



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Lauter wilde Jungs

Diagnose Zappelphilipp:
Warum immer mehr Kinder
Psychopillen bekommen

DURCHBLICK

Gutachten zum Klinikmarkt

LICHTBLICK

Geschichte einer Nierenspende

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

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
kai.behrens@bv.aok.de
gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de
michael.bernathek@bv.aok.de
christine.goepner-reinecke@bv.aok.de

Tel. 030/34646-2309
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: 01802/47102-104*

Tel. 0361/6574-80021
Fax: 01802/47102-115*

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.

Alt-Start nach dem Mauerfall

Als die DDR zusammenbrach, fand nicht nur moderne Medizintechnik den Weg nach Ostdeutschland. Die Bundesrepublik exportierte leider auch veraltete Strukturen in das Gesundheitswesen der neuen Länder, meint **Hartmut Reiners**.

Der Zusammenbruch der DDR fällt in meinen Erinnerungsbildern nicht mit dem 9. sondern mit dem 4. November 1989 zusammen. An diesem Samstag fand auf dem Alexanderplatz in Berlin die legendäre Kundgebung statt, auf der so unterschiedliche Geister wie der Schriftsteller Stefan Heym, der Geheimdienst-General Markus Wolf und der Pfarrer Friedrich Schorlemmer mit ihren Reden das Ende der DDR einläuteten. Die Fernsehbilder von diesem bewegenden Ereignis sah ich in einem Hotel in Bad Neuenahr, wo sich die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Mitglied ich war, zur Redaktion ihres Endberichtes traf.

Mir schossen zwei Gedanken durch den Kopf: „Das war's wohl mit der DDR!“ Und: „Für den Enquete-Bericht wird sich niemand mehr interessieren.“ So kam es denn auch. Die DDR löste sich auf und die „zweite Stufe der Gesundheitsreform“, die dem zum 1. Januar 1989 in Kraft getretenen Gesundheits-Reformgesetz folgen sollte, wurde ausgesetzt.

Die Einrichtungen des DDR-Gesundheitswesens waren 1989 in einem maroden Zustand. Die Krankenhäuser hatten ein Durchschnittsalter von über 60 Jahren. Jedes Fünfte von ihnen wies so schwere Baumängel auf, dass man es eigentlich hätte schließen müssen. Auch die Ausstattung der Krankenhäuser und Polikliniken war total veraltet. Experten schätzten den medizintechnischen Investitionsbedarf auf fünf Milliarden D-Mark.

Die in den 1990er Jahren mit Milliardenaufwand erfolgte Sanierung des Gesundheitswesens der neuen Länder hatte messbare Folgen. Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung hat errechnet, dass 2011 ohne die deutsche Einheit die ostdeutschen Männer im Durchschnitt 6,2 Jahre und die Frauen 4,2 Jahre früher gestorben wären. Das hat zwar vor allem mit den verbesserten Lebensbedingungen zu tun, aber auch mit der medizinischen Versorgung etwa bei Schlaganfällen, Herzinfarkten und Krebserkrankungen.

Polikliniken galten als Auslaufmodell – heute sind sie Vorbild.

Man beschränkte sich damals jedoch auf die technische Modernisierung der Einrichtungen und übertrug mit dem Einigungsvertrag leider auch die reformbedürftigen Strukturen des westdeutschen Gesundheitswesens eins zu eins auf die neuen Länder. Die starre Abgrenzung in ambulante und stationäre Versorgung wurde dabei ebenso übernommen wie die Einzelarztpraxis als Regelform der ambulanten Versorgung, obwohl Fachleute diese Segmentierung bereits als zentrale Schwachstelle

des westdeutschen Gesundheitswesens diagnostiziert hatten. Das DDR-Gesundheitswesen bot hingegen mit einem abgestuften System von Ambulatorien sowie Kreis- und Bezirkspolikliniken gute Ansatzpunkte für eine Modernisierung der Versorgungs-

strukturen. Der Virchow-Bund, ein Anfang 1990 gegründeter Zusammenschluss von DDR-Ärzten, sprach sich für den Erhalt dieser Grundstruktur aus. Die Kreis- und Bezirkspolikliniken sollten in eigenständig wirtschaftende Gesundheitszentren umgewandelt und die Ambulatorien entweder als Gesundheitszentren oder als fachübergreifende Gemeinschaftspraxen geführt werden.

Aber davon wollten die meisten Politiker, Ärzte und Kassenfunktionäre nichts wissen. Die Polikliniken wurden abgewickelt und nicht saniert. Nur Brandenburgs Gesundheitsministerin Regine Hildebrandt verfolgte einen anderen Kurs. In ihrem Auftrag entwickelte das Berliner IGES-Institut ein Konzept zum Umbau der Polikliniken in wirtschaftlich arbeitende Gesundheitszentren, in denen sowohl angestellte als auch niedergelassene Ärzte praktizieren konnten. Diese neuen Polikliniken erhielten vom Land Brandenburg Kredite für Investitionen und entwickelten sich, wie das „Deutsche Ärzteblatt“ Ende 2001 feststellte, vom „Auslaufmodell zur Alternative“. Sie wurden zur Blaupause für die 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz bundesweit eingeführten Medizinischen Versorgungszentren. Gute Ideen setzen sich eben irgendwann durch, auch wenn es manchmal etwas länger dauern kann. ■



Hartmut Reiners, Jahrgang 1945, war bis zur Pensionierung in den Gesundheitsministerien von Nordrhein-Westfalen und Brandenburg zuständig für Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Abstimmung mit dem Bund und den Ländern. Heute verarbeitet der Ökonom und Jazz-Liebhaber sein Wissen über die Gesundheitspolitik in Büchern („Die Reformfibel“, „Mythen der Gesundheitspolitik“). Demnächst erscheint eine von ihm gemeinsam mit Franz Knieps verfasste „Geschichte der Gesundheitsreformen“ im Huber Verlag.

Kontakt:
hartmut-reiners@t-online.de

Ein wunderbares Leben



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Als Franz Josef Lünne Ende 2009 als Vorstandsvize der AOK Brandenburg verabschiedet wird, ist die Stimmung bei manchen Gästen nicht nur heiter. Gewiss: Der Sportfan freut sich daran, dass etwa die erfolgreichen Fußballerinnen von Turbine Potsdam zu Besuch sind, einem der Sportpartner der Gesundheitskasse. Und natürlich gibt es Geschenke und viel Lob. **Doch mit erst**

56 Jahren scheidet Lünne keineswegs freiwillig aus dem Berufsleben aus: Seine Hautfarbe wirkt fahl, das Gesicht ist ein wenig aufgedunsen – Folgen einer schweren Nierenerkrankung, die die Ärzte mit Cortison zu behandeln versuchen. Nicht nur ich mache mir Sorgen.

April 2014: Das AOK-Kindertheater „Henrietta in Fructonia“ feiert seinen 10. Geburtstag. Politik, Presse und AOK-Führungskräfte sind nach Potsdam gekommen, um den Erfolg des Präventionsprojektes zu feiern. Unter den Anwesenden entdeckte ich Franz Josef Lünne, einen der „Väter“ von Henrietta – und kann es kaum fassen. Kerzengerade und braungebrannt steht er vor mir, begrüßt mich mit strahlenden Augen. Mehr als drei Jahre haben wir uns nicht gesehen, und ich glaube für einen Moment an ein Wunder.

Doch das Wunder steht daneben und gibt mir die Hand: **Kornelia Lünne hat ihrem Mann eine Niere gespendet – und beiden Eheleuten geht es zwei Jahre nach der Operation gut.** Wenige Wochen später sitzen mein Kollege Thomas Hommel und ich im Garten der Lünnes in Mahlow, genießen Sonnenschein und selbstgebackenen Kuchen. Und hören den wundervollen Bericht von einem zweiten Leben, den Sie, liebe Leserinnen und Leser, ab Seite 30 lesen können. Für mich ist die Geschichte der Lünnes eine frohe Botschaft in Zeiten vieler schlechter Nachrichten zur Organspende.



Gruppenbild im heimischen Garten:
Kornelia und Franz Josef Lünne,
umrahmt von zwei G+G-Köpfen.



MAGAZIN

12 BEI PRÄVENTION SIND ALLE AM ZUG

Ewig diskutiert, jetzt soll es tatsächlich kommen: ein Präventionsgesetz. Darin muss klar geregelt sein, dass Gesundheitsförderung nicht allein Kassen-Aufgabe ist.

Von Kai Kolpatzik

14 POSITIVER BEFUND FÜR BONUSTARIF

Mehr Vorsorge, höhere Impfrate, stärkeres Kostenbewusstsein – der AOK-Bonustarif bekommt von der wissenschaftlichen Begleitforschung gute Noten.

Von Wolfgang Riedel

16 PATIENTENQUITTUNG SORGT FÜR DURCHBLICK

Transparenz großgeschrieben: Versicherte wollen mithilfe der AOK-Patientenquittung erfahren, was für ihre Gesundheitsversorgung abgerechnet worden ist.

Von Thomas Hommel

17 LOTSE ZWISCHEN STENDAL UND HARZ

Bessere Behandlung, engere Patientenbindung, weniger Klinikaufenthalte – die hausarztzentrierte Versorgung in Sachsen-Anhalt bewährt sich seit zehn Jahren.

Von Thomas Hommel

18 DER KLEINE UNTERSCHIED IN DER MEDIZIN

Frauen erkranken und genesen anders als Männer. Doch in der Gesundheitsversorgung werden die Geschlechter häufig über einen Kamm geschoren.

Von Daniela Chase, Sabine Oertelt-Prigione und Volker Amelung

20 PILLEN VOR DER PREISFRAGE

Überteuerte Medikamente, hohe Einsparpotenziale: Der neue Arzneiverordnungs-Report gibt Aufschluss, wo es im Arzneimittel-Markt klemmt.

Von Thomas Rottschäfer

21 „PROFITORIENTIERUNG IST FEHL AM PLATZ“

Selbstzahler-Leistungen, Chefarzt-Boni, Pharmapreise: Bloß auf den Gewinn zu gucken und aus Krankheit Kapital schlagen zu wollen, passt nicht zur sozialen Krankenversicherung, sagt Chirurg Bernd Hontschik.



30

Befragt: Wie eine Organspende das Leben von Kornelia und Franz Josef Lünne verändert hat

TITEL

22 DIAGNOSE ZAPPELPHILIPP

Hyperaktiv, unachtsam, streitsüchtig: Immer öfter diagnostizieren Ärzte ADHS, verordnen Pillen und Therapien. Auffällig: die regionalen Unterschiede.
Von Helmut Schröder, Katrin Schüssel und Andrea Waltersbacher

THEMEN

30 „OHNE ORGANSPENDE WÄRE ICH JETZT TOT“

Ein zweites Leben geschenkt: Kornelia Lünne hat ihrem Mann Franz Josef eine Niere gespendet. Das Ehepaar blickt zurück und macht anderen Mut.
Von Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving

34 KLINIKMARKT: KAUM EIN HAUS IST RAUS

Sinkende Bettenzahlen, Trägerwechsel, Fusionen: die Kliniklandschaft ist im Umbruch. Doch nur wenige Häuser schließen, wie ein Gutachten zeigt.
Von Uwe K. Preusker

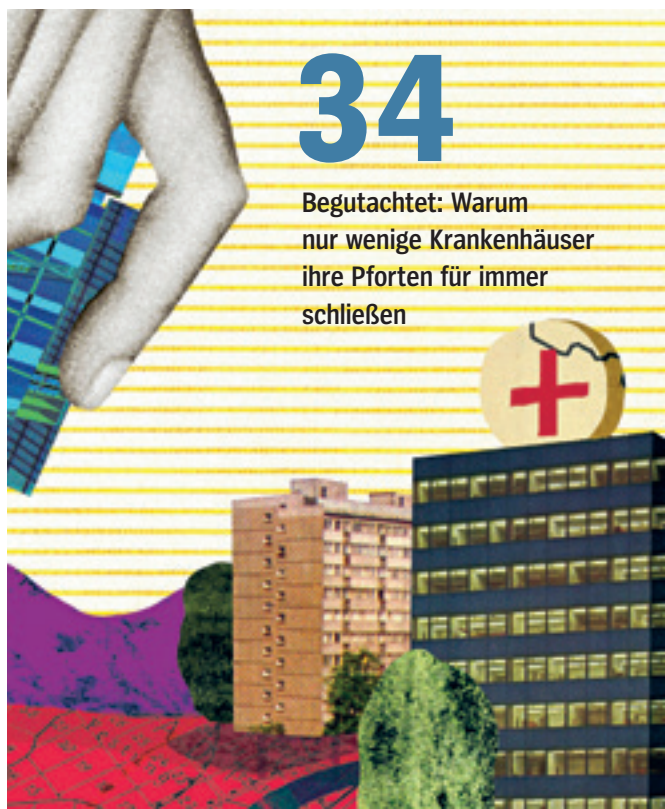
RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Operieren nach Postleitzahlen?
- 11 **Kommentar** Landarztmangel: Scheckbuch war gestern
- 42 **Recht** Hilfsmittel: Kasse muss Treppensteighilfe zahlen
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Arznei-Dialog: Mehr als ein Kaffeekränzchen
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



22

Beleuchtet: Was es mit dem Zappelphilipp-Syndrom auf sich hat



34

Begutachtet: Warum nur wenige Krankenhäuser ihre Pforten für immer schließen

FORSCHUNG

Geruchssinn sagt
Ableben voraus

Wissenschaftler vermuten im Geruchssinn älterer Menschen einen Indikator für deren Lebenserwartung. Je schlechter Senioren Gerüche erkennen könnten, desto wahrscheinlicher verstürben sie in den nächsten fünf Jahren, so Forscher der University of Chicago. Sie hatten 2005 und 2006 über 3.000 Menschen getestet. Die Frauen und Männer im Alter von 57 bis 85 Jahren mussten fünf Gerüche – Pfefferminz, Fisch, Orange, Rose und Leder – Bildern zuordnen. Fünf Jahre später analysierten die Forscher, welche der 3.000 Probanden noch am Leben waren. Ergebnis: Jeder achte Proband war zwischenzeitlich verstorben. Unter den Testpersonen, deren Geruchssinn versagte, lag der Anteil der Verstorbenen dabei viel höher (39 Prozent) als bei jenen, die die Düfte erkannten (zehn Prozent). ■

MEDIZINPRODUKTE

Kein Systemwechsel
bei der Zulassung

Eine europaweite zentrale Zulassung von Medizinprodukten analog dem Verfahren bei Arzneimitteln stößt bei der Bundesregierung auf Ablehnung. Es gebe keine Hinweise, dass staatliche Behörden per se für die Produktzulassung besser geeignet wären als „Benannte Stellen“, teilte die Regierung auf eine Anfrage der Grünen mit. Insofern sei ein Systemwechsel keine adäquate Lösung hinsichtlich der von Experten bemängelten Datenlage zur klinischen Leistungsfähigkeit von Medizinprodukten. Dabei handelt es sich um Rollstühle, Blutdruckmessgeräte, aber auch



Die Rose am Duft erkennen – das gibt laut einer Studie einen Hinweis auf die Lebenserwartung älterer Menschen.

um künstliche Hüftgelenke, Herzschrittmacher, Zahnkronen oder Brustimplantate. Sollen Medizinprodukte einer höheren Risikoklasse zugelassen werden, ist eine unabhängige Prüf- und Zertifizierungsstelle hinzuzuziehen. Diese wird vom Staat benannt. Eine staatliche Zulassung von Medizinprodukten würde – etwa im Fall der schadhafte Brustimplantate aus Frankreich – „keinen höheren Schutz vor Produktdefiziten oder Produktfälschungen bieten“, hieß es. ■

GEVKO

IT-Lösungen für
die Versorgung

Als „Lösungspartner“ für Krankenkassen, Verbände, Politik und Industrie hat sich die gevko GmbH bei ihrem Symposium 2014 im September in Berlin präsentiert. Vor rund 110 Zuhörern zeigte gevko-Geschäftsführer Professor Dr. Guido Noelle die Perspektiven des Anbieters von IT-Lösungen „vom S3C-Schnittstellenanbieter zum Bausteinlieferanten für

IT-gestütztes Versorgungsmanagement“ auf. Mit der S3C-Schnittstelle stellt die AOK-Tochter den Praxis-EDV-Häusern Spezifikationen zur Verfügung, mit denen die einzelnen Verträge laut gevko unkompliziert in die Arztinformationssysteme der Vertragspartner eingebunden werden können. Die Spezifikationen, kurz „S3C“ für „Selektivvertrag Standard Schnittstelle Consortium“, sollen die IT-Umsetzung von Selektivverträgen für alle Vertragspartner praxistauglich machen. „Die S3C-Schnittstelle ist inzwischen in den führenden Praxisverwal-

tungssystemen umgesetzt“, sagte Noelle. Zum Beispiel bei der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN), durch die vor allem für chronisch kranke Menschen die Therapiesicherheit verbessert und das Risiko von Einnahmefehlern verringert werden soll. Neben ARMIN wurden auf der Veranstaltung weitere Projekte, wie „agnes zwei“ der AOK Nordost und „Arzneimittelsteuerung & Grünlückquote“ der AOK Niedersachsen vorgestellt. ■

ENTLASSMANAGEMENT
Arztbriefe im Test

In Nordrhein-Westfalen ist ein Probelauf für Kurzarztbriefe gestartet worden. In Siegen und Remscheid testen Niedergelassene und Kliniken dazu den Einsatz ärztlicher Kurzberichte für das Überleitungsmanagement von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt. Nach erfolgreicher Evaluation soll ein standardisierter digitaler Überleitungsbogen entwickelt werden. Ärzten solle es dann möglich sein, die Angaben aus dem Krankenhaus direkt in der Verwaltungssoftware ihrer Praxis abzufragen und umgekehrt einen Kurzbericht für die Kollegen in der Klinik zu erstellen. ■

kurz & bündig

+++ DROGEN: Etwa 13 Prozent aller Schwangeren in Deutschland rauchen weiter. Mindestens jede siebte Frau, die in anderen Umständen ist, trinke Alkohol, so die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marianne Mortler. Fehlgeburten und bleibende Schädigungen könnten die Folge sein.

+++ TRAUMA: Jährlich sterben 100 bis 200 Babys an den Folgen eines Schütteltraumas. Etwa 400 Säuglinge, die das Schütteln überlebten, litten teils lebenslang an schweren Schädigungen des Gehirns, teilte die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie mit. Dass bereits kurzes Schütteln genüge, um Babys schwer zu verletzen, sei vielen nicht bekannt.

+++ ENTBINDUNG: Ein Drittel der Geburten in Deutschland erfolgt per Kaiserschnitt. Laut Statistischem Bundesamt brachten fast 32 Prozent der rund 661.000 in der Klinik entbundenen Frauen ihr Kind so auf die Welt.



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.

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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.



FACHGESELLSCHAFT Darminfekte nehmen zu

Schwere Infekte im Darm sind offenbar auf dem Vormarsch. Die Zahl potenziell tödlicher Infektionen sei zuletzt rasant gestiegen, warnt die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS). So seien im Jahr 2011 insgesamt 520.795 Patienten mit infektiösen Durchfallerkrankungen stationär behandelt worden. Stark zugenommen hätten vor allem Infektionen mit *Clostridium difficile*. Der Keim kann sich nach Einnahme von Antibiotika ausbreiten. Störten die Antibiotika das Gleichgewicht der Darmflora, könne sich der Erreger ungehindert vermehren, sagte DGVS-Präsident Professor Dr. Markus Lerch. ■

Zitat des Monats

Oberster Grundsatz unserer Spitalplanung ist das Prinzip der Sichtweite: Vom Dach jedes Krankenhauses müssen zwei weitere Krankenhäuser sichtbar sein.

Gerhard Kocher, Schweizer Politologe und Gesundheitsökonom (Quelle: Vorsicht, Medizin! Ott-Verlag, Bern 2006)

TRANSPARENZ Report beleuchtet Klinikqualität

Bei der Behandlung der Lungenentzündung bestimmen Krankenhäuser bei der Aufnahme eines Patienten nicht flächendeckend dessen Atemfrequenz – obwohl Leitlinien das vorsehen. Dies ist ein Indikator von insgesamt 434, auf denen die gesetzliche Qualitätssicherung in deutschen Kliniken fußt. In den

aktuellen Qualitätsreport sind für die 30 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Leistungsbereiche über 3,2 Millionen Datensätze aus 1.557 Krankenhäusern eingeflossen. Im Vergleich zu 2012 verbesserten sich auf Bundesebene 40 Indikatoren signifikant, 17 verschlechterten sich. Die Qualität in den Kliniken sei nach wie vor gut. Gleichwohl seien in einigen Bereichen Qualitätsschwankungen zu verzeichnen“, so Professor Dr. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Instituts, das den Qualitätsreport im Auftrag des GBA erstellt. ■

meldet. Das entspricht mehr als einem Drittel aller infrage kommenden Krankenhäuser. Die Teilnehmerquote übertreffe die Erwartungen deutlich, sagte EPRD-Geschäftsführer Professor Dr. Joachim Hassenpflug. Ziel der Betreiber ist es, alle der jährlich rund 400.000 Eingriffe im Bereich der Endoprothetik bei Hüften und Knien zu erfassen. Die Daten der Implantate werden über deren gesamte „Lebensdauer“ aufbewahrt. So erfahren Kliniken auch von Revisionen und Wechseloperationen, die andere Häuser vornehmen. Die mit der Industrie aufgebaute Datenbank umfasst laut EPRD inzwischen Daten für mehr als 38.000 Einzelteile. Sie werden ergänzt durch Informationen zu Operationsanlässen sowie durch von den Krankenkassen gelieferte Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen. ■

BAYERN Ärzenetz anerkannt

Das erste Praxisnetz in Bayern, das „Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz“, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung im Land offiziell anerkannt worden. In dem 2005 gegründeten und aus dem Praxisnetz Nürnberg Nord hervorgegangenen Gesundheitsnetz sind 69 Arztpraxen mit 125 Haus- und Fachärzten organisiert. In Kooperation mit dem Klinikum und der Stadt Nürnberg, dem Pflegestützpunkt, der Selbsthilfe und anderen Akteuren organisieren die Mediziner als Behandlungsteam für jeden Patienten ein „individuelles Gesundheitsnetz“. Gesetzliche Grundlage für die Anerkennung von Praxisnetzen bildet Paragraph 87 b des Fünften Sozialgesetzbuches. ■

ENDOPROTHESEN Neue Fördermittel für Register

Das vom AOK-Bundesverband unterstützte Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) erhält weitere Fördermittel vom Bund. Bis Jahresende stellt das Gesundheitsministerium rund 250.000 Euro bereit. Gesundheitsminister Hermann Gröhe sei überzeugt, dass solche Register einen wichtigen Beitrag zu einer noch besseren Versorgung von Patienten leisten können, hieß es. Das Ministerium hatte bereits 2012 den Probetrieb des EPRD mit 330.000 Euro unterstützt. Seit Start des EPRD-Echtbetriebes haben sich knapp 400 Kliniken zur Teilnahme ange-

Köpfe und Karrieren



+++ JULIA STINGL, 43, ist zur neuen Vizepräsidentin des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ernannt worden. Seit dem Jahr 2012 leitete die Fachärztin für Klinische Pharmakologie im Bundesinstitut die Abteilung für Forschung. Nach Abschluss ihres Medizinstudiums 1997 arbeitete sie als Ärztin im Bereich der Psychiatrie und Klinischen Pharmakologie, habilitierte sich 2004 zum Thema Arzneimitteltherapieempfehlungen und

war von 2006 bis 2012 Universitätsprofessorin für das Fach Klinische Pharmakologie an der Universität Ulm. Julia Stingl gehört mehreren wissenschaftlichen Fachgesellschaften an und ist seit dem Jahr 2004 außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Präsident des BfArM ist Professor Karl Broich.

+++ GUNDI MINDERMANN, 58, hat für weitere drei Jahre den Vorsitz des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) übernommen. Die promovierte Zahnärztin mit eigener Praxis in Niedersachsen leitet den Verband seit 2005. Ihr zur Seite steht als neuer BDK-Vizevorsitzender Dr. Hans-Jürgen Köning. Der Verband vertritt die beruflichen, wirtschaftlichen und berufspolitischen Interessen von niedergelassenen und angestellten Kieferorthopäden.



Operieren nach Postleitzahlen?

Studien von OECD und Bertelsmann Stiftung belegen große regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. So wird in manchen Regionen achtmal häufiger operiert als andernorts. Rein medizinisch ist das nicht zu erklären: Woran liegt es also?



