprecherin: Hannelore Strobel Sitz Erfurt Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf	Sternplatz 7, 01067 Dresden presse.sac@plus.aok.de Augustinerstraße 38, 99084 Erfurt presse.thr@plus.aok.de	Tel. 0351/4946-11144 Fax: 01802/471002-104* Tel. 0361/6574-80021 Fax: 01802/471002-115*
AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecher: Andreas Arnsfeld	Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg presse@san.aok.de andreas.arnsfeld@san.aok.de	Tel. 0391/2878-44426 Fax: 0391/2878-44576

* 6 Cent/Anruf aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Minute aus dem Mobilfunknetz

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Mehr Transparenz bitte

Wie andere Branchen ist auch das Gesundheitswesen nicht frei von Korruption. Deshalb empfiehlt Anke Martiny von Transparency International einen kritischen Blick auf die Strukturen, bevor mehr Geld ins System gegeben wird.

Die Sache ist doch so: Wenn wir in unserer Rolle als Patienten und Kranken- oder Pflegeversicherte ganz sicher sein könnten, dass unsere Versicherungsbeiträge für die bestmögliche Behandlung unserer Beschwerden verwendet würden und bestimmt nicht für Medikamente oder Behandlungsmethoden, die fragwürdig oder übersteuert sind, dann hätten wir volles Vertrauen in unser Gesundheitssystem. Aber wir sind uns dessen nicht sicher, weil kaum ein Tag vergeht, an dem wir nicht von Missständen im Gesundheits- oder Pflegebereich lesen oder hören: systematischer Abrechnungsbetrug, Bestechungsgelder beim Überweisen von Patienten, „Fangprämien“ sind nur einige der Stichworte. Das Gesundheitssystem und erst recht das Pflegesystem sind so intransparent, dass der Verdacht berechtigt ist, hier bedienen sich aus unserem Versichertengeld auch Kräfte, denen wir aus gutem Grund misstrauen. Hat nicht der Lobbyismus im Gesundheitswesen die Oberhand?

Das Problem mit Missständen bei Gesundheit und Pflege ist, dass wir nur von Einzelfällen erfahren, die meist findige Journalisten aufdecken. Niemand kennt den wirtschaftlichen Gesamtschaden. Bei Vorteilsgewährung und Vorteilsannahme haben die Beteiligten auf beiden Seiten das größte Interesse daran, dass ihr Geschäft verborgen bleibt. Wenn also feine Essen und Kongresse, übersteuerte Vorträge oder Gutachten benutzt werden, um sich als Pharmaunternehmen mithilfe von Lobbyisten bei Ärzten oder Politikern beliebt zu machen, erfährt davon bestenfalls das Finanzamt. Hier können nicht einmal die Krankenkassen Verdachtsmomente festhalten.

In anderen Fällen ist Bestechung überhaupt nicht strafbar, beispielsweise wenn ein Arzt und eine Apotheke oder ein Sanitätshaus oder wenn zwei Ärzte untereinander für die Überweisung von Patienten Provisionen vereinbaren. Das ist nur nach ärztlichem Standesrecht verboten, um das Vertrauen der Patienten nicht zu zerstören. Aber kein Staatsanwalt könnte daraus einen Anfangsverdacht von

Im Pflegebereich ist die Intransparenz noch größer als im Gesundheitsbereich.

Korruption konstruieren und Ermittlungen einleiten. So können wir Patienten nie sicher sein, dass unser Hausarzt uns an den für unser Leiden am besten geeigneten Facharzt oder das qualifizierteste Krankenhaus überweist, sondern vielleicht an Kollegen oder Einrichtungen, die ihm dafür Geld oder Vorteile bieten. Dass so etwas nicht nur in Einzelfällen geschieht, gibt inzwischen sogar der Präsident der Bundesärztekammer zu.

Transparency International Deutschland hat jüngst eine Schwachstellenanalyse für den Bereich der Pflege und Betreuung vorgelegt. Hier ist die Intransparenz noch größer als im Gesundheitsbereich, weil außer der Krankenversicherung noch die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe sowie das private Einkommen und Vermögen der betroffenen Menschen in der Finanzierung eine Rolle spielen.

Außerdem sind Menschen mit Pflegebedarf häufig alt und demenziell erkrankt, und ihre nahen Angehörigen, soweit es sie überhaupt gibt, sind durch den Pflegefall überfordert. Da haben Akteure, die es auf eine Ausnutzung des Systems abgesehen haben, leichtes Spiel. Das Pflegesystem ist weitgehend privatisiert. Marktgesetze bestimmen das Handeln, und sie schützen eher die Wirtschaft als ethische Werte und die Gesundheit.

Transparency hat nicht mehr getan, als möglichst wertungsfrei zu beschreiben, wo überall Schwachstellen im System liegen, die zu Missbrauch, Betrug und Korruption führen können. Nach den pflegebedürftigen Menschen selbst sind die schwächsten Glieder im Pflegesystem die Pflegerinnen und Pfleger. Sie werden schlecht bezahlt, zeitlich und kräftemäßig bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit ausgenutzt und genießen wenig gesellschaftliche Anerkennung. Auch sie brauchen Schutz. Aber irgendjemand profitiert von diesem System. Wer ist das nur? Ehe man zu dem Ergebnis kommt, es müsse einfach mehr Geld in die intransparenten Systeme fließen, sollte man vorurteilsfrei prüfen, was sich an den Strukturen ändern muss. Mehr Transparenz bitte! ■



Dr. Anke Martiny (Jahrgang 1939) war von 1972 bis 1989 bayerische Bundestagsabgeordnete und als Mitglied des Wirtschaftsausschusses zuständig für Verbraucherpolitik. Danach war sie knapp zwei Jahre Kultursenatorin in Berlin. Seit 1998 arbeitet sie in verschiedenen Funktionen für die Antikorruptionsorganisation Transparency International Deutschland, vor allem im Bereich Gesundheit. Sie lebt in Berlin.

Kontakt:
amartiny@transparency.de

Gesundheit global



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Jules Verne braucht etwa 250 Seiten, um in 80 Tagen um die Welt zu reisen. Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt kommen dagegen mit circa 20 Druckseiten aus, um einmal die (halbe) Welt gesundheitspolitisch zu umrunden. In einer dreiteiligen Artikelserie fassen die beiden Entwicklungs-Experten für G+G Trends und Tendenzen aus Asien, Afrika und Lateinamerika zusammen.

Holst und Schmidt nehmen dabei die Gesundheitssysteme von knapp zwei Dutzend Staaten unter die Lupe. Die Palette reicht von ökonomisch aufstrebenden Nationen wie China, Indien und Brasilien bis hin zu Ländern wie Ghana und Ruanda, in denen Krankenversicherungs-Strukturen viel weiter fortgeschritten sind, als europäische Beobachter das angesichts früherer nationaler Katastrophen für möglich halten. **Deutsches Know-how ist beim Aufbau einer universellen Absicherung im Krankheitsfall willkommen,** wie nicht nur die 65 Einreisestempel und Visa im noch jungen Reisepass von Jens Holst zeigen: „Heute ist kaum mehr die klassische Entwicklungshilfe von Weißkitteln gefragt, sondern technische Beratung beim Aufbau öffentlicher Finanzierungssysteme und der Regulierung des Gesundheitsmarkts. Dabei kommen auch selbstverwaltete Strukturen nach deutschem Muster gut an.“

Vom Wert einer funktionierenden Selbstverwaltung muss man den Präsidenten des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus, nicht überzeugen. Im Interview mit meinem G+G-Kollegen Thomas Hommel plädiert er einmal mehr für die Einführung von Pflegekammern: Ohne professionellen Unterbau könne sich die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen einfach nicht genug Gehör verschaffen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Beim Talk in der Berliner Geschäftsstelle des Pflegerates: Andreas Westerfellhaus (rechts) und Thomas Hommel.

MAGAZIN

14 RÄTSEL UMS KÜNSTLICHE KNIE

Eine aktuelle Studie belegt: Der Einbau von Knie-Endoprothesen stagniert. Allerdings gibt es bei der Häufigkeit große regionale Unterschiede.

Von Karola Schulte

16 ZUR KREBSTHERAPIE IN SPEZIALZENTREN

Die Behandlung von Krebspatienten lässt sich verbessern. Voraussetzung hierfür ist eine Versorgung in spezialisierten und zertifizierten Zentren.

Von Gabriele Hilger

17 NOTFALL-TRAINING IM KREISSAAL

Im Projekt Simparteam üben Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte, mit kritischen Situationen bei der Geburt umzugehen. Die Bewertung des Trainings ist positiv.

Von Thomas Hommel

18 KINZIGTAL ZIEHT ZWISCHENBILANZ

Vor sieben Jahren startete im Schwarzwald das Projekt „Gesundes Kinzigtal“. Nun weist eine Studie nach, dass die Integrierte Versorgung Nutzen bringt.

Von Thomas Hommel

19 „PATIENTEN BRAUCHEN VERBÜNDETE“

Behandlungsfehler, Krankengeld und Arztkosten sind Top-Themen der Unabhängigen Patientenberatung. Die Auswertung der Anfragen gibt Impulse für das Qualitätsmanagement, sagt Sebastian Schmidt-Kaehler.

TITEL

32 DREHBUCH FÜR EIN LANGES LEBEN

Mit 50 starten viele Menschen beruflich noch einmal durch. Unternehmen brauchen die „Midlife-Boomer“ auch dringend, denn der Nachwuchs macht sich rar.

Von Margaret Heckel

THEMEN

20 NEUE SERIE: GESUNDHEIT GLOBAL

Ob in Asien, Afrika oder Lateinamerika – viele Länder wollen eine Krankenversicherung aufbauen. Wie weit sie damit sind, zeigt eine neue dreiteilige G+G-Serie.

Von Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt

28 „SCHLUSS MIT DEM KOMPETENZ-HICKHACK“

Mehr Gehör und Kompetenzen für die Pflegeprofis: Der Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus, will den Beruf attraktiver machen.

Von Thomas Hommel

RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Mehr Transparenz im Gesundheitswesen gefordert
- 13 **Kommentar** Risiken stärker ausgleichen
- 38 **Recht** Risikofall Herzschrittmacher
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Telemedizin: Chancen nutzen, Risiken begegnen
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



32

Karrierestart: Wie die Generation 50plus die Arbeitswelt bereichert



20

Serienauftakt: Wie asiatische Länder die Gesundheit ihrer Bürger verbessern wollen



28

Interview: Andreas Westerfellhaus vom Deutschen Pflegerat über die Zukunft des Pflegeberufs

UNFALLVERSICHERUNG

Hautkrebs kann Berufskrankheit sein

Multiple aktinische Keratosen (Krebsvorstufe) und Plattenepithelkarzinome können eine Berufskrankheit sein, wenn der Erkrankte über viele Jahre im Freien gearbeitet und dabei lange natürlicher UV-Strahlung ausgesetzt war. Das hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesarbeitsministerium festgestellt. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung fordert, die Berufskrankheitenliste entsprechend zu ergänzen. Betroffen seien insbesondere Beschäftigte in der Landwirtschaft, am Bau, im Handwerk, auf See und auch Bademeister nach dem 50. Lebensjahr. Betroffene sollten ihren Betriebs- oder Hausarzt auf einen möglichen beruflichen Zusammenhang hinweisen, die dann eine Verdachtsmeldung an die Unfallversicherung schicken. Bei frühzeitiger Erkennung und Behandlung sei die Heilungsprognose gut. ■

HILFSPROGRAMM

Charité bildet Ärzte für Syrien aus

Die Berliner Charité hat im Libanon ein Hilfsprogramm für Flüchtlinge aus Syrien gestartet. Ärzte der Charité bilden in Beirut zehn arabischsprachige Psychologen und Psychiater für die Therapie von Traumafolgen aus. Das Auswärtige Amt unterstützt das Projekt mit 707.000 Euro. Die Mediziner erhalten ein dreiwöchiges Intensivtraining, um anschließend in ein medizinisches Versorgungszentrum der Flüchtlingslager im Libanon zu gehen. Außerdem bieten

die arabischen Ärzte Betroffenen eine Sprechstunde an der American University of Beirut an. Die Mediziner der Charité stehen ihnen dabei in Video- und Online-Konferenzen beratend zur Seite. Zudem werden Charité-Ärzte das Projekt alle zwei Monate vor Ort begleiten. ■

KRANKENHAUSNAVIGATOR

Institut analysiert Herzkatheter-Daten

Die Qualität der therapeutischen Herzkatheter-Eingriffe bei Patienten ohne Herzinfarkt unterscheidet sich von Klinik zu Klinik erheblich. Das zeigt eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), deren Ergebnisse im AOK-Krankenhausnavigator nachzulesen sind. Bei der Koronarangiographie wird ein Katheter in die Herzerterien eingeführt, und die Herzkranzgefäße werden mit einem Kontrastmittel sichtbar gemacht. Sind sie verengt, können sie durch eine perkutane koronare Intervention (PCI) über den Katheter gedehnt und mit einem Stent versehen werden. Mithilfe des Verfahrens „Qualitätssicherung mit Rou-

tinedaten (QSR)“ analysierte das WIdO 100.500 PCI, die 443 Kliniken zwischen 2008 und 2010 vorgenommen hatten. Bei dem Viertel der Häuser mit den meisten Komplikationen oder qualitätsrelevanten Folgeeingriffen ist die Rate solcher Ereignisse demnach gegenüber dem Viertel mit den wenigsten Ereignissen um mindestens 51 Prozent erhöht. Im Durchschnitt kommt es bei 7,5 Prozent der PCI zu Komplikationen und bei 11,4 Prozent zu qualitätsrelevanten Folgeeingriffen. ■

MEHR INFOS:

www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de
www.aok-gesundheitsnavi.de

KOMMUNIKATION

Bundesrat tagt live im Internet

Der Bundesrat überträgt seine Plenarsitzungen künftig live unter www.bundesrat.de. Parallel informiert der Twitter-Kanal des Bundesrates über den Beginn der Debatten. Ab Anfang 2014 sollen alle Plenarsitzungen der Länderkammer zum Abruf in einer Mediathek bereitstehen. Diese werde Teil des neuen Internetauftritts des Bundesrates. Videos mit Zusammenfassungen der Plenarsitzungen und zu anderen Themen können bereits auf dem YouTube-Kanal des Bundesrates abgerufen werden. ■

kurz & bündig

+++ ALLGEMEINMEDIZIN: 4.700 von gut 50.000 Hausarztpraxen nehmen Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ) auf. Nötig seien 3.000 weitere akademische Lehrpraxen, damit, wie in der Approbationsordnung vorgesehen, 2016 zehn Prozent eines Jahrgangs drei PJ-Monate in der Allgemeinmedizin absolvieren können, so die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. **+++ KINDERGESUNDHEIT:** Nach Ergebnissen einer Studie des Leipziger Forschungszentrums für Zivilisationserkrankungen (Life) weisen knapp zehn Prozent von 500 untersuchten Kindern und Jugendlichen zwischen acht und 14 Jahren Symptome einer depressiven Störung auf. **+++ ÜBERSEE:** Brasilien erwartet bis Ende des Jahres 4.000 Ärzte aus Kuba. Laut Gesundheitsministerium ließen sich nicht genügend brasilianische Ärzte für die Arbeit im öffentlichen Gesundheitssystem unterversorgter Regionen gewinnen.



Tiefer eintauchen!

Das G+G-Probeabo – für alle, die mehr Durchblick brauchen

Sie wollen gesundheitspolitisch up-to-date sein? Sie schätzen die prägnante Meldung ebenso wie die engagierte Reportage und den wissenschaftlichen Fachaufsatz? Dann sind Sie bei Gesundheit und Gesellschaft (G+G) richtig. Wer G+G abonniert, bekommt zusätzlich den elektronischen Newsletter „G+G-Blickpunkt“ und die Wissenschaftsbeilage „G+G-Wissenschaft“ – drei Produkte zu einem Preis!



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



Der elektronische Newsletter:
für G+G-Leser im Abo enthalten



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

Ja, ich will! Bestell-Fax: 030 22011-105

- Ein Kennenlern-Abo für drei Monate zum Sonderpreis von 7,80 Euro. Wenn Sie nicht 14 Tage nach Erhalt des dritten Exemplars schriftlich widersprechen (Postkarte genügt), gehen wir davon aus, dass Sie G+G für weitere 9 Monate zum Preis von 49,80 Euro abonnieren wollen.
- Ich abonniere G+G zum Preis von 71,80 Euro jährlich. Das Abo verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wurde.



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße BLZ Geldinstitut Konto-Nr.

Meine E-Mail-Adresse für den Newsletter „G+G-Blickpunkt“:

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

Dieser Auftrag kann schriftlich beim G+G-Leserservice, Postfach 110226, 10832 Berlin, innerhalb von 10 Tagen nach Eingang widerrufen werden. Rechtzeitige Absendung genügt zur Fristwahrnehmung.



www.kompart.de/shop

BEFRAGUNG
Arbeitswelt unter Genderaspekten

Die Erwerbstätigenbefragung 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Dortmund liefert Informationen zur gesundheitlichen Situation von Beschäftigten. In die Auswertung der repräsentativen Erhebung flossen Daten von mehr als 15.000 Arbeitnehmern ein, darunter ein Drittel Frauen. Die Auswertung deckt Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen männlichen und weiblichen Beschäftigten auf. „Der Bericht erweist sich damit als statistische Fundgrube für alle, die sich mit der Arbeitswelt unter Genderaspekten befassen“, so Jörg Feldmann, Sprecher der BAuA. Die Befragung erfasst Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit, aber auch gesundheitliche Beschwerden. Dabei zeigte sich, dass Schmerzen oft unbehandelt bleiben (siehe *Abbildung*). ■

MEHR INFOS:
www.baua.de > **Publikationen** > **Neuerscheinungen**

Zitat des Monats

Es braucht eine neue Generation von Ärzten, die weiß: Die Kunst der Medizin ist, so viel nicht zu tun wie möglich.

Eckhart von Hirschhausen, Mediziner und Comedian

LEITFADEN
Neue Kriterien für Selbsthilfeförderung

Die gesetzliche Krankenversicherung will Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen künftig gezielter unterstützen. Basis dafür seien neue Grundsätze zur Selbsthilfeförderung mit klaren Fristen für die Antragsbearbeitung sowie konkreteren Bestimmungen über Förderbedingungen und Verwendungsnachweise als bisher, teilte der GKV-Spitzenverband mit. Diese würden von Januar 2014 an gelten. An der Neufassung des „Leitfadens zur Selbsthilfeförderung“ des GKV-Spitzenverbandes hätten Vertreter von Krankenkassen, der Kassenartenverbände sowie in beratender Funktion die maßgeblichen

Spitzenorganisationen der Selbsthilfe mitgewirkt. Die Kassen förderten die Selbsthilfestrukturen in diesem Jahr mit rund 42 Millionen Euro, acht Prozent mehr als 2008. Diese Mittel sollen transparent, gerecht und wirksam vergeben werden, sagte Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. ■

PATIENTENSICHERHEIT
Aktionsbündnis schreibt Preis aus

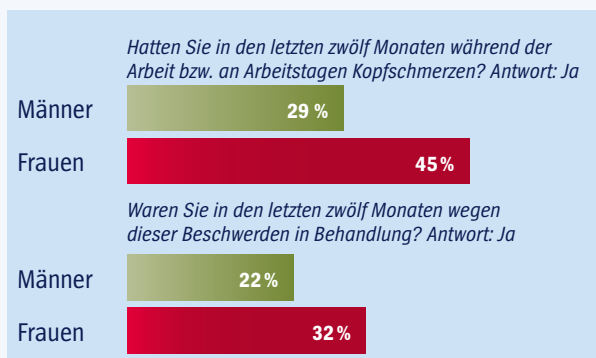
Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat erstmals einen „Deutschen Preis für Patientensicherheit“ ausgeschrieben. Er soll an drei Einrichtungen im Gesundheitswesen gehen, die durch zukunftsweisende Best-Practice-Beispiele oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern. Bewerben können sich Kliniken und Praxen, Medizinische Versorgungszentren, Apotheken, Healthcare-Anbieter, Gesundheitsämter und Krankenkassen. Die Bewerbungsfrist endet am 15. November 2013. Der Preis ist mit insgesamt 19.500 Euro dotiert und wird vom US-Pharmakonzern Merck/MSD, dem Thieme-Medizinverlag, dem Ecclesia Versicherungsdienst und der Aesculap Akademie gesponsert. ■

MEHR INFOS:
www.aps-ev.de

STUDIE
Ergotherapie ist bei Demenz erfolgreich

Bei mittlerer bis schwerer Demenz wirkt Ergotherapie genauso gut wie Medikamente, ist aber meist billiger. Das belegt eine Literaturrecherche des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Die Gesundheitsverfahrenbewertung (HTA-Bericht) zeigt aber auch, dass sich die Wirkungen je nach Behandlungsmethode unterscheiden: Das Training von Konzentrationsfähigkeit oder Gedächtnis (Kognitive Stimulation) verzögert den geistigen Abbau und vermindert Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression, ist aber bei schwerer Demenz kaum wirksam. Sinnesanregung durch Licht, Musik oder Duft (Sensorische Stimulation) zeigt positive Effekte beim Sozialverhalten und täglichen Aktivitäten in allen drei Stadien der Demenz. Geistiges oder körperliches Funktions- und Fertigkeitstraining kann in Kombination mit anderen Verfahren Lebensqualität, Stimmung und Gesundheitszustand verbessern. Auch Angehörigenberatung wirkt positiv auf den Therapieerfolg. Zwei Studien belegen, dass Ergotherapie die Kosten für ärztliche, pflegerische und familiäre Betreuung verringert. Eine weitere Studie gibt Hinweise darauf, dass durch Ergotherapie Demenzerkrankte um bis zu ein- und einhalb Jahre später in ein Heim kommen. Ergotherapie trainiert gezielt Alltagsaktivitäten. Ziel ist eine möglichst hohe Lebensqualität – auch ohne Medikamente. Geistige Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag sollen möglichst lange aufrechterhalten werden. ■

Beschäftigten-Umfrage: Mit Kopfschmerzen zur Arbeit



Die Frage, ob sie im vergangenen Jahr bei der Arbeit unter Kopfschmerzen litten, bejahten 45 Prozent der erwerbstätigen Frauen. 32 Prozent von ihnen waren deshalb in Behandlung. Das zeigt die Erwerbstätigenbefragung 2012, die im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zum sechsten Mal seit 1978 erfolgte. *Quelle: BAuA*

Was steht an nach der Wahl?

Der große Urnengang ist vorüber. In der Gesundheitspolitik liegen einige Hürden vor der neu gewählten Bundesregierung. G+G hat vier Gesundheitswissenschaftler gefragt, welche Aufgaben in der kommenden Legislaturperiode unbedingt zu lösen sind.



PROFESSORIN DORIS SCHAEFFER, *Gesundheitswissenschaftlerin an der Universität Bielefeld*: Eine der wichtigsten Aufgaben besteht in der Einführung eines neuen Pflegebegriffs. Viele Experten haben Vorschläge zur Umsetzung gemacht. Die neue Regierung muss rasch handeln und entscheiden, wie viel Mittel sie für die Pflegebedürftigen bereitstellen will. Dann kann die Reform folgen. Eine zweite große Herausforderung besteht in der Behebung des Fachkräftemangels in der Pflege. Gelingt dies nicht, entsteht über kurz oder lang eine unhaltbare Versorgungssituation. Auch hier sind zukunftsorientierte Lösungen gefragt, die zur Attraktivitätssteigerung und Professionalisierung des Pflegeberufes beitragen.

PROFESSOR GÜNTER NEUBAUER, *Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomik in München*: An erster Stelle steht die Klinikreform und an zweiter die Umsetzung eines neuen Pflegebegriffs. Für die ärztliche Versorgung hat die Regierung bereits mit dem „Landarztgesetz“ von 2011 wesentliche gesetzgeberische Maßnahmen verabschiedet. Was bleibt, ist deren Umsetzung. Im Mittelpunkt aber steht die Klinikreform. Hier sind zwei große Fragenkomplexe zu lösen: die Suche nach einer neuen Form der Investitionsfinanzierung und eine Neujustierung des Fallpauschalen-Systems (DRGs). In der Pflegeversicherung steht nach der Neufassung des Pflegebegriffes dessen Realisierung an. Wichtig ist dabei, dass psychisch-neurologische Erkrankungen berücksichtigt werden.



PROFESSOR STEFAN GRESS, *Gesundheitsökonom an der Hochschule Fulda*: Die neue Bundesregierung muss vor allem drei Problemfelder im Gesundheitswesen bearbeiten: Erstens benötigen wir endlich eine Pflegereform, die diesen Namen auch wirklich verdient. Zweitens muss die Bundespolitik gemeinsam mit den Ländern politische Verantwortung für die notwendige Konsolidierung auf dem Krankenhausmarkt übernehmen. Drittens wird vor allem die Union daran interessiert sein müssen, eine Implosion der privaten Krankenvollversicherung zu vermeiden. Egal mit wem die Union auf Bundesebene am Ende koalitiert: Wegen der derzeit vorherrschenden Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat werden wir in der Gesundheitspolitik eine große Koalition erleben.