DR. BRIGITTE MOHR, *Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung*: Die Ursachen sind vielfältig und je nach Verfahren unterschiedlich. Sie sind weiter zu erforschen. Beispielsweise spielt die Verfügbarkeit von Angeboten oder die sozio-ökonomische Lage einer Region eine gewisse Rolle. Leitlinien sind ein weiterer Faktor: Für einige Indikationen fehlen sie gänzlich oder sie sind veraltet. Zudem halten sich nicht alle Ärzte an bestehende Leitlinien. Daher sind die Fachgesellschaften und Ärztekammern gefordert, auf die Erstellung und Umsetzung hinzuwirken. Uns ist es außerdem wichtig, dass sich Patienten besser über den Nutzen und die Risiken von Eingriffen informieren können.

PROFESSOR DR. FRANK ULRICH MONTGOMERY, *Präsident der Bundesärztekammer*: Die Daten geben keinen Hinweis auf die Ursachen für mögliche regionale Varianzen, die es im Übrigen auch in anderen Ländern gibt. Das hindert die Auftraggeber aber nicht daran, sich in Mutmaßungen zu ergen. Ärztekammern und Fachgesellschaften bekommen den Schwarzen Peter zugeschoben. Das hilft nicht weiter. Wenn es Fehlentwicklungen gibt, müssen wir den Gründen nachgehen. Das funktioniert nur mit Versorgungsforschung. Die Bundesärztekammer ist hier mit gutem Beispiel vorangegangen. Nun ist es an der Zeit, dass sich auch andere engagieren. Warum nicht auch die Bertelsmann-Stiftung?



PROFESSOR DR. DAVID KLEMPNER, *Technische Hochschule Regensburg*: Woran liegt's? An dem (zu) weiten Ermessensspielraum der Ärzte und den dadurch gegebenen Grauzonen infolge fehlendem Wissen über den langfristigen Nutzen vieler medizinischer Maßnahmen – Beispiel Mandeloperation bei Kindern. An fehlender Gelegenheit der Patienten, ihre Präferenzen zu erkennen mangels präziser Information über die zu erwartenden Ergebnisse und mangels Shared Decision Making – Beispiel Stent bei stabiler koronarer Herzkrankheit. An der medizinisch und ethisch fragwürdigen Anpassung der Leistungsmenge an vorhandene Ressourcen – Beispiel Krankenhausbetten und -behandlungen.

UWE DEH, *Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes*: Die Ursachen sind vielfältig, aber es verbergen sich ganz sicher auch Qualitätsprobleme dahinter. Gerade erst hat das Wissenschaftliche Institut der AOK große Unterschiede bei Blinddarm-Entfernungen belegt: In den schlechtesten Kliniken waren mehr als doppelt so viele Patienten von Komplikationen betroffen wie in den besten Häusern. Strukturelle Probleme führen zu unnötigen Risiken für die Patienten. So gibt es zu wenige Anreize für Spezialisierung und Zentrenbildung. Wichtig ist, dass die Politik jetzt zügig die nötigen Strukturreformen angeht. Wir brauchen eine aktive, gestaltende Krankenhausplanung. Ein Strukturfonds sollte den qualitätsorientierten Umbau der Klinikstrukturen unterstützen.



UMFRAGE Regelmäßige Zahnarztbesuche

Trotz der weit verbreiteten Angst vorm Bohren nehmen viele Bundesbürger ihre Zahngesundheit sehr ernst. Laut einer aktuellen Umfrage des Marktforschungsinstituts Forsa unter 2.014 Teilnehmern statteten 90 Prozent der Deutschen ihrem Zahnarzt in den vergangenen zwei Jahren regelmäßig einen Besuch ab. Im Jahr zuvor taten dies nur 67 Prozent. Zudem zeigten sich die Patienten mit den Leistungen ihrer Zahnärzte zufrieden. Insgesamt bewerteten



3,5 Millionen Menschen in 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen. An 340 Orten in Deutschland gebe es zudem Unterstützungsangebote von Selbsthilfekontakt-, Beratungs- und Vernetzungsstellen, teilte die Kontaktstelle aus Anlass ihres 30-jährigen Bestehens mit. Bei gut zwei Drittel der Selbsthilfegruppen stünden Erkrankungen oder Behinderungen im Zentrum. Bei anderen Gruppen seien es wiederum soziale Fragen oder Probleme, zum Beispiel in den Bereichen Familie, Alter, Nachbarschaft, Migration oder im Kontext von Lebensführung und -krisen. Das Themenspektrum reiche von Allergie bis Zeckenbiss. ■

GESCHLECHTSKRANKHEITEN Wenig Wissen über Syphilis & Co.

Auf Fragen zu sexuell übertragbaren Krankheiten zucken viele Bundesbürger mit den Achseln. Zu diesem Ergebnis kommt eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Konkret nach Syphilis oder Gonorrhoe (Tripper) befragt, gaben über 90 Prozent der Männer und Frauen ab 16 Jahren zwar an, schon einmal etwas über die Erkrankungen gehört zu haben. Bei Chlamydien nickten jedoch nur 62 Prozent der Frauen und 51 Prozent der Männer. Bei Feigwarzen (42 und 35 Prozent) oder Trichomonaden (36 und 24 Prozent) fiel das Ergebnis noch schlechter aus. Auf die ergebnisoffene Frage, welche übertragbaren Infektionen bekannt seien, wurden Chlamydien, Feigwarzen und Trichomonaden noch seltener genannt. Chlamydien bleiben oft unbemerkt, können bei Frauen aber sogar Unfruchtbarkeit nach sich ziehen. ■

ten sie ihre Erfahrungen in den Zahnarztpraxen in den vergangenen zwei Jahren mit der Note 1,7. Bei der Suche nach einem passenden Dienstleister wie beispielsweise einem Zahnarzt nutzen inzwischen 71 Prozent der befragten Bundesbürger auch das Internet. ■

ENGAGEMENT Selbsthilfe erfährt großen Zulauf

In Deutschland engagieren sich nach Angaben der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) rund

AOK-HERBSTFEST Gesundheitsszene zu Gast im Atrium

Viel öffentliche Anerkennung erntet eine Politikerin für gewöhnlich nicht, schon gar nicht vor knapp 600 Zeugen. Der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, ging das auf dem diesjährigen Herbstfest des AOK-Bundesverbandes anders. Die Große Koalition, erst vor Jahresfrist ins Amt gewählt, leiste verlässliche Arbeit, lobte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann. Die Wähler bekämen bisher, was im Koalitionsvertrag verabredet sei. Das Pflegeärztegesetz setze Pflege an die Stelle, die dem Thema gebühre. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstrukturen und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung schaffe einen doppelten Perspektivwechsel: weg vom reinen Preiswettbewerb der Kassen hin zu einem Preis-



AOK-Spitze mit Besuch (v.l.): Dr. Volker Hansen (alternierender Verwaltungsratsvorsitzender), Jürgen Graalmann (Vorstand), Gesundheits-Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, Fritz Schösser (Vorsitzender des Verwaltungsrates) und Uwe Deh (Vorstand).

und Leistungswettbewerb, hin zu Qualität als Maßstab für Versorgung und Vergütung. Dann erinnerte Graalmann aber auch an das „dicke Brett“ einer Krankenhausreform, das es noch zu bohren gelte. Die Gründung eines Qualitätsinstituts allein reiche da nicht. Widmann-Mauz versprach, die begonnene Qualitätsoffensive fortzusetzen. Die Staatssekretärin war ohne ihren Minister Hermann

Gröhe zum Feiern ins Atrium gekommen. Gröhe saß bei Finanzminister Wolfgang Schäuble und brütete über dem Haushalt 2015. Ob er dabei so viel Freude hatte wie der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, ist nicht überliefert. Der hatte das Vergnügen, in den angenehmen Part des Abends überzuleiten, die Band vorzustellen und das Buffet zu eröffnen. ■

SOLDATEN Keine Gefahr durch Uran-Munition

Der Bundesregierung sind aktuell keine Fälle bekannt, in denen Bundeswehrsoldaten aufgrund verschossener Uran-Munition an Krankheiten oder Vergiftungen leiden. Die Soldaten könnten seit 1999 eine Ausbildung absolvieren, in der sie lernen, wie man sich vor möglichen Gefahren durch Munition mit angereichertem Uran schützt, heißt es in einer Antwort auf eine Anfrage der Linken. Auslöser des Ausbildungsangebotes seien Hinweise, dass von Nato-Partnern Uran-Munition eingesetzt wird. Wegen des vermuteten Zusammenhangs zwischen dem Einsatz von Uran-Munition und Krebserkrankungen bei Sfor- und Kfor-Soldaten in Bosnien-Herzegowina und im Kosovo habe die Bundeswehr eine gesundheitliche Überwachung des Einsatzkontingentes durch die Gesellschaft für Strahlenforschung angeordnet. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Apotheker müssen sich auf Kernaufgaben konzentrieren“

In einem Perspektivpapier beschreiben Deutschlands Apotheken ihre künftige Rolle im Gesundheitswesen. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Bremen/Bremerhaven, Wolfgang Söller.



G+G: Herr Söller, die Apotheker wollen laut ihrem Zukunftskonzept „Apothek 2030“ Patienten künftig durch die Behandlung begleiten. Was halten Sie von der Idee?

SÖLLER: Es ist Kernaufgabe von Apothekern, dass sie prüfen, welche Medikamente sie an wen abgeben und ob die Patienten weitere Medikamente einnehmen, die sich möglicherweise damit nicht vertragen. Insofern ergänzen sie die Leistung des Arztes. Den Patienten durch die Behandlung zu begleiten ist aber zentrale Aufgabe des Mediziners, in der Regel also des Hausarztes. Dafür bezahlen wir die Ärzte – und zwar nur sie.

G+G: Die Apotheker beklagen, dass sich ihre Rahmenbedingungen entscheidend verschlechtert hätten. Nachvollziehbar für Sie?

SÖLLER: Sicherlich sind Apotheker heute einem stärkeren Wettbewerbsdruck ausgesetzt als früher, etwa durch Online-Apotheken. Aber in

welcher Branche in Deutschland ist das nicht so? Insofern ist es zu begrüßen, dass die Apotheker sich Gedanken über die Zukunft ihrer Aufgaben machen. Sie müssen sich aber auf ihre Kernaufgaben konzentrieren. Den in dem Konzept beschriebenen Weg halte ich für falsch.

G+G: Die Rabattverträge für Arzneimittel gelten bei den Apothekern immer wieder als Hauptärgernis im Umgang mit den Patienten. Haben Sie Verständnis dafür?

SÖLLER: Ganz klar: Nein! Die Rabattverträge sollen den Wettbewerb unter den pharmazeutischen Herstellern fördern und die Preise nicht ausufern lassen. Das funktioniert. Wenn Apotheker es aber nicht mal schaffen, ihren Kunden zu erklären, dass es auf den Inhalt ankommt und nicht auf den Hersteller oder die Aufmachung der Verpackung des Medikaments, wie wollen sie einen Patienten dann in der gesamten Therapie begleiten?

Scheckbuch war gestern

Damit sich junge Ärzte auf dem Land niederlassen, braucht es mehr als das Lockmittel Geld, meint **Claudia Kade**. Warum nicht ein Hausarztstudium, das Dreier-Abiturienten offen steht?



DER WANDEL KOMMT RASANT. Noch nicht allzu lange ist es her, dass der Hausarztberuf als beschaulicher Broterwerb galt, gemütlich eingerichtet zwischen übersichtlicher Verantwortung und garantiertem Einkommen. Zwischen langjähriger Bindung zum Patienten und abwechslungsreichem Therapiespektrum. Das galt für die Stadt ähnlich wie fürs Land.

Doch das ist vorbei, vor allem in ländlichen Regionen. Tausende Praxen fehlen, nach der nächsten Ruhestandswelle wird die Lage ab 2020 ernst. Wer sich heute für den Landarztberuf entscheidet, zählt inzwischen zu den Abenteurern unter den Medizinern: Er lässt sich ein auf ein Dasein als Einzelkämpfer. Apotheker und Physiotherapeuten sind längst verschwunden in vielen Dörfern. Wer als Landarzt die Stellung hält, darf die große Verantwortung nicht scheuen, er braucht enormes Organisations- und Improvisationstalent.

Solche Frauen und Männer sind nicht mit Geld allein zu locken. Das zeigt die magere Bilanz der Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit fünfstelligen Zuschüssen zur Praxisausstattung und mit Vergütungszuschlägen versuchen, den Ärztemangel auf dem Land aufzuhalten. Der Landarztberuf hat ein Imageproblem. Die Mehrheit der Medizinstudenten legt mehr Wert auf geregelte Arbeitszeiten und hohes Einkommen. Vielen geht es darum, den wissenschaftlichen Fortschritt ganz vorne mitzuerleben.

Krankenkassen, Politiker und Patientenvertreter sind alarmiert. Dabei liegt die Lösung nahe, sie ist nur nicht einfach mit dem Scheckbuch zu erreichen: Wenn sich unter den heutigen Medizinstudenten mit Einser-Abitur kaum noch Abenteurer finden lassen, dann muss woanders nach ihnen gesucht werden. Bei denjenigen, die nicht unbedingt die Klassenbesten waren, aber statt Spitzenzensuren genug Entdeckergeist, Menschenliebe und Naturverbundenheit mitbringen. Und zwar für ein Landarztleben und nicht für eine Medizinerkarriere.

Das Studium braucht wesentlich mehr Raum, um dieser Vielfalt in den Anforderungen wie in den Wünschen des Nachwuchses wieder gerecht zu werden. Warum nicht ein Hausarztstudium schaffen, das Dreier-Abiturienten offensteht und das auch gezielt auf die Erfordernisse auf dem Land vorbereitet? Ohne zu romantisieren, aber auch ohne die Herablassung, die dem Hausarztberuf im klassischen Studium oft entgegen schlägt. Der Wandel muss rasant kommen. ■

Claudia Kade ist Politikredakteurin bei der WELT-Gruppe in Berlin.

KRANKENHÄUSER

Rechnungsprüfung neu geregelt

Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband haben das Prüfverfahren für Klinikabrechnungen neu geregelt. Zu hoffen sei, dass damit alle Beteiligten mehr Verfahrenssicherheit hätten, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus v. Stackelberg. Die Prüfung für Klinikrechnungen umfasst künftig ein rund dreimonatiges Vorverfahren zwischen Kasse und Klinik. Bestehen anschließend weiter Zweifel am Rechnungsinhalt, kann die Kasse den Medizinischen Dienst (MDK) einschalten. Hauptstreitpunkt für die Kassen war die Frage, inwieweit die Rechnungslegung der Kliniken verbindlich für die MDK-Prüfung ist. Bislang konnten Kliniken Rechnungen bis zu zwei Jahre später abändern. Künftig ist nach Einschaltung des MDK nur eine einmalige Korrektur erlaubt – und zwar binnen fünf Monaten nach Eingang der Prüfanzeige. ■

AGENDA

Mehr tun für Demenzkranke

Mit einer Nationalen Demenzstrategie will die Bundesregierung die Lebenssituation Betroffener verbessern. Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) und Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) legten eine entsprechende Agenda vor, die nun mit Kommunen, Ländern, Vertretern der Spitzenverbände aus Pflege und Gesundheit sowie Wissenschaftlern abgearbeitet werden soll. „Wir dürfen Demenzkranke und ihre Angehörigen nicht allein

lassen“, so Schwesig. Zusammen mit 450 Mehrgenerationenhäusern und 300 Anlaufstellen für ältere Menschen stünden Demenzkranken und ihren Familien künftig bundesweit 1.250 lokale Anlaufstellen zur Verfügung. Demenzkranke erhielten mit dem Pflegestärkungsgesetz bereits ab 2015 bessere Hilfen, so Gröhe. In Deutschland sind etwa 1,5 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. ■

REFORM

Pflegeleistungen flexibel nutzen

Der AOK-Bundesverband hat zusammen mit sechs Fachverbänden die Umwidmungsregelung begrüßt, die die Große Koalition mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz ermöglichen will. Das Vorhaben bringe mehr Selbstbestimmung in den Alltag Pflegebedürftiger und entlaste deren Angehörige, heißt es in einem gemeinsamen Informationspapier. Mit dem Gesetz will die Regierung die Leistungen der Pflegeversicherung flexibilisieren. Unter anderem ist geplant, dass Pflegebedürftige die Hälfte ihres Sachleistungsbudgets für niedrigschwellige Dienste wie Betreuung oder Einkäufe einsetzen können. Im Frühjahr hatte die Regierung den Entwurf für das Erste Pflegestärkungsgesetz vorgelegt. Darin ist unter anderem die Umwidmungsregelung vorgesehen: Demnach können Empfänger ambulanter Pflegeleistungen bis zur Hälfte ihrer Sachleistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einsetzen. Geplant ist, dass der Pflegebedürftige vor Monatsbeginn entscheidet, wie viel Prozent seiner Sachleistungen er in niedrigschwellige Dienste umwandelt. ■

Bei Prävention sind alle am Zug

Drei Entwürfe für ein Präventionsgesetz hat es in der Vergangenheit bereits gegeben, jetzt startet die Große Koalition einen weiteren Anlauf. Was aus Sicht der AOK in den neuen Entwurf gehört, skizziert Kai Kolpatzik.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes macht regelmäßig deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zu kurz kommen und daher auszubauen sind. Als ein zentrales Handlungsfeld wird meist die hohe Zahl von Menschen genannt, die an Übergewicht und Adipositas oder an Diabetes mellitus leiden.

Auch der stark wachsende Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitszeiten – im AOK-Fehlzeiten-Report 2013 gut dokumentiert – sowie die weiter auseinanderdriftenden Gesundheitschancen von Menschen mit hohem und niedrigem Sozialstatus fordern die Verantwortlichen in Prävention und Gesundheitsförderung heraus.

Dass sich die Mühen lohnen, unterstreicht auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen regelmäßig in seinen Gutachten. In der Verzahnung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege lägen erhebliche Potenziale, um die Lebensqualität vieler Menschen zu

verbessern, betonen die Gesundheitsweisen immer wieder.

Hohe Erwartungen an ein Gesetz. Zehn Jahre Diskussion um ein Präventionsgesetz und der jetzt geplante vierte Entwurf wecken hohe Erwartungen. Das bedeutet aber, dass sich das Gesetz wesentlich von den bisherigen Entwürfen abheben muss. Neben den Beitragzahlern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen vor allem auch die Länder und Kommunen aktiv beteiligt sein. Prävention muss in den Regionen gestaltet werden. Dort sind die Ziele zu definieren und entsprechende Konzepte gemeinsam mit dem Bildungsbereich, der Jugend-, Familien- und Sozialhilfe, den Arbeitsagenturen und dem Städtebau zu planen und in der jeweiligen Verantwortung auch umzusetzen und zu finanzieren.

Ärzterschaft wie auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) setzen auch diesmal wieder darauf, Mittel von der GKV zu erhalten.

Aber eine Unterstützung der BZgA aus Beitragsgeldern oder eine Finanzierung neuer ärztlicher Leistungen in der Primärprävention, ohne dass deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, sind abzulehnen.

Aktiv in Schule, Kita und Betrieb. Die AOK verfügt über langjährige Erfahrungen in der Prävention und kann die Erfolge belegen. Insgesamt hat die Gesundheitskasse im Jahr 2013 rund 111 Millionen Euro für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben. Mit 4,61 Euro pro Versicherten hat die AOK den gesetzlich vorgesehenen Wert von 3,01 Euro deutlich übertroffen. Während die übrigen Kassenarten 2013 für Projekte in den verschiedenen Settings – Kindergärten, Schulen oder Kommunen – durchschnittlich etwa 0,15 Euro je Versicherten ausgaben, investierte die Gesundheitskasse mit 0,95 Euro pro Kopf mehr als sechsmal so viel.

Hinsichtlich der erreichten Menschen in den Settings wird das Engagement

Gesundheitsförderung in Settings: AOK investiert am meisten

| | AOK | GKV ohne AOK | GKV gesamt | Anteil AOK an GKV gesamt |
|--------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| Anzahl der Settings | 21.697 | 8.747 | 30.444 | 71,3 % |
| Anzahl direkt erreichter Personen | 2.080.037 | 442.479 | 2.522.516 | 82,5 % |
| Anzahl indirekt erreichter Personen | 6.157.892 | 603.940 | 6.761.832 | 91,1 % |
| Ausgaben je Versicherten | 0,87 Euro | 0,15 Euro | 0,40 Euro | ... |
| Ausgaben je direkt erreichter Person | 10,15 Euro | 14,94 Euro | 10,99 Euro | ... |
| Summe der Ausgaben | 21.113.649 Euro | 6.612.239 Euro | 27.725.888 Euro | 76,2 % |

Gesundheitskasse aus Überzeugung: Keine Krankenkasse investiert mehr Geld in Prävention und Gesundheitsförderung und erreicht damit mehr Menschen in verschiedenen Settings (Kita, Schule, Betrieb etc.)

wie die AOK. Dies zeigt ein Blick auf die wichtigsten Kennzahlen zu den Aktivitäten der AOK im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt.

Quelle: AOK-Präventionsbericht 2014

der AOK im Jahr 2012 mit 82,5 Prozent bei der Anzahl direkt beziehungsweise 91 Prozent bei den indirekt erreichten Menschen besonders deutlich. Von den insgesamt 9,2 Millionen Versicherten, die diese Präventionsangebote nutzten, erreichte die AOK somit über acht Millionen. Fast 40 Prozent aller Betriebe, die betriebliche Gesundheitsförderung in Anspruch nahmen, arbeiteten mit einer der elf AOKs zusammen. Auch hier übersteigen die Ausgaben der Gesundheitskasse je Versicherten mit durchschnittlich 1,00 Euro den für die anderen Kassenarten ermittelten Durchschnittswert von 0,66 Euro bei Weitem.

Dieses Engagement hat die AOK in einem eigenen Präventionsbericht dargestellt. Die vom Berliner IGES-Institut vorgelegte Expertise stellt die Leistungen der Gesundheitskasse im Bereich der Prävention vor und vergleicht sie mit denen der übrigen Kassenarten. Das Ergebnis kann sich sehen lassen: Die AOK ist vor allem in den Settings präsent, in denen Gesundheitsförderung und Prävention besonders notwendig sind.

Das Präventionsgesetz muss Leitplanken setzen und klarmachen, wer für was Verantwortung trägt.

Prävention als Gemeinschaftsaufgabe.

Eine gesunde Lebensführung hängt von vielen Faktoren ab. Von zentraler Bedeutung ist die Bildung, aber auch private, öffentliche und betriebliche Rahmenbedingungen spielen eine gewichtige Rolle. Gesundheitsförderung und Prävention stellen daher zweifellos Gemeinschaftsaufgaben dar, bei denen sich neben dem Einzelnen weitere Akteure – Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger und Betriebe – entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag einbringen müssen. Eine weitere Aufstockung der finanziellen Ressourcen für Prävention kann daher nicht nur zulasten eines einzigen Beteiligten – der GKV – erfolgen.

Die große Herausforderung eines Präventionsgesetzes liegt demnach darin, mehr finanzielle Verbindlichkeit für alle verantwortlichen Akteure herzustellen. Das Gesetz muss Leitplanken setzen, wie



Mehr PS: Um die Prävention voranzubringen, müssen sich auch Länder und Kommunen einspannen lassen.

und in welchem Umfang sich alle Verantwortlichen zu beteiligen haben. Das heißt: Jeder übernimmt seinen Teil der Verantwortung. Um Verschiebebahnhöfe zu unterbinden, ist gesetzlich sicherzustellen, dass präventive Aufgaben grundsätzlich von dem Träger zu erbringen sind, bei dem auch die Zuständigkeit für die Aufgaben angesiedelt ist.

Bildung, gesundheitliche Aufklärung und die Gestaltung gesunder Lebensbedingungen fallen grundsätzlich in die Daseinsvorsorge der öffentlichen Hand. Die GKV ist prinzipiell für die Präventionsleistungen verantwortlich, die zur Verhütung der von ihr versicherten Risiken führen. Sie können und dürfen keine kommunalen oder Länderaufgaben ersetzen. Diesen kommt vielmehr eine Verantwortung für die Ausgestaltung gesundheitsfördernder Lebensräume im Wohnumfeld, in Kindertagesstätten, Schulen sowie in Jugend- und Senioreneinrichtungen zu. Länder und Kommunen sind zuständig für die Ausbildung von Erziehern und Lehrern, ferner für die Ausgestaltung der Lehrinhalte, die Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe und für die Wirkungsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Gesundheitskasse unterstützt das im Koalitionsvertrag von Union und SPD vereinbarte Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung zu einem zentralen gesundheitspolitischen Handlungsfeld der laufenden Legislaturperiode zu machen und damit den Auswirkungen des demo-

grafischen Wandels, der Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen und veränderten Anforderungen der Arbeitswelt zu begegnen.