PROFESSOR WOLFGANG GREINER, *Gesundheitsökonom an der Universität Bielefeld*: Der Gesetzgeber wird sich auch in der nächsten Legislatur mit den „Dauerbrennern“ Kranken- und Pflegekassenfinanzierung, Überwindung der Sektorgrenzen, mehr Qualitätstransparenz und Sicherstellung einer ausreichenden Versorgungsstruktur beschäftigen müssen. Ob die Klinikfinanzierung tatsächlich ein so wichtiges Thema werden wird wie angekündigt, ist weniger wahrscheinlich: Ein Großteil der notwendigen Reformen wie der Übergang zu einer monistischen Finanzierung bedarf der Zustimmung der Länder. Zu erwarten sind jedoch Ergänzungen bei den Zuschlägen im DRG-System, um Vorhaltekosten insbesondere auf dem Land und von Hochleistungskliniken zu berücksichtigen.



ERNÄHRUNG Kiwis fördern die Verdauung

Gegen Blähungen, Verstopfung und Völlegefühl helfen täglich drei Kiwis. Das ergab eine Studie in Belgien, an der 15 Hausärzte mit 38 Patienten teilnahmen. Schon nach einer Woche stellte sich eine spürbare Verbesserung ein. Das gelte unabhängig von Alter, Körperbau und Geschlecht. Die Kiwi ist ballaststoffreich und enthält

Mitgliedschaft bereits festgestellt worden ist oder die sich bis Ende 2013 noch melden, alle Beitragsrückstände zwischen Beginn der Versicherungspflicht (frühestens 1. April 2007) und der Meldung bei der Krankenkasse sowie die darauf entfallenden Säumniszuschläge erlassen. Wer den Beginn der Versicherungspflicht erst im nächsten Jahr einer Krankenkasse anzeigt, dem werden eventuelle Beitragsschulden nur teilweise erlassen. Für den Nacherhebungszeitraum vom Eintritt der Versicherungspflicht bis zur Meldung bei der Krankenkasse wird die Nachzahlung auf Grundlage des beitragspflichtigen Durchschnittseinkommens aller gesetzlich Rentenversicherten berechnet. Für 2013 beträgt dieses 269,50 Euro monatlich, woraus sich mit 15,5 Prozent Beitragssatz eine Nachzahlung von 41,77 Euro pro Monat ergibt. ■

ARBEITSMARKT Pflegerkräfte aus Südeuropa im Fokus

nach Angaben der neuseeländischen Vermarktungsorganisation Zespri als einzige Frucht das Enzym Actinidin. Dieses helfe, Eiweiß aufzuschließen, und fördere dadurch die Verdauung. ■

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte aus Polen, Tschechien, der Slowakei und Ungarn hat sich 2011 und 2012 um rund 6.000 auf 21.000 erhöht. Zurzeit konzentriert sich die Bundesagentur für Arbeit bei der Anwerbung ausländischer Gesundheits- und Pflegefachkräfte auf Griechenland, Italien, Portugal und Spanien, teilte das Bundesarbeitsministerium auf Anfrage der Linken im Bundestag (Drucksache 17/14716) mit. Diese Länder seien unter Berücksichtigung der Arbeitslosenquote und der volkswirtschaftlichen Verluste ausgewählt, die ihnen durch Emigration entstehen. ■

KASSENBEITRÄGE Gesetz regelt Schuldenerlass

Der GKV-Spitzenverband hat „Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ beschlossen. Damit folgt er den Vorgaben des Beitragsschuldengesetzes, das am 1. August in Kraft trat. Danach werden Personen ohne anderweitige Krankenversicherung, deren GKV-

FORSCHUNG

Medizinische Daten aus dem Himalaya

Zwei Dutzend Universitätsmediziner aus Leipzig und Bern untersuchen zurzeit in Nepal die Hirn-, Herz-, und Lungenfunktion von 42 Bergsteigern im Himalaya. Auch 7.000 gefrorene Blutproben sollen nach Europa gebracht werden. Kurz vor dem Gipfel des 7.126 Meter hohen Himlung Himal werden die Testpersonen – erfahrene Alpinisten aus der Schweiz – auf einem Ergometer Leistungstests absolvieren. Die begleitenden Mediziner wollen Ultraschallbilder von Hirn, Herz und Lunge machen. Die Rückkehr der Expedition ist für den 28. Oktober geplant, erklärte Intensivmediziner Ludger Mende, der das Team der Universität Leipzig leitet. Vergleichsdaten wurden von den Probanden im Berner Hochland (540 Meter über Meereshöhe) erhoben, darunter MRT-Aufnahmen vom Gehirn. Die Datenauswertung soll ein bis zwei Jahre dauern. ■

MEHR INFOS:

www.pichler.ch/enc

TAGUNG

Vernetztes Wohnen gut für Gesundheit

Innovation braucht Interaktion: Unter diesem Motto veranstaltete der vor vier Jahren gegründete Verein Connected Living kürzlich in Berlin seine erste branchenübergreifende Konferenz. Rund 150 Teilnehmer aus der Wohnungs-, Energie- und Telekommunikationswirtschaft sowie der Gesundheitsbranche diskutierten über Wege zu einem „Smart Home Ökosystem“. Damit ist die intelli-

gente Vernetzung der Wohnung mit Mensch und Umwelt gemeint. Dass vernetztes Wohnen auch der Gesundheit dient, darauf wies Staatssekretär Thomas Ilka vom Bundesgesundheitsministerium hin: Profitieren könne insbesondere die ambulante Versorgung im Alter, aber auch die Prävention. Die elektronische Gesundheitskarte spielte dabei eine Schlüsselrolle. Das Leitthema in der „Health“-Session des Kongresses war die Frage, ob ein Technik-gestütztes Selbstmanagementsystem im Smart

Home gesundheitsbewusstes Verhalten fördert. Experten aus der Industrie wie der Leiter des Konzerngeschäftsfelds Gesundheit der Deutschen Telekom AG, Axel Wehmeier, setzten vor allem auf telemedizinische Anwendungen, Vertreter von Krankenkassen eher auf den Bereich Prävention. Der AOK-Bundesverband hat zum Beispiel einen digitalen Gesundheitsberater vorgeschlagen, der auf dem Home-trainer assistiert und dann Kochrezepte anbietet, die die Trainingsintensität berücksichtigen. Politisch strittig

blieb, ob die Krankenkassen die neuen Anwendungen finanzieren sollten und dies dürfen. Konsens bestand, dass es ungewöhnliche Kooperationen geben müsse, um die Entwicklung voranzutreiben. Der AOK-Bundesverband, einer der Gründer des Vereins Connected Living, hält es wegen des demografischen Wandels für notwendig, neue Wege der effizienten Versorgung zu erschließen. Gemeinsam will man sich auch im nächsten Jahr wieder auf der Elektronikmesse CeBIT in Hannover präsentieren. ■



+++ **GOTTFRIED VON KNOBLAUCH ZU HATZBACH**, 65, steht für weitere fünf Jahre als Präsident an der Spitze der Landesärztekammer Hessen. Der promovierte und niedergelassene Facharzt für Innere Medizin bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2008. Dem Kammerpräsidium gehört er seit 2000 an. Neue Vizepräsidentin der hessischen Ärztekammer ist Monika Buchalik. Die niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin übernimmt die Aufgaben des Allgemeinmediziners Martin Leimbeck, der nach zwei Amtszeiten nicht mehr kandidiert hatte.

+++ **FERDINAND M. GERLACH**, 52, bleibt Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Der habilitierte Facharzt für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main übt dieses Amt seit 2010 aus. Zudem ist er Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Als DEGAM-Vizepräsidenten bestätigt wurden die Marburger Universitätsprofessorin Erika Baum sowie Professor Martin Scherer von der Universität Hamburg.



+++ **HANS REGENAUER**, 53, hat den Vorstandsvorsitz des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH) übernommen. Der Diplom-Betriebswirt (FH) und Geschäftsführer der Merz Pharma GmbH folgt auf Hans-Georg Hoffmann, der nach acht Jahren nicht wieder für diese Position kandidiert hatte. Hans Regenauer arbeitet seit fast 30 Jahren in der pharmazeutischen Industrie. Dem BAH-Vorstand gehört er seit 2011 an. Zudem steht er seit vier Jahren dem Europäischen Verband der Arzneimittel-Hersteller in Brüssel als Präsident vor.

+++ **DUSAN TESIC**, 66, ist neuer Geschäftsführer beim Deutschen Hausärzterverband. In dieser Position vertritt der Diplom-Volkswirt künftig im Berliner Büro des Bundesvorsitzenden Ulrich Weigeldt den Verband nach außen. Dusan Tesic war zwischen 2009 und 2012 Geschäftsführer der Vivantes MVZ GmbH und davor mehr als zehn Jahre lang Hauptgeschäftsführer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Zwischen 1990 und 1997 leitete er den Unternehmensbereich Vertragsmanagement bei der damaligen AOK Berlin.



Ein Land, zwei Systeme?



Die Kritik am Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird immer lauter. Doch wo genau liegen die Schwächen der beiden Systeme? Und wie könnte der Versicherungsmarkt von morgen aussehen?

Antworten liefert der Sammelband „Die Krankenversicherung der Zukunft“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Autoren wie Klaus Jacobs, Heinz Rothgang oder Stefan Greß nehmen darin die strukturelle Einnahmeschwäche der gesetzlichen Kassen ebenso unter die Lupe wie etwa die mangelnde Fähigkeit der privaten Assekuranz, die Versorgungsqualität durch Verträge zu steuern.

Knapp 300 Seiten Analyse, rund 40 Tabellen und viele Lesetipps zu **dem** gesundheitspolitischen Zukunftsthema. Für alle, die mitreden wollen.

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)
288 Seiten, Broschur, 17,80 Euro zzgl. 2,50
Euro Verpackung und Versand
ISBN: 978-3-940172-31-0

Foto: ag visual/Fotothek.com

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

— **Exemplar(e) zum Preis von 17,80 Euro**
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)
288 Seiten, Broschur
ISBN: 978-3-940172-31-0

per Fax 030 220 11-105
oder www.kompart.de/shop



Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

HILFSMITTEL
Kassen-Zuschuss für Hörgeräte steigt

Die Hilfsmittel-Versorgung für Schwerhörige wird sich verbessern. Ab 1. November zahlen Krankenkassen nahezu den doppelten Festbetrag für Hörhilfen. Schwerhörige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten einen Festbetrag von 784,94 Euro (bisher 421,28 Euro). Die Nachsorge wird gesondert vergütet. Gleichzeitig werden die Leistungsanforderungen an Hörgeräte deutlich erhöht. So müssen Hörgeräte künftig mehrkanalig sein sowie Rückkoppelungsgeräusche und Störschall unterdrücken. „Eine umfangreiche Marktanalyse und intensive Gespräche mit den Herstellern und Betroffenenvertretern haben gezeigt, dass dieser Schritt für die angemessene Versorgung Schwerhöriger notwendig ist“, sagte Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Pro Jahr würden geschätzt



mehr als 500.000 Versicherte mit Hörhilfen versorgt. Die Erhöhung des Festbetrages und die Finanzierung der Nachsorge könnten die jährlichen Gesamtausgaben der Krankenkassen für Hörhilfen auf knapp eine Milliarde Euro erhöhen, prognostiziert der GKV-Spitzenverband. Dabei seien mögliche Verhandlungen einzelner Kassen über günstigere Preise allerdings nicht berücksichtigt. ■

KAMPAGNE
Aids-Hilfe feiert Jubiläum

Die Deutsche Aids-Hilfe hat im September ihr 30-jähriges Bestehen gefeiert. Zugleich startete sie die Kampagne „Wussten Sie eigentlich?“, die zehn Menschen mit und ohne HIV-Infektion in ihrem Alltag vorstellt. „Es sind überraschende Geschichten, ungewöhnliche Lebensläufe, einige

mit Happy End. Denn die Kampagne zeigt sowohl Schwierigkeiten als auch Lösungen“, so die Aids-Hilfe. Spannend ist auch der Lebenslauf von Aids-Hilfe-Vorstandsmitglied Carsten Schatz. Der 43-Jährige kam im September als Nachrücker ins Berliner Abgeordnetenhaus – und ist damit der erste offene HIV-positive Politiker in einem deutschen Landesparlament. Schatz war bis 2012 Geschäftsführer des Landesverbandes der Berliner LINKEN und ist Bezirksvorsitzender in Treptow-Köpenick. Der Politiker studierte von 2001 bis 2012 Geschichte, Philosophie und Politikwissenschaften. „Ich will zeigen, dass ein Schwerbehinderter mit HIV auch Politik für und mit Menschen machen kann. Das gehört dazu, es gehört zu mir und es gehört zu Berlin“, so Schatz kürzlich in einem Interview. ■

MEHR INFOS:
www.aidshilfe.de

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneien wirkt langsam“



Nach einer kurzen Atempause müssen die gesetzlichen Krankenkassen wieder mehr Geld für Arzneimittel aufwenden. Dazu Fragen an **Johannes Heß**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK NordWest.

G+G: Worauf ist der erneute Kostenanstieg zurückzuführen, wo gibt es Einsparpotenziale?

Heß: Auffällig ist, dass mehr und vor allem aber teurere Arzneimittel verordnet werden. Ein Beispiel für Einsparpotenziale sind die sogenannten Analogpräparate, bei denen es sich um geringfügige Variationen vorhandener Medikamente handelt, die keinen oder kaum einen Zusatznutzen haben. Der konsequente Verzicht auf diese teuren Präparate würde laut Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports mit 2,5 Milliarden Euro zu Buche schlagen.

G+G: Hat das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz die erhofften Wirkungen erzielt?

Heß: Die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel gegenüber der Standardtherapie und die sich gegebenenfalls anschließenden Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Herstellern haben sich

bewährt. Allerdings dauern die Anlaufphase und die Hebung der erhofften Einsparungen von zwei Milliarden Euro jährlich länger als ursprünglich geplant. Daher wird diskutiert, das bis Ende dieses Jahres auslaufende Instrumentarium aus Preismoratorium und erhöhtem Herstellerabschlag von 16 Prozent um zwei Jahre zu verlängern.

G+G: Welchen Beitrag haben die Krankenkassen zur Kostensenkung geleistet?

Heß: Die Krankenkassen haben ihre Hausaufgaben gemacht und die ihnen von der Politik an die Hand gegebenen Instrumente gut genutzt. Allein im vergangenen Jahr haben sie dank der Rabattverträge 2,1 Milliarden Euro weniger für die Nachahmerprodukte ausgeben müssen. Damit sind die Arzneirabattverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Pharmaunternehmen eine wahre Erfolgsgeschichte zum Wohle der Beitragszahler.

Fotos: Peter Maszlen/fotolia, AOK NordWest, privat

PREFERE

Prostatakrebs-Studie läuft bundesweit

Mehr als 60 Krankenhäuser bundesweit beteiligen sich als Studienzentren an der Deutschen Prostatakrebs-Studie PREFERE. „Durch dieses flächendeckende Angebot haben Männer mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom in ganz Deutschland die Möglichkeit, an der Studie teilzunehmen und sich in einem Krankenhaus ihrer Nähe behandeln zu lassen“, sagt Studienleiter Professor Michael Stöckle, Direktor der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums des Saarlandes. Weitere Kliniken arbeiten an der Vorbereitung der Teilnahme. In der Studie werden erstmals alle vier gängigen Behandlungsmethoden bei frühen Formen von Prostatakrebs vergleichend untersucht. Ziel ist es, mehr Entscheidungssicherheit für die Patienten und ihre behandelnden Ärzte zu schaffen. Interessiert sich ein Patient für die Teilnahme an der Studie, wird er von seinem behandelnden Urologen an eines der Studienzentren überwiesen. Wenn sich der Patient für die Teilnahme entscheidet, wird er nach einer der vier möglichen Methoden behandelt und anschließend über einen Zeitraum von mindestens 13 Jahren in Zusammenarbeit mit seinem niedergelassenen Urologen und durch ein Studienzentrum betreut. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie ist, dass der Prostatakrebs noch nicht weit fortgeschritten ist, gerade diagnostiziert und bisher nicht behandelt wurde. Kliniken, die sich als Studienzentren beteiligen, müssen bestimmte Qualitätsanforderungen wie eine Mindestzahl von Prosta-

takrebs-Behandlungen pro Jahr erfüllen. Zudem müssen sie sowohl die chirurgische Behandlung des Prostatakarzinoms als auch die beiden verschiedenen Möglichkeiten der Strahlentherapie anbieten können. „Die Zentren müssen sich außerdem einem Verfahren zur Qualitätssicherung unterziehen“, betont Studienleiter Stöckle. Die Studie wird durch ein breites Bündnis von Organisationen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens getragen. Die Deutsche Krebshilfe sowie die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen finanzieren die Studie. ■

MEHR INFOS:
www.preferede.de

EU-KOMMISSION Designerdrogen schneller verbieten

Die Europäische Kommission will Designerdrogen künftig innerhalb von maximal zehn Monaten verbieten. Bisher dauert das Verfahren mindestens zwei Jahre. Die legale industrielle und kommerzielle Nutzung der Substanzen soll davon nicht beeinträchtigt werden. Laut EU-Justizkommissarin Viviane Reding soll es in besonders schwerwiegenden Fällen möglich werden, die Stoffe auch ohne vollständige Risikobewertung für ein Jahr unmittelbar vom Markt zu nehmen. EU-Parlament und Rat müssen die Vorschläge annehmen, damit sie rechtskräftig werden. Neue synthetische Drogen überschwemmen derzeit die Europäische Union. Ihre Zahl hat sich von 2009 bis 2012 verdreifacht. ■

MEHR INFOS:
<http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs>

Kommentar

Risiken stärker ausgleichen

Das Bundesversicherungsamt hat einige Krankenkassen gerügt, dass sie ältere und chronisch kranke Menschen benachteiligen. Um eine derartige Auslese künftig zu verhindern, sei der Risikostrukturausgleich weiter auszubauen, meint Rainer Woratschka.



DER VORWURF, im deutschen Gesundheitssystem Rosinenpickerei zu betreiben, galt bisher verlässlich den Privatversicherern. Vorgebracht wurde er von den gesetzlichen Krankenkassen. Zu Recht. Die Privaten stehen zu ihnen in ungleichem Wettbewerb. Sie haben keine Solidaritätsverpflichtung. Deshalb buhlen sie um Kunden, die absehbar geringe Kosten verursachen. Alte und kranke Menschen müssen sie nicht nehmen. Wenn sie es

dennoch tun, dann nur mit einem erheblichen Risikoaufschlag.

Doch plötzlich sehen sich die Kritiker mit dem gleichen Vorwurf konfrontiert. Gesetzliche Versicherer, so beanstandete jüngst das Bundesversicherungsamt in seinem Tätigkeitsbericht, betrieben ebenfalls „Risikoselektion“. Sie versuchten, alte und kranke Mitglieder zur Kündigung zu bewegen. Oder sie gleich gar nicht zu versichern. Prämien gebe es oft nur fürs Anwerben von gesunden Gutverdienern. Sind die vermeintlich Guten also auch nicht besser? Und haben sie das nötig, wo es doch einen Risikoausgleich gibt und die Einnahmen nur so sprudeln? Klar ist, dass auch gesetzliche Kassen umwerben dürfen, wen sie wollen. Wenn sie einer bestimmten Klientel aber den Beitritt erschweren, ihr Leistungen vorenthalten oder gar den Austritt nahelegen, ist die Grenze überschritten. Hier muss die Aufsicht nicht nur einschreiten. Sie sollte auch Namen nennen. Schließlich ist es Sinn und Aufgabe des gesetzlichen Systems, solidarischen Ausgleich zu schaffen und allen den Zugang zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Für die Ausgrenzung vermeintlicher Risikokunden ist da kein Platz.

Gleichwohl ist es nicht das erste Mal, dass Krankenkassen durch solches Gebaren auffallen. Auch nach der Pleite der City BKK im Jahr 2011 taten sich einige Anbieter bei älteren Versicherten, die zu ihnen wechseln wollten, mit perfiden Abwimmelmethode hervor. Das wurde kritisiert, spürbare Sanktionen aber gab es nicht. Ein Fehler.

Den politisch gewollten Kassenwettbewerb für solche Entwicklungen verantwortlich zu machen, ist zu billig. Die Versicherten müssen wählen können, und Leistung muss sich für die Anbieter rentieren. Allerdings braucht es gleiche Wettbewerbsbedingungen. Der bestehende Risikoausgleich zwischen den Kassen muss daher weiter optimiert werden. Mit der Berücksichtigung von nur 80 Krankheiten ist es offenbar nicht getan. Wenn es sich für die Kassen nicht mehr rechnet, Alte und Kranke fernzuhalten, betreiben sie auch keine Risikoauslese mehr. Doch das Ganze bleibt ein Spagat. Es muss sich auch lohnen, die Versicherten möglichst lange gesund zu halten. ■

Es braucht gleiche Wettbewerbsbedingungen für die gesetzlichen Kassen.

Rainer Woratschka ist gesundheitspolitischer Redakteur beim „Tagesspiegel“ aus Berlin.

Rätsel ums künstliche Knie

Der Gelenkersatz-Boom steht in der Kritik. Eine aktuelle Studie zeigt: Der Einbau von Knie-Endoprothesen stagniert – bei großen regionalen Unterschieden in der Häufigkeit. Über deren Ursachen können Experten nur spekulieren. **Von Karola Schulte**

Übersorgt oder unversorgt? Mitten in der Diskussion über die Ausweitung der Operationsmengen freut sich der Orthopäde Professor Dr. Fritz Uwe Niethard zunächst einmal über dieses Ergebnis seiner Studie: Der Trend zu neuen Kniegelenken ist gebrochen. Nach starken Zuwächsen zwischen 2005 und 2009 sanken die Zahlen sogar leicht, im Jahr 2011 bekamen von 100.000 Einwohnern knapp 130 ein neues Kniegelenk. Damit liegt Deutschland mit anderen wohlhabenden Nachbarn wie Luxemburg und Schweiz zwar im Spitzenfeld. „Der immer wieder behauptete Anstieg findet bei uns aber nicht mehr statt“, sagt der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) und federführen-

de Autor der Studie „Knieendoprothetik in Deutschland“. Die Studie der DGOOC ist Basis für den jetzt erschienenen Faktencheck Knie-OP der Bertelsmann Stiftung (*siehe Webtipps*).

Auf Kreisebene große Unterschiede.

Neben der Stagnation beim Kniegelenkersatz zeigt die Studie große regionale Unterschiede in der Häufigkeit des Eingriffs, die Rätsel aufgeben. Die ungleiche Verteilung betrifft nicht nur die künstlichen Gelenke, sondern auch die Nachoperationen (Revisionen) und Gelenkspiegelungen (Arthroskopien). Bei sämtlichen Eingriffen beobachten die Autoren, dass sich ein Korridor mit hohen Versorgungsraten von Niedersachsen über Hessen und Thüringen bis nach

Bayern zieht. Mecklenburg-Vorpommern hat die niedrigsten Raten. In Bayern und Niedersachsen ist der Kniegelenkersatz bezogen auf die Bevölkerung fast doppelt so häufig wie in Bundesländern mit niedrigen Raten. Auf Kreisebene liegen die Unterschiede beim Dreifachen, bei Männern sogar beim Vierfachen. Während in Frankfurt an der Oder 73 von 100.000 Patienten ein künstliches Knie bekommen, sind es in Neustadt an der Aisch 214. Von jeweils 100.000 Männern sind es in Wolfsburg 39, im bayerischen Landkreis Röhn-Grabfeld 156.

Fragen werfen auch die Zahlen zu den Korrektur-Operationen nach Kniegelenkersatz und zu Gelenkspiegelungen auf. Die Revisionsraten am Kniegelenk streuen auf Kreisebene um das Fünffache.

„Mehr Gewicht für die Patientensicht“



Jürgen Malzahn

leitet die Abteilung stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband und ist einer von vier Reviewern des Faktencheck Knie-Operationen.

Was kann der Faktencheck Knie-OP leisten?

Malzahn: Der Faktencheck enthält den aktuellen Stand von Wissenschaft und Versorgung beim Gelenkersatz. Er stellt studienbasiert Daten und Fakten zu Knie-Endoprothesen dar, beispielsweise

welche Erkrankungen zur Operation führen und welche Behandlungsalternativen bestehen. Patienten können sich damit umfassend über Gelenkoperationen informieren.

Wo besteht weiterer Forschungsbedarf?

Malzahn: Wir brauchen dringend eine ärztliche Leitlinie für die Entscheidung, wann die konservative Therapie zugunsten einer Operation verlassen werden sollte. Außerdem sollten sogenannte Patient Related Outcomes für Regionen mit besonders hoher und besonders niedriger Operationshäufigkeit erhoben werden. Bei diesem Verfahren der Qualitätsmessung schätzen Patienten ihren Gesundheitszustand selbst ein:

Sie berichten, als wie stark sie ihre Beschwerden – mit und ohne Operation – empfinden. Die Patientensicht bekommt so mehr Gewicht.

Welche Konsequenzen sollte der Faktencheck haben?

Malzahn: Die Indikation für eine Operation muss stärker auf festgelegten Kriterien basieren. Voraussetzung dafür sind Leitlinien und patientenbezogene Ergebnisse. Als ein erster Schritt sollten unabhängige Audits zur Indikationsstellung die Knie-Endoprothetik begleiten, um die Mengendebatte auf eine rationale Grundlage zu stellen.

Der Aufwärtstrend beim Gelenkersatz scheint gebrochen. Warum?

Malzahn: Zu den Ursachen gehört, dass der Versorgungsgrad inzwischen recht hoch ist, also eine Sättigung eingesetzt haben könnte. Ebenso denkbar ist, dass nach etlichen Serienschäden bei Medizinprodukten Patienten und Ärzte eine Operation erstmal aufschieben. Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass weniger Menschen ihre Gelenke bei der Arbeit verschleifen. Die Ursachenforschung ist komplex, aber wissenschaftlich und aus Sicht der Patienten sowie zur Versorgungsplanung von hoher Relevanz. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Die Kniegelenk-Revisionen nahmen bundesweit in den vergangenen Jahren um 43 Prozent zu – Deutschland steht damit an der Weltspitze. Bei der Häufigkeit der Arthroskopien aller Gelenke unterscheiden sich die Regionen um das 65-Fache.

Faktencheck sucht nach Ursachen. Auf der Suche nach Ursachen für regionale Unterschiede in der Häufigkeit durchforstete Niethard mit seinen Kollegen anonymisierte Routinedaten aus den Abrechnungen von Kniegelenkersatz, Nachoperationen am selben Gelenk (Revisionen) und ambulanten Gelenkspiegelungen (Arthroskopien) bei AOK-Versicherten in den Jahren 2005 bis 2011. Um sie vergleichbar zu machen, haben die Wissenschaftler die unterschiedlichen Altersstrukturen in den Regionen rechnerisch ausgeglichen (altersstandardisiert). Die Forscher gingen folgenden Leitfragen nach:

• **Stimmt es, dass Arthrose (Gelenkverschleiß) regional unterschiedlich häufig auftritt und deshalb die Zahl der Operationen variiert?**

Dafür fanden die Autoren keine eindeutigen Belege. So diagnostizieren Ärzte in weiten Teilen von Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt zwar häufiger Arthrose, doch sind die OP-Raten dort eher niedrig. Im Süden Bayerns ist die Arthrose-Rate niedrig, die OP-Rate hoch.

• **Stimmt es, dass dort viele Operationen stattfinden, wo sich viele Orthopäden niedergelassen haben?**

Das Gegenteil erwies sich – wiederum mit Ausnahmen – für weite Teile des Landes als richtig. Dahinter könnte stecken, dass niedergelassene Orthopäden die Patienten länger konservativ behandeln. Wie sich die stationären Versorgungsstrukturen auf die Operationsrate auswirken, lässt sich mit den Daten leider nicht untersuchen.

• **Stimmt es, dass der Lebensstandard über die OP-Rate entscheidet?**

Der sozio-ökonomische Einfluss lässt sich tatsächlich in vielen Regionen ablesen. Die Autoren sehen Anzeichen dafür, dass es in besser gestellten Gegenden eine Über-, in schlechter gestellten eine Unterversorgung geben könnte. Auch internationale Studien sprechen für diesen Zusammenhang: Demnach gehen besser gestellte Patienten häufiger zum Arzt und bekommen öfter ein künstliches Gelenk,

obwohl die Arthroserate bei Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status höher ist. Beispielsweise für die Grenzregion von Bayern und Baden-Württemberg scheint dieser Zusammenhang aber nicht zu gelten: Trotz ähnlicher Lebensverhältnisse liegen die bayerischen OP-Raten viel höher.

• **Stimmt es, dass die OP-Rate davon abhängt, ob Patienten in der Stadt und oder auf dem Land wohnen?**

Je ländlicher Patienten leben, desto eher müssen sie in der Regel mit einer OP rechnen – genau umgekehrt zur Annahme. Warum sich die fünf Mal höhere Orthopädiepraxis in Städten so auswirkt,

Die attraktive Vergütung scheint ein Grund für die steigende Zahl von Nachoperationen zu sein.

können die Autoren nur vermuten: Möglicherweise ist dort der Zugang zu konservativen Therapien leichter.

• **Stimmt es, dass eine höhere Arthroskopierate mit weniger Gelenkersatz einhergeht?**

Auch das war eine Annahme der Fachleute. Doch das Gegenteil ist der Fall: In Regionen mit einem hohen Anteil von Gelenkspiegelungen ist auch die Rate der Kniegelenkersatz-OPs hoch.

• **Stimmt es, dass eine attraktive Vergütung zu höheren OP-Raten führt?**

Das scheint nach Ergebnissen der Studie zumindest ein Grund für den rasanten Anstieg der Revisionen um 43 Prozent zwischen 2005 und 2011 zu sein. So gelten bestimmte Nach-OPs als unaufwendig, bringen aber gutes Geld.

Entscheidungshilfe für Patienten. Für die regionalen Unterschiede bei den OP-Zahlen gibt es keine einfachen Erklärungen. „Hier bedarf es weiterer Forschung“, sagt Niethard. Wer einen Eingriff braucht, soll ihn bekommen. Gleichzeitig sollen Ärzte und Patienten unnötige OPs vermeiden. Um sich der bedarfsgerechten Versorgungsrate zu nähern, halten Fachleute einen Mix aus Qualitätssicherung und besserer Information für den richtigen Weg. Das seit Ende vergangenen Jahres

existierende freiwillige Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) ist dafür genauso ein Baustein wie die Zertifizierung für Endoprothesenzentren (EndoCert der DGOOC, *siehe Webtips*). Informationen über die Ergebnisqualität endoprothetischer Eingriffe bietet der AOK-Krankenhaushausnavigator (www.aok-gesundheitsnavi.de/krankenhaus). Hier können die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung und des Verfahrens „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ klinikbezogen abgerufen werden. Hinzukommen muss die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, die auch auswertet, ob Patienten mit dem Ergebnis zufrieden waren. Außerdem brauchen Ärzte eine klare Leitlinie für den Gelenkersatz. Entscheidend ist aber der gute Arzt-Patienten-Kontakt: Für Patienten ist es schwer, angesichts von Schmerzen und eingeschränktem Alltag Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen. „Wir dürfen Patienten nicht über einen Kamm scheren, sondern müssen sie individuell aufklären“, sagt Niethard. Der Faktencheck bietet dazu einen Patienten-Fragebogen. Die DGOOC arbeitet an Aufklärungsmaterial.

Dafür wird es voraussichtlich in den nächsten Jahren weiterhin Bedarf geben. Arthrose ist die weltweit häufigste Gelenkerkrankung. Experten erwarten, dass aufgrund von Übergewicht, technischem Fortschritt und höherer Lebenserwartung demnächst genauso viele Patienten künstliche Knie wie Hüften bekommen. Das wären einige zehntausend Prothesen mehr pro Jahr – bedarfsgerechte Verteilung nicht garantiert. ■

Karola Schulte schreibt als freie Journalistin über Gesundheitsthemen.

Kontakt: redaktion@karola-schulte.de

Webtips

- www.faktencheck-knieoperation.de Initiative der Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit anderen Experten
- www.aok-gesundheitsnavi.de hilft Patienten, für planbare Operationen eine Klinik zu finden
- www.endocert.de Zertifizierungssystem der DGOOC für Endoprothesenzentren
- www.eprd.de freiwilliges Endoprothesenregister Deutschland; Projekt von Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und Industrie
- www.sqg.de Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen unter Federführung des Göttinger AQUA-Instituts

Zur Krebstherapie in Spezialzentren

Die Behandlung von Krebspatienten lässt sich verbessern. Voraussetzung hierfür ist eine Versorgung in spezialisierten und zertifizierten Zentren. Gelungen ist dies flächendeckend bislang nur bei Frauen mit Brustkrebs. **Von Gabriele Hilger**

Trotz sinkender Sterblichkeitsraten ist Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Und die Zahl der Neuerkrankungen steigt. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation ist bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg um 26 Prozent zu rechnen. Ein Grund: die zunehmende Lebenserwartung. Diese Prognose ergänzt ein besorgniserregender Befund, den die AOK Rheinland/Hamburg bei der Vorstellung ihres Onkologie-

ern behandelt. Wie der Report der AOK Rheinland/Hamburg ausweist, sind 2011 beispielsweise nur ein Fünftel der Patienten mit Lungen- oder Prostatakrebs in spezialisierten Zentren behandelt worden, bei Darmkrebs lediglich ein Drittel – ein Anteil, der für den Vorstandsvorsitzenden der AOK Rheinland/Hamburg Günter Wältermann viel zu niedrig ist: „Um die Versorgung der Patienten zu verbessern, müssen Krebserkrankungen in dafür spezialisierten und zertifizierten Zentren

Krankenhaus Bethesda in Mönchengladbach, Professor Ulrike Nitz, aus. „Im Augenblick ist das für einen Patienten in mancher Klinik wie in einer Autowerkstatt, da hängen auch zig Zertifikate an der Wand und niemand weiß, was sie bedeuten.“

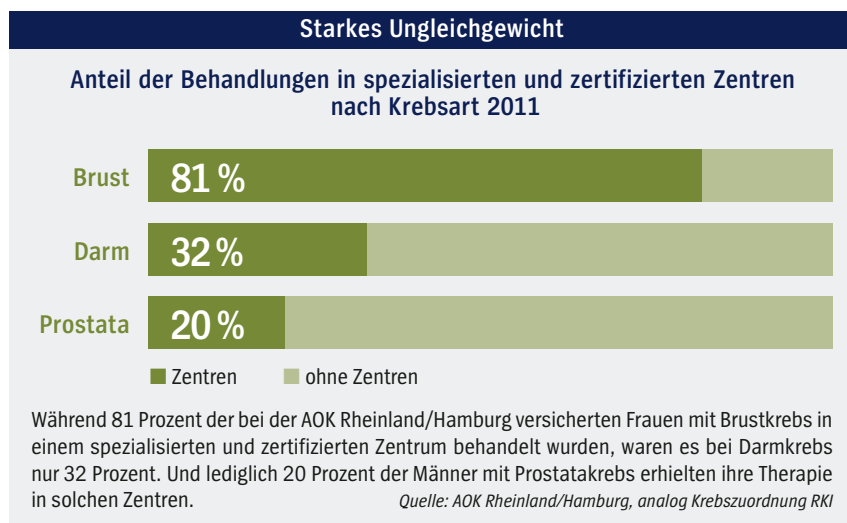
Brustzentren gehen als Beispiel voran.

Wie wichtig der Aufbau einer umfassenden Versorgung ist, veranschaulicht die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs. Knapp 81 Prozent der daran erkrankten Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg sind nach dem Report im Jahr 2011 in Spezialzentren behandelt worden. Dies habe dazu geführt, dass die Zahl der Frauen, die an Brustkrebs gestorben sind, deutlich gesunken ist, so Ulrike Nitz. Dennoch sieht die Professorin ebenso wie die Gesundheitskasse auch bei Brustkrebs Verbesserungsbedarf. Es gebe noch zu wenig ambulante Therapieangebote und Vernetzung bei Nachsorge und Weiterbehandlung durch niedergelassene Ärzte.

Eine weitere Schwachstelle ist für die Gesundheitskasse die Versorgung der Krebspatienten am Ende ihres Lebens. Nach dem Report stirbt knapp die Hälfte der AOK-versicherten Krebspatienten im Krankenhaus. Hospize sind zu sieben Prozent der Sterbeorte – obwohl diese spezialisierten Häuser vor allem Patienten mit onkologischen Diagnosen betreuen. Angesichts dieser Zahlen forderte AOK-Chef Günter Wältermann, besser über die Möglichkeiten aufzuklären beziehungsweise die Hospizkultur und die Palliativversorgung stärker in der Regelversorgung zu verankern. ■

MEHR INFOS:

Onkologie-Report 2013 der AOK Rheinland/Hamburg. Per E-Mail zu beziehen über gesundheitspolitik@rh.de



Reports 2013 präsentierte: Die Versorgung von Krebspatienten ist hierzulande von nur mäßiger Qualität. Hinsichtlich der Überlebensdauer nach der Diagnose Krebs liegt Deutschland nach einem Ranking der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung unter 21 Industrieländern nur im Mittelfeld. Krebspatienten haben etwa in Japan, den USA, Norwegen, Südkorea, Neuseeland oder Kanada bessere Überlebenschancen, weil dort die Behandlung stärker in Spezialzentren organisiert ist. Hierzulande dagegen werden Krebspatienten größtenteils in allgemeinen Krankenhäu-

behandelt werden.“ Dort versorgen Ärzte verschiedener Disziplinen (Onkologie, Psychotherapie, Strahlentherapie, Pathologie, Chirurgie, etc.) die Patienten.

Zertifizierung braucht Regeln. Die Zertifizierung müsse aber einheitlichen Standards folgen, so Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg. Dafür sei zum Beispiel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geeignet. Gegen den Zertifikate-Wildwuchs sprach sich auch die Chefärztin des Brustzentrums Niederrhein am Evangelischen

Notfall-Training im Kreißsaal

Im Projekt Simparteam üben Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte den Umgang mit kritischen Situationen bei Geburten. Rund 90 Prozent von ihnen bewerten die Simulationen als realitätsnah und praxisrelevant. **Von Thomas Hommel**

Kind und Mutter sind aus Plastik, die Hektik im Kreißsaal ist echt: Im Projekt Simparteam üben Geburtshilfe-Teams mithilfe von hochtechnischen Simulationspuppen, wie sie auch unter schwierigen Bedingungen Notfälle meistern. Auf den Weg gebracht wurde das Projekt im Jahr 2011 von mehreren Akteuren im Gesundheitswesen, darunter das Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in Bayern, die AOK Bayern und der AOK-Bundesverband (*siehe Kasten „Große Koalition für mehr Sicherheit“*). Hintergrund der Initiative sind Schadensanalysen von Vorfällen in Kreißsälen. Danach gibt es ein Muster vermeidbarer Fehler und Ereignisse, die immer wieder vorkommen: unklare Regelungen, wer was in welchem kritischen Moment zu tun hat, Missverständnisse bei der Kommunikation oder Fehleinschätzungen von Angaben des Wehenschreibers.

Luftfahrt als Vorbild. Im Rahmen von Simparteam wurden die Ursachen solcher Fehler näher untersucht und ein Trainingsprogramm entwickelt, um sie zu vermeiden. Grundlage bildet das auch in der Luftfahrt angewendete Crisis Resource Management, bei dem Notfälle simuliert werden und die Akteure lernen, wie sie schnell und angemessen reagieren können. Seit 2012 erfolgen in sieben Kliniken Bayerns die ersten Trainings. Begleitend finden Studien zur Qualitätssicherung statt. Zum einen werden die Geburtshilfe-Teams befragt, für wie relevant sie die Übungen für ihren Berufsalltag halten. Zum anderen soll wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass die Trainingsidee wirkt. So lässt die AOK Bayern die Trainings in den Pilotkliniken von Experten des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement der

Universität München und des Göttinger AQUA-Instituts evaluieren. Befragungen von Ärzten, Hebammen und Pflegenden zeigen: Mehr als 76 Prozent stufen das Training als „sehr gut“ ein. Knapp 90 Prozent empfinden die simulierten Szenarien als realitätsnah und würden das Training wiederholen, da es sehr praxisrelevant sei.

Fehler erkennen und vermeiden. „Unerwünschte Ereignisse bei der Geburt können dramatische Folgen haben“, betont der Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Dr. Helmut Platzer. Mit Simparteam unterstütze die Gesundheitskasse Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen dabei, „kritische und risikoreiche Situationen in ihrem Berufsalltag zu erkennen und Routinen zur Vermeidung von Schäden zu entwickeln“. Mit einem erfolgreichen Simparteam-Training lasse sich „viel Leid“ verhindern. Ähnlich die Einschätzung von Dr. Ingeborg Singer vom MDK Bayern. Mit Simparteam sei ein Trainingskonzept aus dem „Hochrisikobereich

Große Koalition für mehr Sicherheit

Kooperationspartner von Simparteam sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Medizinische Dienst der Krankenkassen in Bayern, die AOK Bayern und der AOK-Bundesverband, der Deutsche Hebammenverband, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, das Tübinger Patientensicherheits- und Simulations-Zentrum, das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, die Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin sowie die Versicherungskammer Bayern.

Zum Simparteam-Training siehe auch die Reportage von Christoph Fuhr: „Geburt ohne Blutverlust“, in: G+G 12/2012, Seite 36–41.

Luftfahrt“ erfolgreich auf den Kreißsaal übertragen worden. „Denn im Notfall kommt es auf ein eingespieltes Team an.“

Dass die Trainings die Geburtshilfe-Teams sicherer machten im Umgang mit Notfällen, davon ist Dr. Christoph Scholz, stellvertretender Direktor der



Üben für den Ernstfall: Eine Herzdruckmassage rettet SimBaby das Leben.

Universitätsfrauenklinik Ulm, überzeugt. „Wer am Training teilgenommen hat, wird auch unter widrigsten Umständen im Kreißsaal wissen, was zu tun ist“, sagt Scholz, der Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist. Professor Hartmut Siebert vom Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit wirbt dafür, das Notfalltraining zu einem „integralen Bestandteil qualitätssichernder Maßnahmen in geburtshilflichen Einrichtungen deutschlandweit“ zu machen. Simparteam-Trainings müssten Eingang finden in Fortbildungsprogramme von Ärzten, Hebammen und Pflegekräften sowie deren Ausbildungsordnungen, um nachhaltig mehr Sicherheit für Mütter und Neugeborene zu erzielen. ■

Kinzigtal zieht Zwischenbilanz

Sieben Jahre nach dem Start des Projektes „Gesundes Kinzigtal“ im Schwarzwald weist eine Studie nach: Integrierte Patientenversorgung führt zu einem längeren Leben und zu geringeren Gesundheitskosten. **Von Thomas Hommel**

Der Satz klingt wie aus einem Märchenbuch: „Heute in Gesundheit investieren, um morgen besser zu leben.“ Mit „Hans im Glück“ hat das zitierte Motto indes wenig zu tun. Er umschreibt vielmehr den Grundgedanken, von dem sich die Gesundes Kinzigtal GmbH und ihre Partner seit dem Start des Projektes leiten lassen: Eine fest umrissene Region und

und erledigt für sie administrative Aufgaben. Der Vorteil: Den Ärzten bleibt mehr Zeit für die Patienten. Grundlage des Projektes bildet ein 2005 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur Integrierten Versorgung mit einer Laufzeit von neun Jahren. Die Gesellschaft finanziert sich über ein „Einsparcontracting“. Das heißt, sie verdient nur, wenn sich der Deckungsbeitrag der im Kinzigtal lebenden AOK- und LKK-Versicherten nachweislich verbessert.

Niedrigere Mortalität. Dass dem so ist, legt eine Studie der OptiMedis AG nahe. Dabei wurden für das Integrierte Vollversorgungsprojekt harte Ergebnis-Endpunkte wie die Sterblichkeitsrate gemessen. Dies geschah im Rahmen einer Kohortenstudie. Dabei wurden 4.596 im Projekt Gesundes Kinzigtal eingeschriebene Versicherte mit ebenso vielen anderen Versicherten hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Risiko- und Strukturmerkmale verglichen. Die Ergebnisse zusammengefasst: Die im Projekt eingeschriebenen Versicherten leben im Schnitt 1,4 Jahre länger. Ihre Sterblichkeitsrate innerhalb des derzeit möglichen Beobachtungszeitraums von zehn Quartalen fiel geringer aus als die in der Vergleichsgruppe. Eine Erklärung hierfür könnte sein: Im Gesunden Kinzigtal kooperieren Ärzte und Patienten, was sich positiv auf das Gesundheitsbewusstsein auswirkt.

Mehr Qualität bei weniger Kosten. Ein anderes Ergebnis: Integrationsversorgung ist im Vergleich zur Normalversorgung nicht teurer. Im Gegenteil: Die relativen Kosten für die eingeschriebenen Versicherten entwickeln sich positiv. Berücksichtigt man die Managementkosten, bleibt eine schwarze Null stehen. Zudem zeigt die Auswertung, dass ein Vertrag

zur Integrierten Versorgung für die Kassen auch ein Instrument zur Kundenbindung sein kann: Um die Mitglieder-treue der Versicherten zu messen, wurde im Kinzigtal die Rate der Kassenwechsler herangezogen. Resultat: Die Mitglieder von Gesundes Kinzigtal wechselten noch seltener ihre Kasse als es die ohnehin schon geringe Wechselrate vermuten ließ.

Nachahmer gesucht. Nach Ansicht von Helmut Hildebrandt, Vorstand OptiMedis AG und Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH, profitieren die AOK und ihre Versicherten dreifach vom Integrationsvertrag: „Eine verbesserte Versorgung und das Mehr an Prävention führen zu einer hinausgezögerten Sterblichkeit, zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeit und höherer Kundenbindung.“

Jürgen Graf, Projektverantwortlicher der AOK Baden-Württemberg, lobt das Engagement aller Beteiligten, insbesondere die gute Zusammenarbeit von Ärzten und AOK vor Ort. Graf sieht bei dem Projekt aber auch noch Fragen: „Stehen die hohen Management- und Administrationsaufwände aller Beteiligten in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis? Oder lassen sich vergleichbare Effekte auch effizienter erreichen – etwa durch eine bessere Koordinierung in den Haus- und Facharztverträgen oder der Intensivierung von Disease-Management-Programmen, für die bereits eine hohe Mortalitätsabsenkung durch Wissenschaftler nachgewiesen wurde?“ Zudem sei mit Einführung des Morbi-RSA das Dilemma entstanden, dass die Gesundes Kinzigtal GmbH bei der ökonomischen Ergebnisermittlung von einer höheren Morbiditätsentwicklung profitiere. Dabei sei der Grundgedanke doch die „Gesundheitsproduktion“. Das Fazit von Graf: „Der Weg der Erkenntnis ist auch hier das Ziel.“ ■



ihre Bewohner mithilfe einer durchdachten und stark auf Prävention setzenden Versorgungsstrategie gesünder zu machen.

2006 wurde die Gesundes Kinzigtal GmbH von der OptiMedis AG in Hamburg und vom Medizinischen Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal ins Leben gerufen. Sie koordiniert und steuert die Versorgung für derzeit rund 31.000 bei der AOK und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) Baden-Württemberg versicherten Menschen im Kinzigtal. Dies gilt für sämtliche medizinische Diagnosen und über alle Leistungserbringer – Haus- und Fachärzte, Kliniken, Physiotherapeuten, Masseur, Pflegeeinrichtungen und Apotheken – hinweg.

Service für Doctors. Für die Ärzte fungiert die Managementgesellschaft als Serviceunternehmen: Über eine gemeinsame elektronische Fallakte organisiert die Gesellschaft die virtuelle Vernetzung aller am Projekt beteiligten Mediziner

„Patienten brauchen Verbündete“

Behandlungsfehler, Krankengeld und Arztkosten gehören zu den Top-Themen der Unabhängigen Patientenberatung. Die Auswertung von rund 75.000 Gesprächen kann Impulse für das Qualitätsmanagement im Gesundheitssystem geben, sagt **Sebastian Schmidt-Kaehler**.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hat gut zu tun. Worauf führen Sie den Ansturm zurück?

Schmidt-Kaehler: Unser Angebot wird zum einen immer bekannter. Ein anderer Grund für die große Resonanz ist die wachsende Spezialisierung und Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems. Der Unterstützungs- und Entscheidungsbedarf bei Patienten steigt, zum Beispiel wenn es um Versicherungen oder Behandlungsalternativen geht.

Wer sollte Patienten über ihre Rechte aufklären?

Schmidt-Kaehler: Daran müssen sich viele beteiligen: Leistungserbringer, Kostenträger, Patientenorganisationen, Bildungsträger, Medien, Behörden und die Politik. Es geht aber nicht nur um Aufklärung und Information. Es geht auch darum, Patienten zu ermutigen und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen. Wir müssen vermitteln, dass es sich lohnt, Verantwortung im eigenen Behandlungsprozess zu übernehmen. Das ist die größere Herausforderung.

Warum trauen sich Patienten oft nicht, ihre Rechte durchzusetzen?