Wer bestellt bezahlt. Die Positionierung der AOK-Gemeinschaft, die dieser Ausgabe der G+G beiliegt, orientiert sich an den Kernpunkten des geplanten Präventionsgesetzes und formuliert hierzu klare Forderungen. So gilt der Grundsatz, wer bestellt bezahlt. Eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern der GKV oder einseitige Präventionsfonds werden abgelehnt. Die GKV muss die uneingeschränkte Entscheidungshoheit bei der Verwendung von Beitragsgeldern für Gesundheitsförderung und Prävention haben. Zentral vorgegebene, bundesweite Ausgabenkennzahlen lehnt die AOK ebenfalls ab. Vorrang müssen regional ermittelte Präventionsbedarfe und dezentrale Ausgabenentscheidungen haben. Qualität und Effektivität in der Gesundheitsförderung und Prävention sind weiter zu stärken.

Werden diese Punkte konsequent umgesetzt, ließe sich Prävention auf neue Füße stellen und hätte endlich die Chance, gesamtgesellschaftlich zu wirken und bei den Zielgruppen anzukommen, die von verstärkter Gesundheitsförderung und Prävention besonders profitieren. ■

Kai Kolpatzik, MPH, leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.

Kontakt: Kai.Kolpatzik@bv.aok.de

Positiver Befund für Bonustarif

Versicherte sind öfter zur Vorsorge gegangen, haben ihren Impfschutz erneuert und mehr für ihre Gesundheit getan – die wissenschaftliche Begleitstudie belegt Erfolge des AOK-Bonustarifs. Von Wolfgang Riedel

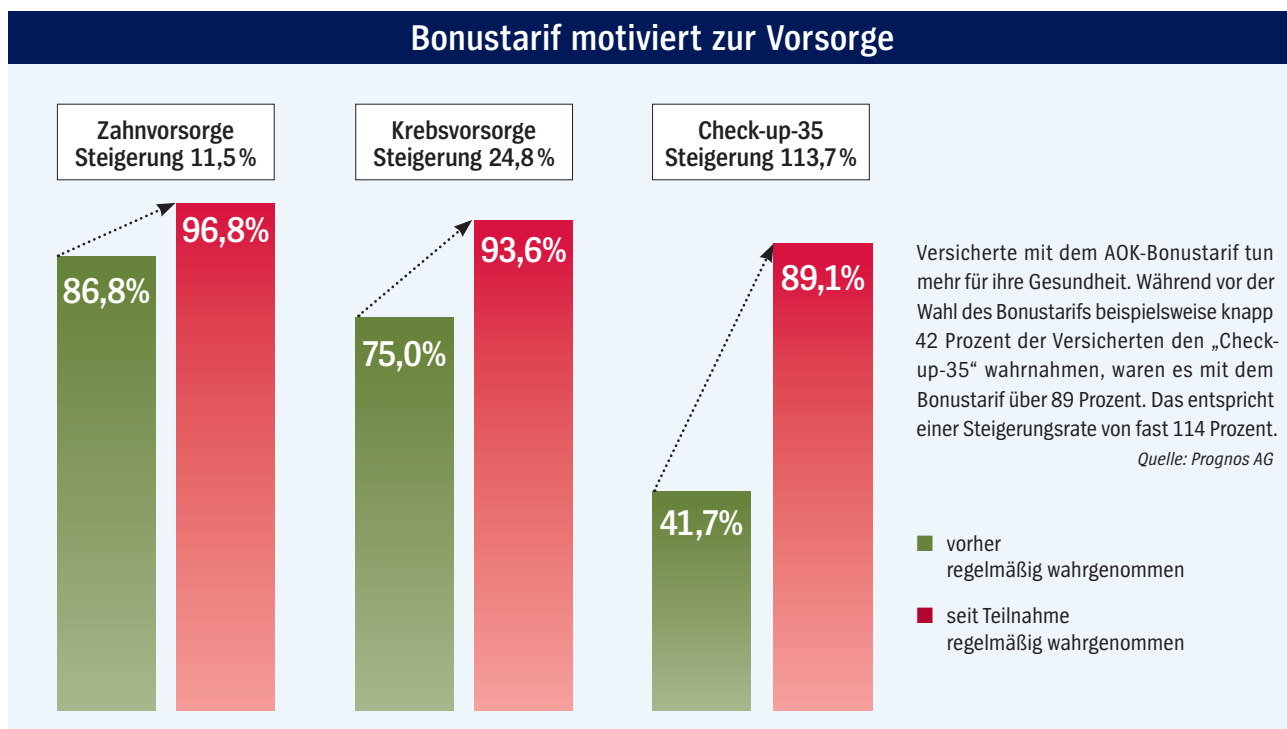
Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, können die gesetzlichen Krankenkassen Modellvorhaben auflegen (Paragraf 63 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V). Seit dem Jahr 2004 haben die AOKs auf dieser Basis ihren Mitgliedern einen Bonustarif angeboten. Er besteht aus einem Grundbonus von 100 Euro je Kalenderjahr und einem Zusatzbonus (maximal 30 Euro), wenn über einen bestimmten Zeitraum keine Leistungen (Arztbesuch mit Rezept oder Krankenhausbehandlung) in Anspruch genommen wurden. Zudem gibt es einen Gesundheitsbonus von 70 Euro pro Kalenderjahr, wenn der Versicherte Vorsorgeuntersuchungen wie den Check-up-35 oder die Krebsfrüherkennung wahrnimmt und bestimmte Schutzimpfungen machen lässt oder seine Fitness

nachweist. Arztbesuche, bei denen der Bonustarif-Teilnehmer Medikamente auf Rezept erhält, sowie Krankenhausaufenthalte sind mit einer Eigenbeteiligung belegt (25 Euro je Arztbesuch mit Arzneimittelverordnung und 50 Euro je Krankenhausaufenthalt). Die jährliche Höchstgrenze für die Eigenbeteiligung liegt bei 250 Euro. AOK-Mitglieder mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze konnten eine Tarifvariante mit höherem Grundbonus (200 Euro) und höherer Eigenbeteiligung (35 Euro je Arztbesuch mit Arzneiverordnung, Höchstgrenze: 350 Euro) wählen. Einige AOKs entwickelten ergänzende oder etwas abweichende Regelungen zu diesem Grundmodell.

Mit der Einführung des AOK-Bonustarifs verbanden sich verschiedene Ziele.

So sollten Versicherte Anreize erhalten, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Leistungen bewusster in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahmequoten an Vorsorgeuntersuchungen und die Impfraten sollten gesteigert werden. Dass diese Ziele erreicht worden sind, belegen die aktuellen Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation, welche die Prognos AG im Auftrag des AOK-Bundesverbandes vorgenommen hat.

Gesundheitsbewusster verhalten. Positiv haben sich die AOK-Bonustarife auf das Vorsorgeverhalten ausgewirkt (siehe Grafik „Bonustarif motiviert zur Vorsorge“). So gaben 89 Prozent der Bonustarif-Teilnehmer bei der Befragung im Jahr 2010 an, die Check-up-Untersuchung ab dem 35. Lebensjahr – sie ist





„Verhaltensänderungen stehen im Vordergrund“

Thomas Müller ist stellvertretender Geschäftsführer Markt/Produkte im AOK-Bundesverband.

G+G: Herr Müller, was ist aus Ihrer Sicht die wesentliche Erkenntnis aus der wissenschaftlichen Begleitung des AOK-Bonustarifs?

Müller: Der AOK-Bonustarif motiviert zu einer gesunden Lebensweise und trägt damit wesentlich zur Erhaltung der Gesundheit bei. Zudem eignet er sich, die Kundenzufriedenheit zu erhöhen und Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheiten und die bewusstere Inanspruchnahme von Leistungen zu erzielen. Die Ergebnisse der von Prognos durchgeführten wissenschaftlichen Begleitung des Tarifs belegen dies eindrucksvoll. Die im Tarif vorgenommene Verknüpfung von Selbstbehalt-Elementen mit dem Gesundheitsbonus funktioniert.

G+G: Welche Konsequenzen zieht die Gesundheitskasse aus der Bewertung des Bonustarifs?

Müller: Bereits die Zwischenergebnisse der Prognos-Studie belegten die durch den Tarif geförderten positiven Verhaltensänderungen der Versicherten, wie beispielsweise die erhöhte Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen. Uns ist es wichtig, dies auch für die Zukunft zu sichern. Das zeitlich befristete Modellvorhaben ist daher bei den meisten AOKs bereits durch einen Bonus-Wahltarif abgelöst worden.

G+G: Hat die Gesundheitskasse weitere Angebote zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens?

Müller: Ja. Es gibt auch Bonusangebote, die auf eine Selbstbehalt-Komponente verzichten. Und auch hier belegen begleitende Analysen durch das IGES-Institut, dass diese Angebote wirken. Der Erfolg dieser eher klassischen Bonusangebote sollte jedoch nicht an kurzfristigen Kosteneffekten festgemacht werden. Im Vordergrund müssen die bewirkten Verhaltensänderungen stehen. Bonusmodelle können nur dann eine größtmögliche Wirkung erzielen, wenn sie die Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen berücksichtigen. Dies erfordert flexible Rahmenbedingungen und keine engen gesetzgeberischen Reglementierungen. Hier geht es sowohl um die Art der Maßnahmen, die belohnt werden können als auch um die Frage, ob der Bonus als Geld- oder Sachprämie ausbezahlt wird. ■

alle zwei Jahre auf Kassenkosten möglich – wahrgenommen zu haben. Vor ihrer Teilnahme am Bonustarif waren es nur knapp 42 Prozent. Bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen war ebenfalls eine deutliche Steigerung festzustellen: Seit der Teilnahme am Bonustarif sind 94 Prozent der Tarifwähler zur Krebsfrüherkennung gegangen. Vor der Bonustarif-Teilnahme waren es mit 75 Prozent deutlich weniger. Verbesserungen gab es auch bei den jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchungen: Knapp 97 Prozent nahmen diese wahr. Das entspricht einem Plus von 11,5 Prozent.

Auch die Impfraten haben sich deutlich erhöht. Gut 53 Prozent der Versicherten haben sich seit der Teilnahme am Bonustarif erstmals gegen Tetanus imp-

Der Bonustarif wirkt sich vorteilhaft auf Gesundheit und Zufriedenheit aus.

fen lassen oder den Impfschutz aufgefrischt. Ähnlich gut sieht es bei der Diphtherie-Schutzimpfung aus. 42 Prozent der Befragten haben ihren Impfschutz aufgefrischt oder sich erstmals gegen Diphtherie impfen lassen.

Kostenbewusstsein gefördert. Der AOK-Bonustarif hat sich aber nicht nur auf das Vorsorgeverhalten positiv ausgewirkt. Auch sind die Tarifwähler bewusster mit medizinischen Leistungen umgegangen. So entschieden sich viele der befragten Tarifwähler (16 Prozent) nach eigenen Angaben wesentlich häufiger für verordnungsfreie Arzneimittel, wenn sie Medikamente benötigten, als vor der Bonusteilnahme.

Die AOK-Leistungsdaten bestätigen dieses Ergebnis: Im Jahr 2011 entfielen auf Tarifwähler 2,3 Arzneimittel pro Kopf weniger als auf die Versicherten einer Kontrollgruppe, die nicht an dem Bonustarif teilgenommen haben. Im Vergleich zu 2003 betrug im Jahr 2011 die Differenz zwischen Tarifwählern und den Versicherten der Kontrollgruppe bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel 134 Euro.

Auch entwickelten sich die Gesamtausgaben für Tarifwähler günstiger als bei Versicherten, die nicht am Bonustarif teilnahmen. Die Differenz zwischen Tarifwählern und Kontrollgruppe betrug 383 Euro pro Kopf. Auffällig ist, dass bei den Tarifwählern die Ausgaben bereits im Jahre 2004 stark zurückgingen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Eigenbeteiligungen gleich zu Beginn der Teilnahme ihre verhaltenssteuernde Wirkung entfaltet haben.

Bonustarif kommt an. Die Zahl der Tarifwähler wuchs von 2004 bis 2008 stark an und erreichte im Jahr 2009 mit 172.568 ihren Höhepunkt. Anschließend sank die Teilnehmerzahl auf 129.077 im Jahr 2011, da in einzelnen AOKs das Bonustarif-Modellvorhaben bereits ausgelaufen war. Das Durchschnittsalter der Tarifwähler lag im Jahre 2011 bei 37,4 Jahren. Der Männeranteil an den Tarifwählern war über die Dauer des Tarifangebotes etwas höher als der der Frauen und lag 2007 bei 56 Prozent und 2011 bei 53 Prozent. 92 Prozent der Tarifwähler waren im Jahre 2011 pflichtversicherte Mitglieder (ohne Rentner). Der Anteil der freiwillig versicherten Mitglieder an den Tarifwählern belief sich auf 4,9 Prozent und entspricht damit annähernd dem Anteil der freiwilligen Mitglieder an allen AOK-Mitgliedern.

Die Bewertungen des Bonustarifs sind fast durchgängig positiv. Befragungen von Teilnehmern im Jahr 2010 ergaben, dass 76 Prozent den Tarif mit gut oder sehr gut bewerten. Negative Bewertungen hat es kaum gegeben. Ihr Anteil lag deutlich unter fünf Prozent. Für 65 Prozent der Befragten hat der Bonustarif die Attraktivität der AOK deutlich erhöht.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation, dass es mit dem AOK-Bonustarif gelungen ist, die Versicherten zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten und zugleich zu einer überlegteren Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen sowie Arzneimitteln zu bewegen. Last but not least hat er sich positiv auf die Kundenzufriedenheit bei den teilnehmenden Versicherten ausgewirkt. ■

Dr. Wolfgang Riedel, Diplom-Volkswirt, ist freier Mitarbeiter bei der Prognos AG, Düsseldorf.

Kontakt: Wolfgang.Riedel@prognos.com

Patientenquittung sorgt für Durchblick

Wann fand der letzte Klinikaufenthalt statt, und was hat er gekostet? Was hat die Apotheke fürs Rezept abgerechnet? Die AOK-Patientenquittung gibt darüber Auskunft. Eine Umfrage zeigt: Das Angebot sagt den Versicherten zu. **Von Thomas Hommel**

Die vor gut drei Jahren eingeführte AOK-Patientenquittung kommt an: Das geht aus einer kürzlich vorgelegten repräsentativen Umfrage der AOK NORDWEST hervor. Danach nutzen bislang knapp 30.000 Versicherte der Gesundheitskasse das neue Angebot. Versicherte können sich dabei via Internet schnell und bequem einen Überblick über nahezu alle Leistungen verschaffen, die zuletzt über ihre elektronische Gesundheitskarte abgerechnet wurden.

Vorbehalte, das Angebot laufe bei gesetzlich Krankenversicherten ins Leere, bestätigen sich nicht. Im Gegenteil: Gut 80 Prozent der Umfrageteilnehmer sind mit dem Service der Patientenquittung zufrieden. Gut 86 Prozent der Nutzer loben die verständliche Darstellung der Leistungs- und Kostenübersicht. Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, wertet die Patientenquittung denn auch als „einen wichtigen Schritt zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen“.

Laut Befragung nutzen fast alle Altersgruppen die AOK-Patientenquittung. Erfreulich: Jeder vierte Nutzer ist über 60

Jahre alt. „Das zeigt eindrucksvoll, dass sich nicht nur die jüngere Generation für unser Angebot interessiert“, so Litsch. Auffallend sei auch, dass vor allem chronisch Kranke den Service nutzen.

Kontrolltermine lassen sich gut planen.

Die AOK-Patientenquittung hilft den Versicherten aber auch bei ihrem persönlichen Gesundheitsmanagement. Dies bestätigen knapp 70 Prozent der Befragten. Mit der Quittung lassen sich unter anderem Behandlungsverläufe und Termine stationärer Aufenthalte leichter nachvollziehen oder Medikamentenverordnungen schneller recherchieren. Fragen nach der letzten Impfung oder Vorsorgeuntersuchung werden ebenfalls beantwortet. Der Vorteil für die Versicherten: Der nächste Kontrolltermin beim Arzt lässt sich so einfacher planen.

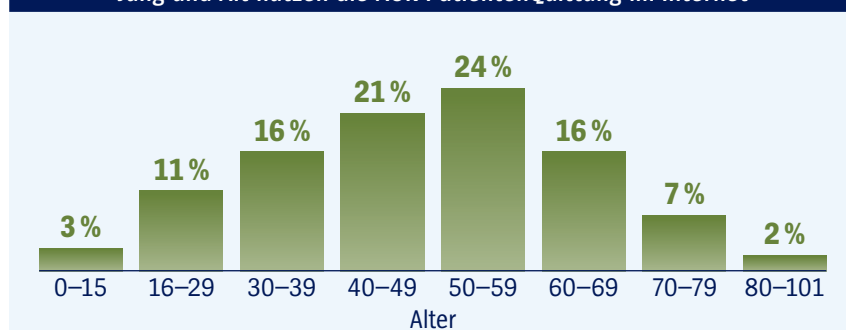
Als komfortabel empfinden viele auch die mobile Darstellung über Smartphone und Tablet-Computer. So sind die Informationen sogar unterwegs jederzeit abrufbar – zum Beispiel unmittelbar beim Arztbesuch oder direkt in der Apotheke. Dass der Bedarf nach mehr Transparenz

im Gesundheitswesen groß ist, bestätigt auch Dirk Meyer, Patientenbeauftragter des Landes Nordrhein-Westfalen. „Aus meinen Kontakten mit hilfesuchenden Bürgerinnen und Bürgern ist mir bestens bekannt, wo es konkret an Patientenorientierung fehlt und welche schlimmen Folgen dies für die Betroffenen mitunter hat. Häufig sind es vor allem als intransparent empfundene Verfahren.“ Mit ihrer Patientenquittung gehe die AOK einen wichtigen Schritt, um Patienten mehr Transparenz zu ermöglichen.

Fachbegriffe besser übersetzen. Auf die Frage, was an der AOK-Patientenquittung noch optimiert werden könne, thematisierten einige Nutzer die nicht immer leicht verständlichen Fachbegriffe von Behandlungen. Diese gelte es künftig besser zu übersetzen. Auch der Anmeldeprozess auf doppeltem Wege – via Internet und auf postalischem Wege – stößt auf Kritik, ist aber aus Gründen der Datensicherheit zwingend erforderlich. „An dieser Stelle machen wir keine Kompromisse“, so Litsch.

Dass die Teilnehmer teils etwas länger auf die Darstellung der Abrechnungen warten, hängt am komplexen Abrechnungssystem. Während die Kosten für verordnete Medikamente der AOK schon nach wenigen Wochen vorliegen und dann online sichtbar sind, dauert es bei den Behandlungen beim Arzt sieben Monate nach Quartalsende. AOK-Vorstand Litsch verspricht, dem Wunsch vieler Nutzer nachzukommen und kurzfristig auch die Kosten weiterer Leistungsbereiche in der Quittung auszuweisen. Dazu gehörten Fahrtkosten, Haushaltshilfe und Häusliche Krankenpflege. ■

Jung und Alt nutzen die AOK-Patientenquittung im Internet



Der Zugang zur AOK-Patientenquittung über das Internet stellt auch für ältere Menschen kein Hindernis dar. So ist laut Umfrage der AOK NORDWEST jeder vierte Nutzer des Angebots älter als 60 Jahre.

Quelle: AOK NORDWEST

INFOS: www.aok.de/nw > Leistungen & Service > AOK-Patientenquittung

Lotse zwischen Stendal und Harz

Bessere Behandlung, eine engere Patientenbindung und weniger Einweisungen ins Krankenhaus: Nach zehn Jahren Hausarztzentrierter Versorgung in Sachsen-Anhalt ziehen alle Beteiligten ein positives Fazit. **Von Thomas Hommel**

Olaf Wollert hebt seinen Daumen. „Als Patient hat man das Gefühl, umfangreich versorgt zu sein“, antwortet der 52-Jährige auf seine medizinische Betreuung angesprochen. Sein Hausarzt steuert die Facharzt- und die Krankenhausbehandlung, falls die mal nötig sei. Und auch bei den vielen Tabletten, die er einnehme, behalte der Doktor stets den Überblick.

Olaf Wollert ist einer von insgesamt 432.000 Patienten in Sachsen-Anhalt, die am Programm der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Der erste Vertrag dazu wurde am 1. Juli 2004 zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus, dem Hausärzterverband im Land und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSH) abgeschlossen.

Feste Größe. Zehn Jahre später habe sich die HzV zu einer festen Größe im Versorgungsnetz von Sachsen-Anhalt entwickelt, zeigen sich die Vertragspartner überzeugt. Etwa 90 Prozent aller Hausärzte im Land – in absoluten Zahlen 1.342 Ärzte – hätten sich seit Start des Vertrages für die Teilnahme entschieden und hielten dem Programm die Treue.

Bei der Hausarztzentrierten Versorgung schlüpft der Hausarzt in die Rolle des Lotsen: Er koordiniert und organisiert die Behandlung des Patienten, überweist diesen bei entsprechender Diagnose an den Facharzt und steuert den Behandlungsverlauf. Leistungen lassen sich so besser aufeinander abstimmen, überflüssige Doppeluntersuchungen vermeiden.

Hausarzt hat den Hut auf. Eine jetzt vom Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg erstellte Evaluation bestätigt die Vorteile. Tenor: Die Behandlung ist effizienter, die Patientenbindung enger. Das, erläutert



Einer zeigt, wo es langgeht: Im Gesundheitswesen ist es der Hausarzt.

Studienleiter Professor Thomas Lichte, zeige sich etwa darin, dass bei HzV-Versicherten im Vergleich zu nicht ins Programm eingeschriebenen Patienten ein Viertel weniger stationäre Einweisungen wegen Herzerkrankungen notwendig sei.

Patienten spüren Vorteile der HzV. In Sachsen-Anhalt hätten sich Ärzte und Kassen frühzeitig „an einen Tisch gesetzt, um Lösungen für regionale Versorgungsprobleme zu entwickeln“, betont Uwe Deh, Vorstand beim AOK-Bundesverband und ehemaliger Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt. Wichtig für die AOK sei, „dass die HzV wirkt und bei den Patienten ankommt“. Die gezielte Steuerung durch den Hausarzt schlage sich positiv auf die Behandlung nieder, sagt Uwe Schröder, Vorstand der IKK gesund plus. „Das hat auch eine deutliche Erhöhung der Patientenzufriedenheit zur Folge.“

Dass alle Seiten profitieren, steht auch für Ralf Dralle, Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt, außer Frage. „Der Vertrag hat sich als erfolgreiches Angebot einer strukturierten Versorgung bewährt, die hohe Qualität, guten Service und weniger Bürokratie bietet.“ Insbesondere die kontinuierliche Fortbildung der teilnehmenden Ärzte in Qualitätszirkeln habe sich als probates Instrument etabliert, mit dem sich Qualität und Wirtschaftlichkeit heben ließen. Die AOK unterstützt die Qualitätszirkel mit dem Projekt „Strukturiertes Informationsmanagement für Qualitätszirkel“, das Hausärzten zertifizierte Fortbildungsmodule ermöglicht. Mittlerweile gibt es 18 solcher Module.

Weniger Notaufnahmen. Der Evaluation zufolge werden eingeschriebene Patienten öfter als andere vom Hausarzt an den Facharzt überwiesen – für den Vorsitzenden des Hausärzterverbandes Sachsen-Anhalt, Dipl.-Med. Stefan Andrusch, Beleg für die Steuerungsfunktion des Hausarztes. Notaufnahmen in die Klinik gebe es zudem bei HzV-Patienten weniger als bei Patienten in der Regelversorgung.