Schmidt-Kaehler: Für viele Patienten ist es ungewohnt, Ärzten auf Augenhöhe zu begegnen. Therapeuten wie Patienten verhalten sich nach dem althergebrachten, paternalistischen Rollenverständnis. Dabei darf man nicht vergessen, dass Patienten oft unter Stress stehen, erschöpft sind und Angst haben. Das macht es nicht leichter. Wenn aus verbrieften Rechten gelebte Praxis werden soll, brauchen die Patienten Verbündete. Das sollten in erster Linie Kassen und Leistungserbrin-

ger sein. Im Konfliktfall ist auch die UPD eine geeignete Anlaufstelle.

Ein Teil der Beschwerden dreht sich ums Krankengeld. Wie kommt es zu Konflikten bei dieser Kassenleistung?

Schmidt-Kaehler: Das liegt wohl in der



unserer Arbeit. Welchen Handlungsbedarf Ärzte, Kliniken, Kassen und Politik daraus ableiten, müssen sie selbst entscheiden. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland kann dabei helfen, dass die Erfahrungen von Patienten ins System zurückgemeldet werden und einen Beitrag zur Patientenorientierung im Ge-

Für viele Patienten ist es ungewohnt, Ärzten auf Augenhöhe zu begegnen.

Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler

Natur der Sache einer Lohnersatzleistung. Versicherte beschwerten sich zum Beispiel, dass die Kasse kein Krankengeld zahlt, obwohl eine Krankschreibung vorliegt. Der Grund dafür kann sein, dass der Patient während des Krankengeldbezugs arbeitslos geworden ist und nicht auf eine lückenlose Folgekrankschreibung geachtet hat. Es gibt aber auch Hinweise auf unberechtigte Ablehnungen von Krankengeldzahlungen. Das hat unser Monitor Patientenberatung 2013 gezeigt, für den rund 75.000 Beratungsgespräche ausgewertet worden sind.

Welche Konsequenzen sollten die Ergebnisse des Monitors haben?

Schmidt-Kaehler: Wir bewerten die Ergebnisse nicht und leiten daraus keine gesundheitspolitischen Forderungen ab. Diese Neutralität ist einer der Pfeiler

des Gesundheitswesens leisten. Viele Patienten, die sich an uns wenden, befinden sich zum Beispiel im Konflikt mit Ärzten oder Kassen, oder sind auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem auf Hindernisse und Widerstände gestoßen. Unser Monitor Patientenberatung zeigt, an welchen Stellen dies geschieht und gibt so den einzelnen Akteuren Hinweise auf Problemlagen im System und Anhaltspunkte für das Qualitätsmanagement. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Zur Person

Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Gesundheitswissenschaftler, ist seit April 2011 Geschäftsführer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Die UPD ist vom GKV-Spitzenverband beauftragt, Patientenberatung als Regelleistung für alle Versicherten anzubieten. www.upd-online.de

1

GESUNDHEIT GLOBAL



asien



Medizin gegen Armut

Soziale Absicherung im Krankheitsfall ist elementar für die Überwindung von Armut und frühem Tod. Länder wie Indien, China und viele Staaten Afrikas und Lateinamerikas wollen mit dem Ausbau der Sozialsysteme die Gesundheit ihrer Bevölkerung verbessern. Wie weit sie damit sind, beschreiben **Jens Holst** und **Jean-Olivier Schmidt** in einer dreiteiligen G+G-Serie. In Teil 1 geht es um Asien.

Das Smartphone aus China, das Hemd aus Bangladesch, Spargel aus Peru und Rosen aus Kenia – für die meisten Bundesbürger ist diese globale Mischung selbstverständlicher Teil des Alltags geworden. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen, die solche Produkte herstellen, geraten dabei leicht aus dem Blickfeld. Skandalmeldungen über unwürdige Arbeitsplätze, extreme Ausbeutung oder Brandkatastrophen in verriegelten Textilfabriken, die bisweilen die hiesige Öffentlichkeit erreichen, markieren nur die Spitze eines Eisbergs. Die Schicksale der Arbeiter in chinesischen Computerwerken und asiatischen Textilfabriken, auf afrikanischen oder lateinamerikanischen Blumenfarmen machen deutlich: Die Globalisierung der sozialen Rechte hinkt weit hinter dem Austausch von Waren und Dienstleistungen her. Sozialleistungen wie Rente, Arbeitslosengeld und die soziale Absicherung im Krankheitsfall, für Mitteleuropäer seit vielen Jahrzehnten selbstverständlich, bleiben für einen großen Teil der Erdbevölkerung unerreichbar. Weltweit eine Milliarde Menschen haben keinen Zugang zur Krankenversicherung. Fast die Hälfte der Menschheit lebt im Jahr 2013 ohne soziale Absicherung gegen Gesundheits- und andere Lebensrisiken. Das gilt nicht nur für einen Großteil der Arbeiter und deren Familien in den Weltmarktfabriken Afrikas, Asiens und Lateinamerikas. Das betrifft in besonderem Maße die vielen Millionen Kleinbauern, Händler und Handwerker ohne formale Beschäftigung, die in etlichen Ländern die Mehrheit bilden (informeller Sektor).

So stürzen Jahr für Jahr mehr als hundert Millionen Menschen aufgrund hoher Ausgaben für medizinische Behandlungen in Armut. Gesundheitsprobleme stellen weltweit das mit Abstand größte Verarmungsrisiko dar. In Deutschland und anderen Industrie- sowie einigen Schwellenländern schützen funktionierende Sozialsysteme die Bürger vor dem Teufelskreis von Krankheit und Armut. Vielen Menschen auf dieser Erde bleibt das Recht auf bezahlbare Krankenversicherung, das die UN-Charta der Sozialen Menschenrechte bereits 1948 forderte, bis heute verwehrt – trotz des gigantischen globalen Wirtschaftswachstums der letzten Jahrzehnte.

Universelle Absicherung kurbelt Wirtschaft an. Spätestens seit der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts 2010 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht das Thema der universellen Absicherung im Krankheitsfall ganz oben auf der globalen Agenda. Mit Unterstützung internationaler Entwicklungsorganisationen versuchen die Länder des Südens, alle Bürger wirksam vor finanziellen Krankheitsrisiken zu schützen und ihnen Zugang zu angemessener Krankenversicherung zu eröffnen. Nahezu alle Entwicklungs- und Schwellenländer haben sich das Ziel der universellen Absicherung im Krankheitsfall auf die Fahnen geschrieben. Zugrunde liegt die Erkenntnis, dass Gesundheit ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor ist. Gesundheit gilt heute nicht mehr als bloßer Kostenfaktor, sondern als Investition in wirtschaftliche Entwicklung und Wachstum.



„Von oben herab geht gar nichts“

Karin Dobberschütz ist bei der AOK-Consult für den Geschäftsbereich Internationales zuständig. Sie vermittelt Experten aus der AOK, um den Aufbau und die Entwicklung von Krankenversicherungen im Ausland zu unterstützen.

G+G: Wie gut passt die deutsche Krankenversicherung in andere Länder?

Dobberschütz: Wir verkaufen ja nicht das deutsche Modell, sondern beraten in einem bestehenden sozialen Krankenversicherungssystem. Wir sind gefragt, wenn Probleme auftauchen, meistens im Zusammenhang mit Finanzierungsfragen. Dann gehen die AOK-Berater für ein oder zwei Wochen in das Land, um vor Ort die Lage zu analysieren und Empfehlungen abzugeben.

G+G: Was müssen die Berater mitbringen?

Dobberschütz: Sie müssen das deutsche Gesundheitssystem aus dem Effeff kennen und möglichst auch über Alternativsysteme Bescheid wissen. Mit dem Wissen um die Eckpfeiler eines funktionierenden sozialen Sicherungssystems gehen AOK-Mitarbeiter in andere Länder und schauen, warum etwas wackelt und wo man nachbessern muss. Gerade in Entwicklungsländern haben unsere Experten mit Fachleuten zu tun, die nicht selten an Eliteuniversitäten studiert haben. Mit denen müssen sie auf Augenhöhe sprechen können – von oben herab geht gar nichts. Wir bieten lediglich unser Know-how an, das die Entscheidungsträger dann im Sinne des Landes verwerten können.

G+G: Wie groß ist das Interesse unter AOK-Mitarbeitern, ins Ausland zu gehen?

Dobberschütz: Das hängt sehr stark vom Land ab. Wenn ich jemanden für Abu Dhabi suche, habe ich innerhalb der nächsten Stunde vielleicht zehn Interessenten. Für ein Land wie Nigeria meldet sich auch nach einer Woche möglicherweise niemand. Insgesamt sind knapp 180 AOK-Mitarbeiter aus ganz Deutschland in unserer Datenbank verzeichnet, die Interesse an einem internationalen Einsatz haben.

G+G: Und die AOK stellt ihre Mitarbeiter ohne weiteres frei?

Dobberschütz: Die Experten klären das in der Regel selbst, und in den meisten Fällen klappt das einvernehmlich. Die AOK hat auch etwas davon: Die Einsätze sind eine Form der Personalentwicklung. Die Mitarbeiter befassen sich in einem anderen Kontext mit ihrer fachlichen Thematik, finden neue Lösungen, die auch nachher in Deutschland eine Rolle spielen können. Das ist durchaus ein fruchtbarer Austausch.

G+G: Wer finanziert diese Arbeit?

Dobberschütz: Was die Berater machen, wird von den beauftragenden internationalen Organisationen, wie der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, der WHO, der Weltbank oder der Europäischen Union, bezahlt. Für die Zeit des Auslandseinsatzes werden die Experten von uns unter Vertrag genommen. Die Inhalte abzustimmen, die Verträge zu schließen, die Reise zu organisieren, die entsprechenden Versicherungen vorzuhalten und alles hinterher abzurechnen, ist Sache der AOK-Consult GmbH.

Mehr Infos: www.aok-consult.de > Internationales

Vielorts fehlen Mittel und Know-how. Ohnehin ist der Gesundheitssektor in vielen Staaten der größte und dynamischste Wirtschaftszweig. Die globalen Gesundheitsausgaben belaufen sich auf mehr als vier Billionen Euro. Davon entfällt zwar der größte Batzen auf die reichen Länder. Aber auch in Schwellen- und einigen Entwicklungsländern rufen derartige Summen Wirtschaftsinteressen auf den Plan. Der Ausbau der medizinischen Versorgungssysteme macht den Aufbau einer tragfähigen und nachhaltigen Gesundheitsfinanzierung unumgänglich. In den Ländern des Südens sind größere Investitionen in High-Tech-Medizin ohne breitenwirksame öffentliche Finanzierung nicht möglich. Vor allem bliebe die Mehrheit der Bevölkerung weiterhin von angemessener Versorgung ausgeschlossen.

Die Ausgrenzung ärmerer Bevölkerungsgruppen von der Gesundheitsversorgung lässt sich nur durch umfassende soziale Absicherung überwinden – das zeigt die Geschichte der europäischen Wohlfahrtsstaaten. Diese Überzeugung hat sich auch bei Organisationen wie der Weltbank und dem Internationalen Währungsfonds durchgesetzt, die bis vor wenigen Jahren Wirtschaftsentwicklung für das Allheilmittel hielten. In der internationalen Staatengemeinschaft herrscht heute über politische Lager hinweg Einigkeit, dass universelle soziale Sicherung vorrangiges Ziel bei der Entwicklungszusammenarbeit sein muss. Bei aller Einigkeit über grundlegende Ziele erweist sich die Umsetzung vielerorts als überaus schwierig, denn es fehlen Mittel, Know-how und nicht selten auch politischer Wille.

Privater Gesundheitsmarkt expandiert. In vielen Entwicklungs- und Schwellenländern war der Staat traditionell für Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung zuständig. Nun verschiebt sich seine Rolle dahin, den rechtlichen Rahmen zu schaffen und darauf zu achten, dass sich Kostenträger, Leistungserbringer und andere Beteiligte an die Spielregeln halten. Daher ist das deutsche Modell nicht nur aufgrund der sozialen Krankenversicherung für viele Länder interessant, sondern auch wegen seines Aufbaus mit klaren Rollenverteilungen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure. Subsidiarität und geregelte Aushandlungsprozesse zwischen unterschiedlichen Interessengruppen im Rahmen der Selbstverwaltung sind Gestaltungsprinzipien, die in anderen Ländern Anklang finden. Dieser Ansatz erlaubt die Integration der in vielen Ländern mächtigen Privatanbieter in ein öffentlich organisiertes Gesundheitswesen und zeigt, wie man die vielerorts starre Trennung zwischen öffentlich und privat abbauen kann. In vielen Ländern des Südens entsteht ein rasch expandierender privater Gesundheitsmarkt – insbesondere in der stationären Versorgung. Die wachsende Mittelschicht stellt höhere Anforderungen an die Gesundheitsversorgung als die öffentlichen Dienste leisten. Für Privatleistungen gibt es aber weder eine Mengenregulierung noch eine soziale Absicherung.

Der zweite Megatrend ist die Forderung nach Zugang zu erforderlichen Gesundheitsleistungen zu bezahlbaren Preisen für alle Menschen. Die Erfahrung der Wohlfahrtsstaaten des Nordens belegt, dass hierfür die Finanzierung ganz überwiegend aus Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen erfolgen muss. Auch wenn es viele Finanzminister noch nicht richtig glauben



mögen: Eine solche Investition rechnet sich und befördert wirtschaftliches Wachstum – und könnte den Aufschwung zum Beispiel in Indien und China auf solide Beine stellen.

Indien und China beschreiten neue Wege. Jeder dritte Mensch auf diesem Planeten ist entweder Inder oder Chinese. Bei allen Unterschiedlichkeiten zwischen dem Land am Ganges und dem Land des Gelben Flusses gibt es einige Gemeinsamkeiten. Beide Länder beanspruchen nicht nur regionale, sondern auch globale Führungsaufgaben. Die neuen Weltmächte stehen aber aufgrund sozialer Verwerfungen und wachsender interner Spannungen unter enormem innenpolitischen Druck. Während sie ihre Aufmerksamkeit in den 1990er Jahren vor allem auf die Reform der Wirtschaftssysteme gerichtet haben, gehen sie nun verstärkt sozialpolitische Baustellen an.

Das betrifft auch das Gesundheitssystem. Nach langer, eigenständiger Medizintradition (traditionelle chinesische Medizin, Ayurveda) können beide Länder nur auf eine kurze Geschichte kurativer Versorgung westlicher Prägung und sozialer Sicherung zurückblicken. Die Bevölkerungsmehrheit auf dem Land ist bisher von angemessener Versorgung und umfassender sozialer Absicherung ausgeschlossen. Die rasch wachsende städtische Bevölkerung muss für private Gesundheitsleistungen rasant steigende, teilweise kaum bezahlbare Kosten tragen. Um diese Herausforderungen in den Griff zu bekommen, beschreiten beide Länder neue Wege.

INDIEN

Indien hatte seit seiner Unabhängigkeit im Jahr 1948 ein System der öffentlichen Krankenversicherung nach dem Vorbild des steuerfinanzierten britischen National Health Service entwickelt.

Weltrisiko-Bericht 2013

Hoher Selbstkostenanteil schadet der Gesundheit

Der Weltrisiko-Bericht 2013 des Bündnisses „Entwicklung Hilft“ (Brot für die Welt, Christoffel-Blindenmission, Kindernothilfe, medico international, Misereor, terre des hommes und Welthungerhilfe) widmet seinen Schwerpunkt dem Thema Gesundheit und medizinische Versorgung. Er kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Gesundheitssysteme in vielen Staaten sind mangelhaft finanziert. Die Gesundheitsausgaben waren 2011 in den USA mit rund 8.600 US-Dollar pro Kopf mehr als 500 Mal so hoch wie in Äthiopien mit 16,61 US-Dollar. Für 49 Länder mit sehr geringem Pro-Kopf-Einkommen setzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Basisbedarf für Gesundheitsvorsorge und medizinische Versorgung 60 US-Dollar pro Kopf im Jahr an (Zielwert für 2015). Dramatisch ist ebenfalls der Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf, den die Bevölkerung in vielen Ländern aus der eigenen Tasche zahlen muss, weil ihn keine Krankenversicherungen oder staatliche Versorgungssysteme übernehmen. In Myanmar machen Direktzahlungen 80,7 Prozent, in Guatemala 53,4 Prozent der Gesundheitsausgaben aus – in Kuba dagegen nur 5,3 Prozent. **Der WHO zufolge hat es für die Betroffenen katastrophale Auswirkungen, sobald der selbst zu zahlende Anteil mehr als 20 Prozent beträgt.** In Ländern, in denen die Gesundheitsausgaben pro Kopf gering sind und der „out of pocket“-Anteil hoch ist, ist die gesunde Lebenserwartung tendenziell niedriger. *Quelle: www.weltrisikobericht.de*

Der Staat war darin für die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen verantwortlich.

Das System krankte aber immer an der ausgesprochen knappen Zuwendung von Steuermitteln: Die öffentliche Gesundheitsquote überstieg nie ein Prozent des Bruttonettoproduktes. Dabei hätte das anhaltende starke Wirtschaftswachstum seit Ende der 1990er Jahre durchaus fiskalpolitische Spielräume eröffnet. Mit derart geringen öffentlichen Mitteln ist keine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Der Bevölkerung blieb meistens nichts anderes übrig, als die Behandlungskosten aus der eigenen Tasche zu zahlen – sofern sie sich das überhaupt leisten konnten.

Indiens Gesundheitsindikatoren sind für ein Land dieser Wirtschaftsstärke bis heute völlig inakzeptabel: Jede 250ste Inderin stirbt während der Schwangerschaft oder Geburt. Die Mangel- oder Unterernährung von Kleinkindern ist teilweise so hoch wie in den ärmsten Ländern Afrikas. Zusammen mit der extrem ungleichen Einkommensverteilung – in Indien ist die Zahl der Menschen unterhalb der Armutsgrenze höher als die Zahl aller Armen in Afrika südlich der Sahara, gleichzeitig gibt es dort die meisten Millionäre der Welt – lässt die fehlende öffentliche Fürsorge viele Menschen am indischen Staat zweifeln. Eine Folge ist interner Terrorismus, den Premierminister Manmohan Singh als größtes Sicherheitsproblem bezeichnet. Tatsächlich hat der indische Staat über ein Drittel seines Territoriums keine Kontrolle, weil die Menschen das staatliche Gewaltmonopol ablehnen oder lokale Oppositionsführer dagegen rebellieren.

Geschäfte machen und dabei Gutes tun. Im Zuge ihrer nachholenden Sozialpolitik bemüht sich die indische Regierung seit 2008 um die Verbesserung der sozialen Absicherung der mehr als 300 Millionen Armen im Land, die weniger als einen Euro am Tag zum Leben haben. Mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und der Weltbank bauen mehrere Bundesstaaten Krankenversicherungen mit dem Namen RSBY (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) auf. RSBY ermöglicht armen Indern Zugang zu kostenfreier medizinischer Versorgung. Der indische Staat musste hierfür einen revolutionären Rollenwechsel vollziehen: Anstatt selber als medizinischer Leistungserbringer aufzutreten, lässt er über Privatversicherungen medizinische Leistungen im öffentlichen und privaten Sektor einkaufen. Gewinnorientierte Krankenversicherungen bewerben sich auf Ausschreibungen der Bundesstaaten. Wenn sie den Zuschlag erhalten, registrieren sie die im nationalen Armutsregister erfassten Bürger und versorgen sie gegen eine jährliche, von den Mitgliedern zu zahlende Verwaltungsgebühr von knapp 40 Eurocents mit Krankenversicherungskarten, die auch biometrische Daten enthalten. Die Karte berechtigt die Versicherten, sowohl in privaten als auch in öffentlichen Krankenhäusern Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Die Kostenübernahme ist dabei auf einen Betrag von maximal 30.000 Rupien (knapp 500 Euro) pro Jahr begrenzt. Zusätzlich trägt RSBY Transportkosten bis zu 1.000 Rupien (15 Euro) – in einem so großen Land wie Indien eine überaus bedeutsame Leistung. Die Krankenversicherung kostet die öffentliche Hand je nach Bundesstaat durchschnittlich zehn



Euro pro Versichertem im Jahr. Diesen Beitrag stellen die Versicherungen dem Staat in Rechnung. Das Erfolgsmodell erklärt Anis Swarup, der Leiter von RSBY: „Wir lassen die Kräfte des Marktes unter staatlicher Regie spielen.“ Damit ist das Programm erfolgreich: Binnen weniger Jahre erhielten 35 Millionen Menschen eine RSBY-Versichertenkarte. Da Familienmitglieder mitversichert sind, kommen etwa 150 Millionen Menschen in den Genuss des Krankenversicherungsschutzes.

Anreize für unerwünschte Mengenausweitung. Bisher übernimmt RSBY ausschließlich stationäre Behandlungen. Die Kostenübernahme für die ambulante Versorgung ist noch ungeklärt. Die Krankenhäuser erhalten eine Pauschale von etwa acht Euro pro Patient für tagesstationäre und knapp 16 Euro für Notfallbehandlungen. Die vereinbarten Preise für chirurgische Eingriffe liegen zwischen diesen 16 und 470 Euro. Da kann der geldwerte Leistungsanspruch auf der Versichertenkarte schnell aufgebraucht sein. Doch bei aller Begrenztheit des Krankenversicherungsschutzes: RSBY ist ein vielversprechender Anfang.

Die Beschäftigten des riesigen informellen Sektors (Kleinbauern, Handwerker, Händler) haben Interesse an RSBY und zeigen Bereitschaft, für den Versicherungsschutz Beiträge zu zahlen. Auch andere Länder verfolgen das indische System der sozialen Absicherung im Krankheitsfall, das den Staat von seiner Alleinverantwortlichkeit entlastet. Allerdings muss die öffentliche Hand noch Erfahrungen sammeln, wie man die Kräfte des Marktes wirksam steuern und regulieren kann. Die Kostenübernahme durch eine Krankenversicherung für bisher nicht versicherte Inder erzeugt ökonomische Anreize zu unerwünschter Mengenausweitung durch die Krankenhäuser. So berichtete die indische Presse über Fälle von medizinisch nicht indizierten Gebärmutter-Entfernungen in einigen Kliniken.

CHINA

Es kommt nicht darauf an, welche Farbe eine Katze hat, sondern eine gute Katze ist eine, die Mäuse fängt: Unter der von Pragmatismus gekennzeichneten Führung von Deng Xiaoping (1976 bis 1997) leitete China in den 1980er Jahren grundlegende Reformen ein. Dies betraf auch das Gesundheitswesen. China gab in den 1980er Jahren das von Mao Zedong entwickelte System der kostenfreien Basisgesundheitsversorgung der Bevölkerung auf. Die Bürger mussten unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit Gebühren für medizinische Behandlungen bezahlen. Das stellte vor allem die ländliche Bevölkerung vor große Schwierigkeiten.

In der chinesischen Gesundheitspolitik wechselten sich in den letzten Jahren zahlreiche Reformen ab, die vielfach neue Probleme und weiteren Reformbedarf verursachten. Dabei verfolgte China einen Mittelweg zwischen öffentlicher Gesundheitsversorgung und kommerzieller Privatversicherung. Ab 2003 führte die Regierung die „Neue ländliche genossenschaftliche Gesundheitsversorgung“ ein, um der armen Bevölkerung auf dem Land besseren Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen. Die Kosten für dieses Versicherungsprogramm

liegen bei circa zehn Euro pro Person und Jahr. Den größten Teil tragen die Zentral- und die jeweilige Provinzregierung. Bis heute sind 685 Millionen Menschen eingeschrieben. Die Mitgliedschaft ist freiwillig, aber die lokalen Behörden üben einen gewissen Druck auf die Bevölkerung aus, der Versicherung beizutreten.

Das System setzt finanzielle Anreize, die Gesundheitseinrichtungen vor Ort aufzusuchen, indem es bei Nutzung von Gemeindekliniken den größten Anteil der Kosten erstattet, etwa zwei Drittel. Gehen Patienten in ein städtisches Spezialkrankenhaus, erstattet die Versicherung nur etwa ein Drittel der Rechnung. Qualität und Leistungsumfang lokaler Einrichtungen sind indes oft so mangelhaft, dass viele Menschen lieber Spezialkliniken aufsuchen. Die genossenschaftliche Absicherung hat zwar dazu beigetragen, dass Direktzahlungen im Krankheitsfall etwas zurückgegangen sind. Aber noch immer muss die ärmere und daher bedürftigere Bevölkerung aus finanziellen Gründen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verzichten. Die Ziele der Reformen sind nur teilweise erreicht.