Eine weitere Erkenntnis: HzV-Praxen behandeln bis zu 20 Prozent mehr Patienten als andere. Dies sei vor allem den Versorgungsassistentinnen VERAH zu verdanken, sagt Dr. Burkhard John, Vorstandsvorsitzender der KVSH. Laut Evaluation beschäftigt jede dritte HzV-Praxis mindestens eine VERAH. Sie ist in der Praxisorganisation und bei Hausbesuchen tätig. John: „Akzeptanz erfährt die VERAH von Ärzten wie Patienten.“ ■

Webtipp

Weitere Informationen zum Hausarztvertrag in Sachsen-Anhalt finden Sie unter: www.aok.de/Sachsen-Anhalt > Presse

Der kleine Unterschied in der Medizin

Frauen erkranken und genesen anders als Männer. Diese Erkenntnis muss sich in der Gesundheitsversorgung noch durchsetzen, wie eine aktuelle Umfrage in der Ärzteschaft und bei Krankenkassen zeigt. **Von Daniela Chase, Sabine Oertelt-Prigione und Volker Amelung**

Diabetes, Bluthochdruck, Rauchen oder Depression erhöhen das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden – bei Frauen stärker als bei Männern. Das ist eine Erkenntnis der Gendermedizin (siehe Kasten „Stichwort Gender“ auf dieser Seite). Die Wissenschaft unterscheidet bei der Erforschung von Krankheiten bereits lange zwischen Mann und Frau. So beschäftigen sich beispielsweise das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (Charité Berlin) und die Arbeitsgruppe Cognition and Gender an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster mit der Frage, welche Auswirkung das Geschlecht auf den Krankheits- und Erholungsverlauf hat.

Fragebogen zum Versorgungsalltag. Doch in der Versorgungsrealität fristet die Gendermedizin in Deutschland noch ein Schattendasein. In den USA hingegen existieren bereits Versorgungskonzepte, die das Geschlecht berücksichtigen. So hat beispielsweise die American Heart Association Leitlinien veröffentlicht, die explizit an die Krankheitsverläufe von Frauen angepasst sind.

Stichwort Gender

Die englische Sprache differenziert das biologische (sex) von dem sozialen (gender) Geschlecht. Im Deutschen deckt „Geschlecht“ beides ab. Das biologische Geschlecht wirkt sich etwa durch hormonelle Unterschiede auf die Entstehung von Krankheiten aus. Das soziale Geschlecht beeinflusst mit seinen Rollenbildern und Normen Prozesse, wie beispielsweise die Anamnese, Diagnose und (Wahl der) Therapie. Gendermedizin unterscheidet in der Gesundheitsversorgung zwischen Frau und Mann, schließt aber kein Geschlecht aus und setzt keine Prioritäten.

Quelle: Oertelt-Prigione, Regitz-Zagrosek: *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*, 2012



Geschlechtertrennung: Für Männer und Frauen unterschiedlich aufbereitete Gesundheitsinformationen kommen besser an.

Auch in Deutschland können sich Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenkassen genderspezifische Leitlinien für den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorstellen. Das hat eine Befragung des Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav) in Zusammenarbeit mit Pfizer ergeben. Die Studie hat erfasst, wie Krankenkassen und Ärzte das Thema in der Versorgungsrealität wahrnehmen. Auf Basis einer Literaturrecherche sowie Hintergrundgesprächen mit Gender-Experten entwickelte das inav offene und geschlossene Fragen zu den Erwartungen an Gendermedizin, zum Handlungsbedarf und zu Möglichkeiten der Implementierung im deutschen Gesundheitssystem. Das Institut kontaktierte 48 Versorgungsmanager der größten Krankenkassen sowie die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mittels eines webbasierten Umfragetools. Insgesamt füllten 24 Versorgungsmanager (was einer Abdeckung von rund 60 Prozent der GKV-Versicherten entspricht) und 400 Ärzte den Fragebogen aus.

Die Frage, ob Gendermedizin derzeit ausreichend in der Regelversorgung angeboten werde, beantwortete die Mehr-

heit beider Gruppen mit „Nein“. Trotzdem wenden bereits 20 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte genderspezifische Versorgungskonzepte an, zum Beispiel im kardiovaskulären Bereich. Bei den befragten Krankenkassen sind solche Konzepte teilweise in Planung. Auf die Frage, wo die Gendermedizin in fünf Jahren steht, antworteten Kassenvertreter und Ärzte, sie sei dann zwar keine Selbstverständlichkeit, dennoch teilweise etabliert, in Leitlinien enthalten oder in der personalisierten Medizin aufgegangen.

Kassen erwarten Qualitätssteigerung.

Krankenkassen erwarten von der Gendermedizin eine höhere Versorgungsqualität und eine bessere Kosteneffizienz. Ärzte würden mit ihrer Hilfe die Behandlungskonzepte und die Pharmakotherapie anpassen. Für die folgenden Indikationen sei die Gendermedizin besonders interessant: Schmerz, Depression, Osteoporose und der kardiovaskuläre Bereich.

Generell stellt sich die Frage, ob Innovationen von unten wachsen (Bottom-up) oder von oben vorgegeben sein (Top-down) sollen. Insgesamt bevorzugen 65 Prozent der Kassenvertreter und 50 Pro-

zent der Ärzte den Top-down-Ansatz. Sie sehen die Selbstverwaltung in der Verantwortung für die Umsetzung, fordern weitreichende Evidenz sowie den Einsatz von genderspezifischen Leitlinien.

Evaluation unter Genderaspekten. Die Auswertung von zum Beispiel Studien nach dem biologischen Geschlecht gehört inzwischen zur guten wissenschaftlichen Praxis. Aus Perspektive der Gendermedizin sollte dies verpflichtend sein, weil es keine Einschränkung für die Wissenschaft darstellt, sondern die Möglichkeit bietet, unterschiedliche Verläufe präzise zu untersuchen. Das Einbeziehen weiterer relevanter Aspekte, die das soziale Geschlecht ausmachen und sich auf die Gesundheit auswirken, wurde bislang vernachlässigt. Krankenkassen könnten beispielsweise ihre Verträge zur Integrierten Versorgung mit genderspezifischen Fragestellungen auswerten, um das Versorgungsmanagement auf Frauen und Männer zuzuschneiden. In der Praxis sieht das dann möglicherweise so aus: Die Evaluation eines Vertrages zur Integrierten Versorgung von beispielsweise Rückenschmerz-Erkrankten wird nach dem Geschlecht ausgewertet. Es ist davon auszugehen, dass die untersuchten Parameter, wie beispielsweise Schmerzhäufigkeit, Ursache, Begleiterkrankungen,

sozioökonomische Faktoren oder Familienstand zwischen Frauen und Männern Unterschiede aufweisen. Die Herausforderung liegt im Transfer in die Versorgung: Das Behandlungskonzept kann auf Basis der evaluierten Unterschiede nach dem sozialen Geschlecht angepasst oder neugestaltet werden.

Informationen anpassen. Nur rund ein Viertel der Befragten halten eine gesetzliche Regelung für erforderlich, um die genderorientierte Versorgung einzuführen. Dennoch ist laut Ergebnissen der inav/Pfizer-Studie ein Top-down-Ansatz essenziell, um die Gendermedizin umzusetzen. Die schwarz-rote Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag entsprechend positioniert und will „[...] die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männer-Gesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“

Neben der Gesetzgebung spielt der Patient eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung einer genderspezifischen Versorgung. Je öfter er seinen Arzt darauf anspricht, desto häufiger berücksichtigt dieser die Gendermedizin in seiner Behandlung. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, zum Beispiel in Zusammen-

arbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über genderspezifische Versorgung aufzuklären. Sie könnten Frauen und Männer auf angepassten Internetseiten über Risikofaktoren oder Krankheitsverläufe informieren. Hier kommt es auf die Darstellung an: Während Frauen sich leichter über Bilder und Emotionen ansprechen lassen, erschließen sich Männer ein Thema besser über Tabellen und Zahlen. Auch scheint es sinnvoll, Schulungsprogramme beispielsweise zur Tabakentwöhnung oder zum Schmerzmanagement für Frauen und Männer unterschiedlich zu gestalten.

Gendermedizin darf keiner Ideologie verhaftet sein. Wünschenswert ist eine pragmatische, an den Versorgungsbedürfnissen orientierte Diskussion darüber, wie die Medizin sowohl Frauen als auch Männern gerecht werden kann. ■

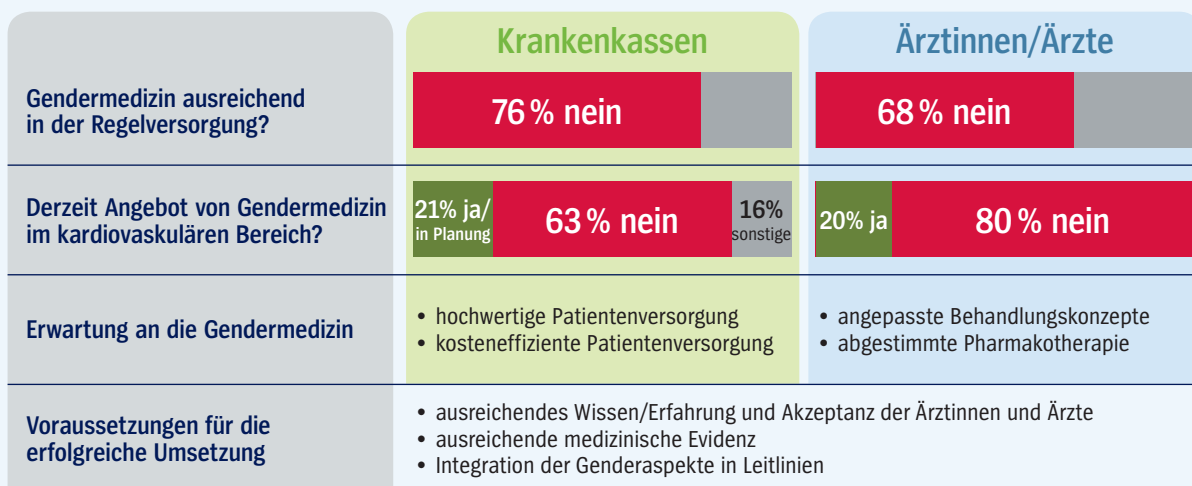
Daniela Chase ist Beraterin am Privaten Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav), Berlin. **Dr. Sabine Oertelt-Prigione**

ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Prof. Dr. Volker Amelung hat die Schwerpunktprofessur für internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover und arbeitet am inav, Berlin.

Kontakt: chase@inav-berlin.de

Umfrage: Wie Ärzteschaft und Krankenkassen die Gendermedizin sehen



Im Versorgungsalltag spielen Unterschiede zwischen den Geschlechtern gegenwärtig kaum eine Rolle. Auf die Frage, ob Gendermedizin in der Regelversorgung ausreichend berücksichtigt wird, antworteten rund 70 Prozent von 400 Ärztinnen und Ärzten sowie 24 Versorgungsmanager aus Krankenkassen mit „Nein“.

Quelle: inav/Pfizer, 2014

Pillen vor der Preisfrage

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz wirkt. Doch die Ausgaben für Medikamente steigen weiter. Erklärungen liefert der Arzneiverordnungs-Report, der seit 30 Jahren Markttransparenz schafft. **Von Thomas Rottschäfer**

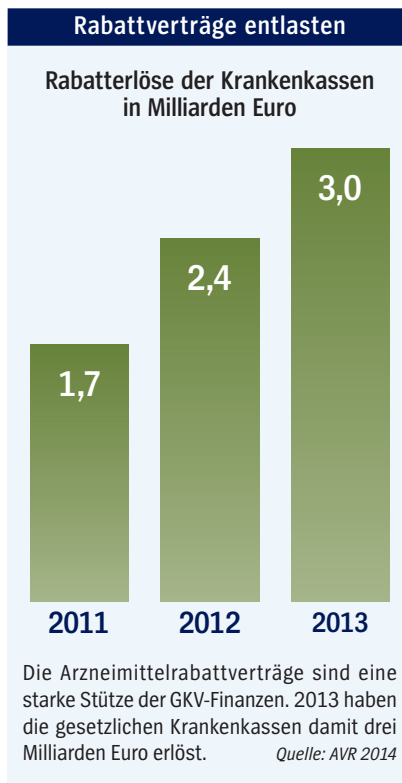
Für Medikamente haben die gesetzlichen Krankenkassen 32,1 Milliarden Euro im Jahr 2013 ausgegeben – 3,2 Prozent mehr als 2012. In diesem Jahr dürfte das Ausgabenplus weit deutlicher ausfallen. Dafür sorgt allein schon der zu Jahresanfang abgesenkte Herstellerrabatt. Im ersten Halbjahr lagen die Ausgaben 9,1 Prozent oder 1,5 Milliarden Euro über denen der ersten sechs Monate 2013.

Der Pharmakologe und Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports (AVR), Professor Ulrich Schwabe, machte dafür „eine nach wie vor überzogene Preispolitik der Arzneimittelindustrie“ verantwortlich. Der AVR zeigt Einsparpotenziale in Milliardenhöhe auf: zwei Milliarden Euro bei patentgeschützten Arzneimitteln, 2,4 Milliarden bei Analogpräparaten, 510 Millionen bei umstrittenen Medikamenten und 57 Millionen bei Biosimilars.

Nutzenbewertung nützt. Positiv sehen die AVR-Herausgeber die Nutzenbewertung und Preisbildung bei neuen Medikamenten. Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) habe dazu geführt, „dass im europäischen Vergleich neu eingeführte Präparate keine nennenswerten Preisunterschiede mehr aufweisen“. Doch durch den von der Politik vereinbarten Verzicht auf die Nutzenbewertung patentgeschützter Präparate, die vor 2011 auf den Markt kamen, werde das ursprüngliche Sparziel von zwei Milliarden Euro jährlich verfehlt, sagte Schwabe. Das AMNOG brauche nun Zeit, bis der gesamte Patentmarkt erfasst ist.

Lesetipp

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.): **Arzneiverordnungs-Report 2014. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.** 1.305 Seiten, 59,99 Euro. Springer Verlag, Heidelberg, Berlin.



Gesetzesänderung möglich. Der Bestandmarkt sei „nicht für immer freigestellt“, betonte SPD-Gesundheitsexperte Professor Karl Lauterbach bei der Präsentation des AVR 2014 in Berlin. Er kündigte an, dass die Große Koalition das AMNOG in der zweiten Hälfte der Wahlperiode möglicherweise nachjustieren werde. Vor allem für neue Präparate mit kurzen Laufzeiten und hohen Einstiegspreisen sei das Verfahren zu schwerfällig. Zugleich charakterisierte Lauterbach die Preispolitik der Hersteller als geschickte „Teppichhändler“-Taktik.

Den Krankenkassen brennt auf den Nägeln, dass Unternehmen hierzulande den Preis zwischen Zulassung und Abschluss der Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband frei festsetzen dür-

fen. „Wer den Preis hoch ansetzt und im ersten Jahr große Umsätze erwirtschaftet, hebt das AMNOG aus. Aktuell zeigt sich dies bei der Hepatitis-C-Therapie. Es wird Zeit, diese Lücke zu schließen“, forderte Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes. Der ausgehandelte Erstattungspreis müsse rückwirkend vom ersten Tag der Zulassung an gelten.

Jürgen Klauber, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, analysierte die Gründe für das Ausgabenplus 2013: Ein Plus von 1,8 Prozent bei der Menge verordneter Arzneimittelpackungen schlug mit 551 Millionen Euro zu Buche. Leichte Preisanstiege und Struktureffekte (größere Packungen, andere Wirkstärken und Darreichungsformen) taten ein Übriges. Der Durchschnittswert je Verordnung stieg um 1,7 Prozent auf 48,89 Euro – Mehrkosten: 531 Millionen Euro. Drei Milliarden Euro haben die Kassen dagegen 2013 durch Rabattverträge mit Pharmaunternehmen erlöst (siehe Grafik).

Strategie gewechselt. Professor Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, machte auf einen „Strategiewechsel der Pharmaindustrie hin zur Entwicklung von Medikamenten für noch profitable Märkte“ aufmerksam. Als Beispiel nannte er unter anderem Mittel zur Krebsbehandlung. Onkologika stellten 2013 trotz eines geringen Verordnungsanteils von 0,8 Prozent mit 12,1 Prozent Umsatzanteil am GKV-Arzneimittelmarkt (rund 4,4 Milliarden Euro) bereits die umsatzstärkste Indikationsgruppe. ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist und spezialisiert auf gesundheitspolitische Themen. **Kontakt: info@satzverband.de**

„Profitorientierung ist fehl am Platz“

Das Marktsystem passt nicht mit dem zusammen, was die Medizin ausmacht, meint der Chirurg und Buchautor **Bernd Hontschik**. Er kritisiert das Angebot von Selbstzahler-Leistungen, Chefarzt-Boni und den Einfluss der Pharmaindustrie.

Herr Dr. Hontschik, Ihr Befund zur Entwicklung des Gesundheitswesens fällt kritisch aus. Warum?

Hontschik: Das solidarische Gesundheitswesen ist in Gefahr. Wenn wir nicht gegensteuern, wird am Ende der Entwicklung nicht mehr der Kranke der Gegenstand der Heilkunst sein, sondern die Krankheit wird zum Gegenstand eines profitablen Wirtschaftsprogramms. Diese Entwicklung verändert die Medizin bis ins letzte Detail.

Woran machen Sie das fest?

Hontschik: Nehmen Sie etwa die privaten Konzerne, die Krankenhäuser aufkaufen und den öffentlichen Sektor zurückdrängen, sodass es dann nur noch um Umsatz und Rendite geht. Nehmen Sie den irren Einfluss der Pharmaindustrie: Medikamente sind unverzichtbar, aber diese Industrie hat viele schlimme Dinge zu verantworten. Sie wollen nach wie vor Ärzte kaufen, und sie setzen – ein Beispiel aus jüngerer Zeit – beim Freihandelsabkommen zwischen der EU und den USA massiv ihre Wirtschaftsinteressen durch.

Was ist mit den Ärzten? Machen da nicht viele beim Ausverkauf des Gesundheitswesens einfach mit?

Hontschik: In der Tat ist das so. Sei es, dass der Praxisbesuch zum Verkaufsgespräch wird und Ärzte Patienten mit individuellen Gesundheitsleistungen überrollen, die ich bis auf wenige Ausnahmen ablehne, sei es, dass Bonuszahlungen für Chefärzte vereinbart werden: je mehr OPs, desto höher der Bonus. Wenn einem Arzt ein solcher Vertrag angeboten wird, müsste er eigentlich schreiend an die Öffentlichkeit laufen. Allerdings wäre es

falsch, Ärzten oder anderen einzelnen Akteuren allein die Schuld zu geben. Wir erleben einen Deformationsprozess, der seine tieferen Ursachen außerhalb des Gesundheitswesens und der Humanmedizin hat. Wir sehen eine politische Entwicklung, in der die soziale Absicherung

aus monetären Zwängen heraus ausgegrenzt wird. Die Krankheitskosten werden von der Gemeinschaft getragen. Die private Krankenversicherung dagegen ist überflüssig. Da verabschieden sich die Leute mit hohen Gehältern aus der Solidargemeinschaft.



Das Prinzip der Gewinnmaximierung untergräbt das Arzt-Patient-Verhältnis.

Dr. med. Bernd Hontschik, Arzt und Autor

abgebaut wird und jeder für sich selbst sorgen soll.

Sind Patienten Kunden?

Hontschik: Nein. Das Marktsystem passt nicht mit dem zusammen, was die Medizin ausmacht. Wenn Sie einen Herzinfarkt haben, schauen Sie nicht in die Gelben Seiten. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass sich eine Arzt-Patient-Beziehung entwickelt, bei der nicht das Finanzielle, sondern existenzielle Fragen im Vordergrund stehen. Also: schnelle Hilfe im Notfall, die Beweglichkeit wiederherstellen, Schmerzen behandeln, die Arbeitsfähigkeit erhalten.

Welche Rolle spielt dabei die gesetzliche Krankenversicherung?

Hontschik: Die Sozialversicherung gibt dem Patienten die Sicherheit, dass er nicht

Ärzte beklagen oft eine Ökonomisierung. Doch warum soll es nicht gut sein, ökonomisch zu arbeiten?

Hontschik: Effizient zu arbeiten und keine Ressourcen zu verschwenden, ist völlig in Ordnung. Aber die Profitorientierung und das Prinzip der Gewinnmaximierung sind im Sozialsystem fehl am Platz und untergraben die Arzt-Patient-Beziehung. ■

Das Interview führte Wigbert Tocha, stellvertretender Chefredakteur der AOK-Mitarbeiterzeitung :intro, KomPart-Verlag.

Zur Person

Dr. Bernd Hontschik ist niedergelassener Facharzt für Chirurgie in Frankfurt/Main. Er ist Herausgeber der Suhrkamp-Reihe „medizinHuman“. Sein Buch „Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens“ (2006) wurde ein Bestseller. In diesem Jahr veröffentlichte er „Hippokrates for sale“ (Verlag Weissbooks).

TITELTHEMA

Diagnose



Zappelphilipp

Wenn Kinder sich schlecht konzentrieren können, oft in Streit geraten oder sich leicht verletzen, kann ADHS dahinter stecken. Ärzte diagnostizieren das „Zappelphilipp-Syndrom“ immer häufiger und verordnen zunehmend Medikamente, wie AOK-Daten zeigen. Eine Analyse von Helmut Schröder, Katrin Schüssel und Andrea Waltersbacher

Paul lebt in einer Kleinstadt in Franken. Bis vor kurzem war der Neunjährige das Sorgenkind der Familie: Schon im Kindergarten eckte der Junge mit seiner ungewöhnlich impulsiven und ungeschickten Art bei den Spielkameraden an. Paul forderte mit seiner dauernden Unruhe, seiner Sprunghaftigkeit und seiner Neigung zu Unfällen auch viel Aufmerksamkeit von seinen Eltern. Als nach der Einschulung die Lehrerin Pauls Konzentrations- und Verhaltensprobleme ansprach, suchte die Familie Hilfe. Der Kinderarzt diagnostizierte eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und verordnete den Wirkstoff Methylphenidat. Seit Paul morgens zum Frühstück eine Tablette einnimmt, geht es mit der Konzentration besser. Nun kann er dem Unterricht aufmerksamer folgen und zu Hause mit seiner Schwester und seinen Eltern auch einmal „Mensch ärgere dich nicht“ bis zu Ende spielen.

Das fiktive Beispiel von Paul wird vielen bekannt vorkommen. In Deutschland fielen zunächst Jungen mit dieser Entwicklungsstörung auf, vor allem durch ihre große motorische Unruhe. In Anlehnung an die Geschichte aus dem „Struwelpeter“ wurde daraus in der Umgangssprache und den Medien das „Zappelphilipp-Syndrom“. Die Diagnose ADHS und die Behandlung mit Methylphenidat – bekanntester Vertreter ist Ritalin – nimmt seit Jahren zu. Allerdings kritisieren Experten die unsicheren Diagnosestandards und den unkontrollierten Einsatz von Psychopharmaka mit starken Nebenwirkungen.

Hoher Medienkonsum, wenig Bewegung. Kinder haben es heute nicht leicht: Eltern stellen hohe Ansprüche an sich selbst und ihren Nachwuchs. Sie versuchen, Beruf und Familie unter einen Hut bringen. Der Wunsch, ihren Töchtern und Söhnen beste Bildung zu vermitteln, überfordert Eltern und Kinder häufig. Gleichzeitig hat sich die Lebenswelt der Familien deutlich gewandelt. So wohnten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2010 knapp 17 Prozent der minderjährigen Kinder und Jugendlichen bei einem alleinerziehenden Elternteil. Bei mehr als der Hälfte der Kinder gehen beide Eltern arbeiten. Jedes vierte Kind lebt als Einzelkind. Rund zwei Drittel aller in der AOK-Familienstudie 2014 befragten Eltern haben nicht jeden Tag Zeit für gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern. Oft nutzen Kinder und Jugendliche elektronische Geräte wie Fernseher, Computer oder Spielekonsolen – und zwar ein bis zwei Stunden pro Tag, wie die AOK-Familienstudie gezeigt hat.

Webtipps

- www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > Meldung vom 6.3.2014: AOK-Familienstudie 2014
- www.mpfs.de Informationen zur JIM- und KIM-Studie (Studien zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen)
- www.kiggs-studie.de Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch-Institut
- www.zentrales-adhs-netz.de
- www.adhs.info

Auf sportliche Aktivitäten entfallen im Durchschnitt bei Jungen zwischen elf und 17 Jahren gerade einmal knapp 70 Minuten pro Tag und bei den Mädchen dieser Altersgruppe sogar nur 40 Minuten, so die Ergebnisse der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts. Beim Gesundheitsverhalten – Rauchen, Körpergewicht, Bewegung, Nutzung elektronischer Medien, Alkoholkonsum und Ernährung – der elf- bis 17-jährigen Jugendlichen zeigt sich laut KiGGS-Studie: Wenngleich ein Viertel der Mädchen und ein Fünftel der Jungen in dieser Altersgruppe sehr gesund leben, pflegen immerhin knapp 20 Prozent der Jugendlichen einen weniger gesunden Lebensstil.