Medizinguthaben für schwere Erkrankungen. Zwar lebt die Mehrzahl der Chinesen immer noch auf dem Land, aber mehrere hundert Millionen wohnen in Städten. Deren Versorgungssituation ist eine ganz andere als in ländlichen Regionen, seitdem China eigene Absicherungsprogramme für die städtische Bevölkerung entwickelt hat. Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich hier die Abgaben für die Krankenversicherung: Arbeitnehmer zahlen zwei Prozent ihres Gehalts und Arbeitgeber sechs Prozent der Lohnsumme. Trotz gemeinsamer und einkommensabhängiger Finanzierung handelt es sich aber nicht um eine soziale Krankenversicherung. Die Beiträge fließen teilweise auf ein individuelles Sparkonto, das die Familien bei Bedarf in Anspruch nehmen können. Diese „Medical Savings Accounts“ für medizinische Versorgung erfreuen sich in einigen Ländern Asiens großer Beliebtheit, sind aber auch in den USA anzutreffen. Derartige Medizinguthaben decken nur unzureichend die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten bei ernsthaften oder wiederholten Erkrankungen ab. Vor allem aber sehen sie keine Verteilung der finanziellen Gesundheitsrisiken auf viele Schultern vor. Jede Familie spart für sich und kann ihr Guthaben auch nur selbst nutzen. Sozialausgleich und das Solidarprinzip sucht man bei den Savings Accounts vergebens. Gleichzeitig ist dieses System nur für schwere Erkrankungen gedacht. Arztbesuche sind ohnehin aus eigener Tasche zu zahlen. Es gibt zwar einen steuerfinanzierten Solidarfonds, aber dessen Zuschüsse sind auf 40 Prozent der Behandlungskosten begrenzt.

Alterung wird größte Herausforderung. Ein bisher ungelöstes Problem stellt die fehlende soziale Absicherung der etwa 200 Millionen Wanderarbeiter in China dar. Gerade sie sind aufgrund ungesunder Arbeitsbedingungen, sozialer Entwurzelung, ständiger Angst um ihren Arbeitsplatz und anderer gesellschaftlicher Bedingungen einem besonderen Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Aber starre bürokratische Vorgaben verhindern, dass sich diese wachsende Bevölkerungsgruppe in den Städten registrieren lassen kann, um in den Genuss medizinischer Versorgung zu

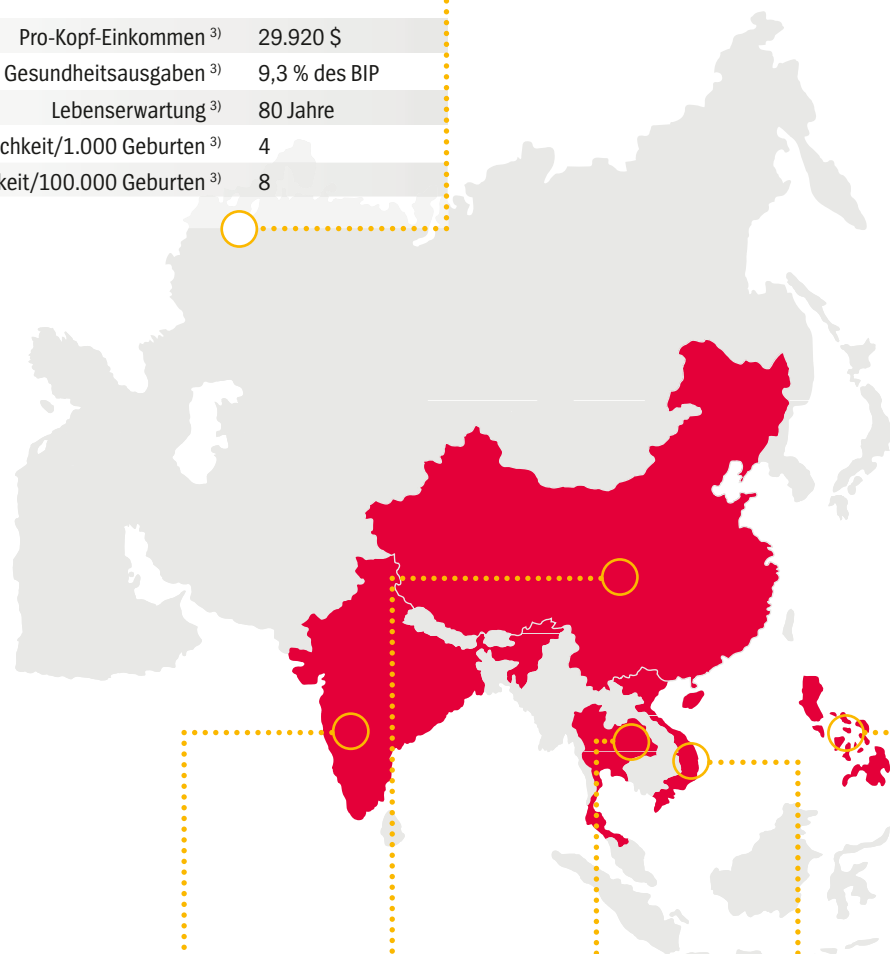


asien

OECD-Durchschnitt

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Pro-Kopf-Einkommen ³⁾	29.920 \$
Gesundheitsausgaben ³⁾	9,3 % des BIP
Lebenserwartung ³⁾	80 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ³⁾	4
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ³⁾	8



Indien

China

Thailand

Vietnam

Philippinen

	Indien	China	Thailand	Vietnam	Philippinen
Bevölkerungszahl ¹⁾	1,24 Milliarden	1,35 Milliarden	66,8 Millionen	88,8 Millionen	96,7 Millionen
Regierungssystem ⁴⁾	parlamentarisches Regierungssystem	Einparteiensystem	konstitutionelle Monarchie	Einparteiensystem	präsidiale Republik
Alphabetisierungsrate ²⁾	62,8 Prozent	95,1 Prozent	93,5 Prozent	93,4 Prozent	95,4 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) ¹⁾	1.841 Mrd. \$	8.227 Mrd. \$	365 Mrd. \$	141 Mrd. \$	250 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen ¹⁾	3.840 \$	9.210 \$	9.430 \$	3.440 \$	4.400 \$
Gesundheitsausgaben ²⁾	4,1 % des BIP	6,1 % des BIP	3,9 % des BIP	6,6 % des BIP	3,6 % des BIP
Lebenserwartung ³⁾	65,5 Jahre	73,5 Jahre	74,1 Jahre	72,7 Jahre	72,2 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ²⁾	45	15	15	20	18
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ²⁾	200	37	48	59	99

Quellen: ¹⁾ worldbank.org 2012, ²⁾ CIA World Factbook 2010/2011, ³⁾ stats.oecd.org 2011, ⁴⁾ bpd.de 2013 (Recherche: Jim Funke-Kaiser)



kommen. Insgesamt sind die soziale Absicherung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Chinas heute erheblich schlechter als unter den Bedingungen der ehemaligen sozialistischen Planwirtschaft. Trotz seiner viel besseren grundlegenden Gesundheitsindikatoren im Vergleich zu Indien kommt auf China zudem bereits in naher Zukunft ein weiteres Problem zu. Nach jahrelanger Ein-Kind-Politik hat sich die Alterspyramide nach oben deutlich verbreitert. Es erscheint ungewiss, ob bloßes Wirtschaftswachstum die Folgen des demografischen Wandels kompensieren kann. Die Gewährleistung und die Finanzierung der medizinischen Versorgung seiner rasch alternden Bevölkerung dürfte bald die größte sozialpolitische Herausforderung im Reich der Mitte werden.

THAILAND

In Thailand begann die Geschichte der sozialen Absicherung im Krankheitsfall Mitte der 1970er Jahre mit der Einführung einer Krankenkassenkarte für Arme und Bedürftige. Ab 1980 baute das südostasiatische Land soziale Krankenversicherungen für Angehörige des öffentlichen Dienstes (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) und für Beschäftigte der Privatwirtschaft (Social Security Scheme, SSS) auf. 1983 kam die steuerlich subventionierte Krankenversicherung für den informellen Sektor hinzu.

Die entscheidenden Reformen auf dem Weg zu universeller Sicherung leitete Thailand mit der neuen Verfassung von 1997 ein, die allen Bürgern gleiches Recht auf Krankenversicherung zubilligt. Bemerkenswert ist dabei, dass sich das Land inmitten der Asienkrise und trotz Wirtschaftsflaute zu umfassenden sozialpolitischen Maßnahmen entschloss – in klarer Abgrenzung von der chinesischen Logik der Ausgabenbegrenzung. Eine entscheidende Rolle spielte die Thai-Rak-Thai-Partei (TRT), die sich die Einführung allgemeiner sozialer Absicherung im Krankheitsfall auf die Fahnen geschrieben hatte und nach dem

Wahlsieg 2001 ihren Worten Taten folgen lassen musste. Mit der Gesundheitsreform von 2002 führte die TRT-Regierung neben den beiden Sozialkassen für formal Beschäftigte eine steuerfinanzierte dritte Säule für den informellen Sektor und Bedürftige ein. Sie bot allen Thais für eine geringe Selbstbeteiligung von 30 Baht (knapp 80 Cent) vergleichsweise umfangreiche medizinische Versorgung; ganz arme Menschen waren von dieser Zuzahlung befreit.

Modell für Südostasien. Tatsächlich hat die thailändische Bevölkerung heute weitaus besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen als die Menschen in den Nachbarländern Kambodscha, Laos oder Myanmar. Nach schrittweiser Ausweitung des Leistungspakets auf komplexere Leistungen einschließlich Herzoperationen können alle Thais heute unabhängig von ihrem Einkommen die gleichen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen. Allerdings bestehen gewisse Unterschiede im Leistungsumfang und vor allem in der Bezahlung von Ärzten und Krankenhäusern zwischen den Sozialversicherungen für formal Beschäftigte und dem ehemaligen 30-Baht und heutigen Universal-Coverage-System. Das thailändische Gesundheitsfinanzierungssystem gilt mittlerweile als Modell in Südostasien. Innerhalb kurzer Zeit gelang die Ausweitung der sozialen Absicherung auf die Gesamtbevölkerung. Entscheidend waren dabei politischer Wille und Interesse an einer grundlegenden Verbesserung der Gesundheitsversorgung als wesentliche Voraussetzung für nachhaltiges Wirtschaftswachstum.

PHILIPPINEN

Die Philippinen können auf nahezu ein halbes Jahrhundert sozialer Absicherung im Krankheitsfall zurückblicken. Ende der 1960er Jahre entstand das Nationale Krankenversicherungsprogramm (National Health Insurance Program, NHIP). Nach dem Vorbild der ehemaligen Kolonialmacht USA bot das landläufig Medicare genannte NHIP Beschäftigten des formalen Sektors soziale Absicherung über den Arbeitsplatz. Im Rahmen ihrer Gesundheitsreform rief die Regierung 1995 die Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) ins Leben. Sie stand nicht mehr allein den Mitarbeitern des öffentlichen Dienstes und formal Beschäftigten von Privatunternehmen offen. PhilHealth erhielt neben Beiträgen auch Steuermittel, um Arme und Mittellose zu versichern. Und das Individuelle Beitragsprogramm (Individual Paying Program, IPP) richtete sich an die große Zahl der Philippinos, die ihren Lebensunterhalt als Kleinbauern, Händler, selbstständige Handwerker oder anderweitig ohne formales Beschäftigungsverhältnis verdienen. Allen PhilHealth-Versicherten steht seither dasselbe Leistungspaket zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie einen lohnabhängig gestaffelten Beitrag oder eine Kopfpauschale für informelle Tätigkeit bezahlen oder die öffentliche Hand ganz für ihre Beiträge aufkommt.

Mitgliedskarten als Wahlkampfinstrument. So weit die Theorie. Die Praxis sieht anders aus. Das steuerfinanzierte Programm für die Armen verkam zu einem Wahlkampfinstrument. Vor Parlaments-, Gouverneurs- und Parlamentswahlen erkaufen

Millenniumsziele

Wie gerecht und gesund soll die Welt sein?

Im Jahr 2000 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Millenniumserklärung. Darin verpflichteten sich die 193 Mitgliedsstaaten bis 2015 zur Erreichung relevanter Entwicklungsziele, an erster Stelle zur Verminderung der weltweiten Armut. **Drei von insgesamt acht Zielen haben explizit Bezug zur Gesundheit: Die Senkung der Kinder- und der Müttersterblichkeit um jeweils 75 Prozent sowie die Verringerung der Ausbreitung der wichtigsten Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria.** Viele Länder werden die Millenniumsziele nicht erreichen. Vor allem die Sterblichkeit von Schwangeren und Gebärenden ist nach wie vor in vielen Ländern sehr hoch. Das liegt auch an den hohen Kosten für die medizinische Versorgung. So stirbt beispielsweise in Afghanistan eine von 32 Frauen im Lauf ihres Lebens im Rahmen einer Geburt. **Hohe Ausgaben im Krankheitsfall stellen das wichtigste Armutsrisiko weltweit dar, soziale Absicherung im Krankheitsfall nimmt daher eine herausragende Stellung ein.** Zurzeit diskutiert die Staatengemeinschaft über die Ziele für die Zeit nach 2015 und denkt dabei über umfassendere Ansätze der Gesundheitsvorsorge und -versorgung nach.

Holst/Schmidt

sich die etablierten Kandidaten regelmäßig Stimmen mit PhilHealth-Mitgliedskarten. Der Anteil der krankenversicherten Bevölkerung in Wahlkampfzeiten steigt regelmäßig auf über 80 Prozent an. Da die Karten nur für ein Jahr Gültigkeit haben, entfernen sich die Philippinen nach kurzer Zeit immer wieder vom Ziel universeller Absicherung.

Zugleich hat bisher nur eine Minderheit der informell tätigen Philippinos das Angebot einer freiwilligen Krankenversicherung über PhilHealth in Anspruch genommen. Viele überfordert selbst ein Beitrag von 1.200 Pesos (22 Euro) im Jahr. Für besser gestellte Selbstständige dagegen sind Angebot und Versorgungsqualität der PhilHealth-Leistungen nicht gut genug. Sie ziehen Behandlungen im Privatsektor vor. Seit etlichen Jahren versucht die Krankenkasse daher, Kooperativen und anderen Organisationen günstige Gruppentarife anzubieten, um die Zahl informell beschäftigter Mitglieder zu steigern. Doch auch hier sind die Erfolge mehr als bescheiden. Der letzte Regierungswechsel hat neue Hoffnung auf eine Verbesserung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall geweckt. Die Philippinen stehen unter wachsendem Druck, das bereits für 2010 angepeilte Ziel der universellen Absicherung zu erreichen. Bisher verfolgte PhilHealth in erster Linie Immobilien- und Finanzinvestitionen, statt sich um die Kernaufgaben einer Krankenkasse zu kümmern. Mehr als die Hälfte des Rechenschaftsberichts 2009 befasst sich mit Renditen, Immobilienerlösen und Kapitalerträgen; Angaben über Leistungen und Leistungsausgaben fehlen gänzlich. Im anders gestalteten Jahresbericht 2011 nahmen diese Ergebnisse immerhin schon ein Drittel ein.

VIETNAM

Auch andere Länder im südlichen Asien arbeiten am Aufbau sozialer Sicherungssysteme. Dabei stecken beispielsweise Laos und Kambodscha noch in den Anfängen und beschränken sich auf grundlegende Gestaltungsfragen. Vietnam hingegen bietet den meisten Bürgern soziale Absicherung im Krankheitsfall über eine soziale Krankenversicherung. Sie schließt 25 Versicherten-Gruppen wie Angestellte des öffentlichen und privaten Sektors, Rentner, Schüler und Studenten, ethnische Minderheiten und Arme ein. Die Beiträge sind kaufkraftabhängig und belaufen sich auf 4,5 Prozent des verfügbaren Einkommens beziehungsweise gesetzlichen Mindestlohns. Für Bedürftige und einkommensschwache Haushalte übernimmt der Staat die Zahlung ganz oder teilweise. Das Hauptaugenmerk bei den laufenden Reformvorhaben liegt auf der Honorierung von Leistungserbringern und der Ausgabenbegrenzung. In der Primärversorgung erhalten die Gesundheitseinrichtungen zukünftig Kopfpauschalen für die dort registrierten Versicherten. Die Honorierung von Fachärzten und Krankenhäusern soll nur noch teilweise per Einzelleistungsvergütung erfolgen. An ihre Stelle treten zunehmend bevölkerungsabhängig berechnete Pauschalen, bevor die vollständige Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf diagnosebezogene Fallpauschalen folgt. Mit der schrittweisen Überwindung der Einzelleistungsvergütung will das Land Leistungsausweitungen und Ausgabensteigerungen bremsen. Gesundheit für alle soll bezahlbar bleiben.



JENS HOLST, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit fast 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit in den Themenbereichen Gesundheitsfinanzierung, soziale Sicherung und Gesundheitssystem-Entwicklung. Dabei ist er weltweit für die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), für AOK Consult und für andere Organisationen im Einsatz, unter anderem in Bolivien,

El Salvador, Jemen, Kenia, Laos, Paraguay, Peru, Philippinen, Syrien und Tansania. Darüber hinaus ist er Dozent für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal und im Postgraduierten-Programm der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung der Universität Chile in Santiago. Außerdem schreibt er über soziale Sicherungssysteme, Mythen in der gesundheitspolitischen Debatte, Zuzahlungen und andere gesundheitspolitische Themen.

www.jens-holst.de; drdrjensholst@web.de



JEAN-OLIVIER SCHMIDT leitet das Kompetenzzentrum Soziale Sicherung in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. Außerdem verantwortet er das globale Sektorprogramm P4H, dessen Ziel es ist, Länder auf dem Weg zu Sozialer Absicherung im Krankheitsfall zu unterstützen. Vorher hat er in Ostafrika (Kenia, Ruanda) in Gesundheitsprogrammen gearbeitet sowie in Südasien (Bangladesh, Indien) Program-

me der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zu Gesundheit und Sozialer Sicherung geleitet. Er veröffentlicht regelmäßig zu diesen Themen in Fachzeitschriften und Buchpublikationen. Schmidt fasst seine Motivation so zusammen: „Jeder Mensch sollte unabhängig davon, wie viel Geld er hat, angemessene Basisgesundheitsdienste nutzen können – das ist auch eine Frage der globalen Gerechtigkeit. Weiter entwickelte Länder können dabei die anderen technisch und finanziell unterstützen.“

Jean-Olivier.Schmidt@giz.de

Solidarische Finanzierung ist unverzichtbar. So verschieden die Länder in Asien sind, so zeigen die Erfahrungen der vergangenen zehn Jahre doch in eindrucksvoller Weise, wie sie den wirtschaftlichen Aufschwung nutzen, um wachsenden Ungleichheiten mit sozialpolitischen Maßnahmen zu begegnen. Mit Gesundheit können sich Politiker im Wahlkampf gut profilieren. Bei allen Unterschieden in Kultur und Gesellschaft scheint Einigkeit darin zu bestehen, dass solidarische Finanzierung und Risikoverteilung für Gesundheitssysteme unverzichtbar sind. Die größten Herausforderungen bilden im Moment die Einbeziehung des riesigen informellen Sektors und die Regulierung privater Anbieter. Dabei könnten die Länder auch von deutschen Erfahrungen profitieren. ■

„Schluss mit dem



Kompetenz-Hickhack“

Andreas Westerfellhaus ist gerade als Präsident des Deutschen Pflegerates wiedergewählt worden. Seine wichtigsten Ziele für die nächsten vier Jahre: den 1,2 Millionen Pflegeprofis mehr Gehör verschaffen und die Dauerfehde mit den Ärzteverbänden beenden. Im Gespräch mit G+G verrät er, warum beides überfällig ist.

Herr Westerfellhaus, Sie haben Zwillinge und eine erwachsene Tochter. Haben die drei irgendetwas mit Pflege am Hut?

Westerfellhaus: Die Älteste ist Gesundheits- und Krankenpflegerin. Sie hat längere Zeit auf einer Intensivstation gearbeitet. Derzeit ist sie in einer Abteilung für Krebskranke tätig. Bei den Zwillingen ist der Berufswunsch noch in der Mache. Sie sind 14 Jahre alt und gehen noch zur Schule.

Warum entscheiden sich junge Menschen eher für eine Ausbildung als Web-Designer denn als Altenpfleger?

Westerfellhaus: Der Berufswunsch junger Menschen steuert sich stets entlang der Frage, welche Berufe gerade gesellschaftlich „in“ sind. Medien, überhaupt alles, was sich um Medientechnik bewegt, ist gerade schwer angesagt. Es kommen weitere Faktoren dazu. Der Run auf weiterführende Schulen und Gymnasien hat sich zuletzt immens verstärkt. Sehr viel mehr Mädchen und Jungen als früher verlassen die Schulen mit der Hochschulreife. Nach dem Studium streben sie dann natürlich in vermeintlich sichere und lukrative Berufszweige.

Pflege ist demnach „out“, um im Jargon zu bleiben!?

Westerfellhaus: Pflege ist „in“ bei denen, die dort arbeiten, weil sie wissen, dass Pflege mehr ist als Waschen und Händchen halten. In der breiten Öffentlichkeit herrscht ein anderes Bild. Da finden alle Pflege gesellschaftlich wichtig. Aber als Pflegekraft arbeiten, das wollen zu wenige. Wir schaffen es noch zu selten, die Inhalte des Pflegeberufes zu einem Zeitpunkt an junge Menschen zu transportieren, wenn junge Menschen sich erste Gedanken über ihren späteren Beruf machen. Daher müssen wir noch intensiver an den Schulen für Pflege werben.

Kommt den Berufsverbänden nicht eine Mitverantwortung zu für die Nachwuchssorgen? Zustandsbeschreibungen wie

„Notstand“, „schlechtes Gehalt“ oder „5 vor 12 für die Pflege“ tragen nicht eben zu einem guten Image des Berufes bei.

Westerfellhaus: Es ist ein entsetzlicher Spagat, den wir da machen. Das ist mir klar. Ich versuche immer, an erster Stelle die gute Botschaft und nicht die Jammerbotschaft zu setzen. Pflege bietet viele Möglichkeiten der Karriereplanung – vom Krankbett bis hinauf ins Management einer großen Uniklinik. Wir arbeiten in allen Sektoren – im Krankenhaus, im Heim, im ambulanten Pflegedienst, in der Reha. Das ist eine Riesenspalette. Aber wir können junge Menschen nicht in einen Beruflocken, von dem wir auch wissen, dass es dort erhebliche Defizite gibt.

Kommt jetzt doch die unvermeidliche „Jammerbotschaft“?

Westerfellhaus: Sie können die Realität nicht bunter zeichnen als sie ist. Pflegearbeit ist verbunden mit hohen physischen und psychischen Belastungen, aufreibenden Schichtdiensten, dramatisch niedrigen Personalschlüsseln in vielen Einrichtungen und einer relativ schlechten Bezahlung. Rund 1.400 Euro Nettoverdienst für eine examinierte Krankenschwester machen den Beruf für Schulabgänger unattraktiv. Wir wissen sogar von Eltern, die ihren Kindern verbieten, in die Pflege zu gehen. So was dürfen wir nicht verschweigen. Da müssen wir Politik und Gesellschaft mit konfrontieren. Sonst ändert sich nichts.

Müsste die Profession Pflege mit ihren immerhin 1,2 Millionen Berufsangehörigen nicht viel stärker selber für ihre Rechte und Anliegen kämpfen – statt immer auf andere zu schielen?

Westerfellhaus: Vielleicht ist es eine Besonderheit des Pflegeberufes und sozialer Berufe generell, wie man mit solchen Situationen umgeht. Ich höre von vielen Kolleginnen und Kollegen: Ich kann doch nicht streiken und die Patienten alleine lassen. Diese Selbstaufopferung, dieses Schuftens bis zum Umfallen in Demut, das ist auch kennzeichnend für Pflege. Ich verstehe, dass

„Nicht nur Pflegekräfte, auch Patienten und Angehörige kommen zu mir und sagen: Treten Sie noch lauter für gute Pflege ein.“



sich eine Pflegekraft verantwortlich fühlt. Aber ist es langfristig nicht auch wichtig, deutlich Flagge zu zeigen und damit auch für die Patienten eine bessere Situation zu bewirken?! Stattdessen arbeiten viele von uns am Limit. Wenn sich aber Pflege so verhält, dann sagen uns Klinikmanager, Pflegepolitiker und Kassenvertreter glatt ins Gesicht: „Was wollt ihr eigentlich? Geht doch!“ Aus dieser Haltung müssen wir raus. Daher erinnere ich immer daran, dass Pflege in allen Phasen des Lebens wirkt, beim Neugeborenen genauso wie beim Greis. Das erzeugt Selbstbewusstsein. Und wenn die Kolleginnen und Kollegen merken – wie neulich bei einer Aktion in Bremen mit mehr als 2.000 Demonstranten –, dass sie nicht allein sind, setzt das Kräfte frei und die Öffentlichkeit merkt: Denen platzt ja tatsächlich der Kragen.

Sie fordern seit Jahren die Verkammerung der Pflege. Was hätten Schwester Ursula und Pfleger Heiko davon?

Westerfellhaus: Der Begriff „Selbstverwaltung“ gefällt mir besser, weil er deutlich macht, was das eigentliche Ziel ist: Die Berufsgruppe Pflege will sich endlich selber verwalten und nicht länger hinnehmen, dass andere über ihr Arbeitsfeld urteilen und bestimmen. Schwester Ursula und Pfleger Heiko hätten erstmals die Möglichkeit, eine demokratische Vertretung zu wählen, die die Anliegen der professionellen Pflege in Deutschland gestaltet und machtvoll vertritt.

Gewerkschaften und Arbeitgeber bekämpfen die Pflegekammer als „Bürokratiemonster“, das unnötig hohe Mitgliedsbeiträge verschlingt. Wie teuer käme die Kammer die Krankenschwester auf Station oder die Altenpflegerin im Heim?

Westerfellhaus: Ohne Geld und vernünftige Ausstattung geht es nicht. Es kann nicht sein, dass sich die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen „nur“ eine ehrenamtliche Vertretung wie den Pflegerat leistet, von der erwartet wird, dass sie alle Belange permanent professionell erledigt. Meine Prognose ist, dass die Kammerbeiträge zwischen fünf und zehn Euro pro Monat liegen. Es geht ja nicht darum, eine Geldsammelstelle einzurichten. Es geht darum, die Situation der Pflege zu verbessern. Und ich meine, das ist mehr als ein gut investierter Beitrag, den ich zur Ausgestaltung meines Berufes in die Hand nehmen kann.

Eine Kardinalforderung des Pflegerates und seiner 15 Berufsverbände ist, die bislang getrennten Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und der Altenpflege in einer Grundausbildung zusammenzuführen. Zu welchem Zweck?

Westerfellhaus: Die generalistische Ausbildung ist neben der Selbstverwaltung der zweite Schlüssel, um Pflege attraktiver zu machen. Zu regeln ist das in einem neuen Berufsgesetz. Die letzte Bundesregierung hat uns eins versprochen, es aber nicht geliefert. In allen Bereichen, in denen Pflegekräfte tätig sind – der Altenpflege, der ambulanten Pflege, im Krankenhaus – hat sich das Klientel der Patienten und Bewohner verändert. In Heimen liegen heute intensivpflegebedürftige Menschen. Umgekehrt haben sie es im Krankenhaus mit Patienten zu tun, die neben ihrer Akuterkrankung auch an Demenz oder Parkinson leiden. Das braucht andere Aufgabenprofile, die in einer Grundausbildung allen vermittelt werden. Später können sich die Absolventen spezialisieren. Wir schaffen so eine höhere Flexibilität innerhalb des Berufes und ein anderes Gefühl von ‚Wir sind Pflege‘.

Seit dem Frühjahr 2012 liegt die Heilkunde-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Danach können die gesetzlichen Kassen Modellprojekte auflegen, in denen Pflegekräfte bestimmte ärztliche Aufgaben eigenständig übernehmen. Warum kommt das Ganze nicht richtig in die Gänge?

Westerfellhaus: Das ganze Konstrukt ist äußerst kompliziert angelegt. Ob bewusst oder unbewusst, lasse ich mal dahin gestellt sein. Sie müssen die Tätigkeitsfelder und die Qualifizierungswege definieren. Dafür brauchen Sie eigene Curricula, die von den Hochschulen neu aufgelegt werden müssen. Dann brauchen Sie noch weitere Partner wie Krankenhäuser oder ambulante Einrichtungen. Und Sie benötigen regional große Versicherer, die sagen: Wir gehen das Modell mit und finanzieren das Ganze. Im Übrigen: Wir reden hier ja nicht mal über einen neuen Teil der Regelversorgung. Wir sprechen über Modellprojekte, die anschließend noch in die Evaluation gehen müssen.

Wünschen Sie sich mehr Mut der Kassen, Modelle aufzulegen?

Westerfellhaus: Klar. Wir sind als Pflegerat dabei, die Rahmenqualifikationen, die für die Heilkunde-Übertragung nötig sind, konkret zu beschreiben, um mehr Tempo in die Sache zu kriegen.



„Dem Patienten ist es gleich, ob der Arzt oder die Pflegekraft seine Wunde behandelt. Er will nur, dass sie gut versorgt wird.“

Wir wollen die notwendigen Kompetenzen klar definieren und nicht nach dem Motto handeln: Jetzt dürfen die auch alle mal ran. Wir stehen für ein hohes Maß an Versorgungsqualität, das über diese Modelle sichergestellt werden soll. Und zwar im Interesse des Patienten, dem es gleich ist, ob seine Wunde vom Arzt oder von der Pflegekraft behandelt wird. Er will einfach, dass sie gut versorgt wird. Wie gesagt: Ich wünsche, wir bekämen ein neues Berufsgesetz – ausgestattet mit klaren berufsrechtlichen Regelungen: Wer darf was mit welcher Kompetenz? Dann brauchten wir uns über Delegation, Substitution oder die Übertragung ärztlicher Aufgabenfelder gar nicht mehr streiten.

Mancher Ärztefunktionär wirft Ihnen vor, Sie wollten aus Pflegekräften „Mini-Mediziner“ machen. Wollen Sie?

Westerfellhaus: Das ist ein grundsätzliches Missverständnis. Wenn wir Mini-Ärzte sein wollten, hätten wir Medizin studiert. Wir wollen eine andere Arbeit am Patienten. Nichts anderes hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bereits im Jahr 2007 vorgeschlagen: Die Kompetenzen nicht-ärztlicher Berufsgruppen zum Wohle der Patienten stärker zu nutzen und zu einer besseren Arbeitsteilung zu kommen. Mein Plädoyer an alle: Stellen wir den Patienten ins Zentrum. Mit dem Kompetenz-Hickhack muss Schluss sein.

Herr Westerfellhaus, Sie sind Anfang September für eine zweite Amtszeit als Präsident des Pflegerates wiedergewählt worden. Den Job machen Sie im Ehrenamt. Warum tun Sie sich das an?

Westerfellhaus: Mir macht es Spaß, für die Anliegen der Pflege zu kämpfen. Ich sehe so viele Chancen, die in der Pflege vor uns liegen, wenn wir solidarisch auftreten und gemeinsam an der Zukunft dieses wundervollen Berufes arbeiten. Ich spüre bei vielen Pflegekräften das wachsende Gefühl, dass wir etwas ändern können, wenn wir eine starke Gemeinschaft bilden. Es ist absolut klasse, vor dem Reichstag in Berlin oder auf dem Markt-

platz in Bremen zu stehen und die Rückmeldung zu bekommen: „Machen Sie weiter! Das ist der richtige Weg.“ Wir können gemeinsam etwas bewegen und der Pflege mehr Gehör verschaffen. Positive Reaktionen, diesen Weg konsequent weiterzugehen, kommen übrigens nicht nur von Pflegekräften. Auch Patienten und Angehörigen kommen nach Interviews oder Talkshows im Fernsehen zu mir und sagen zu mir: Herr Westerfellhaus, Sie müssen noch viel lauter eintreten für gute Pflege. Und wissen Sie: Wenn ich schon nicht für den Beruf kämpfe, der mir so am Herzen liegt, dann aus reinem Egoismus. Möglicherweise bin ich irgendwann selbst auf Pflege angewiesen. Und dann will ich bis dahin etwas dazu beigetragen, dass dies möglich ist. ■

Das Gespräch führte Thomas Hommel

Zur Person

Andreas Westerfellhaus wurde am 10. August 1956 in Rheda-Wiedenbrück in Nordrhein-Westfalen geboren. 1973 startete er eine Ausbildung als Krankenpfleger. Es folgten Weiterbildungen zum Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie sowie zum Betriebswirt. Seit 1999 leitet er als Geschäftsführer die Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen in Gütersloh, die als Dienstleister für Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig ist. 2009 wurde Andreas Westerfellhaus erstmals zum Präsidenten des Deutschen Pflegerates (DPR) gewählt. 2013 wurde er in den Senat der Wirtschaft – ein Zusammenschluss von Unternehmern und Führungskräften aus Wirtschaft, Gesellschaft und Wissenschaft – berufen. Andreas Westerfellhaus lebt mit seiner Familie in Rheda-Wiedenbrück. In der Freizeit kraxelt er auf Bergen herum oder fährt mit der Familie zum Campen. Im Januar 2014 veranstaltet der DPR in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband und dem Verlag SpringerMedizin in Berlin den Deutschen Pflegetag. **Infos:** www.deutscher-pflegerat.de



Drehbuch für ein langes Leben

Aufbruch statt Rückzug – mit 50 denken viele Menschen heute nicht an den Ruhestand, sondern starten beruflich noch einmal durch. Unternehmen werden die „Midlife-Boomer“ dringend brauchen, denn der Nachwuchs macht sich rar. **Margaret Heckel** schildert, was das für die Arbeitswelt und den Lebensplan bedeutet.

Heike Nash wird 52 Jahre alt sein, wenn sie im Herbst dieses Jahres ihr Diplom als „staatlich examinierte Altenpflegerin“ in den Händen hält. Die Mutter von zwei erwachsenen Kindern sprüht vor Lebensfreude, wenn sie über ihre berufliche Zukunft erzählt: „Nach ein paar Jahren will ich Teamleiterin werden und dann sicher bis 67, vielleicht auch noch länger arbeiten.“ Die resolute Rheinländerin hatte Zeit ihres Lebens immer wieder als Hilfskraft in der Pflege gearbeitet. Doch sie ist viel mit ihrer

Familie umgezogen, alle Pläne für eine Ausbildung zerschlugen sich. Mit Ende 40 wollte sie das nachholen. Sie marschierte zum Arbeitsamt – auch, weil sie gehört hatte, dass es Ausbildungsangebote für Ältere gibt. Ihr erster Berater hat sie nur angesehen und gesagt: „Sie sind zu alt.“ Heike Nash ließ sich davon nicht beirren. Sie ging einfach zur nächsten Beraterin im Jobcenter. Und die vermittelte sie an die Sozial-Holding Mönchengladbach, die ein eigenes Programm für ältere Auszubildende aufgelegt hat. Die sympathische Frau mit den Lachgrübchen kann es kaum erwarten, nach den Prüfungen im Herbst richtig loszulegen: „Das ist der Beruf, den ich schon immer machen wollte“, sagt sie zufrieden, „ich habe gezeigt, wie stark ich bin.“ Nash ist zu Recht stolz auf das, was sie geschafft hat: „Ich könnte ja auch hier sitzen und rumjaulen, ich bin jetzt schon über 50 und das Leben ist schlecht zu mir.“

Unternehmen als Demografie-Pioniere

Teilzeit bei Führungskräften? Bis zu zwei Jahre Auszeit nehmen? Beim Maschinenbauer Trumpf im schwäbischen Ditzingen geht das. Dort können die 2.500 Mitarbeiter seit Sommer 2011 ihre persönliche Arbeitszeit jeweils für zwei Jahre selbst festlegen, und zwar in einem Rahmen zwischen 15 und 40 Wochenstunden. „Lebensphasenorientiert“ nennt Trumpf-Personalchef Gerhard Rübling das in Deutschland derzeit wohl fortschrittlichste Arbeitszeitmodell. Es folgt der Erkenntnis, dass Menschen ihre Arbeitszeit der jeweiligen Lebensphase anpassen wollen. „Jüngere ohne Kinder wollen oft mehr arbeiten und mehr verdienen“, sagt Rübling, „Ältere, deren Kinder aus dem abbezahlten Haus sind, wollen vielleicht auch mal ein paar Monate Urlaub am Stück machen.“ Diese Flexibilität gilt sogar für die Schichtplanung. „Meine Erfahrung ist, dass man jeden Arbeitsplatz zeitlich flexibilisieren kann“, sagt der Personalchef. Für Trumpf hat sich das neue Modell bereits ausgezahlt: Die Zahl der Bewerbungen hat um 50 Prozent zugenommen – und die ohnehin schon geringe Fluktuation weiter abgenommen.

Der Automobilbauer BMW hat bereits 2004 begonnen, sich auf die Alterung der Mitarbeiter einzustellen. Schon 2020 werden 45 Prozent der BMW-Werker über 50 Jahre sein. In dem Projekt „Heute für morgen“ haben Mitarbeiter, Meister, und Betriebsräte im Dingolfinger Getriebewerk dann ausprobiert, wie sich die Arbeitsorganisation ändern müsste, damit auch in einigen Jahren gut gearbeitet werden kann. Das Pilotprojekt ergab eine Vielzahl eher kleinerer Änderungen, die aber große Auswirkungen hatten. Gelenkschonende Holzböden statt Beton, schwenkbare Monitore mit größerer Schrift, Dehnübungen während der Pausen: Die Änderungen waren nicht teuer, aber sehr effektiv. So effektiv, dass BMW beim ohnehin geplanten Neubau der Getriebefertigung das ganze Werk altersgerecht baute. Mit dem 20 Millionen Euro teuren und im Februar 2011 in Betrieb genommenen Werk sei es gelungen, die „Fertigungskosten um rund 20 Prozent zu senken“, berichtet BMW. Mit ihrer „ergonomischen Anlagengestaltung“ setze das Werk „neue Maßstäbe bei der Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze“. Das mag zwar ein wenig geprahlt sein. Doch unstrittig ist, dass der Autobauer aus Bayern damit zu den Demografie-Pionieren in Deutschland gehört.

Margaret Heckel

Personalpolitik wird sich verändern. Heike Nash ist eine Midlife-Boomerin: In der Mitte ihres Lebens ist sie noch einmal aufgebrochen, Neues zu erkunden. Sie gehört zu einer zahlenmäßig starken und gut ausgebildeten Generation um die 50, deren Erfahrungen und Qualitäten auch morgen gefragt sein werden. Der demografische Wandel schafft für Menschen um die 50 eine Vielzahl von neuen Möglichkeiten. In Deutschland ist die Gruppe der 40- bis 50-Jährigen die zahlenmäßig stärkste Dekade, die wir im Land haben: 13,7 Millionen Menschen, jeder sechste, der im Land lebt. Sie werden gebraucht. Durch den sich in Zukunft kontinuierlich verschärfenden Fachkräftemangel werden sie auf dem Arbeitsmarkt immer gefragter. Wer als Firma attraktiv sein will, muss in Zukunft flexible Arbeitszeitmodelle anbieten, die dem einzelnen Arbeitnehmer weit mehr individuelle Gestaltungsmöglichkeiten als früher einräumen.

Kein Bereich der Personalpolitik wird sich so stark ändern wie der Umgang mit älteren Mitarbeitern. Schon in wenigen Jahren wird es keine Frage mehr sein, dass Arbeitnehmer bis weit ins sechste Lebensjahrzehnt geschult und fortgebildet werden. Altersgemischte Teams werden normal sein. In den Fabriken werden die Arbeitsabläufe, Fließbänder und Maschinen so optimiert sein, dass die Mitarbeiter so körperschonend wie nie zuvor arbeiten können – egal, ob sie alt oder jung sind. Es wird noch immer Bereiche mit harter körperlicher Arbeit geben, doch die Unternehmen werden sie schon aus Eigeninteresse so weit wie nur irgend möglich reduzieren.

Glückskurve hat eine U-Form. Der von der Politik immer wieder heraufbeschworene Dachdecker wird ganz selbstverständlich nach seinem 50. Geburtstag in andere Tätigkeiten hineinwachsen – egal, ob in die Büroarbeit, in die Beratung von Kunden oder die Ausbildung anderer Mitarbeiter. Auch wenn er nicht mehr auf dem Dach steht, wird er im Arbeitsleben bis an die Schwelle des 70. Geburtstages gebraucht werden. Dieses Gebrauchtwerden ist ein Paradigmenwechsel, dessen Bedeutung man kaum überschätzen kann. Er löst ein Vierteljahrhundert ab, in dem der ältere Arbeitnehmer in der Politik, der Wirtschaft und den Medien als ersetzbar, nicht belastbar und verbraucht beschrieben wurde. Diese Abwertung menschlicher Leistungsfähigkeit ist noch weit schlimmer als die immens hohen Kosten, die uns die fatale Frühverrentungspolitik seit Ende der 1980er Jahre beschert hat.

Zu viele Menschen glauben noch, dass es ab dem 50. Geburtstag abwärts geht. Mit dem Leben. Mit der Karriere. Mit der Gesundheit. Mit dem Glück. Das aber ist ein Trugschluss, wie unzählige neue Studien zeigen. Ganz im Gegenteil deuten sie daraufhin, dass die Menschen ab 50 glücklicher und zufriedener werden. Die Glückskurve stellte sich als U-Form heraus, mit einem statistischen Tiefpunkt im Alter von 46. Auch die Lebenszufriedenheit ist im Alter noch weit höher als in der Phase der frühen Erwachsenenzeit.

Ab 50 wird es richtig interessant. Noch gibt es nur wenige Unternehmen, die offensiv Angebote für ihre älter werdende Belegschaft machen. Noch seltener gibt es Vordenker, die ganz konsequente Schlüsse aus der weit längeren Lebensspanne des

Menschen ziehen. Eine davon ist Laura L. Carstensen, die Leiterin des Center on Longevity (Zentrum für langes Leben) der Stanford University in Kalifornien. „Wir sollten unsere Leben so planen, dass die Menschen mit 50 noch einmal aufbrechen. Sehen Sie es als ein 50:50-Modell“, schreibt sie in ihrem Buch „A Long Bright Future“. Die ersten 50 Jahre eigneten wir uns „eine Fülle an Wissen und sozialem Know-how an, um es die nächsten 50 Jahre an unsere Umgebung und die Gesellschaft zurückzugeben“. Für die Psychologin ist das „eine radikale Abwendung von dem alten Lebensplan, der alles nach 50 als Abstieg und Niedergang sieht“. Sie plädiert leidenschaftlich für ein neues Modell der Lebensspannen: „In diesem neuen Skript wird es ab 50 erst richtig interessant und man kommt in eine Phase, in der man wirklich etwas beitragen kann, sei es in der Familie, bei der Arbeit oder in der Gesellschaft.“

Dafür aber brauchen wir ein radikal neues Bild vom Altern – und ein neues Drehbuch für unser Leben. „Als Gesellschaft haben wir keine Vorstellung davon, wie sich ein glücklicher, gesunder Hundertjähriger fühlt. Niemand hat ein Konzept dafür, was es bedeutet, wenn sich die Zeit des Ruhestandes über 40 Jahre hinzieht“, argumentiert die End-Fünfzigerin. Lebensabschnitte sind für sie „soziale Konstrukte, keine absoluten Realitäten“. Die Geschichte des langen Lebens muss nun geschrieben werden. Das Phänomen der zusätzlichen Jahre ist kaum ein Jahrhundert alt – und unsere Kultur noch nicht in der Lage, es ausreichend zu beschreiben.

Im dritten Lebensalter persönlich wachsen. Wir brauchen eine „neue Landkarte des Lebens“, meint die Anthropologin Mary Catherine Bateson. Sie zu füllen könnte ganz analog zur Erfindung der Adoleszenz vor über hundert Jahren geschehen: Bis weit in die Mitte des 19. Jahrhunderts wurden Kinder als „Mini-Erwachsene“ wahrgenommen. Sobald sie arbeiten konnten, waren sie keine Kinder mehr, sondern Erwachsene. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann sich – um es ganz verkürzt zu beschreiben – die Erkenntnis durchzusetzen, dass sich mit den Jahren des Lernens und der Ausbildung etwas Neues in diese Abfolge schob: die Adoleszenz, eine Phase des Erwachsenwerdens, die gut eine Dekade umfassen konnte und heute auch umfasst.

Der Soziologe Peter Laslett hat schon 1989 vier Lebensphasen beschrieben: Als erste die der Kindheit und Jugend, danach das Erwachsensein und die berufliche Karriere und am Schluss das erneute Abhängigsein im hohen Alter und der kommende Tod. Dazwischen aber gebe es eine neue Phase zwischen dem Ende der elterlichen Pflichten sowie dem vermeintlichen Höhepunkt

der beruflichen Karriere und dem Einsetzen der letzten Phase. Laslett nennt diese neue Phase das „Dritte Alter“. Er schreibt: „Es ist eine Zeit, wo Individuen sich von den praktischen Notwendigkeiten der mittleren Jahre befreien können und noch Jahrzehnte vom hohen Alter entfernt sind. Es ist eine Gelegenheit für neue Entdeckungen, für Lernen und persönliches Wachstum, für vielleicht die wichtigsten Beiträge zu seinem eigenen Leben.“

Das Gehirn bleibt veränderbar. Dazu müssen wir mit vielen Mythen über das Alter aufräumen. Eine der schlimmsten davon findet sich in der Volksweisheit „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“. Das aber ist Unsinn, wie wir heute wissen. „Das menschliche Gehirn bleibt bis ins hohe Alter veränderbar“, sagt Ursula Staudinger, die an der Jacobs University Bremen forscht. Sie ist überzeugt davon, dass Ältere „im sozialen Miteinander die verlässlicheren und stabileren Menschen sind“. Sie sind imstande, ebenso viel wie die Jungen zu lernen, aber sie lernen anders.

Das kann Helmut Wallrafen-Dreisow voll unterschreiben. Die Motivation seiner älteren Auszubildenden sei außergewöhnlich, sagt der Geschäftsführer der Sozial-Holding Mönchengladbach. Der Altersschnitt seiner ungewöhnlichen Lehrlinge liegt bei 45, eine Dame war bei Ausbildungsbeginn bereits 57 Jahre alt. Wallrafen-Dreisow ist es auch wichtig, mit dem Vor-



urteil aufzuräumen, dass die älteren Auszubildenden nicht so leistungsfähig oder etwa häufiger krank seien als seine jüngeren Mitarbeiter. „Die Gruppe der Über-50-Jährigen hat bei uns mit 4,5 Prozent den geringsten Krankenstand überhaupt“, sagt er, „das ist in der Realität ganz anders als es so oft diskutiert wird.“ Die Krankenquote über alle Altersgruppen liegt bei der Sozial-Holding bei unter sechs Prozent und damit weit unter dem Branchenschnitt. Er betont, dass die Wertschätzung der älteren Mitarbeiter der wichtigste Motivationsfaktor überhaupt sei. In einer noch laufenden Studie mit der Forschungsgesellschaft für Gerontologie hat er 300 ältere Mitarbeiter befragen lassen. „Bei älteren Mitarbeitern spielt die Ansprache durch die Vorgesetzten die entscheidende Rolle“, sagt Wallrafen-Dreisow, „wenn der Vorgesetzte dem älteren Mitarbeiter sagt, das begreifst Du nie, dann wird das auch nichts – und umgekehrt.“

Altersgemischte Teams steigern die Produktivität. Was Älteren in Deutschland noch an Selbstbewusstsein fehlt, entwickelt sich weit stürmischer in den USA. Für all jene, die ihre Karriere noch einmal neu starten wollen, gibt es dort den Begriff der „Encore-Karrieren“. „Encore“ heißt übersetzt „Zugabe“, kann aber auch vom französischen „noch“ abgeleitet werden, bedeutet dann also „noch eine Karriere“. Popularisiert wird der Begriff von der Nichtregierungsorganisation Encore.org, deren Direktor Marc Freedman als einer der prominentesten Vorkämpfer für den Gedanken der „Encore-Karrieren“ gilt. Ihm ist auch wichtig, dass das Wort „core“, also „Herz, Seele“ in dem Begriff steckt. Zehn Millionen Amerikaner hätten in der Mitte ihres Lebens bereits eine neue Karriere begonnen, vor allem in Bereichen wie Erziehung, der Umwelt, Gesundheit und sozialen Diensten, sagt Freedman. Nicht wenige davon haben sich selbstständig gemacht.

Wie das Magazin Newsweek im August 2010 berichtete, gründen Über-55-Jährige fast doppelt so oft erfolgreiche Firmen wie 20- bis 34-Jährige.

Dies beeinflusst den Arbeitsmarkt der Zukunft. Denn die These, dass die Produktivität und Innovationsfähigkeit einer alternden Gesellschaft quasi wie ein Naturgesetz rückläufig sei, ist nach Ansicht der Altersforscherin Ursula Staudinger nicht zu halten. Thomas Zwick vom Institut für Wirtschaftspädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München teilt diese Meinung: „Altersgemischte Teams steigern die Produktivität sowohl für ältere als auch für jüngere Arbeitnehmer, wenn sie geschickt zusammengesetzt sind.“

Erfahrungswissen bildet kristalline Intelligenz. Vier Jahre lang hat beispielsweise der Demografieforscher Axel Börsch-Supan junge und alte Mitarbeiter bei DaimlerChrysler und bei der BASF beobachtet. Der Wirtschaftsprofessor und Direktor des Munich Center for the Economics of Aging (MEA) und sein Team haben sich entschlossen, die von den Mitarbeitern in der Produktion gemachten Fehler als Indikator für Produktivität zu nehmen. Nachdem sie 1,2 Millionen Daten gesammelt und ausgewertet hatten, wartete eine echte Überraschung auf die Forscher: Zwar machten die Älteren tatsächlich mehr Fehler. Doch die waren längst nicht so gravierend wie die ihrer jüngeren

Kollegen. Und als das Forscherteam die Fehler mit den Folgekosten für die Produktion verrechnete, waren es ganz klar die Jungen, die den größeren Schaden angerichtet hatten. „Die Produktivität der älteren Mitarbeiter ist am Ende höher als die der jungen“, sagte Börsch-Supan der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“.