Diagnose auf Basis von Beobachtung. Aktuell weisen 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Störungen auf, so die Ergebnisse der KiGGS-Studie. Dabei sind Jungen mit 23 Prozent stärker betroffen als Mädchen (17 Prozent). Rund zwölf Prozent der Kinder und Jugendlichen sind dadurch im sozialen und familiären Alltag beeinträchtigt. Im Rahmen der KiGGS-Studie gaben Eltern auch Auskunft zum Auftreten von ADHS. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass bei fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren eine ADHS-Diagnose gestellt wurde. Über einen Verdacht berichteten darüber hinaus knapp sechs Prozent der Eltern.

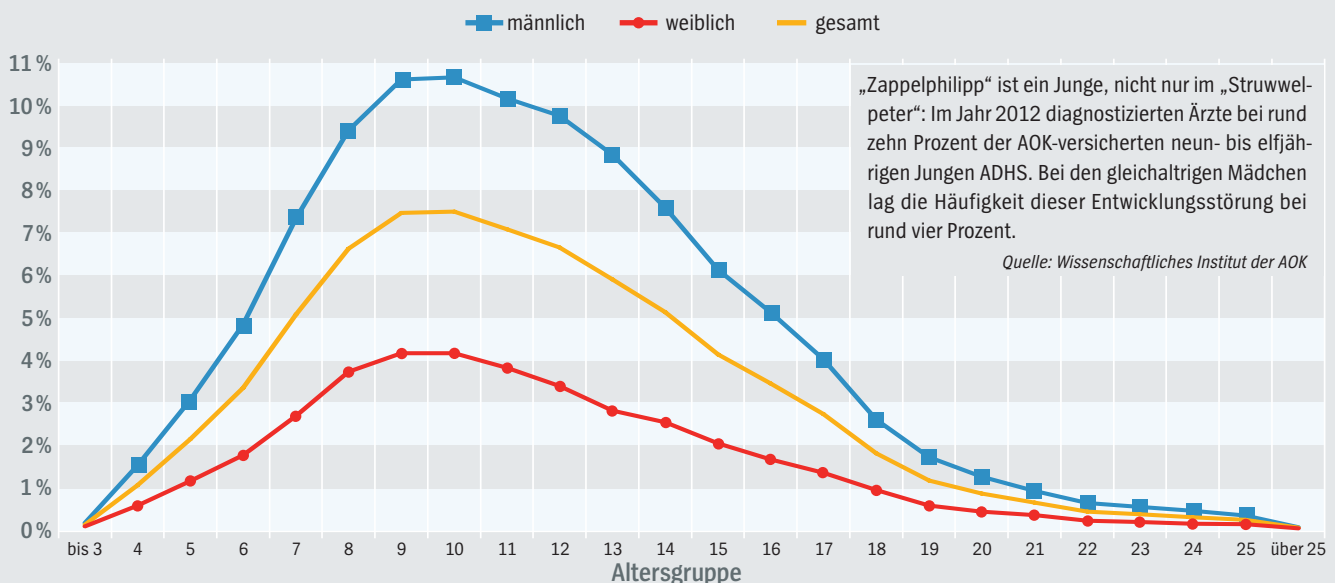
Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität charakterisieren eine Gruppe von Entwicklungsstörungen, die im US-amerikanischen Klassifikationssystem für Störungen und Erkrankungen (DSM) als Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung bezeichnet wird. Dabei müssen nicht alle drei Hauptsymptomgruppen vorhanden sein. Das in Europa gebräuchliche Klassifikationssystem ICD verwendet eine engere Definition: Hier muss immer eine Hyperaktivität vorliegen.

Deshalb ist in der Fachwelt der Begriff Hyperkinetische Störungen (HKS) gebräuchlich. Zur Diagnose einer ADHS/HKS ist es erforderlich, dass die Symptome bereits vor dem sechsten Geburtstag auftraten und sich in mindestens zwei Lebensbereichen zeigen, also beispielsweise im Elternhaus und im Kindergarten oder in der Schule und dass sie auch der diagnostizierende Arzt beobachtet – und zwar länger als sechs Monate. Andere Ursachen für die Symptomatik, wie organische Erkrankungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten, muss der Arzt ausschließen. Darüber hinaus muss die Störung von der Unruhe und Unaufmerksamkeit abgegrenzt werden, die typisch für den kindlichen Entwicklungsstand oder die kindliche Natur ist. Die Diagnose HKS beziehungsweise ADHS darf der Arzt nur stellen, wenn die Symptomatik deutlich im Missverhältnis zum Entwicklungsalter und der Intelligenz des Kindes stehen. Da es keinen allgemeingültigen Test und keinen eindeutigen Schwellenwert gibt, ab dem kindliches Verhalten als behandlungsbedürftige Störung eingestuft werden könnte und die Beurteilungen von auffälligen Kindern durch Eltern, Lehrer und Ärzte erheblich voneinander abweichen können, werden immer wieder Zweifel an der tatsächlichen Häufigkeit von ADHS geäußert.

Datenanalyse belegt Zunahme von ADHS. Eine Analyse der ärztlichen Diagnosen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie der entsprechenden Arznei- und Heilmitteltherapien von bundesweit 3,5 Millionen AOK-versicherten Kindern und Jugendlichen zeigt: Bei den Drei- bis 17-Jährigen befindet sich im Zeitraum 2006 bis 2012 die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung unter den am häufigsten diagnostizierten Störungen der Entwicklung. Jungen in diesem Alter sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (siehe Abbildung

Wilde Kerle: Diagnose-Gipfel liegt bei zehnjährigen Jungen

Anteil AOK-Versicherte mit ADHS im Jahr 2012



„Wilde Kerle: Diagnose-Gipfel liegt bei zehnjährigen Jungen“ auf Seite 24). Immerhin bei knapp jedem zehnten Jungen im Alter zwischen neun und elf Jahren wird ADHS diagnostiziert. Auch bei den Mädchen werden in dieser Altersgruppe die höchsten Diagnoseraten erreicht, jedoch auf einem geringeren Niveau.

Zwischen 2006 und 2012 hat sich – bei einem kontinuierlichem Zuwachs – in allen Altersgruppen der Jungen und Mädchen die dokumentierte ADHS/HKS-Häufigkeit verdoppelt. Die Analysen berücksichtigten keine Verdachtsdiagnosen, sondern ausschließlich gesicherte Diagnosen, die der Arzt in mindestens zwei Quartalen pro Jahr erfasst hatte. Bekamen im Jahr 2006 noch 2,3 Prozent aller AOK-versicherten Kinder eine ADHS-Diagnose, waren es im Jahr 2012 bereits 4,6 Prozent – ein vorläufiger Höchstwert. In allen Altersgruppen ist der Anteil der Betroffenen angestiegen, jedoch am stärksten bei den über 16-Jährigen.

Leitlinie empfiehlt ganzheitliche Behandlung. Kinderpsychiater und Kinderärzte sind sich zunehmend einig darüber, dass ADHS eine sehr komplexe Störung ist. Durch mangelnde Impulskontrolle und die dadurch beeinträchtigte Informationsverarbeitung und Selbststeuerung fehlt den Kindern die Fähigkeit, das eigene Verhalten planvoll und kontrolliert an die jeweilige Situation anzupassen. Sie wirken zerstreut, fahrig oder vorlaut, haben häufiger Unfälle, lernen eventuell schlechter sprechen und haben neben den sozialen Schwierigkeiten Probleme beim Lesen- und Schreibenlernen.

Zur Therapie der Störung dient gemäß den Leitlinien der Kinderärzte, Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten ein ganzheitliches („multimodales“) Konzept. Es umfasst die Aufklärung und Beratung der Eltern, Interventionen in Kindergarten oder Schule, kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen und – falls erforderlich – Pharmakotherapie mit Stimulanzien, also dem Wirkstoff Methylphenidat (unter anderem Ritalin), oder Atomoxetin (Strattera). Der Arzt darf Methylphenidat allerdings nur mit einem speziellen Betäubungsmittelrezept verordnen. Darüber hinaus existieren weitere Auflagen, damit die Medikamente im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie verordnet werden, wenn sich andere Behandlungen als unzureichend erwiesen haben. Methylphenidat wirkt auf den Dopaminhaushalt in den Nervenzellen des Gehirns ein. Das Kind wird so weniger durch innere und äußere Reize abgelenkt.

Ritalin wird zum Verkaufsschlager. Die Geschichte des Verkaufsschlagers der Firma Ciba für ihren Wirkstoff Methylphenidat startete 1944 mit einem zur damaligen Zeit üblichen Selbstversuch, den der Chemiker Leandro Panizzon – Entdecker des Wirkstoffs – und seine Ehefrau Marguerite (Rita) unternahmen. So leitet sich der Produktname Ritalin aus dem Spitznamen der Ehefrau ab, die insbesondere von der Leistungssteigerung beim Tennisspiel profitierte. Ritalin kam 1954 auf den deutschsprachigen Markt und hat seit den 90er Jahren eine beeindruckende Absatzsteigerung erfahren (siehe Abbildung „Ärzte verordnen mehr Psychostimulanzien“ auf Seite 27). Weitere Wirkstoffe wie Atomoxetin, Dexamfetamin und seit 2013 auch Lisdexamfetamin folgten. Methylphenidat brachte es zwischen 1981 und 2013



Nur bockig oder

etwa krank?

Für ADHS gibt es

keinen allgemein-

gültigen Test.

allein in Deutschland auf einen Bruttoumsatz von knapp einer Milliarde Euro. Der Blick auf die verordneten Tagesdosen an Psychostimulanzien deutet auf eine Stagnation auf hohem Niveau in den letzten Jahren hin. Doch dies ist ein Trugschluss angesichts der Tatsache, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren seit Jahren rückläufig ist. Rein rechnerisch haben die verordneten Tagesdosen 2009 ausgereicht, um 12,1 je 1.000 Kindern und Jugendlichen dieser Altersgruppe auf Dauer zu behandeln. Im Jahre 2013 lag dieser Wert – bei schrumpfenden Versichertenzahlen in dieser Altersgruppe – bei 13,2. Hier ist also keine Entwarnung angesagt.

Der Einsatz von Medikamenten ist immer mit einem Abwägen von Nutzen und Risiken verbunden – das trifft insbesondere für Wirkstoffe wie Methylphenidat oder Atomoxetin zu. Zu den unerwünschten Wirkungen dieser Medikamente gehören laut Berichten Selbstmorde oder Selbstmordversuche. Ein indikationsgerechter und wohldosierter Einsatz dieser Psychopharmaka unter Beobachtung eines Experten ist deshalb dringend geraten.

Starker Anstieg bei Psychostimulanzien. Für knapp 43 Prozent der AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose verordneten Ärzte im Jahr 2013 spezifische Medikamente. Zwischen 1999 und 2013 stieg die Zahl dieser Verordnungen GKV-weit um über 600 Prozent. Trotz der Emp-

fehlungen, bei einer ADHS-spezifischen Pharmakotherapie Zurückhaltung zu üben, setzen Ärzte diese offensichtlich sehr häufig ein. Bei den Jungen mit der Diagnose ADHS liegt der Behandlungsgipfel bei etwa 60 Prozent im Alter von 13 bis 15 Jahren, bei den Mädchen in dieser Altersgruppe bei fast 45 Prozent. Rund die Hälfte aller bei der Gesundheitskasse versicherten ADHS-Patienten bekommen in diesem Alter also Psychopharmaka. Kritisch ist auch der hohe Anteil der Erwachsenen zu sehen, die diese Präparate verordnet bekommen, obwohl mögliche Auswirkungen einer langjährigen Therapie ungewiss sind.

Von den mit Medikamenten behandelten AOK-versicherten Patienten erhält nahezu jeder zweite (48 Prozent) Verordnungsmengen von mehr als 180 Tagesdosen (DDD). Diese Menge lässt auf einen chronischen Gebrauch schließen, wenn man die gängige Praxis von Therapiepausen am Wochenende oder in den

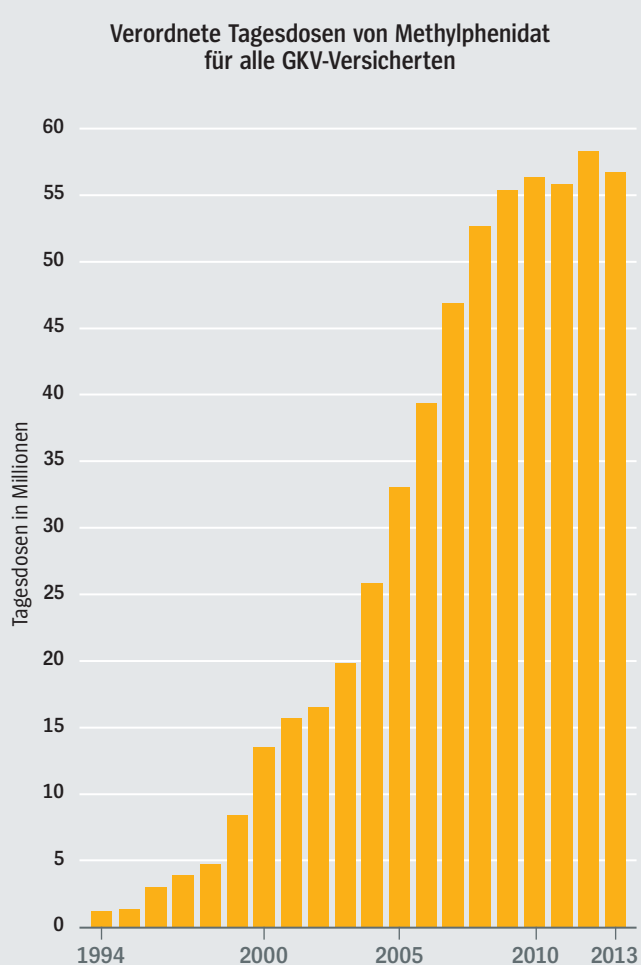
Schulferien berücksichtigt. Allerdings erhält auch ein Drittel der Patienten mit Pharmakotherapie weniger als 100 DDD, sodass die Wirkstoffe in diesen Fällen vermutlich nur kurzfristig oder niedrig dosiert eingesetzt wurden. Eine medikamentöse Dauertherapie liegt bei jedem zweiten Jungen mit ADHS vor (Mädchen: 44 Prozent). Ein zurückhaltender Einsatz mit weniger als 100 DDD ist eher bei Mädchen (36 Prozent) als bei Jungen (30 Prozent) zu beobachten. Dies lässt sich als ein Hinweis auf einen höheren Schweregrad von ADHS bei Jungen interpretieren.

Große regionale Unterschiede. Wie schwierig Diagnose und Behandlung von ADHS sind, lässt sich an den regionalen Unterschieden ablesen. So lag die dokumentierte Häufigkeit von ADHS nach den AOK-Daten in allen fünf östlichen Bundesländern über dem Bundesdurchschnitt, in den Stadtstaaten hingegen darunter. Möglicherweise unterscheidet sich die Morbidität zwischen den Regionen tatsächlich. Vielleicht beeinflusst aber auch die gute ADHS-Versorgung in Ballungszentren die Diagnosestellung. In städtisch geprägten Regionen wie beispielsweise Berlin oder Hamburg werden die regionalen Bemühungen um eine adäquate Diagnostik und Therapie der Störung koordiniert. Die Vermutung liegt nahe, dass erfahrene Experten mit einer ausführlichen und leitliniengerechten Differenzialdiagnostik den Verdacht auf ADHS öfter entkräften können.

Auch in der Behandlung von ADHS-Patienten mit einschlägigen Psychopharmaka bestehen große regionale Unterschiede. Die medikamentösen Therapien werden eher nicht in den Ballungsgebieten, sondern im ländlichen Raum eingesetzt. So belegt das bayerische Amberg den Spitzenplatz im Ranking der 412 Regionen Deutschlands: Mehr als zwei Drittel (68 Prozent) aller ADHS-Patienten werden hier medikamentös behandelt, während in Passau, ebenfalls Bayern, gerade einmal jeder fünfte Patient die entsprechenden Psychopharmaka erhält.

Nutzen der Therapie erforschen. Neben der medikamentösen Therapie erhielten 2012 ein Drittel der betroffenen AOK-versicherten Kinder zwischen drei und 17 Jahren Ergo-, Logo- oder Physiotherapien. Sieben Prozent gingen zur Psychotherapie. Dabei hat jede Altersklasse ihr spezifisches Behandlungsmuster (siehe Tabelle „Therapeutische Vielfalt bei ADHS“ auf Seite 27): In der Vorschulzeit bekommen die Kinder kaum Psychostimulanzien (1,8 Prozent), aber mehr als jedes zweite Kind mit einer ADHS-Diagnose geht zu Heilmitteltherapeuten (insbesondere zur Ergotherapie und/oder Sprachtherapie). Bei den Grundschulkindern mit einer ADHS-Diagnose steht nach wie vor die Heilmittelbehandlung im Vordergrund (46 Prozent mit mindestens einer Behandlung). Jedoch erhält immerhin jedes dritte Schulkind mit ADHS auch ein entsprechendes Medikament. Bei den Kindern und Jugendlichen zwischen elf und 17 Jahren hat die medikamentöse Therapie Priorität (54 Prozent); Ergotherapien und Physiotherapien verlieren an Bedeutung (rund neun beziehungsweise rund sechs Prozent). Grundschüler und Schüler der weiterführenden Schulen erhalten Psychotherapie – bei ADHS empfohlen – wie auch alle anderen Behandlungsarten häufiger, als Kinder und Jugendliche, bei denen keine ADHS diagnostiziert wurde.

Ärzte verordnen mehr Psychostimulanzien



Konzentration per Pille: Die Menge der verordneten Tagesdosen von Methylphenidat (häufigster Vertreter unter den Psychostimulanzien) ist in den vergangenen 20 Jahren in die Höhe geschossen. Während Ärzte 1994 lediglich 1,2 Millionen Tagesdosen an gesetzlich Versicherte verordneten, waren es 2013 bereits 56,7 Millionen Tagesdosen. Ein Großteil dieser Präparate geht an ADHS-Patienten. *Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK*

Die AOK-Daten zeigen, dass Ärzte und andere Therapeuten ADHS umfangreich und vielfältig behandeln. Allerdings lässt die Analyse keine Schlüsse auf einen indikationsgerechten Einsatz und den Erfolg von Behandlungen zu. Es besteht weiterer Forschungsbedarf in der Frage, ob der Nutzen der Therapien die Nebenwirkungen und Belastungen übersteigt.

Einschulungsalter beeinflusst Diagnosehäufigkeit. Da die meisten ADHS-Diagnosen und -Behandlungen Kinder im Grundschulalter betreffen, lohnt sich ein Blick auf den Zusammenhang mit der schulischen Situation. Verschiedene Studien aus den USA, Island, Kanada und Dänemark haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für eine ADHS-Diagnose vom Einschulungsalter abhängt. So geht aus einer US-amerikanischen Studie aus dem Jahr 2010 hervor, dass relativ früh eingeschulte und damit innerhalb einer Klasse jüngere Kinder im Vergleich zu relativ spät eingeschulter Kindern deutlich häufiger eine ADHS-Diagnose erhielten: 8,4 Prozent der Kinder aus dem jüngsten Monat einer Schuljahrgangsstufe, aber nur 5,1 Prozent der Kinder aus dem ältesten Monat. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass Lehrer das kindliche Verhalten im Vergleich innerhalb einer Jahrgangsstufe einschätzen. Möglicherweise werden viele ADHS-Diagnosen dadurch ausgelöst, dass die jüngeren Kinder sich entwicklungsbedingt in der Schule weniger angemessen verhalten – also sich beispielsweise leichter ablenken lassen als ihre älteren Mitschüler.

AOK-Daten belegen Zusammenhang. Erstmals lässt sich der Effekt des Einschulungsalters auf die ADHS-Diagnoseraten auch für Deutschland nachweisen. Auf Basis der AOK-Daten für Schulkinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren konnte dieser Zusammenhang für das Jahr 2012 untersucht werden. Das Einschulungsdatum eines Kindes

geht aus den Routinedaten einer Krankenkasse nicht hervor. Deshalb hat das WiDO den theoretischen Altersunterschied von bis zu zwölf Monaten innerhalb einer Schuljahrgangsstufe ermittelt als Differenz zwischen dem Einschulungsstichtag in dem jeweiligen Bundesland und dem Geburtstag eines Kindes.

Bundesweit wurden 90 Prozent aller Schulkinder des Jahrgangs 2012/13 fristgemäß eingeschult. Jungen werden eher verspätet eingeschult als Mädchen (8,3 gegenüber fünf Prozent), dafür Mädchen häufiger frühzeitig als Jungen (3,9 gegenüber 2,4 Prozent). Die ADHS-Häufigkeit liegt bei den jüngsten Kindern eines Jahrgangs mit 6,3 Prozent im ersten Monat nach dem Einschulungsstichtag deutlich höher als bei den jeweils ältesten Kindern eines Jahrgangs mit 5,4 Prozent im zwölften Monat nach Stichtag. Dieser Effekt zeigt sich bei beiden Geschlechtern. Damit hatten die jüngeren Kinder eines Schuljahrgangs im Jahr 2012 ein um etwa ein Sechstel erhöhtes Risiko, dass ein Arzt bei ihnen die Diagnose ADHS stellt.

Wie sich eine langjährige Behandlung mit Psychostimulanzien auswirkt, ist ungewiss.

Therapeutische Vielfalt bei ADHS

AOK-versicherte Kinder mit ADHS und deren Therapiespektrum (2012)

| | Vorschule (3–5 Jahre) | Grundschule (6–10 Jahre) | Weiterführende Schule (11–17 Jahre) |
|---|--------------------------|-----------------------------|--|
| Medikamentöse Therapie mit Psychostimulanzien/Atomoxetin | 1,8% *0,0% | 34,1% 0,3% | 53,9% 0,3% |
| Psychotherapie | 2,1% 0,2% | 6,2% 0,8% | 7,3% 1,0% |
| Ergotherapie | 30,1% 2,2% | 33,9% 4,4% | 9,4% 0,8% |
| Logopädie | 24,0% 9,0% | 13,0% 8,2% | 3,6% 1,3% |
| Physiotherapie | 3,7% 1,7% | 3,3% 2,4% | 6,4% 5,8% |

*Kursivstellung: Kinder ohne ADHS

Experten empfehlen bei ADHS eine ganzheitliche Therapie. AOK-versicherte Kinder mit der Entwicklungsstörung bekamen im Vorschulalter hauptsächlich Heilmittel wie Ergo- und Logopädie (30 beziehungsweise 24 Prozent der Kinder), aber selten Psychostimulanzien. Dagegen steigt bei den Schulkindern der Anteil der ADHS-Patienten, die Wirkstoffe zur Konzentrationsförderung einnehmen.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Ist die frühe Einschulung sinnvoll? Da sich die ADHS-Diagnosestellung auf das Vorliegen der Symptomatik aus zwei Lebensbereichen stützt, hat vermutlich neben der Einschätzung der Eltern aus der familiären Situation auch die Beurteilung durch die Lehrer im schulischen Umfeld einen Einfluss. Der altersadäquate Reifezustand eines Kindes sollte bei der Diagnosestellung unbedingt Berücksichtigung finden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass angesichts des Mangels an einheitlichen Tests und Schwellenwerten Kinder eine ADHS-Diagnose erhalten und gegebenenfalls sogar therapiert werden, obwohl sie gar keine Entwicklungsstörung haben, sondern nur im Vergleich mit ihren älteren Mitschülern auffallen. Dies kann für die betroffenen Kinder nachteilige Folgen haben: Stigmatisierung durch die ADHS-Diagnose und Beeinträchtigung ihrer ansonsten unauffälligen, altersgerechten kindlichen Entwicklung. Die vorliegenden Ergebnisse dürften die Diskussion um das optimale Einschulungsalter von Kindern neu beleben. Dabei muss sich die Bildungspolitik der Frage stellen, ob eine frühe Einschulung sinnvoll ist und ob die schulischen Institutionen dem normalen, gesunden Entwicklungsstand auch der jüngeren, früh eingeschulter Kinder in allen Fällen gerecht werden.



Die jüngeren Kinder einer Schulklasse tragen ein höheres Risiko für eine ADHS-Diagnose als ihre älteren Mitschüler.