Das hat vor allem mit dem über viele Lebensjahrzehnte angesammelten Erfahrungswissen zu tun. Die Wissenschaftler nennen das die „kristalline Intelligenz“. Guido Hertel, Professor für Organisationspsychologie an der Universität Münster, hält sie für die Ausgangsbasis für Kreativität: „Sie brauchen dafür Grundlagen, keiner kann aus dem Nichts heraus kreativ sein.“ Er kritisiert, dass die klassischen Intelligenztests vor allem Schulstoff messen. Dabei sind Jüngere fast immer im Vorteil, nicht zuletzt, weil diese Phase ihres Lebens bei ihnen noch nicht so lange vorbei ist. Auch geht es dabei eher um die sogenannte „fluide Intelligenz“ – Jüngere saugen Neues wie ein Schwamm auf, auch wenn sie noch nicht genau wissen, wofür sie es einsetzen. Ganz anders sieht es jedoch aus, wenn Berufsrelevantes gemessen wird. „Je nachdem, wie nah die Tests an dem dran sind, was die Menschen wirklich beschäftigt, desto besser sind die Älteren“, sagt Hertel.



Etwas Bleibendes schaffen und weitergeben. Sind die Älteren ganz im Gegenteil zur landläufigen Meinung dann sogar vielleicht die „besseren“ Mitarbeiter? Weniger gestresst, offener im Umgang mit den Kollegen, mehr am Erfolg des Unternehmens interessiert? Auf jeden Fall haben sie andere Prioritäten als jüngere Kollegen. „Es ist sehr wichtig, den Prozess des Alterns zu verstehen“, sagt Hertel. Was ist den Menschen wichtig? Mit seinen Mitarbeitern hat er deshalb den „Münster Work Value Measure“ entwickelt. Dabei kann jeder Proband für sich eine Prioritätenliste dessen erstellen, was ihm bei der Arbeit am wichtigsten ist. Geld, Aufstieg, eine erfüllende Aufgabe, die Weitergabe von Wissen, Teamarbeit? Und tatsächlich verschieben sich die Reihungen sehr stark entlang der Altersstufen. „Die Bedeutung von Autonomie bei der Arbeit nimmt mit dem Alter deutlich zu“, sagt Hertel. Für ihn steht Autonomie dabei „auch für Wertschätzung, für eine Würdigung meiner Kompetenz“.

Ebenfalls bedeutender werden sogenannte Generativitätsmotive. „Es wird wichtiger, etwas Bleibendes zu schaffen und das auch an die Jüngeren weiter zu geben“, erklärt der Psychologe, „auch das ist mit dem positiven Erleben der Arbeit korreliert.“ Je älter Berufstätige werden, desto besser können sie sich auch selbst einschätzen. „Sie können dadurch beispielsweise besser mit Stress und Belastungen umgehen“, sagt Hertel. Zwar nehme die physische Leistungsfähigkeit mit den zusätzlichen Jahren tatsächlich ab, doch viel langsamer als immer gedacht. Die reine Körperkraft werde für die Leistungsfähigkeit eines Mitarbeiters allerdings tendenziell immer weniger wichtig. „Auch gibt es viele Möglichkeiten der Kompensation, eine ergonomische Arbeitsgestaltung oder auch die Verlagerung von Tätigkeiten“, rät Hertel.

Mehr Jahre und weniger Stunden arbeiten. Der 50. Geburtstag ist deshalb allenfalls die Mitte, nicht der Höhepunkt des Lebens. Gestatten Sie mir, dass ich Sie deshalb auf ein kleines Gedankenexperiment mitnehme: Schließen Sie kurz die Augen und gehen Sie Ihr Leben in den Jahren zwischen 20 und 50 durch. All die vielen Erlebnisse, Erfahrungen, Freud und Leid. 30 Jahre Leben. Und nun stellen Sie sich vor, dass sie die gleiche Zeitspanne noch einmal haben: vielleicht für einen neuen Beruf, einen Umzug in eine andere Umgebung oder auch dafür, die Prioritäten in ihrem jetzigen Leben etwas anders zu setzen. Spüren Sie, wie viel Zeit Sie noch haben? Was Sie noch alles anfangen können? Wie viele Entdeckungen noch auf Sie warten? James Vaupel, einer der bekanntesten Altersforscher weltweit und Direktor des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung in Rostock, ist sich sicher, dass es die klassische Dreiteilung „Ausbildung, Arbeit, Rente“ in Zukunft für die wenigsten geben wird. „Heute in Deutschland geborene Kinder werden mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 Prozent 100 Jahre alt. Es scheint mir klar, dass die meisten davon nicht schon mit 60 oder 65 Jahren in Rente gehen wollen – sondern viel später. Sie werden vermutlich mehr Jahre ihres Lebens arbeiten wollen, dafür aber weniger Stunden pro Woche. Dann hätten Sie zum Beispiel mehr Zeit für die Erziehung ihrer Kinder und für ihre lebenslange eigene Weiterbildung.“



MARGARET HECKEL, geboren 1966, ist Volkswirtin und Journalistin. Ein Jahrzehnt hat sie für die „Wirtschaftswoche“ aus Leipzig, Moskau und als Reisekorrespondentin für Mittel- und Osteuropa berichtet. Zurück in Deutschland zog es Margaret Heckel nach Berlin als Politikchefin der „Financial Times Deutschland“, der „WELT“ und der „Welt am Sonntag“. Ihre Erfahrungen dort verarbeitete sie in dem Buch „So regiert die Kanzlerin“, einer Reportage über

Angela Merkel und die Finanzkrise 2008/2009. Seit Sommer 2009 arbeitet Heckel frei als Journalistin und Moderatorin.

Im Jahr 2011 begab sie sich auf eine „Demografiereise“, um nach Lösungen für die alternde Gesellschaft zu suchen. Ergebnis ist das Buch „Die Midlife-Boomer: Warum es nie spannender war, älter zu werden“, das 2012 bei der Edition Körber-Stiftung erschienen ist. In diesem Herbst kommt ihr Buch „Aus Erfahrung gut. Wie Ältere den Arbeitsmarkt erneuern“ heraus. Margaret Heckel ist mit einem Bildhauer verheiratet und lebt in Potsdam.

Mehr Infos: www.margaretheckel.de

Wer länger lebt, braucht nicht zu hetzen. Deshalb war es nie spannender, älter zu werden. Denn die Midlife-Boomer werden die Trendsetter eines ganz neuen Lebenszyklus-Modells für diejenigen, die heute Kinder oder Jugendliche sind. Wer mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50 Prozent 100 Jahre alt wird, braucht nicht so durchs Leben hetzen wie die Midlife-Boomer es bislang tun mussten. Diese Kinder müssten nicht unbedingt Turboabitur machen und mit Anfang 20 bereits voll im Arbeitsprozess stehen. Sie könnten sich mehr Zeit lassen. Auch die sogenannte „Rushhour des Lebens“, in der heute zwischen 30 und 45 alles erreicht werden soll, könnte entzerrt werden. Statt sich hier auszupowern und dann mit 40 ausgebrannt zu sein, muss es in dieser Lebensphase so viel Flexibilität wie möglich geben – Teilzeit-Angebote, die sich mit Vollzeit abwechseln, kurze und lange Auszeiten, wechselnde Zuständigkeiten innerhalb der Familie.

Zwar würde ein so gestalteter neuer Spannungsbogen des Lebens in dieser Zeit durchaus Einkommenseinbußen bedeuten. Durch die insgesamt längere Lebensarbeitszeit aber kann das wieder kompensiert werden. Zum Beispiel, wenn wir dann mit 50 noch einmal richtig durchstarten. Eine neue Karriere aufbauen und bis 70, vielleicht aber auch länger, gemäß unseren Zeitwünschen flexibel arbeiten. Deshalb geht es bei der Formulierung eines neuen Bildes des Alterns auch um die Zukunft der Millionen von Kindern und Jugendlichen, die heute in Europa aufwachsen. Vor allem aber geht es um die Zukunft der Midlife-Boomer selbst: Wie sieht sie aus, diese neue Erzählung eines glücklichen hundertjährigen Lebens? ■

Risikofall Herzschrittmacher

Ob ein Herzschrittmacher bereits dann als fehlerhaft einzustufen ist, wenn er zu einer Produktgruppe mit einer erhöhten Ausfallrate gehört, lässt der Bundesgerichtshof von seinen europäischen Kollegen klären. Die Vorinstanzen hatten dies bejaht und einer Kasse Kostenersatz für die Austauschoperationen zugesprochen. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 30. Juli 2013
– VI ZR 284/12 –
Bundesgerichtshof

Dem Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) liegt die Klage einer Krankenkasse zugrunde. Sie verlangt von einem Medizintechnikunternehmen Schadenersatz für den vorzeitigen Austausch von Herzschrittmachern bei zwei ihrer Versicherten. Die beiden Patienten erhielten in den Jahren 1999 und 2000 Herzschrittmacher des Typs Guidant Pulsar 470 beziehungsweise Guidant Meridian 976. Diese Medizinprodukte hatte die beklagte Firma importiert. Die Krankenkasse übernahm die Operationskosten in Höhe von rund 8.570 Euro.

Hersteller informiert über Risiken. Bereits im Herbst 2005 mussten diese Geräte ausgetauscht werden. Den Austausch-Operationen waren Warnhinweisen des Herstellers vorausgegangen. Er hatte Ärzten mit dem Schreiben „Dringende Medizinprodukte Sicherheitsinformationen und Korrekturmaßnahmen“ vom 22. Juli 2005 mitgeteilt, dass bei den Produktgruppen, zu denen die implantierten Geräte gehörten, die Batterie ausfallen könnte, weil ein Dichtelement sukzessive zerfalle. Ohne Vorwarnung könne es zu einem vorzeitigen Ende der Stimulationstherapie kommen. Die Fehlerrate in der Produktgruppe läge zwischen 0,17 und 0,51 Prozent, könnte vielleicht aber auch höher sein. Der Hersteller empfahl den Ärzten, den Austausch zu erwägen und Patienten darauf hinzuweisen, sofort zum Arzt zu gehen, wenn sie eine anhaltende schnelle Herzfrequenz, Schwindelgefühle, neue oder verstärkt Symptome von Herzinsuffizienz verspür-

ten. Anfang 2006 teilte der Hersteller mit, das Fehlerrisiko habe sich auf 0,31 bis 0,88 Prozent erhöht.

Die Ärzte explantierten bei den beiden Patienten die Herzschrittmacher und ersetzten sie durch andere, die der Hersteller kostenlos zur Verfügung gestellt hatte. Die Krankenkasse verlangte von der Firma, die Operationskosten für den vorzeitigen Austausch der Herzschrittmacher anteilig zu ersetzen. Geforderte Schadenssumme: 2.536 Euro. Das Unternehmen lehnte es ab, der Kasse die Kosten

Ein Patient darf erwarten, dass ein Produkt fehlerfrei ist, so die Bundesrichter.

zu ersetzen. Begründung: Beide Explantate seien nicht mehr vorhanden. Es könne nicht mehr festgestellt werden, ob sie tatsächlich fehlerhaft waren. Daraufhin reichte die Kasse Klage ein.

Zu Schadenersatz verurteilt. Das Amtsgericht gab der Kasse recht. Es bejahte die Fehlerhaftigkeit der Geräte und verurteilte die Firma, Schadenersatz zu zahlen. Dabei stützte sich das Gericht auf das Produkthaftungsgesetz (Paragrafen 1,3 und 4 ProdHaftG) in Verbindung mit Paragraph 116 SGB X (Anspruch aus über-

gegangenem Recht). Das Unternehmen legte Berufung ein. Das Landgericht wies die Berufung zurück. Nach Paragraph 3 Produkthaftungsgesetz habe ein Produkt einen Fehler, wenn es „nicht die Sicherheit bietet, die unter Berücksichtigung aller Umstände, insbesondere seiner Darbietung, des Gebrauchs, mit dem billigerweise gerechnet werden kann, sowie des Zeitpunkts, in dem es in den Verkehr gebracht wurde, berechtigterweise erwartet werden kann“. Da die explantierten Herzschrittmacher ein hohes Ausfallrisiko hätten, entsprächen sie nicht den berechtigten Sicherheitserwartungen. Gegen dieses Urteil legte das Unternehmen Revision beim BGH ein.

Europas Richter sind gefragt. Der BGH setzte das Verfahren aus und legte dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) zwei Fragen zur Auslegung des Europarechts vor. Zum einen will er wissen, ob Artikel 6 Absatz 1 der Richtlinie 85/374/EWG (Produkthaftungsrichtlinie) – diese wurde mit dem Produkthaftungsgesetz in deutsches Recht umgesetzt – so auszulegen ist, dass ein Implantat bereits dann als fehlerhaft zu werten ist, wenn Geräte derselben Gruppe ein nennenswert erhöhtes Ausfallrisiko haben, aber ein Fehler des konkreten Produkts nicht festgestellt werden konnte. Weitere Frage des BGH an die Luxemburger Richter: Handelt es sich bei den Kosten der Explantationsoperation und der Implantation eines anderen Schrittmachers um einen

TIPP FÜR JURISTEN



Besonderheiten im Arzthaftungsrecht, Patientenrechtgesetz – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „**Expertengespräch zum Arzthaftungsrecht**“. Es findet am 23. November in Berlin statt. Veranstalter ist die Deutsche AnwaltAkademie. Mehr Infos: www.anwaltakademie.de > Veranstaltungen > Seminare > Medizinrecht/Arztrecht

Schaden, der im Sinne der europäischen Richtlinie durch Körperverletzung verursacht wurde? Für die Entscheidung des Rechtsstreits komme es darauf an, ob die implantierten Herzschrittmacher Produktfehler im Sinne des Produkthaftungsgesetzes und der EU-Produkthaftungsrichtlinie aufwiesen, so der BGH. Die Vorinstanzen hätten offen gelassen, ob die implantierten Geräte von dem für die Produktgruppe beschriebenen Fehler tatsächlich betroffen waren. Sie hätten aber auf der Grundlage eines Sachverständigengutachtens festgestellt, dass das Ausfallrisiko der Herzschrittmacher nennenswert erhöht gewesen sei. Somit könne anzunehmen sein, dass die implantierten Geräte nicht den Sicherheitserwartungen entsprachen und deshalb fehlerhaft waren.

Patient darf Sicherheit erwarten. Außerdem dürfe ein Patient zurecht erwarten, dass ein Implantat sicher sei. Auf die Sicherheitserwartungen der Fachärzte komme es nicht an. Auch könne dahingestellt bleiben, ob Fachkreise wüssten, dass es bei der Implantation von Herzschrittmachern keine 100-prozentige Sicherheit gebe. Im vorliegenden Fall gehe es nicht um gesundheitliche Risiken, die auch beim Einsetzen eines intakten Schrittmachers bestehen, sondern um das Risiko eines vorzeitigen Ausfalls. Dieses Risiko betreffe primär nicht den Arzt, sondern den Patienten, der auf die Funktionsfähigkeit des Gerätes vertraue. Angesichts der Lebensgefahr, die von einem fehlerhaften Herzschrittmacher ausgehe, dürfe der Patient grundsätzlich eine „Fehlerquote gegen Null“ erwarten. ■

Kommentar: Es bleibt abzuwarten, wie der Europäische Gerichtshof entscheidet. Die Beantwortung der beiden Fragen haben maßgeblichen Einfluss darauf, wie der Bundesgerichtshof im Revisionsverfahren urteilt. Zu begrüßen ist aber auf jeden Fall, dass die Bundesrichter klargestellt haben, dass es primär um die Sicherheit der Patienten geht. Besteht der Verdacht, dass Herzschrittmacher vorzeitig wegen eines eventuell eintretenden Defekts ausfallen, müssen sie vorsorglich ausgetauscht werden, um das Leben des Patienten nicht zu gefährden.

Anja Mertens ist Rechtsanwältin
im Justitiariat des AOK-Bundesverbandes.
Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de

Anzeige



Foto: Jakob Studnar

Bildung ändert alles.

Helfen auch Sie mit einer Spende
oder Patenschaft. Damit Kinder
weltweit lernen, ihr Leben selbst in
die Hand zu nehmen.

Kindernothilfe. Gemeinsam wirken.

Bank für Kirche und
Diakonie eG – KD-Bank
Spendenkonto 45 45 40
BLZ 350 601 90
IBAN: DE92 3506 0190 0000 4545 40

**kinder
not
hilfe**

www.kindernothilfe.de

HESSEN

Neue Leistungen für Schwangere

Ab sofort übernimmt die AOK Hessen neue Leistungen für Familien, die Nachwuchs erwarten. Das „Leistungspaket für Schwangere“ hat einen Wert von bis zu 100 Euro. Es umfasst den 3D-Ultraschall, die sogenannte Doppler-Untersuchung, Unterbringung der Begleitperson in einem Familienzimmer, eine Begleitperson beim Geburtsvorbereitungskurs sowie zusätzliche Vorsorgetests wie etwa den B-Streptokokken- oder den Zytomegalie-Test. Die Doppler-Untersuchung ist ein Verfahren, das die Funktionsfähigkeit einzelner Organe wie auch die Blutversorgung des ungeborenen Kindes im Mutterleib bildlich darstellen kann. Gegen Vorlage der entsprechenden Rechnungen können sich weibliche Versicherte der Gesundheitskasse in Hessen zudem die Kosten für die Hebammenrufbereitschaft bei Entbindungen in Geburtshäusern, zu Hause und bei vereinbarter persönlicher Betreuung durch eine freiberuflich tätige Hebamme in der Klinik erstatten lassen. ■



Von Beginn an auf Nummer sicher: Die AOK Hessen bietet Schwangeren zusätzliche Leistungen.

NORDOST

Kinder besser vor Karies schützen

Mit einem neuen Vorsorgeprogramm „Junge Zähne“ will die AOK Nordost Kinder besser vor der im Kleinkindalter weit verbreiteten Milchzahnkaries schützen. Eltern können für ihre AOK-versicherten Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren deshalb vier zusätzliche zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Dazu

hat die Gesundheitskasse entsprechende Vereinbarungen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Berlin und Brandenburg abgeschlossen, Mecklenburg-Vorpommern soll folgen. Die Eltern werden angeschrieben, sobald ihr Kind den ersten Geburtstag gefeiert hat. Bei Schuleingangsuntersuchungen 2009 wiesen einer Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zufolge über die Hälfte der untersuchten Sechs- bis Siebenjährigen Karies auf. Mit „Junge Zähne“

schließt die Gesundheitskasse eine wichtige Vorsorgelücke. „Uns ist die individuelle Beratung der Eltern zu Fragen der zahnmedizinischen Prävention bei ihren Kindern besonders wichtig. In dem Programm werden deshalb Mütter und Väter stärker mit einbezogen und unterstützt – vor allem auch die, die im Rahmen der Gruppenprophylaxe in den Kitas nicht erreicht werden können“, sagte **Gerlinde König**, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. ■

AOK aktuell

Gesünder arbeiten mit App und Web

Die AOK hat die Ausschreibung für ihren Präventionspreis Leonardo 2014 gestartet. Im Mittelpunkt der mittlerweile dritten Auflage des Ideenwettbewerbs steht die Frage, wie moderne Informations- und Kommunikationstechnologien die betriebliche Gesundheitsförderung insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen unterstützen können. Bewerbungsfrist für die beiden Kategorien des Leonardo-Präventionspreises ist der **15. November 2013**: Mit dem Förderpreis werden dabei vor allem Lösungen für kleine Unternehmen mit bis zu 50 Beschäftigten gewürdigt. Für den Praxispreis kommen sämtliche Unternehmen in Frage, die Informations- und Kommunikationstechnologien bereits erfolgreich im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung einsetzen.

Umfragen zufolge fühlt sich bereits jeder dritte Bundesbürger am Arbeitsplatz stark belastet. Termindruck, ständige Erreichbarkeit, zunehmende Komplexität und ein enormes Tempo im Arbeitsalltag machen dabei den meisten Erwerbstätigen zu schaffen. Nach Überzeugung der Gesundheitskasse brauchen Unternehmen und ihre Mitarbeiter deshalb moderne Formen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die gleichzeitig Organisationsstrukturen, Führungskultur und Mitarbeiterbeteiligung berücksichtigen. Informations- und Kommunikationstechnologien komme dabei eine immer größere Bedeutung zu. ■



AOK-Leonardo
Gesundheitspreis für
Digitale Prävention

Mit Stress richtig umgehen

Die AOK Baden-Württemberg hat den Startschuss für ihre landesweite Gesundheitsaktion „Lebe Balance“ gegeben. „Der richtige Umgang mit Stress steht dabei im Mittelpunkt. Hier kann jeder frühzeitig was tun und sollte vor allem nicht warten, bis Schlimmeres droht“, so **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, anlässlich der ersten von 14 Veranstaltungen in Reutlingen. Mit der Aktion „Lebe Balance“ setze die Gesundheitskasse bei der Vorbeugung an. Es gehe darum, eine stressbedingte Erkrankung erst gar nicht entstehen zu lassen. „Mit der Aktion wollen wir möglichst viele Menschen erreichen und mehr Bewusstsein für psychische Gesundheit schaffen“, so Hermann. Der leitende wissenschaftliche Berater der Aktion, **Professor Dr. Martin Bohus**, betonte, die Wissenschaft stelle „seit Jahren einen wachsenden Leistungs- und Erfolgsdruck fest, der mit einer rapiden Veränderung der Arbeitswelt einhergeht.“ Das Programm wurde von namhaften Forschern und Psychologen eigens für die AOK Baden-Württemberg entwickelt. Es basiert auf neuesten Erkenntnissen der Resilienz- und Psychotherapieforschung. www.lebe-balance.de ■

Jüngere haben öfter Spendeausweis

Junge Menschen besitzen häufiger einen Organspendeausweis als ihre älteren Mitbürger. Zu diesem Ergebnis kommt



Ausgleich finden: Neues Programm wirkt Stress entgegen.

eine Umfrage der AOK Bayern. Danach hat fast jeder Dritte der Befragten bis 25 Jahre einen Spendeausweis bei sich. Bei den 26- bis 40-Jährigen sind es lediglich 23 Prozent. Insgesamt sind 40 Prozent der Befragten zur Organspende bereit. „Die große Spannweite zwischen der Bereitschaft, Organe zu spenden, und dem Besitz eines Organspendeausweises belegt, dass wir weiterhin auf umfassende Aufklärung setzen müssen“, sagte **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandschef der Gesundheitskasse. Die meisten der Befragten hätten es begrüßt, von ihrer Kasse über das Thema informiert zu werden. Die AOK im Freistaat hat in diesem Jahr bereits 3,7 Millionen Organspendeausweise und Informationen an ihre Versicherten über 16 Jahre verschickt. Eine für alle zugängliche Online-Unterstützung bietet die Entscheidungshilfe „Organspende“, welche die AOK zusammen mit Wissenschaftlern der Universität Hamburg entwickelt hat. Infos: www.aok-gesundheitsnavi.de > Entscheidungshilfen > Organspende ■

Clowns-Visite im Krankenhaus

Als erste Krankenkasse im Bundesland fördert die AOK Sachsen-Anhalt den Verein Clownsnasen. Dessen Arbeit wird von der Idee geleitet, kranken und pflegebedürftigen kleinen Patienten durch Clownsbesuche Freude in den Klinikalltag zu bringen und damit ihre Genesung zu unterstützen. Zwei neue Clowns kann der Verein mithilfe der Kasse ausbilden. „Wir möchten dazu beitragen, dass sich noch mehr kleine Patienten an den Klinikclowns erfreuen können. Die Besuche helfen Kindern und Eltern, durch Lachen, Spiel und Spaß für einen Augenblick den Krankenhausalltag zu vergessen“, sagte **Ralf Dralle**, Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt. Die „Clowns-Visiten“ kommen sowohl Kindern, die nur kurz stationär aufgenommen werden, als auch Langzeitpatienten zugute. Schirmherr des Vereins ist der deutsche Liedermacher **Gerhard Schöne**. ■

Unterschiede zwischen Ärzten

Patienten in Deutschland sind überwiegend zufrieden mit ihren Haus- und Fachärzten. Dennoch gibt es teilweise deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Facharztgruppen. Das geht aus einer aktuellen Auswertung der Patientenbewertungen im Arztvergleichsportal der Weissen Liste und den darauf basierenden Portalen von AOK, BARMER GEK und Techniker Krankenkasse hervor. Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung sowie der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Der Auswertung zufolge würden rund 85 Prozent der Teilnehmer ihren Arzt an Freunde oder Bekannte weiterempfehlen. Dabei schneiden Internisten und Allgemeinmediziner mit Weiterempfehlungsraten von 89 beziehungsweise 88 Prozent am besten ab. Hautärzte (62 Prozent) und Orthopäden (64 Prozent) erhalten im Schnitt geringere Zustimmungswerte. Am wichtigsten ist den teilnehmenden Patienten, dass niedergelassene Ärzte gut mit ihnen kommunizieren. ■

Telegramm

+++ Informationen zu seltenen Erkrankungen und Einblicke in das Leben von Patienten gibt die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg. Dazu hat ACHSE gemeinsam mit der Gesundheitskasse die **Fotoausstellung „Waisen der Medizin – Leben mit einer Selteneren Erkrankung“** konzipiert. Schirmherrin ist die Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens. +++ Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt kommen weiter in den Genuss des Aktivbonus. Dabei handelt es sich um ein **Programm zur Gesundheitsförderung**, bei dem alle Mitglieder und jedes mitversicherte Familienmitglied mit 50 Euro belohnt werden, wenn sie etwas für ihre Gesundheit tun.