Verträge verbessern die Versorgung. Kinder und Jugendliche mit ADHS tragen höhere Gesundheitsrisiken. Nach AOK-Daten lag beispielsweise das Risiko, einen Knochenbruch zu erleiden, bei Drei- bis 17-Jährigen mit ADHS im Jahr 2012 um mehr als 30 Prozent höher als in der Vergleichsgruppe ohne ADHS-Diagnose. Auch die zahlreichen diagnostischen und therapeutischen Termine belasten die ADHS-Patienten und ihre Familien.

Daher haben die AOK Rheinland/Hamburg (seit dem Jahr 2010, beziehungsweise 2012), die AOK Bremen/Bremerhaven (für die Region Bremerhaven, seit 2011) und die AOK Sachsen-Anhalt (seit 2013) mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen. Zu den Partnern im Rheinland gehören zudem die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Landesverband Nordrhein-Westfalen), der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte und die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung.

An den Programmen teilnehmen können AOK-versicherte Kinder und Jugendliche mit der Diagnose ADHS. Im Rahmen der AOK-Verträge prüfen und sichern die beteiligten Ärzte die Diagnose. Die Behandlungskonzepte sehen beispielsweise Psychotherapie und Elternt raining vor und haben zum Ziel, die Therapie mit Psychostimulanzien zu verringern oder zu vermeiden. Die beteiligten Kinderärzte und Psychotherapeuten absol-

vieren einschlägige Fortbildungen und nehmen an Qualitätszirkeln teil. Eine Zusatzvergütung sorgt dafür, dass sie sich für ADHS-Patienten mehr Zeit nehmen können. Zudem sollen sie die Patienten durch ein Netz unterschiedlicher Angebote leiten. In Sachsen-Anhalt stehen zusätzlich zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung gruppentherapeutische Maßnahmen im Fokus des Programmes sowie die direkte psychosoziale Unterstützung in Schule und Familie.

An dem Programm der AOK im Rheinland nehmen mittlerweile mehr als 2.000 Versicherte teil, bei denen ein Verdacht auf ADHS besteht. Das Hauptaugenmerk liegt dort auf der klaren Diagnosestellung. Im Rahmen des Vertrags finden quartalsweise ärztliche Untersuchungen statt.

Befragung belegt Erfolge. Erste Ergebnisse der Evaluation des Programms der AOK Rheinland/Hamburg werden im November 2014 erwartet. Eine Auswertung von Arzneimitteldaten zeigt bereits jetzt einen positiven Trend: So sank laut AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen des Vertrages im Rheinland die Zahl der mit Methylphenidat behandelten Kinder und Jugendlichen um rund ein Viertel. Das Bremer Leibniz-Institut für Präventionsforschung hat das Programm in der Region Bremerhaven begleitet und Ende 2012 Ergebnisse einer Befragung von rund 100 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Eltern vorgelegt: 72 Prozent der Eltern und 81 Prozent der Kinder fanden, dass sich bestehende Probleme verändert oder verbessert haben. 86 Prozent der Eltern und 78 Prozent der Kinder meinten zudem, dass sich die Teilnahme am Behandlungsprogramm gelohnt hat. Die Probleme der Kinder in der Schule zu lösen, nannten dabei nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder und die Therapeuten als wichtigstes Ziel. An zweiter Stelle stand, die Konzentrationsfähigkeit zu erhöhen, gefolgt vom Wunsch, die Impulsivität der ADHS-Kinder besser zu kontrollieren.

Selbsthilfe fördern. Weitere AOKs wollen die ADHS-Versorgung ebenfalls verbessern. So unterstützt die AOK Nordost aus Mitteln der Selbsthilfeförderung ADHS-Projekte, wie zum Beispiel im Herbst 2011 ein Selbsthilfe-Wochenende für betroffene Kinder und Eltern. Eines dieser Projekte, das ADHS-Puppenspiel „Hannah und Moritz – Die Reise zum eigenen Ich“ ist zu einem Präventionsangebot für Kitas weiterentwickelt worden. Die Erzieherinnen basteln und gestalten gemeinsam mit den Kindern Handpuppen, entwickeln und studieren eine entsprechende Geschichte ein und führen sie auf. So können sich Erzieherinnen, Kinder und Eltern spielerisch mit dem Thema Verhaltensauffälligkeiten auseinandersetzen.

Sorgfältig diagnostizierende Ärzte, speziell ausgebildete Therapeuten, familiäre Unterstützung und angemessene schulische Anforderungen können dazu beitragen, dass Kinder wie Paul die Chance bekommen, unbeschwert zu spielen, zu lernen und zu wachsen. ■

Helmut Schröder ist Stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Dr. Katrin Schüssel** und **Andrea Waltersbacher** sind Mitarbeiterinnen des WIdO.
Kontakt: Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de

„Wichtig sind verlässliche Erwachsene“

Gemeinsame Mahlzeiten, eine klare Tagesstruktur, weniger Medienkonsum und gute familiäre Beziehungen empfiehlt Kinderarzt **Eckhard Ziegler-Kirbach** bei ADHS. Dennoch hält er Psychostimulanzien zur Steigerung der Aufmerksamkeit für manchmal unverzichtbar.

Die Zahl der ADHS-Diagnosen hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Welche Ursachen sehen Sie?

Eckhard Ziegler-Kirbach: Unsere Aufmerksamkeit wird heute stärker beansprucht als je zuvor. Menschen, die ihre Aufmerksamkeit schlecht lenken können und mit der emotionalen Steuerung Schwierigkeiten haben, kommen in einer komplexen Gesellschaft schlechter zurecht. Auch haben wir eine stärkere Sensibilität für ADHS entwickelt. Wir haben mehr und bessere diagnostische Verfahren und Therapiemöglichkeiten. Menschen, die diesbezüglich unter Druck geraten, wenden sich heute eher an einen Arzt und Therapeuten.

Notlösung oder Basistherapie: Welche Rolle spielen Medikamente wie Ritalin in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS?

Ziegler-Kirbach: Es ist wichtig, die Therapieziele möglichst konkret zu formulieren und sich zu überlegen, in welchem Zeitraum welche Fortschritte erreicht werden sollen. Davon hängen Auswahl und Anpassungen der begleitenden Therapien ab. Die stärkste Wirkung auf die Hauptsymptome – geringe Konzentration und kurze Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität, motorische Unruhe beziehungsweise Hyperaktivität – hat die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien, darunter Methylphenidat, das Ärzte seit circa 60 Jahren bei ADHS verordnen.

Welche Risiken birgt die Therapie mit Psychostimulanzien?

Ziegler-Kirbach: Wie die meisten Arzneien können Psychostimulanzien unerwünschte Nebenwirkungen haben. Dazu gehört eine Appetitminderung, die durch ein gutes Frühstück vor der Einnahme und eine ausgewogene Mahlzeit nach dem Abklingen der Wirkung aufgefangen werden kann. Das Wachstum kann sich während der Therapie etwas verzögern. Dagegen enthält die Fachliteratur keine Belege für körperliche Abhängigkeiten von Psychostimulanzien. Allerdings scheinen sie immer öfter missbräuchlich zur Leistungssteigerung verwendet zu werden. Drogenabhängige nehmen sie als Beigebrauch. Daher verordnen Ärzte die Wirkstoffe auf einem Betäubungsmittel-Rezept.

Was empfehlen Sie Eltern von Kindern mit ADHS?

Ziegler-Kirbach: Als erstes sollten sie nach Möglichkeit das, was die Aufmerksamkeit stört und abzieht, verringern oder beseiti-

gen. Dazu gehört beispielsweise der Dauergebrauch von Handys und Smartphones oder unreguliertes Fernsehen und Spielen am PC. Besonders bei Jugendlichen können Müdigkeit und Schlafmangel eine erhebliche Rolle spielen. Wachheit ist die Voraussetzung für eine gute Aufmerksamkeit. Besonders wichtig sind klare, verlässliche Erwachsene, vor allem die Eltern, aber auch Erzieherinnen, Lehrkräfte oder Sporttrainer. Eine klare Tagesstruktur gibt allen eine sichere Orientierung. Sehr hilfreich sind gemeinsame, entspannte Mahlzeiten. Die gemeinsame Zeit sollten alle als möglichst harmonisch erleben, damit die Beziehungen stabil bleiben. Über die guten Beziehungen bleibt der elterliche Einfluss wirksam.



Eckhard Ziegler-Kirbach ist Kinderarzt und betreibt zusammen mit seiner Kollegin Leonore Gehrt eine Praxis in Bremerhaven. www.ziegler-gehr.de

Sie beteiligen sich an einem Versorgungsvertrag der AOK Bremen/Bremerhaven. Welchen Nutzen hat das Konzept für Ihre ADHS-Patienten?

Ziegler-Kirbach: Der größte Nutzen ist die Zeit, die wir den ADHS-Patienten und ihren Eltern geben können. Nach einer ausführlichen Diagnostik erarbeiten wir Therapieziele. Wir bereiten eine notwendige Arzneitherapie intensiv vor und begleiten sie. Wir unterstützen Eltern und stärken Kinder und Jugendliche in ihrer Eigenverantwortung und Selbsteinschätzung. Zudem arbeiten wir über den ADHS-Vertrag eng mit Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten zusammen. Alle drei Monate treffen wir uns in einem interdisziplinären Qualitätszirkel. Mit dem ADHS-Vertrag hat die AOK Bremen/Bremerhaven eine Vorreiterrolle übernommen. Wir haben einen stabilen und verlässlichen Rahmen für unsere Arbeit. Mein großer Wunsch ist, dass sich auch ADHS-Patienten von anderen Krankenkassen in solche Verträge einschreiben können. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

„Ohne Organspende



Zur Person

Franz Josef Lünne war von 1996 bis 2009 stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Brandenburg. Seit 2010 engagiert sich der 61-Jährige, der in der Freizeit gerne verreist und Borussia Dortmund beim Fußballspielen zuschaut, in verschiedenen Ehrenämtern, unter anderem als Richter am Landessozialgericht Berlin-Brandenburg. **Kornelia Lünne** (59) ist Bankkauffrau und treibt zusammen mit ihrem Mann regelmäßig Sport. Franz Josef und Kornelia Lünne sind seit 1974 verheiratet und leben in Mahlow bei Berlin.

wäre ich jetzt tot“

Franz Josef Lünne verdankt seiner Frau Kornelia ein zweites Leben: Vor zwei Jahren hat sie ihm eine Niere gespendet. Das Ehepaar ist überzeugt, dass es viele solcher Beispiele braucht, um die Menschen an das sensible Thema Organspende heranzuführen. Auch deshalb haben die beiden G+G ihre Geschichte erzählt.

Herr Lünne, vor zwei Jahren haben Sie von Ihrer Frau eine neue Niere bekommen. Ist eine solche Lebendspende nicht eine viel zu private Angelegenheit, um öffentlich darüber zu sprechen?

Franz Josef Lünne: Nein. Das Thema Organspende gehört in die Öffentlichkeit – auch weil wir zuletzt so viel Negatives lesen mussten. Das Vertrauen der Bevölkerung ist beschädigt, was auch die sinkende Zahl von Organspendern erklärt.

Sie spielen auf die Skandale bei der Organvergabe an einigen Kliniken an. Lässt sich das zerschlagene Porzellan wieder kitten?

Franz Josef Lünne: Ich hoffe sehr. Letztlich geht es um Leben, die wir retten oder verlieren. In meinem Fall ist es gut gegangen. Aber allein in diesem Augenblick, wo wir miteinander reden, warten hierzulande rund 12.000 Menschen auf ein neues Organ, einige leider vergeblich. Emotionen sind extrem wichtig, um dem Thema Organspende einen neuen Schub zu verpassen. Und wenn man schöne Beispiele hat, wie Organspende Leben rettet, dann sollte man diese Geschichte erzählen. Und zwar öffentlich.

Wann begann Ihre Geschichte?

Franz Josef Lünne: Mitte der 90er Jahre diagnostizierten Ärzte bei mir eine Autoimmunerkrankung, in deren Folge sich meine Nieren entzündeten. Von Untersuchung zu Untersuchung wurden die Blutwerte schlechter. Eine hochdosierte Cortisontherapie sollte die Erkrankung stoppen, bevor eine Dialyse

notwendig würde. Dialyse war für mich die reinste Horrorvision, wenngleich ich die Menschen, die dorthin müssen, bewundere, wie gut die meisten von ihnen damit umgehen.

Hat die Cortisontherapie geholfen?

Franz Josef Lünne: Nein. Mein Körper geriet aufgrund verschiedener Nebenwirkungen völlig aus den Fugen und ich musste deswegen von Ärzten im Krankenhaus behandelt werden. 2011 erlitt ich auch noch einen Herzinfarkt und bekam sechs Bypasses gelegt. Das alles steckte ich gut weg. Aber die ständige Müdigkeit war unerträglich. Die Monate vor der Transplantation wollte ich nur noch schlafen. Wenn die Nieren ihre Tätigkeit einstellen und die Giftstoffe nicht mehr aus dem Körper kommen, schläft man wohl irgendwann einfach ein und ist tot. Das machte mir Angst.

Gab es zu diesem Zeitpunkt denn schon den Gedanken an eine Transplantation?

Franz Josef Lünne: Dieser Rettungsanker existierte seit geraumer Zeit. Meine Frau hatte zu Beginn der Erkrankung – es war ein Freitag beim Abendbrot – signalisiert, dass sie als Lebendspenderin bereitsteht, wenn es nicht anders geht. Also gingen wir im August 2012 in die Charité und ließen dort alle möglichen Untersuchungen über uns ergehen, um zu schauen, ob es funktioniert. Aber meine innere Stimme sagte mir: Das passt!

Hatten Sie Angst vor dem Schritt, Frau Lünne?

Kornelia Lünne: Zu sagen, wir wären völlig entspannt dahin gegangen, wäre sicherlich gelogen. Wir waren schon aufgeregt, so was macht man schließlich nicht jeden Tag. Aber ich hatte die feste Absicht, meinem Mann zu helfen. Und bevor es mit der Operation losging, gab es viele Gespräche – auch die mit einer Ethikkommission der Ärztekammer.

Worum ging es in den Gesprächen?

Kornelia Lünne: Sie wollten erfahren, warum ich mein Organ spende, und ob ich das alles freiwillig tue. Die haben sich schon intensiv mit mir befasst.

Würden Sie sich als Lebensretterin bezeichnen?

Kornelia Lünne: Ach, das klingt ein bisschen zu pathetisch. Menschen besitzen zwei Nieren. Daher ist es möglich, dass der Gesunde eines dieser Organe zur Transplantation zur Verfügung stellt. Das habe ich gerne getan. Eine glasklare Entscheidung für meinen Mann und für die Organspende. Und als die Ärzte uns

Operation waren wir schon eine Woche auf Mallorca. Wir sind jeden Tag ausgiebig und hart gewandert. Das war schon der Wahnsinn! Ich bin meiner Frau extrem dankbar, dass sie den Schritt mit mir gegangen ist – ohne ihre Organspende wäre ich jetzt tot. Und ich bin auch froh, dass es meiner Frau gesundheitlich gut geht – mit Ausnahme der Tatsache, dass sie mit einer Hochleistungsniere weniger im Körper auskommen muss, während ich auf einem sehr breiten Reifen und zwei Felgen durchs Leben fahren darf (*lacht*).

Kornelia Lünne: Genau deshalb sage ich meinem Mann ja auch immer, dass er bloß gut aufpassen soll auf sich, denn es ist meine Niere (*lacht*).

Und achtet er auf sich?

Kornelia Lünne: Ja, das tut er. Besonders achten wir beide darauf, dass mein Mann seine Tabletten regelmäßig einnimmt. Das ist absolut notwendig nach einer Organtransplantation. Das darf man nicht auf die leichte Schulter nehmen.



„Wegen der Skandale um die Organvergabe hat die Spendebereitschaft nachgelassen. Aber wir dürfen den Kopf nicht in den Sand stecken.“

mitteilten, dass ich als Spenderin geeignet bin und mein Mann und ich auch medizinisch zueinander passen, ist mir ein dicker Stein vom Herzen gefallen. Viele Menschen, die eine Niere spenden wollen, erfüllen die medizinischen Voraussetzungen nicht. Das heißt: Spender und Empfänger haben zum Beispiel nicht dieselbe Blutgruppe oder der Spender hat Vorerkrankungen. Das ist tragisch. Was mich sehr gefreut hat, war die sehr gute Betreuung in der Charité. Für die Spender wollen die Ärzte jedes Risiko vermeiden.

Und wie geht es Ihnen beiden heute – der eine mit einer neuen, der andere mit einer Niere weniger im Körper?

Franz Josef Lünne: Ich fühle mich blendend, kein Vergleich zu der Situation von vor zwei Jahren. Wenige Wochen nach der

Wie steht es um die medizinische Nachsorge?

Franz Josef Lünne: Ich werde regelmäßig durchgecheckt, die Betreuung durch die Nephrologen und die Charité ist ausgezeichnet. Die Nachsorge betrifft auch meine Haut. Durch die Immunsuppression sind meine Abwehrkräfte reduziert und es besteht ein erhöhtes Risiko, an weißem Hautkrebs zu erkranken. Unmittelbar nach der Transplantation waren wir beide drei Wochen auch zur Reha. Zwei Plätze zu finden, das klappte ganz gut. Das ist aber nicht immer so. Es gibt bislang wenige Reha-Einrichtungen, die eine Abteilung für Transplantierte vorhalten.

Kornelia Lünne: Auch ich gehe regelmäßig zur Nachsorge, die für die Spender angeboten wird. Eine Organspende ist nicht einfach. Es können Komplikationen auftreten – das sollte man wissen.

„Der Entschluss, eine Niere zu spenden, war eine glasklare Entscheidung für meinen Mann und die Organspende.“



Die Krankenkassen setzen sich stark für Organspende ein. Sie werben in Fußballstadien und verschicken Spendeausweise an Versicherte. Baut sich da am Ende nicht moralischer Druck auf?

Franz Josef Lünne: Das glaube ich nicht. Wir haben heute die großartige Möglichkeit, mit einer Organtransplantation Menschenleben zu retten. Das geht aber letzten Endes nur, wenn Menschen – wohlgernekt freiwillig – ihre Bereitschaft zur Organspende dokumentieren. Umfragen zufolge stehen die meisten Bundesbürger der Organspende positiv gegenüber, doch nur jeder Vierte hat einen Spendeausweis. Dieses Paradoxon kriegen wir nur über Aufklärung gelöst. Druck wäre der verkehrte Weg. Wichtig ist, eine Überzeugung zu diesem Thema zu haben. Daher ist es auch richtig, die Menschen anzusprechen. Die AOK tut dies im Übrigen auch mit einer Entscheidungshilfe Organspende. Damit kann jeder, der will, das Pro und Contra abwägen, um zu einer persönlichen Entscheidung zu gelangen. Die Hände in den Schoß zu legen, wäre falsch.

Mehr Aufklärung als Königsweg, um die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen – sehen Sie das auch so, Frau Lünne?

Kornelia Lünne: Mit Sicherheit! Es müssten – neben nackten Zahlen, wie viele Menschen auf Wartelisten für ein neues Organ stehen oder wie hoch die Spendebereitschaft ist – mehr Beispiele von Organspendern und Empfängern publik gemacht werden. Diese persönlichen Geschichten zeigen, was sich mit einer Organspende Großartiges bewirken lässt: Das Leben eines Menschen retten! Darüber lesen und hören wir bislang viel zu wenig.

Gab es in Ihrem Fall eine konkrete Geschichte, die Sie ermutigt hat, Ihrem Mann eine Niere zu spenden?

Kornelia Lünne: Ja, die gab es – wenn auch eher zufällig: Unser Fernseher streikte, deshalb kam ein Techniker ins Haus. Er war so um die 40 Jahre alt. Irgendwie kamen wir auf das Thema

Organspende zu sprechen. Er erzählte mir, dass er wegen eines Nierenleidens zur Dialyse musste und ihm seine Mutter, als das alles nicht mehr half, eine Niere gespendet hat. Auf die Frage, wie es ihnen beiden heute gehe, strahlte er und sagte bestens. Das war schön zu sehen und zu hören, zumal ich eher Geschichten erzählt bekam, wo es dem Empfänger gut geht. Von Spendern hatte ich bis dato wenig gehört – höchstens von unserem Außenminister Frank-Walter Steinmeier, der seiner Frau 2010 eine Niere spendete.

Franz Josef Lünne: Wobei man sagen muss, dass gerade die Geschichte der Steinmeiers viel Positives bewegt hat. Die Spendebereitschaft schnellte kurz danach hoch. Freilich: Die zu Beginn unseres Gesprächs erwähnten Organspende-Skandale haben die Hoffnung, dass diese positive Entwicklung nachhaltig ist, schnell zunichte gemacht. Wir dürfen den Kopf aber nicht in den Sand stecken.

Sind demnach Kontrolle und Aufsicht der Vergabe von Organspenden weiter zu verbessern?

Franz Josef Lünne: Unser Kontrollsystem arbeitet prinzipiell gut, da bin ich sicher, denn die Regeln sind klar. Schwarze Schafe gibt es immer. Auf dem sensiblen Feld der Organspende richten sie halt großen Schaden an. Persönlich wünsche ich mir, dass in allen Entnahmekrankenhäusern die gesetzlich vorgeschriebenen Transplantationsbeauftragten eine noch aktivere Rolle spielen. In einigen Bundesländern fehlen dazu entsprechende Regelungen. Das könnte hilfreich bei der Bewältigung der Probleme sein. Denn längst nicht überall wird offen mit Angehörigen über eine Organspende geredet. Und nicht alle Kliniken melden potenzielle Spender. Auch an diese Probleme müssen wir ran. ■

Das Interview führten Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



Kaum ein Haus ist raus

Sinkende Bettenzahlen, Trägerwechsel, Fusionen – die deutsche Kliniklandschaft ist im Umbruch. Doch nur wenige Krankenhäuser verschwinden vollständig vom Markt. Ein Grund sind die hohen Schließungskosten, wie ein Gutachten im Auftrag der Krankenkassen zeigt. **Uwe K. Preusker** stellt zentrale Ergebnisse daraus vor.

Die katholische Kirchengemeinde St. Gereon hatte das von ihr getragene St. Josef-Krankenhaus Monheim in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2000 an den Kplus-Verbund abgegeben. Der Kplus-Verbund versuchte, das Krankenhaus aus der Defizit-Zone zu bringen und etablierte 2009 eine stationäre Geriatrie. Im Februar 2013 wollte die Geschäftsführung das Haus im Rahmen eines Bieterverfahrens verkaufen. Der Verkauf scheiterte, weil die insgesamt fünf interessierten Träger keine Möglichkeit sahen, die Klinik wirtschaftlich zu betreiben. Angesichts eines monatlichen Defizits in sechsstelliger Höhe entschied sich der Kplus-Verbund für die Schließung des Krankenhauses im August 2013. Der Träger kündigte den 127 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von St. Josef und erstellte einen Sozialplan.

Das St. Josef-Krankenhaus ist eines von 74 Häusern, die zwischen 2003 und 2013 ganz aus dem Markt verschwunden sind. Es gehört damit zu einer absoluten Minderheit: Meist vermeiden die Verantwortlichen eine vollständige Schließung und streben vielmehr Fusionen an oder machen lediglich ein-

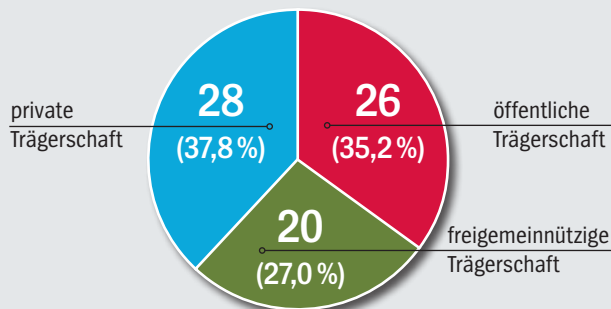
zelne Abteilungen dicht. Das ist die zentrale Aussage eines vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen und im August 2014 veröffentlichten Gutachtens (*siehe Web- und Lesetipp auf Seite 40*). Das Gutachten zeigt, dass für das Vermeiden von vollständigen Schließungen neben den Kosten sowie der fehlenden systematischen Regelung der Rahmenbedingungen und des Procedere eines Marktaustritts viele andere Gründe verantwortlich sind. Dazu gehören Proteste aus der Bevölkerung, die selbst dann auftreten, wenn das betreffende Haus kaum genutzt wird und nicht wirtschaftlich zu betreiben ist.