Medizin Von Ärzten, die nicht aufgeben

Am 3. Dezember 1967 gelang Christiaan Barnard im Grootte Schuur Hospital in Kapstadt die erste Herztransplantation. Die Operation machte ihn weltberühmt. Der Patient, Louis Washkansky, starb 18



Tage danach an einer Lungenentzündung. Barnard war an die Grenzen der damaligen Medizin gegangen, hatte sie bewusst überschritten, um todgeweihten Patienten doch noch eine Chance zu geben. Er war nicht der einzige, der daran arbeitete. Kurz darauf gab es auch in den USA und Europa die ersten Herztransplanta-

tionen. Der „Stern“-Redakteur Bernhard Albrecht schreibt in „Patient meines Lebens“ über neun Fälle, in denen deutsche Ärzte nicht aufgaben und die Grenzen der Medizin erweiterten. Albrecht geht ihrer Motivation nach, beschreibt ihren Scharfsinn, ihre Verbissenheit und ihr Durchhaltevermögen, für die sie am Ende oft, aber nicht immer Ruhm ernten. Etwa Gero Hütter von der Charité, der mit einer Knochenmarktransplantation einen Leukämiekranken auch von seiner HIV-Infektion befreite und deshalb „Berliner des Jahres 2008“ wurde. Der Thüringer Anästhesist Robert Haag, der vor 13 Jahren Cannabis in der Schmerztherapie einsetzte, was erst heute erlaubt ist, fuhr danach Notarzt-einsätze, um die Arzneimittelkosten der Krankenkasse zurückzuzahlen. Es sind packende Geschichten, die Albrecht erzählt, auch wenn sie nicht immer zum Wohl des ersten Patienten ausgingen.

Bernhard Albrecht:
Patient meines Lebens. 2013.
269 Seiten, 19,99 Euro.
Droemer-Verlag, München.

Handbuch Grundlagenwissen zum Datenschutz

Eine Hilfsorganisation für psychisch Kranke hatte tausende Patientendokumente viele Jahre über das Internet verwaltet – nicht nur für Hacker leicht zugänglich. Als die zuständige Landesdatenschutzbehörde dies bemerkte, forderte sie ein hohes Bußgeld. Nicht immer muss es so schlimm kommen. Die Datenschutzvorgaben zum Wohle des Patienten umzusetzen, ist für Kliniken kein leichtes Unterfangen, zumal gleichzeitig kosteneffizient und vernetzt mit externen Partnern gearbeitet werden muss. Das Spektrum, das die Arbeit der Datenschutzbeauftragten bestimmt, reicht von der ärztlichen Schweigepflicht bis zu Besonderheiten bei kirchlichen Trägern. Auch der Daten- und Informationsaustausch über E-Mails und soziale Medien muss bedacht werden. Ein Handbuch des Autorenteams von Benedikt Buchner, Professor für Bürgerliches Recht und Direktor des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht der Universität



Bremen, sorgt kontinuierlich für Transparenz auf dem komplexen Feld des Datenschutzes im Gesundheitswesen. Die gut 900 Seiten in der altbewährten Form der Loseblattsammlung im DIN A5-Ringordner – ideal zum regelmäßigen Aktualisieren – kontrastieren zwar etwas das vorwiegend digitale Thema. Doch wer am Bildschirm arbeitet, weiß Papier zu schätzen. Ergänzend zum Praxishandbuch wird zudem auch ein Zugang zu einem Onlinebereich mit immer aktuellen, sofort einsetzbaren Arbeitshilfen angeboten. Zielgruppe sind Datenschutzbeauftragte auch bei den Krankenkassen.

Benedikt Buchner (Hrsg.):
Datenschutz im Gesundheitswesen. 2013. 900 Seiten,
169 Euro. AOK-Verlag, Remagen.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ REHA-FORUM 2013	Sozialmedizinische Begutachtung, Vergütung, Reha-Budget, Case Management in der Nachsorge	4.–5.11.2013 Köln	MCC – Management Center of Competence Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Health
■ 14. BERLINER GESUNDHEITSGESPRÄCHE: SCHNITTSTELLE ARZT-KRANKENHAUS-PATIENT	Sektorenübergreifende Kooperation, spezialfachärztliche Versorgung, Qualitätssicherung	8.11.2013 Berlin	I.O.E. In der Driesch 46 53881 Euskirchen	Tel.: 0 22 51/6 25 99 0-1 Fax: 0 22 51/6 25 99 0-3 info@ioe-wissen.de www.ioe-wissen.de > Veranstaltungen
■ 18. HANDELSBLATT JAHRESTAGUNG HEALTH	Gesundheitspolitik nach der Wahl, Krankenhausreform, GKV und PKV, Arzneimittelmarkt	27.–29.11.2013 Berlin	Euroforum Deutschland Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–36 47 Fax: 02 11/96 86–40 40 anmeldhb@euroforum.com www.health-jahrestagung.de
■ 7. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS	Intersektorale Qualitätssicherung, Qualitätswettbewerb, Patientensicherheit,	28.–29.11.2013 Berlin	Gesundheitsstadt Berlin GmbH Kongressbüro: Nationaler Qualitätskongress Gesundheit Schützenstraße 6a, 10117 Berlin	Tel.: 0 30/7 00 11 76 00 Fax: 0 30/7 00 11 76 04 kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de www.qualitaetskongress-gesundheit.de
■ 24. EAHM CONGRESS HOSPITAL MANAGEMENT IN TIMES OF CRISIS	Strategische Leitlinien, Umgestaltung der Betriebsprozesse, neue Technologien	28.–30.11.2013 Luxemburg	Fédération des Hôpitaux de Luxembourg 5, rue des Mérovingiens L–8070 Luxembourg	Sekretariat des Kongresses Tel.: 0 03 52/42 41 42-11 contact@eahm-luxembourg2013.lu http://eahm-luxembourg2013.lu/web/eahm/

Arbeitsmedizin Nazi-Vergangenheit unter der Lupe

Der 1962 im Alter von 70 Jahren in Hamm/Westfalen gestorbene Arbeitsmediziner Ernst Wilhelm Baader hat seine im Nationalsozialismus begonnene Karriere nach dem Krieg in Westdeutschland nahtlos fortgesetzt. Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, deren Gründungspräsident er noch kurz vor seinem Tod war, hat Baaders Lebensgeschichte von den Erlanger Medizinhistorikern Karl-Heinz Leven und Philipp Rauh aufarbeiten lassen. Herausgekommen ist zugleich ein detailliertes Bild der Arbeitsmedizin im Natio-



nalsozialismus. Baader selbst war ein karrierebewusster, ehrgeiziger Wissenschaftler, der es nach 1945 verstand, seine Verstrickung in der NS-Zeit komplett zu verdrängen und als vermeintlich unbelasteter Mediziner seine Karriere fortzusetzen. Noch Jahrzehnte nach seinem Tod sollte sein Name das Selbstbild der deutschen Arbeitsmedizin prägen – unter anderem durch den von seiner Witwe gestifteten E. W. Baader-Preis. 1918 promoviert, gründete Baader 1924 an der Charité die erste deutsche arbeitsmedizinische Klinik. In seinem Parteieintritt unmittelbar nach der NS-Machtüber-

nahme und der Verve, mit der er für den NS-Staat eintrat, sehen die Erlanger Historiker ein Lehrstück für die atemberaubend schnelle organisatorische und mentale Gleichschaltung der Ärzteschaft. Im Krieg war er als Sanitätsoffizier für die gesundheitlichen Verhältnisse im KZ Breendonk zuständig und ließ Versuche an Zwangsarbeitern machen. Nach dem Krieg leitete er sofort wieder ein Krankenhaus, 1951 wurde er Honorarprofessor in Münster. Er war zudem Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.

Philipp Rauh, Karl-Heinz Leven: Ernst Wilhelm Baader und die Arbeitsmedizin im Nationalsozialismus. 2013. 257 Seiten, 46,95 Euro. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main.

Nachschlagewerk Geballte Infos zum Arbeitsrecht

Wir müssen die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt im Blick haben – Stress und zu hoher Leistungs- und Zeitdruck können krank machen, schreibt Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen im Vorwort des im Wesentlichen von Mitarbeitern ihres Ministeriums erarbeiteten Nachschlagewerks zum Arbeits- und Arbeitsschutzrecht. Auf den gut 900 Seiten



der aktuellen siebten Ausgabe finden sich viele Gesundheitsbezüge, insbesondere in den Abschnitten zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Familienpflegezeit und zum Gentechnikgesetz. Die beiliegende CD-ROM enthält neben dem gesamten Inhalt des Buches auch eine Übersicht zum Berufskrankheiten-

Geschehen seit 1925 sowie zur Entwicklung der Arbeitsunfälle und Aufwendungen der Unfallversicherungsträger seit 1960.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht. 2013. 910 Seiten, 36 Euro. Verlag Bildung und Wissen, Nürnberg.

Zeitschriftenschau

■ Risikoschwangerschaft: Bettruhe ist nicht immer empfehlenswert

Haben schwangere Frauen einen kurzen Gebärmutterhals, wird ihnen häufig zur Bettruhe geraten, um eine Frühgeburt zu vermeiden. Eine wissenschaftlich fundierte Grundlage hierfür gibt es nicht. US-amerikanische Wissenschaftler haben die Daten von 646 Erstgebärenden analysiert, deren Gebärmutterhals kürzer als 30 Millimeter ist. Ergebnis: Frauen, die sich auf Empfehlung ihres Gynäkologen schonten, haben nicht nur ein erhöhtes Risiko, eine Thrombose oder Depression zu bekommen. Auch steigt die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Geburt.

Obstetrics & Gynecology 2013; 121 (6): 1181–1186

■ Hypothermie bei Kindern: US-Forscher brechen Studie ab

Ob es für Kinder mit einem Schädel-Hirn-Trauma vorteilhaft ist, ihre Körpertemperatur zwei bis drei Tage lang auf bis zu 32 Grad Celsius abzusenken (therapeutische Hypothermie), haben US-amerikanische Forscher untersucht. Bereits die Zwischenanalyse der Daten hatte ergeben, dass es hinsichtlich der Sterblichkeit oder neurologisch bedingter Beeinträchtigungen keinen Unterschied machte, ob die Körpertemperatur abgesenkt wurde oder nicht. Die Wissenschaftler haben die Studie vorzeitig beendet.

Lancet Neurology 2013; 12: 546–553

■ Rauchen kostet Frauen elf Jahre Lebenszeit

Raucherinnen verkürzen ihr Leben um elf Jahre. Das fanden Forscher der Universität Oxford anhand einer großen Untersuchung mit über einer Million Britinnen heraus. Die Probandinnen waren zu Beginn der Studie im Durchschnitt 55 Jahre alt. Ein Fünftel von ihnen rauchte, 28 Prozent hatten sich das Laster inzwischen abgewöhnt und die übrigen waren niemals Raucherinnen. Zwölf Jahre lang wurde bei allen der Gesundheitsverlauf beobachtet. Ergebnis: 53 Prozent der Raucherinnen starben vor dem 80. Lebensjahr, aber nur 22 Prozent der Frauen, die nie geraucht hatten. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Raucherinnen und Nichtraucherinnen betrug elf Jahre.

The Lancet 2013; 381: 133–141

■ Vegetarier leben länger

Vegetarisch essen ist gesund. Wer seinem Speiseplan noch Fisch hinzufügt, hat offenbar die besten Chancen auf ein langes, gesundes Leben. Das berichten Forscher der Loma Linda Universität in Kalifornien. Sie hatten 73.000 Mitglieder einer protestantischen Freikirche in fünf Gruppen unterteilt: Nicht-Vegetarier, Vegetarier, die Fisch essen, Vegetarier, die Milchprodukte und Eier verzehren, Veganer, die keine tierischen Produkte zu sich nehmen, und Semi-Vegetarier, die ab und zu Fisch und Fleisch essen. Ergebnis nach sechs Jahren Beobachtung: Über alle Gruppen hinweg war die Mortalität der Vegetarier um zwölf Prozent niedriger als die der Fleischesser. Die geringste Sterblichkeitsrate hatten nicht etwa die Veganer, sondern die Vegetarier, die auch Fisch essen.

JAMA Internal Medicine 2013; 173 (11): 1–8

Chancen nutzen, Risiken begegnen

Betreuung von Bluthochdruck-Patienten, Überwachung von Menschen mit Herzschrittmacher: Telemedizin und Telematik tragen zur besseren Versorgung bei. Entscheidend für ihre Akzeptanz ist die Einhaltung des Datenschutzes, meinen **Matthias von Schwanenflügel** und **Claudia Riepe**.

Wer sich mit technischen Anwendungen wie Telematik und Telemedizin beschäftigt, stellt schnell fest, dass es dabei auch um gesellschaftliche Nebenwirkungen geht. Dazu gehören die Achtung des Persönlichkeitsschutzes, Freiheitsrechte sowie Fragen nach der sozialen Gerechtigkeit. Diese spiegeln sich in den Zielen von eHealth wider: verbesserte Lebensqualität und -erwartung, gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung, volkswirtschaftlicher Nutzen und Patientenzufriedenheit.

Aus ethischer Perspektive ist der Einsatz IT-gestützter Verfahren insofern notwendig. Qualitätsverbesserungen können etwa im Bereich der Arzneimitteltherapie-Sicherheit oder der Schlaganfallbehandlung dank der Verfügbarkeit von ärztlichem Spezialwissen rund um die Uhr im Extremfall lebensrettend sein. Auch mit Blick auf Effizienzgewinne, die Ressourcen freisetzen, die der Gesundheitsversorgung insgesamt zugute kommen, ist der Einsatz von IT-gestützten Verfahren aus ethischen Gründen geboten.

Befunde müssen geschützt sein. Die Herausforderung besteht darin, die Chancen zu nutzen und gleichzeitig den Risiken zu begegnen. Die Akzeptanz von eHealth-Anwendungen steht und fällt mit der Einhaltung des Datenschutzes und der Unantastbarkeit des Arzt-Patientenverhältnisses. Das bestätigen Umfragen bei Ärzten und Versicherten. Regelungen der Telematikinfrastruktur nach Paragraph 291a Sozialgesetzbuch V sehen im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Datenschutz einen sehr hohen Schutz der Patientendaten vor. Der Kerngedanke dabei ist, dass der Patient allein bestimmt, ob und welche persönlichen Gesundheitsdaten gespeichert werden sollen. Darüber hinaus ist gesetzlich festgelegt,

wer auf die mithilfe der Gesundheitskarte gespeicherten Daten wann zugreifen darf – und wer nicht. Der Schutz der sensiblen Gesundheitsdaten wird über technische Vorkehrungen sichergestellt. Zu nennen wären hier die Eingabe eines PINs vor dem Zugriff auf die Daten, die Protokollierung der Zugriffe und spezielle Verschlüsselungen. Der Missbrauch wird strafrechtlich verfolgt.

Kein Ersatz für den Arztbesuch. Das Herz unseres Gesundheitswesens und die Basis für den Behandlungserfolg ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Befürchtungen, dass Telemedizin zur „Billigmedizin“ für diejenigen verkommt, die sich den Arztbesuch nicht mehr leisten können und das persönliche Gespräch durch standardisierte Behandlung nach elektronischen Fragebogenmustern oder Call-Center ersetzt wird, sind ernst zu nehmen. Die Antwort auf die Frage, wie Telematik und Telemedizin das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beeinflussen, kann nur lauten: Telematik und Telemedizin unterstützen ärztliches Handeln, sie können und sollen es aber nicht ersetzen. So kann die telemedizinische Betreuung von Bluthochdruck- oder Diabetes-Patienten zur rechtzeitigen Intervention in Krisensituation beitragen. Auch kann eine bessere Erreichbarkeit des Arztes über eine gesicherte E-Mail-Verbindung die Zufriedenheit mit der Behandlung erhöhen und den Arzt von reinen „Nachfragegesprächen“ entlasten. Die IT-Unterstützung für Diagnose und Therapie zu nutzen und das Patientenwohl ins Zentrum zu stellen, ist eine Herausforderung für den Arzt und die ärztliche Fortbildung.

Zum ethischen Umgang mit Telematik und Telemedizin gehört auch, dass die medizinische Behandlung – ob virtuell oder real – allen Menschen unabhängig von räumlichen, sozialen oder finanziellen Voraussetzungen zur Verfügung steht. Dieser Aspekt gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den aufkommenden Versorgungsproblemen im ländlichen Raum an Bedeutung. Die neuen Technologien helfen, die räumlichen Barrieren zu überwinden und das Leben im häuslichen Umfeld gerade für ältere oder chronisch kranke Menschen weiter zu ermöglichen. Anwenderfreundliche, praktikable Lösungen stellen eine Herausforderung für Selbstverwaltung und Industrie dar. ■

Dr. Matthias von Schwanenflügel leitet die Unterabteilung Haushalt, Recht, Telematik im Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Claudia Riepe ist Referentin in der BMG-Unterabteilung Haushalt, Recht, Telematik. **Kontakt: Matthias.Schwanenflugel@bmg.bund.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog www.reformblock.de können Sie mit uns diskutieren.

Oder schreiben Sie uns:

Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,
E-Mail: gug-redaktion@kompakt.de

Gesundheit und Gesellschaft
Das AOK-Forum für Politik, Praxis
und Wissenschaft, vormals DOK,
erstmals erschienen: 1914

Herausgeber AOK-Bundesverband
Redaktion Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
E-Mail: gug-redaktion@kompart.de
www.kompart.de

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Anne Töpfer
Redaktion Burkhard Rexin (ständiger Autor)

Titel Getty Images

Verlag KomPart Verlagsgesellschaft mbH
& Co. KG, 10178 Berlin,
AG Berlin-Charlottenburg
HRA 42140 B
Postanschrift: wie Redaktion

Marketing Vertrieb KomPart Verlagsgesellschaft mbH
& Co. KG
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105

Repro und Druck Buch- und Offsetdruckerei
H. Heenemann GmbH
& Co. KG Berlin

Anzeigen KomPart Verlagsgesellschaft mbH
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
Ansprechpartner:
Christian Lindenberg, Telefon: -161
Verantwortlich für den Anzeigenteil:
Werner Mahlau

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlages. Dies gilt auch für die
Aufnahme in elektronische Daten-
banken und Mailboxen. Für unauf-
gefordert eingesandte Manuskripte
und Fotos übernimmt der Verlag
keine Haftung.
Einzelpreis: 6,95 Euro
Jahresabo: 71,80 Euro
inkl. Porto
Kündigungsfrist 3 Monate
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-
preisliste Nr. 15
vom 1.1.2013
ISSN 1436-1728



G+G 9/2013

Reportage: Zeit zum Vatersein

Vaterrolle im Wandel

Mutter und Vater sind für jedes Kind die Dreh- und Angelpunkte des Lebens. Dies gilt heute genauso wie vor hundert Jahren. Was sich allerdings geändert hat, sind die Rollenverteilungen der Eltern. Der Vater ist nicht mehr der unumstrittene Herr des Hauses, der kompletten Gehorsam verlangt. Stück für Stück übernehmen Männer in der Familie auch traditionell weibliche Aufgaben. Sie sind nicht mehr nur Versorger. Ob allein-erziehend oder mit berufstätiger Frau, müssen, dürfen und können Männer nicht mehr als autoritäre Figuren auftreten, um männliche Werte zu vermitteln, sondern sind nun ebenso Erzieher. Der Vater vom Typ „Disziplin, Ordnung, Respekt!“ ist ein Auslaufmodell. Das Problem ist, dass Männer meistens nur das alte Väterbild im Kopf haben. Wenn man(n) selber als Kind bei Ungehorsam angebrüllt wurde, fällt es schwer, dieses Verhalten nicht beim eigenen Kind zu kopieren. Um aus diesem Dilemma herauszukommen, scheinen Einrichtungen wie das Kurzentrum Carolinensiel ideal und eine gute Hilfe für Väter zu sein.

A. W., Bonn

G+G 9/2013

Einwurf

Schwarz-Weiß-Bilder

Nach der Ein-Kind-Politik zur Kontrolle des Bevölkerungswachstums in China

beglückt uns Dr. Klaus Zeh im G+G-Einwurf mit dem Plädoyer für eine Mehr-Kind-Politik in Deutschland. Wohlfeil klingt seine Forderung, all jene, die Kinder erziehen, bei Beiträgen für Rente, Pflege und Gesundheit zu entlasten. Ein Schelm, wer nicht zwischen den Zeilen zu lesen vermag, dass für die Gegenfinanzierung wohl all jene aufkommen sollen, die keine Kinder haben. Was mit Paaren geschieht, die – warum auch immer – keine Kinder bekommen können, dieser Frage stellt sich Herr Dr. Zeh nicht. Einfacher, weil populärer ist offenbar das Aufstellen staatlicher Wegweiser: hier das Vorfahrtsschild für „Kinderreiche“, dort das Stoppschild für Kinderarme und Menschen ohne Kinder. Wer Familienpolitik in solchen Schwarz-Weiß-Schablonen zeichnet, hat schon verloren, bevor er damit beginnt. Dass es ausgerechnet der Präsident des Familienverbandes tut, stimmt bedenklich.

U. S., Laatzen

G+G 9/2013

Dauerbaustelle auf der Datenautobahn

Datenschutz als Farce

Ich bin froh, wenn es mit der elektronischen Gesundheitskarte noch ein bisschen dauert oder nie etwas wird. Die Vorstellung, dass meine Gesundheitsdaten über das Internet hin- und hergeschoben werden, verursacht bei mir ein leichtes Frösteln. Wer alles hat dann Zugang dazu? Datenschutz erscheint mir vor dem Hintergrund von Hacker-Angriffen und Ausspähungen immer mehr als Farce.

O. S., Hannover

BECKs Betrachtungen



„Mit Knie-Operationen kann man sehr reich werden. Mein Problem ist nur, dass ich kein Blut sehen kann...“
> > E 8



Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur in Weimar und Grafik in Berlin, bevor er durch Veröffentlichungen in der „Zeit“, im „Eulenspiegel“ und in der „taz“ als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Publikationen wie das Buch „Meis-

ter der komischen Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann, erschienen im Juni 2011), Preise und Ausstellungen folgten. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf www.schneeschnee.de

Ist die neue Pille auch die bessere?

„Marcia Angells Klage ist kompromisslos, überzeugend und beunruhigend.“

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105
oder per Mail: verlag@kompart.de

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

1. Auflage, 288 Seiten, Hardcover, ISBN: 978-3-9806621-9-2

— Exemplar(e) zum Preis von **24,80 Euro**

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

Die Pharmaindustrie rühmt sich, Innovationsmotor des Gesundheitswesens zu sein – ständig neu auf den Markt geworfene Medikamente vermarktet sie als Segen für die Patienten. Doch wie innovativ sind die Arzneimittelhersteller wirklich?

Die Autorin analysiert am Beispiel USA die Pharmabranche und stellt kritische Fragen: Wie gut sind die neuen Medikamente? Müssen sie wirklich so teuer sein? Wie hoch sind die Forschungs- und Entwicklungskosten? Ihre Antworten sind präzise und kompromisslos: Marketingkosten treiben die Arzneimittelpreise unnötig in die Höhe. Überteuerte Nachahmerprodukte überschwemmen den Markt, und nur 14 Prozent der jährlichen Neuzulassungen sind echte Innovationen.

Marcia Angell, Ärztin und Medizinjournalistin, war Chefredakteurin des renommierten *New England Journal of Medicine* und ist Dozentin für Sozialmedizin an der Harvard Medical School in Boston.

Das Buch bietet 288 spannende, faktenreiche Seiten und ist zudem locker zu lesen. Mit einer Einführung ins US-Gesundheitswesen und einem Glossar bietet es zudem einen Einblick in das teuerste Gesundheitssystem der Welt.



Schwerwiegende Erkrankung?
**Wir helfen Ihnen mit der
ärztlichen Zweitmeinung
von Experten.**

Bei einer lebensverändernden Diagnose vermitteln wir Ihnen Experten, damit Sie eine ärztliche Zweitmeinung einholen können. Für das gute Gefühl, die richtige Diagnose und die passende Therapie zu bekommen. Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de