Statistisches Bundesamt weist höheren Rückgang aus. Wie das Gutachten belegt, ist es seit der Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) in Deutschland zu deutlich weniger vollständigen Marktaustritten von Krankenhäusern gekommen als bisher auf Basis der Krankenhausstatistik angenommen. Das Statistische Bundesamt weist für den Zeitraum 2003 bis 2012 einen Rückgang um insgesamt 204 auf 2.017 Krankenhäuser aus (Stand 31.12.2012). Laut GKV-Gutachten

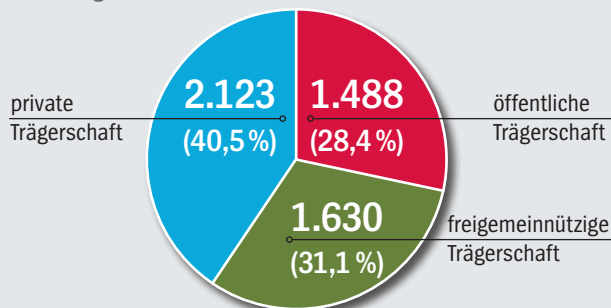
Private Träger bauen die meisten Betten ab

Vollständige Krankenhaus-Schließungen und daraus folgender Bettenabbau nach Trägerschaft (2003–2013)

Anzahl vollständige Marktaustritte



Anzahl abgebaute Betten



Mit 41 Prozent haben private Träger den höchsten Anteil am Bettenabbau durch Marktaustritt. Die in öffentlicher Trägerschaft geschlossenen – meist kleineren Häuser – verantworteten lediglich 28 Prozent des Bettenabbaus.

Quelle: Preusker et al./GKV-Spitzenverband 2014

sind von diesen 204 nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern nur 74 auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen. Bei der Bettenzahl kommt die Krankenhausstatistik auf einen Rückgang um knapp 46.000. Auf vollständige Marktaustritte sind davon nach dem Gutachten nur gut 5.200 Betten zurückzuführen. Der größte Teil des Bettenabbaus zwischen 2003 und Ende 2012 ist demnach auf die Schließung von Abteilungen oder die Reduzierung von Betten in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auf Bettenverlegungen im Zuge von Restrukturierungen zurückzuführen. Vollständige Marktaustritte – so eine Schlussfolgerung des Gutachtens – spielen beim Abbau von Krankenhäusern und Krankenhausbetten gegenüber Teilschließungen und dem Abbau von Kapazitäten in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auch im Zuge von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern im betrachteten Untersuchungszeitraum nur eine geringe Rolle.

Krankenhausträger geben Auskunft. Das Gutachten gibt einen Überblick darüber, wo und in welchem Umfang zwischen Anfang 2003 und Herbst 2013 Krankenhäuser aus dem Markt

ausgeschieden sind. Zudem untersucht es, welche Einflussfaktoren dabei eine wesentliche Rolle gespielt haben. Als Marktaustritt werten die Gutachter Fälle, bei denen ein Krankenhaus oder ein Krankenhaus-Standort vollständig geschlossen und aus dem Markt ausgeschieden ist. Grundlage der Recherche sind die Krankenhausverzeichnisse der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die Verzeichnisse der Basisfallwerte aller DRG-Krankenhäuser von AOK-Bundesverband und GKV-Spitzenverband sowie die einschlägige Fach- und Publikums- presse. Für alle identifizierten Marktaustritte haben die Gutachter – soweit vorhanden – die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte in die Auswertung einbezogen. Ergänzend befragten sie Experten, insbesondere bei Krankenhausträgern.

Meist kleine Häuser geschlossen. Der zeitliche Schwerpunkt der Marktaustritte lag in den Jahren 2003, 2004 und 2012. Im Jahr 2004 sind mit insgesamt knapp 1.200 die meisten Betten weggefallen, gefolgt vom Jahr 2012 mit knapp 800 Betten. Laut Gutachten lässt sich im zeitlichen Verlauf kein Trend hinsichtlich der Häufigkeit von Marktaustritten erkennen.

Im gesamten in die Untersuchung einbezogenen Zeitraum schlossen vor allem kleinere Krankenhäuser ihre Türen für immer: Die durchschnittliche Bettenzahl lag bei gut 70 Betten (mit einem Korridor von zehn bis 200 Betten). Nur in einem Fall hat ein größeres Haus mit 496 Betten den Klinikmarkt verlassen. Es ist in ein Rehaszentrum umgewandelt worden.

Die Analysen zeigen, dass rund ein Drittel aller identifizierten Marktaustritte auf öffentliche Träger zurückgehen (siehe Abbildung „Private Träger bauen die meisten Betten ab“ auf dieser Seite). Die aus dem Markt ausgetretenen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft verfügten über insgesamt 1.488 Betten oder knapp 30 Prozent der insgesamt durch Marktaustritt abgebauten Betten. In der Regel handelte es sich um kleine und kleinste Krankenhäuser. In freigemeinnütziger Trägerschaft befanden sich 27 Prozent der vollständig aus dem Markt ausgeschiedenen Krankenhäuser mit gut 30 Prozent der ausgeschiedenen Bettenkapazität und der höchsten durchschnittlichen Bettenzahl (81,5 Betten pro Marktaustritt) aller drei Trägergruppen. In privater Trägerschaft befanden sich nahezu 40 Prozent der Marktaustritts-Krankenhäuser mit gut 40 Prozent der Bettenkapazität; die durchschnittliche Bettenzahl lag hier bei 75,8 Betten.

Der Bettenabbau hat vor allem in der Inneren Medizin (knapp 47 Prozent) und der Chirurgie (knapp 24 Prozent) stattgefunden. Fast 45 Prozent der geschlossenen Häuser waren Allgemein-krankenhäuser. Diese Kliniken machten zusammen gut die Hälfte der Betten aus. 13,5 Prozent aller Marktaustritte entfielen auf Belegkrankenhäuser (sieben Prozent der Betten). Reine Fachkrankenhäuser repräsentierten knapp 42 Prozent der Marktaustritte (rund 41 Prozent des Bettenabbaus).

Bayern liegt an der Spitze der Schließungsstatistik. Spitzenreiter im Hinblick auf die Zahl der vollständigen Marktaustritte ist Bayern: Ein Viertel der insgesamt 74 geschlossenen Häuser standen in diesem Bundesland – allerdings geht nur ein Fünftel des Bettenabbaus auf die in Bayern ausgeschiedenen Häuser

zurück (siehe Tabelle „Bayern führt bei den Marktaustritten“ auf dieser Seite). Bei den vollständigen Marktaustritten in Bayern handelt es sich vielfach um kleine bis sehr kleine Krankenhäuser: So verfügten allein elf der insgesamt 19 vollständigen Marktaustritte über zehn bis einschließlich 50 Betten. Die durchschnittliche Bettenzahl der Marktaustritts-Krankenhäuser betrug in Bayern 51,8 Betten.

Nordrhein-Westfalen folgt mit insgesamt 15 Krankenhäusern (20 Prozent) aller Marktaustritte. Beim Bettenabbau durch Marktaustritt führt Nordrhein-Westfalen die Statistik mit gut einem Drittel (insgesamt 1.814 Betten) an. An dritter Stelle steht Baden-Württemberg mit knapp einem Fünftel der ausgeschiedenen Krankenhäuser und 16 Prozent der ausgeschiedenen Betten. Ebenfalls eine nennenswerte Zahl von Marktaustritten

weist noch Hessen auf (elf Krankenhaus-Marktaustritte oder 14,9 Prozent aller Marktaustritte; Anteil an den aus der Versorgung ausgeschiedenen Betten zwölf Prozent). Hessen ist dabei das einzige Bundesland, in dem der Rückgang der Krankenhaus-Anzahl ge-

Beim Bettenabbau spielen Marktaustritte von Krankenhäusern eine untergeordnete Rolle.

mäß Krankenhausstatistik und die Anzahl der durch das GKV-Gutachten ermittelten vollständigen Marktaustritte deckungsgleich sind. Allerdings wurden auch in Hessen im Beobachtungszeitraum deutlich mehr Betten (2.038) auf anderem Wege abgebaut. Auf vollständige Marktaustritte sind 631 Betten oder knapp 31 Prozent des gesamten Bettenabbaus in Hessen zurückzuführen. In den Bundesländern Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland schieden nach Recherchen der Gutachter zwischen Anfang 2003 bis Herbst 2013 keine Häuser vollständig aus dem Markt aus. Gleichzeitig nahm die Zahl der Krankenhäuser laut Statistischem Bundesamt in Brandenburg um drei, in Hamburg um 16 und in Mecklenburg-Vorpommern um zwei zu.

Im Saarland wie in den anderen Ländern mit nur wenigen oder keinen Marktaustritten haben die Verantwortlichen offensichtlich vollständige Schließungen vermieden. Sie wählten stattdessen eher den Weg des Betten- oder Abteilungsabbaus, ohne Häuser oder Standorte vollständig aus dem Markt herauszunehmen. Allerdings hat in den Bundesländern ohne Marktaustritte auch die Bettenzahl im Beobachtungszeitraum nur relativ gering abgenommen.

Dünn besiedelte Regionen kaum betroffen. Gut die Hälfte aller Marktaustritte hat in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten stattgefunden hat (Systematik nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung; siehe Abbildung „Schließungen treffen meist Ballungsräume“ auf Seite 39). Etwas weniger als die Hälfte der identifizierten Marktaustritte entfallen dagegen auf dünn besiedelte ländliche Kreise oder ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen. Das widerlegt die häufig in der Öffentlichkeit vertretene These, dass Krankenhausschließungen vor allem die Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen ge-

fährde. Zumindest für vollständige Marktaustritte kann diese These nicht bestätigt werden: Nur rund 28 Prozent aller der insgesamt 74 vom Markt verwundenen Häuser standen in „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“.

Die städtischen Kreise hatten auch den größten Anteil am Bettenabbau (fast 43 Prozent). Die durchschnittliche Bettenanzahl der hier aus dem Markt ausgeschiedenen Krankenhäuser betrug 67,8 Betten und lag damit leicht unter dem Durchschnitt aller Marktaustritte (70,8 Betten). Dünn besiedelte ländliche Kreise ebenso wie ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen standen dagegen jeweils für ein knappes Viertel aller aus der Versorgung ausgeschiedenen Krankenhausbetten. Bei der Durchschnittsgröße zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied: Während das durchschnittliche Marktaustritts-Krankenhaus in dünn besiedelten Kreisen über rund 59 Betten verfügte, war diese Kenngröße bei den ausgeschiedenen Krankenhäusern in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen mit gut 93 Betten deutlich höher – sie war gleichzeitig die größte durchschnittliche

Bayern führt bei den Marktaustritten

Vollständige Krankenhaus-Schließungen und daraus folgender Bettenabbau nach Bundesländern (2003–2013)

| | Anzahl Marktaustritte | Anteil an allen Marktaustritten | Abgebaute Bettenzahl | Anteil am Bettenabbau |
|---------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Baden-Württemberg | 14 | 18,9% | 838 | 16,0% |
| Bayern | 19 | 25,7% | 984 | 18,8% |
| Berlin | 1 | 1,4% | 86 | 1,6% |
| Bremen | 1 | 1,4% | 26 | 0,5% |
| Hessen | 11 | 14,9% | 631 | 12,0% |
| Niedersachsen | 5 | 6,8% | 292 | 5,6% |
| Nordrhein-Westfalen | 15 | 20,3% | 1.814 | 34,6% |
| Rheinland-Pfalz | 1 | 1,4% | 18 | 0,3% |
| Sachsen | 3 | 4,1% | 234 | 4,5% |
| Sachsen-Anhalt | 1 | 1,4% | 82 | 1,6% |
| Schleswig-Holstein | 2 | 2,7% | 146 | 2,8% |
| Thüringen | 1 | 1,4% | 90 | 1,7% |
| Summe | 74 | *100,4% | 5.241 | 100,0% |

In Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland gab es keine Marktaustritte

*Abweichung von 100 Prozent aufgrund von Rundung

In Bayern haben zwischen 2003 und 2013 insgesamt 19 Krankenhäuser den Markt endgültig verlassen. Damit führt der Freistaat im bundesweiten Vergleich. Nordrhein-Westfalen liegt jedoch beim Bettenabbau durch Marktaustritt vorn: Hier fielen mit 15 vollständig geschlossenen Häusern 1.814 Betten weg.

Quelle: Preusker et al./GKV-Spitzenverband 2014

Wie Kliniken Schluss machen: Sieben Typen von Marktaustritten

Das vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Gutachten identifiziert für die Jahre 2003 bis 2012 insgesamt 74 vollständig geschlossene Krankenhäuser. Diese Marktaustritte lassen sich sieben Fallkonstellationen zuordnen:

- 1 Langfristige Belegungsprobleme führen zu immer größeren wirtschaftlichen Schwierigkeiten und letztlich zur Schließung. Oftmals versuchen die Häuser zuvor durch Spezialisierung noch eine wirtschaftlich tragbare Situation zu erreichen.
- 2 Auch in der zweiten Fallgruppe lassen sich Schließungen zusammenfassen, die auf einer schlechten Auslastung beruhen. Allerdings erfolgt die Schließung nach Privatisierung durch einen großen Klinikbetreiber.
- 3 Die dritte Fallkonstellation ist der Marktaustritt auf dem Wege einer Insolvenz. Ursächlich ist in der Regel auch hier eine schlechte Auslastung. Das Insolvenzverfahren führt jedoch zu einer eigenen Schließungssystematik.
- 4 Eine Besonderheit stellt der Ablauf eines Marktaustritts dar, bei dem Krankenhäuser trotz radikaler Kapazitätsreduktion und damit einhergehender besserer Auslastung schließlich aufgrund hoher Fixkosten doch vollständig geschlossen werden.
- 5 Eine weitere Fallkonstellation sind die Marktaustritte aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung.
- 6 Eine Fallgruppe bilden die Schließungen von Kleinst-Krankenhäusern – in der Regel Belegkrankenhäuser.
- 7 Schließlich enthält das Gutachten eine Fallkonstellation, die exemplarisch darstellt, wie die Schließung eines Krankenhauses trotz eines bereits existierenden und weit vorangetriebenen konkreten Schließungsplans noch verhindert wurde.

Uwe K. Preusker

Bettenzahl überhaupt. Die durchschnittliche Bettenzahl der Marktaustritte in kreisfreien Großstädten lag dagegen mit rund 73 Betten nur knapp über dem Gesamtdurchschnitt.

Nur ein Kreis schließt sein letztes Krankenhaus. Um Anhaltspunkte für den Einfluss der vollständigen Marktaustritte von Krankenhäusern auf die Versorgungssituation in den jeweiligen Kreisen beziehungsweise kreisfreien Städten zu erhalten, haben die Gutachter für jeden identifizierten Marktaustritt für das Jahr davor jeweils die Anzahl der Krankenhausbetten, die Krankenhausbettendichte pro 10.000 Einwohner sowie die Einwohnerzahl am Ende des Marktaustrittsjahres ermittelt. Auf der Grundlage dieser Ausgangsdaten ließ sich dann die Bettendichte im Kreis beziehungsweise in der kreisfreien Großstadt nach dem Krankenhaus-Marktaustritt berechnen. Als Vergleichszahl kann die Bettendichte für Deutschland insgesamt herangezogen werden: Sie belief sich Ende des Jahres 2012 auf 62,4 Betten pro 10.000 Einwohner.

Das Ergebnis: Nur das Städtische Krankenhaus Langenzenn im Landkreis Fürth (Marktaustritt zum 31. Oktober 2007), das zuletzt als Belegkrankenhaus mit 20 Betten arbeitete, ist als letztes Krankenhaus in einem Kreis geschlossen worden. Allerdings muss hier bei der Beurteilung der Auswirkung auf die Versorgung berücksichtigt werden, dass das Klinikum Fürth nur rund 13 Kilometer entfernt liegt, und das Klinikum Nürnberg 19 Kilometer. Auch in diesem Fall kann also nicht von einer Gefährdung der regionalen stationären Versorgung gesprochen werden.

Bettendichte ist kaum gesunken. Die höchste Bettendichte unter allen Kreisen mit vollständigen Schließungen von Krankenhäusern wies Garmisch-Partenkirchen auf. Hier betrug die Bettendichte vor der endgültigen Schließung eines privaten Fachkrankenhauses mit 69 Betten zum 1. Januar 2010 155,3 Betten pro 10.000 Einwohner und nach Marktaustritt 146,9 Betten. Bettendichten von mehr als 100 Betten pro 10.000 Einwohner verzeichneten insgesamt sechs Kreise und kreisfreie Großstädte (Kreis Höxter, Bonn, Ulm, Landkreis Garmisch-Partenkirchen, Landkreis Rhön-Grabfeld sowie Landkreis Amberg-Weilheim). Eine Bettendichte von unter 20 Betten pro 10.000 Einwohner wiesen dagegen neben dem Landkreis Fürth nur noch zwei weitere Kreise auf (Landkreis Regensburg sowie der Landkreis Augsburg).

Die durchschnittliche Bettendichte aller Kreise und kreisfreien Städte vor Marktaustritt lag bei 62,1 Betten pro 10.000 Einwohner und die rechnerische durchschnittliche Bettendichte nach Marktaustritt bei 58,4 Betten pro 10.000 Einwohner. Zum Vergleich: Die Bettendichte für Deutschland insgesamt ist von 65,7 Ende 2002 auf 62,4 Betten pro 10.000 Einwohner Ende 2012 gesunken.

Hohe Schließungskosten verhindern Marktaustritte, obwohl sie wirtschaftlich geboten wären.

Träger und Management treiben Austritt voran. Das Gutachten hat auch untersucht, welche Faktoren und Interessengruppen („Stakeholder“) bei den identifizierten Marktaustritten eine wesentliche Rolle gespielt haben. Die wichtigsten Stakeholder von Marktaustritten sind danach die Krankenhausträger sowie das Klinik-Management und die Aufsichtsgremien, die Politik, meist vertreten durch Bürgermeister oder Landräte sowie die Bevölkerung und die örtliche beziehungsweise regionale Presse, das Personal und seine Vertretung. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger gehören ebenso zum Kreis der Stakeholder, spielten aber im Untersuchungszeitraum eher eine untergeordnete Rolle.

Die Analysen zeigen zudem, dass in der Regel ein Marktaustritt in mehreren Stufen abläuft. Weil die Verantwortlichen nach wie vor die Schließung eines Krankenhauses nach Möglichkeit vermeiden – selbst, wenn schon lange erhebliche Zweifel an seiner betriebswirtschaftlichen Perspektive und Versorgungsrelevanz bestehen –, nutzen sie zunächst alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zum Erhalt des Hauses beziehungsweise Standortes. Häufig delegieren die Träger vor einem Marktaustritt die Entscheidungskompetenz weg von der Ortsebene, also vom Einzelträger zum Verbund oder zur Krankenhaus-Gruppe und damit auf eine überregionale Ebene. Zudem bringen sie unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln eine Restrukturierung in Gang, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies vielfach trotz öffentlich bekannter erheblicher Zweifel am Sinn solcher Umstrukturierungen. Drittens versuchen die Träger häufig, das Krankenhaus oder den Standort zu verkaufen – oft ohne Erfolgsaussichten, um den gescheiterten Verkauf dann als Begründung für eine Schließung anzuführen. Und die vierte, häufig vor dem Marktaustritt verfolgte Strategie ist die Verhandlung mit den zuständigen Landesbehörden über eine finanzielle Förderung einer Umwidmung zur Nachnutzung.

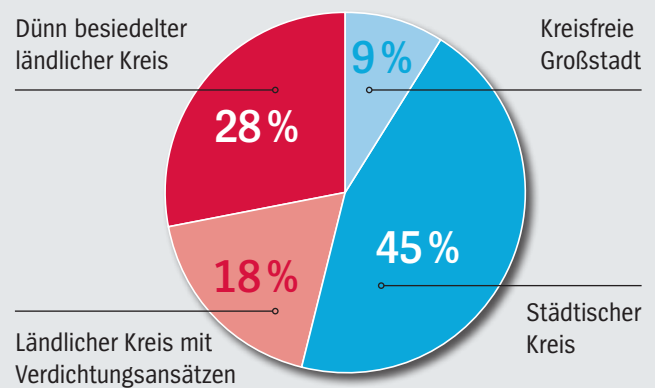
Viele Schließungs-Hemmnisse vorhanden. Vor einer vollständigen Schließung sind auf dem deutschen Krankenhausmarkt sehr hohe Hürden zu überwinden. Das können zum Beispiel arbeitsrechtliche Hemmnisse, hohe Stilllegungskosten oder staatliche Regulierungen sein, die den Marktaustritt verhindern, obwohl er wirtschaftlich geboten und sinnvoll wäre. Typisch für den Krankenhausmarkt sind zudem sogenannte „sunk cost“ (versunkenen Kosten), also investive Kosten des Markteintritts, die bei Marktaustritt weder abgeschrieben sind, noch durch einen Verkauf oder eine alternative Nutzung des Hauses zurückgewonnen werden können. Auch kann das Gelände nicht ohne weiteres als Wohngebiet ausgewiesen werden. Zusätzlich zu den Kosten eines Marktaustritts existieren Marktschranken, die auf vom Staat gesetzte rechtliche Rahmenbedingungen zurückgehen beziehungsweise in konkreten Regelungen staatlicher Wirtschaftspolitik bestehen. Dazu gehören vor allem Vorschriften über Sozialpläne für die Beschäftigten eines Unternehmens im Insolvenzfall, die Regulierung des Marktzutritts oder politischer Druck im Fall drohender Entlassungen von Arbeitnehmern. Zu den strategischen oder institutionellen Marktschranken gehören die Regulierung im Hinblick auf den Status des Plankrankenhauses sowie die rechtlichen Regelungen zur Rückzahlungsver-

pflichtung von Investitionskostenzuschüssen im Zusammenhang mit dem Ausscheiden eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausbedarfsplan sowie die Vorschriften zu Schließungsbeihilfen. Hinzu kommt die gesetzliche Verpflichtung der Länder zur Sicherstellung der stationären Versorgung, die diese aber üblicherweise den Kommunen weiterreichen.

Mangelnde Anpassung führt zu Strukturkrise. Folgen von Marktaustrittsschranken sind vor allem Beeinträchtigungen des Marktmechanismus und Fehlverteilung. Das Bundeskartellamt

Schließungen treffen meist Ballungsräume

Marktaustritte von Krankenhäusern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen (2003–2013)



Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der 74 zwischen 2003 und 2013 vollständig geschlossenen Krankenhäuser standen in dicht besiedelten Regionen (kreisfreie Großstadt und städtischer Kreis). Dünn besiedelte Regionen waren mit 28 Prozent von Schließungen seltener betroffen.

Quelle: Preusker et al./GKV-Spitzenverband, 2014

schreibt hierzu in seinem „Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle“: „Marktaustrittshindernisse führen zudem dazu, dass auch unrentable oder erfolglose Anbieter im Markt verbleiben, wodurch die Erfolgsaussichten von eintretenden Unternehmen beeinträchtigt werden können. Solche Kosten können zum Beispiel behördliche Auflagen bei Beendigung einer Tätigkeit oder Stilllegung einer Anlage verursachen.“ Unterbleibt die erforderliche Anpassung von Kapazitäten und Standorten, kommt es typischerweise zu einer Strukturkrise, in deren Verlauf sich in erheblichem Umfang Überkapazitäten bilden und immer mehr Marktteilnehmer zunehmend hohe Verluste erwirtschaften. Die in Bedrängnis gekommenen Krankenhäuser erwarten in solchen Situationen in aller Regel, dass der Staat ihnen mit Subventionen zu Hilfe kommt. Solche Erwartungen verzögern wiederum die erforderlichen Anpassungen oder verhindern sie ganz.

Marktaustritt kostet bis zu zweieinhalb Jahresbudgets. Die hohen Schließungskosten stellen laut Gutachten eine wesentliche Marktaustrittshürde dar. Die im Zuge der Recherchen ermit-



Rund ein Fünftel aller geschlossenen Kliniken nutzen ambulante Anbieter wie beispielsweise Arztpraxen.

telten Größenordnungen für die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses variieren aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen für den jeweiligen Marktaustritt erheblich. Die für das Gutachten befragten Krankenhausmanager bezifferten sie auf mindestens 0,8 bis maximal zweieinhalb Jahresbudgets des jeweiligen Hauses, wenn Ausgleichszahlungen an Zusatzversorgungskassen (Alterssicherung der Beschäftigten) anfallen. Dabei liegt die durchschnittliche Höhe der Schließungskosten in der Spanne zwischen einem und anderthalb Jahresbudgets.

In diesem Zusammenhang sind die zum Teil sehr unterschiedlichen landesrechtlichen Voraussetzungen für Krankenhausschließungen und die Schließungsförderungen und sowie Regelungen zur möglichen Rückforderung von einer in der Vergangenheit geflossenen Investitionskostenförderung durch die Länder beziehungsweise den Verzicht auf eine solche Rückforderung relevant. Auf der Grundlage der Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beinhalten alle Landeskrankenhau-

gesetzte Regelungen zur „Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern“. Dabei variieren allerdings die Vorschriften zur Schließungsförderung und ihrer Höhe von Land zu Land erheblich. Drei landesrechtliche Regelungen (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hessen) enthalten konkrete Angaben über die Höhe der Schließungsförderung, die zwischen 6.000 und 16.500 Euro pro Bett eines vollständig geschlossenen Krankenhauses reichen. Nordrhein-Westfalen setzt dagegen mit seiner pauschalen Förderung am genehmigten Budget des der Schließung vorausgegangenen Jahres an und bemisst die pauschale Schließungsförderung auf ein Prozent dieses Betrags.

Förderungen scheinen die Kosten nicht zu decken. Insgesamt scheinen die gesetzlich vorgesehenen Förderungen die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses nicht zu decken. Problematisch ist zudem die hohe Prozessunsicherheit und Intransparenz, die letztlich dazu führt, dass eine mögliche Schließungsförderung ein kaum planbares Verhandlungsergebnis darstellt. Das spiegelt sich auch in der Zahl der tatsächlich im Kontext der identifizierten Marktaustritte gewährten Schließungsförderungen: Die Recherchen zum Gutachten haben ergeben, dass die Bundesländer nur bei fünf Marktaustritten eine Schließungsförderung geleistet haben. Die Förderung selbst bewegte sich zwischen 400.000 und drei Millionen Euro.

Möglicherweise ist die geringe Schließungsförderung ein Grund dafür, dass nur bei etwa der Hälfte der Marktaustritte Hinweise auf eine Nachnutzung in der Gesundheitsversorgung vorliegen. Rund ein Fünftel der geschlossenen Krankenhäuser werden im Anschluss für ambulante Angebote genutzt, so zum Beispiel durch niedergelassene Ärzte oder durch Notfallstationen und Einrichtungen für ambulantes Operieren. Insgesamt zehn Prozent der ausgeschiedenen Häuser dienen anschließend als Rehabilitationseinrichtung. Ebenso häufig ist eine spätere Nutzung als Pflegeeinrichtung.

Prozesse klären und standardisieren. Das Gutachten zur Schließung von Krankenhäusern zeigt, dass strukturelle Faktoren eine spürbare Marktberreinigung verhindern. Zu den Faktoren, die den Marktaustritt erleichtern würden, gehören eine begründete Unterscheidung zwischen bedarfsnotwendigen und nicht-bedarfsnotwendigen Krankenhäusern, eine substanzielle Schließungsförderung, die sich an den tatsächlichen Kosten einer orientiert, sowie eine Klärung und Standardisierung des Ablaufs beziehungsweise der Prozesse einer Schließung. ■

Dr. Uwe K. Preusker ist Inhaber eines Beratungsunternehmens sowie Publizist und Moderator im Gesundheitswesen. Er ist einer der Autoren des Gutachtens zu Klinikschließungen. **Kontakt: Uwe.Preusker@kolumbus.fi**

Web- und Lesetipp

Uwe Karl Preusker, Markus Müschenich, Sven Carl Preusker: **Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland 2003 – 2013**; Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Berlin August 2014
Download: www-gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Gutachten Marktaustritte.

Zusammenspiel als Chance

INTERPROFESSIONELLE TEAMS IM KRANKENHAUS

Ab September starten die Initiatoren des „Berliner Gesundheitspreises“, AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost, zum zehnten Mal den bundesweiten Innovationswettbewerb. Der „Berliner Gesundheitspreis 2015“ greift das Thema „Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ auf. Der Preis ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert.

Auf Menschen, die im Krankenhaus arbeiten, kommen ständig neue Herausforderungen zu. Medizinischer und technischer Fortschritt, aber auch die demografische Entwicklung stellen veränderte Anforderungen an die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen. Patienten wollen und sollen schnell wieder auf die Beine kommen. Neuartige Operationsmethoden und schonende Verfahren machen komplizierte Eingriffe beherrschbar, verkürzen den Genesungsprozess und eröffnen die Chance, immer ältere Patienten zu behandeln. Um im komplexen Klinikalltag eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten, müssen unterschiedliche Fachdisziplinen und Berufsgruppen gut und vertrauensvoll

zusammenarbeiten, sich vernetzen und neue Kommunikationswege nutzen.

Für den „Berliner Gesundheitspreis 2015“ werden Beispiele aus der Praxis gesucht, die im Interesse einer guten Patientenversorgung und zufriedener Mitarbeiter Organisationsabläufe optimieren, Selbständigkeit fördern, Schnittstellen reduzieren und eine gemeinsame Behandlungsdokumentation sicherstellen. Außerdem geht es bei dem Wettbewerb um Führungsstrukturen, professionsübergreifende Fort- und Weiterbildung sowie gemeinsame Teambesprechungen. Ziel des Preises ist, gute Beispiele auszuwählen, die Antworten auf die steigenden Herausforderungen an die Patientenversorgung im

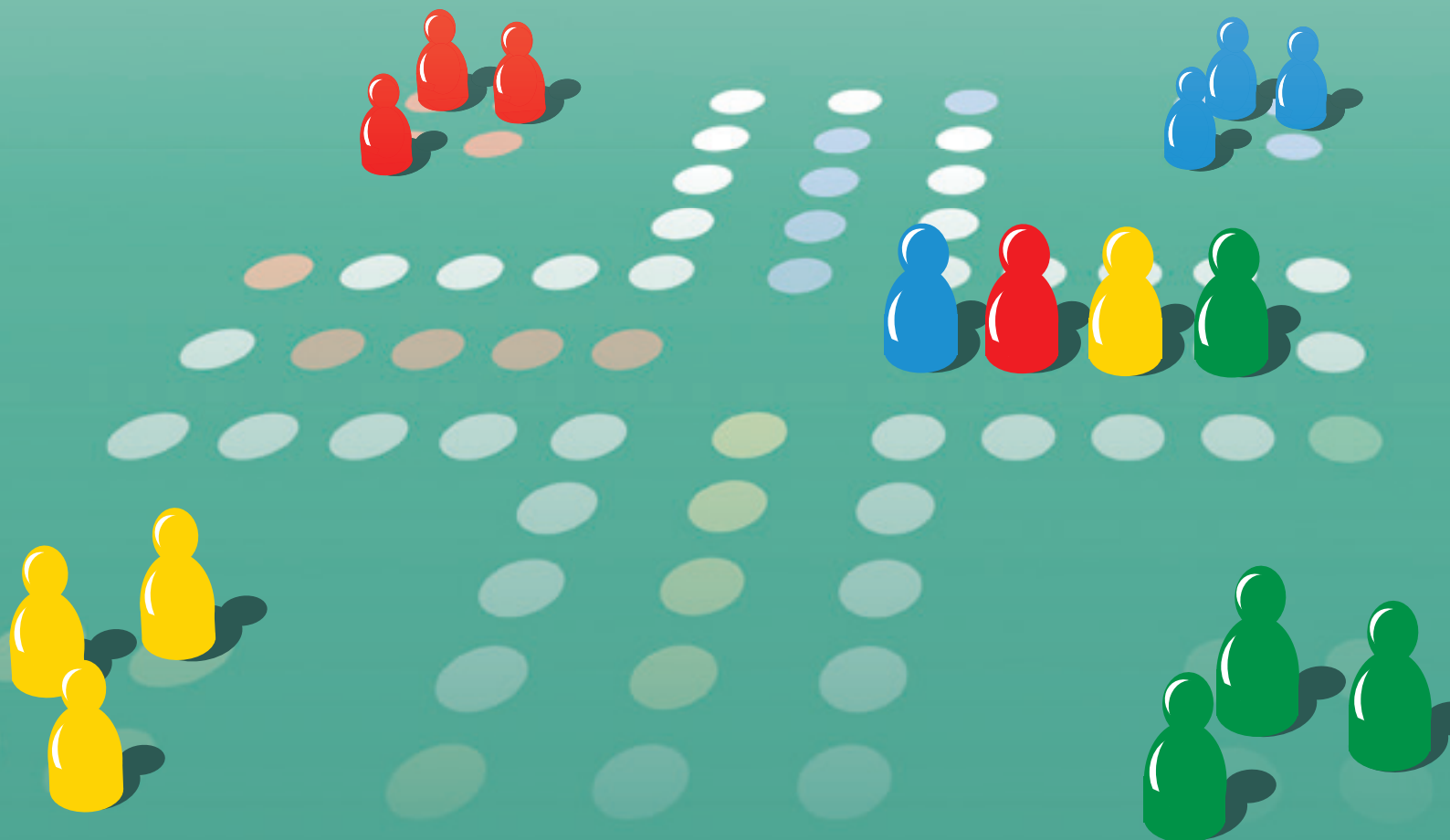
Krankenhaus geben und eine Blaupause für andere Einrichtungen sein können.

Bewerben können sich zum Beispiel:

Krankenhausleitungen, Qualitätsbeauftragte, Koordinatoren der Krankenhausversorgung, Versorgungsteams, wissenschaftliche Einrichtungen, Universitäten sowie Fach- und Hochschulen.

Am **30. November 2014** endet die Bewerbungsfrist. Eine hochkarätig besetzte Jury mit Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Praxis wird 2015 die Entscheidung über die Preisträger treffen. Die Preisverleihung ist für Juni 2015 geplant.

Die Wettbewerbsunterlagen können über www.berliner-gesundheitspreis.de abgerufen werden. Rückfragen zum Wettbewerb werden unter berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de oder 030/34646-2310 beantwortet.



Kasse muss Treppenhilfe bezahlen

Behinderte und pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf eine mobile Treppensteighilfe für ihren Rollstuhl. Die Pflegekasse muss dafür aufkommen, wenn dieses Hilfsmittel eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 16. Juli 2014
– B 3 KR 1/14 R –
Bundessozialgericht

Treppen sind für Rollstuhlfahrer oft ein unüberwindliches Hindernis. Deshalb besteht vielfach der Wunsch nach einer mobilen elektrisch betriebenen Treppensteighilfe. So auch im Fall eines 81-jährigen pflegebedürftigen Mannes. Wegen seiner Diabeteserkrankung ist er nahezu blind. Seine beiden Beine sind amputiert. Wegen einer Nierenerkrankung muss er dreimal wöchentlich zur Dialyse. Ein Krankentransportunternehmen fährt ihn dorthin. Dessen Mitarbeiter holen ihn zu Hause ab und bringen ihn wieder zurück. Von seiner Pflegekasse bezieht er Leistungen der Pflegestufe III. Seine Krankenkasse hat ihn unter anderem mit einem mechanischen Rollstuhl versorgt. Damit kann er aber seine in der ersten Etage eines Mehrfamilienhauses gelegene Wohnung nicht verlassen, weil es dort weder einen Aufzug noch einen Treppenlift gibt.

Antrag bei Krankenkasse gestellt. Der 81-Jährige beantragte im Juni 2012 unter Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung eine elektrisch betriebene mobile Treppensteighilfe bei seiner Krankenkasse. Nur damit könne er mithilfe seiner Ehefrau oder seines Sohnes im Rollstuhl sitzend die Treppe zwischen Erdgeschoss und erster Etage überwinden. Ohne diese Treppensteighilfe sei er an die Wohnung gefesselt, könne nicht an die frische Luft kommen und sich in der Nachbarschaft frei bewegen. Dies aber gehöre zu den allgemeinen Grundbedürfnissen eines Menschen. Der Einbau eines Treppenliftes sei geprüft, aber aus finanziellen

Gründen verworfen worden. Die Kosten beliefen sich auf mindestens 10.000 Euro, die er selbst unter Ausnutzung des von der Pflegekasse angebotenen Zuschusses in Höhe von 2.557 Euro nicht aufbringen könne. Die Krankenkasse lehnte den Antrag mit der Begründung ab, sie müsse nicht für Hilfsmittel aufkommen, die ein Versicherter nur wegen seiner besonderen Wohnsituation benötige. Daraufhin verklagte der 81-Jährige die Kranken-

Die Steighilfe dient dazu, das Grundbedürfnis auf Mobilität zu verwirklichen.

kasse. Das Sozialgericht verurteilte die Krankenkasse, die Treppensteighilfe zur Verfügung zu stellen. Diese legte Berufung beim Landessozialgericht (LSG) ein, hatte damit aber keinen Erfolg. Die Leistungspflicht der Krankenkasse ergebe sich aus Paragraph 33 Absatz 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V, urteilte das LSG. Der Kläger benötige die Treppensteighilfe, um mithilfe einer Begleitperson im Rollstuhl sitzend das Haus verlassen zu können.

Die Krankenkasse legte Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein und stellte dem Versicherten die Treppensteighilfe bis zur endgültigen Entscheidung des Rechtsstreits leihweise zur Verfügung.

Das BSG wies die Revision der Krankenkasse zurück. Die Vorinstanzen hätten im Ergebnis zutreffend entschieden. Der Kläger habe einen Anspruch auf die Treppensteighilfe. Dieser Anspruch ergebe sich allerdings nicht aus Paragraph 33 SGB V. Denn Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich (Beseitigung oder Milderung der Auswirkungen der Behinderung im täglichen Leben) fielen grundsätzlich nur dann in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen, wenn solche Hilfsmittel nicht allein wegen der konkreten Wohnsituation des Versicherten, sondern praktisch in jeder Art von Wohnung benötigt würden.

Hilfsmittel erleichtert das Leben. Eine Treppensteighilfe bereitzustellen, falle nach Paragraph 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI unter die Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung. Danach hätten Pflegebedürftige Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Letzteres treffe im vorliegenden Fall zu. Denn mit der Treppensteighilfe würde es dem Pflegebedürftigen leichter fallen, sein allgemeines Grundbedürfnis auf Mobilität in der Wohnung und in deren Nahbereich zu verwirklichen. In diesem Zusammenhang wies das BSG ausdrücklich daraufhin, dass nicht eine selbstständige, also von fremder Unterstützung völlig unabhängige Lebensführung ermöglicht werden soll.

TIPP FÜR JURISTEN



Behandlungsvertrag, Haftung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern, Sachverständigenbeweis – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Aktuelle Rechtsprechung zur Arzthaftung und das Patientenrechtgesetz“. Es findet am 21. November in Heusenstamm bei Frankfurt/Main statt. Veranstalter ist das Deutsche Anwaltsinstitut. Mehr Infos: www.anwaltsinstitut.de > Veranstaltungen > Medizinrecht

Vielmehr sei im Gesetz lediglich von einer „selbstständigeren“ Lebensführung die Rede. Hierfür reiche es aus, dass ein bestimmter Aspekt der Lebensführung durch eine regelmäßig verfügbare Hilfestellung erleichtert und verbessert werde. Das Gesetz stelle keine weiteren Anforderungen an die Einsatz- und Verwendungsmöglichkeiten des Hilfsmittels.

Zuständigkeit neu geregelt. Zugleich stellte das BSG klar, dass im vorliegenden Fall die Kranken- und nicht die Pflegekasse zuständig ist. Denn nach Paragraph 40 Absatz 5 Satz 1 SGB XI habe derjenige Kostenträger zu prüfen, ob ein Anspruch gegenüber der Kranken- oder der Pflegekasse besteht, bei dem die Leistung beantragt worden ist. Der Kläger habe den Versorgungsantrag im Juni 2012, also nach dem Inkrafttreten der Neuregelung des Paragraphen 40 Absatz 5 SGB XI durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz bei der Krankenkasse gestellt. Diese sei verpflichtet gewesen, den Antrag sowohl krankenversicherungsrechtlich als auch pflegeversicherungsrechtlich zu prüfen und abschließend zu entscheiden. Eine Abgabe des Antrags an die Pflegekasse zur eigenständigen Prüfung eines pflegeversicherungsrechtlichen Anspruchs sei bei Hilfsmitteln beziehungsweise Pflegehilfsmitteln seit dem 1. Januar 2012 nicht mehr notwendig. Umgekehrt entscheide eine Pflegekasse als erstangegangener Versicherungsträger über den krankenversicherungsrechtlichen Anspruch von Hilfsmitteln abschließend und mit bindender Wirkung gegenüber der Krankenkasse. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass in diesem Fall die Krankenkasse in Anspruch zu nehmen war, denn der Antrag des Pflegebedürftigen war bei ihr eingegangen. Als erstangegangener Versicherungsträger durfte sie den Antrag nicht abweisen, sondern war seit dem Jahr 2012 verpflichtet, mit bindender Wirkung gegenüber der Pflegekasse zu entscheiden. Die Pflegeversicherung hat die Kosten für Hilfsmittel zu übernehmen, die ein selbstständigeres Leben ermöglichen. Dazu gehören auch elektrische Treppensteighilfen.

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

| | INHALT | AKTUELLER STAND |
|--|--|---|
| DATENSCHUTZ | | |
| Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes – Stärkung der Unabhängigkeit der Datenschutzaufsicht im Bund durch Errichtung einer obersten Bundesbehörde, Bundesrats-Drucksache 395/14 | Umsetzung europarechtlicher Anforderungen; rechtlicher Status des/der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als eigenständige und unabhängige Bundesbehörde; weder Rechtsaufsicht durch die Bundesregierung noch Dienstaufsicht durch das Bundesinnenministerium; ausschließlich unter parlamentarischer und gerichtlicher Kontrolle; Wahl des/der Bundesbeauftragten durch den Bundestag; Vereidigung durch Bundespräsident/in; Dienstsitz in Bonn. | Das Bundeskabinett hat am 27.8.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen. Der Bundesrat hat am 10.10.2014 keine Einwände erhoben. |
| GESUNDHEITSBERUFE | | |
| Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 18/1581 | Regelung der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsvoraussetzungen für die Erteilung der Berufsbezeichnung „Operationstechnischer Assistent“ (OTA); Dauer der Ausbildung: drei Jahre (Vollzeitform) oder höchstens fünf Jahre (Teilzeitform); staatliche Prüfung als Abschluss der Ausbildung; Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen. | Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen. |
| PFLEGE | | |
| Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungs- ausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz, 5. SGB XI-ÄndG), Bundestags-Drucksache 18/1798 | Erste Stufe: Anhebung des Beitragssatzes zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent und im Laufe der Wahlperiode um weitere 0,2 Prozent; Erhöhung der Leistungsbeträge um 4 Prozent (2,67 Prozent für die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz neu eingeführten Leistungen); Ausbau der Unterstützungsleistungen (Kurzzeit-, Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege); zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. für Hilfe im Haushalt); Erhöhung der Zahl von Betreuungskräften in Pflegeheimen; Aufbau eines Pflegevorsorgefonds. Zweite Stufe: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017. | Erste Lesung im Bundestag war am 4.7.2014. Der Bundesrat hat am 11.7.2014 Stellung genommen. |
| RETTUNGSDIENST | | |
| Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289 | Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraph 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen. | Der Bundesrat hat am 14.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen. |

Stand: 10.10.2014



Internet-Tipp

<http://dipbt.bundestag.de/dip21.web/bt>

Über den Dokumentenserver des Deutschen Bundestages können die Bundestagsdrucksachen als pdf-Datei heruntergeladen werden.

NORDOST

Gesundheitspreis als Impulsgeber

Unter dem Motto „Stark machen. Für Pflegekräfte“ ist in Potsdam erstmals der Gesundheitspreis Brandenburg verliehen worden. Gewinner des neuen Innovationswettbewerbs von AOK Nordost und Landesärztekammer sind vier Pflegeunternehmen, die als besonders mitarbeiterorientierte Arbeitgeber geehrt wurden. „Wertschätzung, gute Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung sind entscheidend, um die notwendigen Fach- und Hilfskräfte gewinnen zu können“, sagte Brandenburgs Sozialminister **Günter Baaske**, der Schirmherr des Wettbewerbs ist. Brandenburg müsse sich dem Thema Fachkräftesicherung stellen, sagte **Rainer Knerler**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost. Die Erstauflage des Gesundheitspreises sei daher bewusst professionell Pflegenden gewidmet. Ärztekammer-Präsident **Dr. Udo Wolter** betonte, angesichts der alternden Bevölkerung seien innovative Versorgungsprojekte gefragt. ■



Brandenburgs Sozialminister **Günter Baaske** (l.) und AOK Nordost-Vorstand **Frank Michalak** (r.) mit den Gewinnern der ersten beiden Gesundheitspreise **Holger Schult** und **Sabine Sack** (Brandenburg/Havel) sowie **Ute Schulz** und **Ilse Seibert** (Vogelsdorf).

SACHSEN-ANHALT

Pflegethemen stark nachgefragt

Pflege beschäftigt die Sachsen-Anhalter am meisten. Das hat eine Auswertung der AOK Sachsen-Anhalt zu den häufigsten Anfragen am Servicetelefon ergeben. Von den insgesamt 43.000 Anrufern hatten gut 18 Prozent Fragen rund um das Thema Pflege. Auf dem zweiten Platz folgen mit rund 12 Prozent Anfragen

zur Mitgliedschaft, gefolgt von Nachfragen zur Befreiung von Zuzahlungen (neun Prozent). Weitere Themen, die bei den Versicherten auf Interesse stießen, waren Hilfsmittel, Krankengeld sowie die elektronische Gesundheitskarte. „Pflege ist etwas, das früher oder später jeden beschäftigt, entweder durch Angehörige oder weil man selbst betroffen ist. Die hohe Zahl an Anfragen zeigt, dass der Informations- und Beratungsbedarf groß ist“, sagte AOK-Vorstand **Ralf Dralle**. ■

BAYERN

Start ins Berufsleben

Bei der AOK Bayern sind 270 Auszubildende ins Berufsleben gestartet. Laut Gesundheitskasse ist dies mit 26 zusätzlichen Ausbildungsplätzen eine Steigerung von rund zehn Prozent gegenüber dem Vorjahr. In den vergangenen fünf Jahren konnte die AOK Bayern über 1.200 junge Menschen einstellen und ausbilden. „Der größte Anteil entfällt auf die Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten“, sagte **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. Neben der Vermittlung eines umfassenden rechtlichen Fachwissens über alle Bereiche der Kranken- und Pflegeversicherung sind auch Kundenbetreuung und Vertrieb Schwerpunkte der Ausbildung. Darüber hinaus bietet die AOK Bayern dieses Jahr auch 16 Plätze im Dualen Studium, Fachrichtung Management in der Gesundheitswirtschaft (Bachelor of Science) sowie fünf Ausbildungsplätze zum Fachinformatiker IT. ■

AOK aktuell

KiTa-Programm Jolinchen bundesweit am Start

Die AOK bietet ihr neues KiTa-Programm „JolinchenKids“ für Drei- bis Sechsjährige jetzt bundesweit an. Neben gesunder Ernährung und vielseitiger Bewegung steht bei „JolinchenKids“ das psychische Wohlbefinden der Kinder im Vordergrund. Eltern und Erzieher werden darin unterstützt, die seelischen Schutzfaktoren der Kinder bewusst wahrzunehmen und zu fördern. Das mit namenhaften Wissenschaftlern entwickelte Konzept schließt auch die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Erzieher mit ein. „Der Arbeitsplatz KiTa bringt viele Belastungen mit sich, zum Beispiel ungünstige Körperhaltung, hohe Lärmpegel oder Zeitdruck“, erläutert **Kai Kolpatzik**, Präventionsexperte beim AOK-Bundesverband. Zum Programm gehören deshalb auch Kurs- und Beratungsangebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung für KiTa-Beschäftigte. Das Programm wurde von der AOK Niedersachsen, der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK PLUS erprobt.

98 Prozent der nach dem Testlauf befragten KiTa-Beschäftigten beurteilten das Programm als ‚hilfreich‘ oder ‚sehr hilfreich‘. Präventionsfachkräfte der AOKs betreuen die KiTas drei Jahre bei der Umsetzung. Ein wissenschaftlicher Beirat begleitet das Programm. Das Thema Kindergesundheit hat für die AOK große Bedeutung: Jedes dritte Kind in Deutschland ist bei der Gesundheitskasse versichert. 2007 wurde daher die Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ gestartet. „JolinchenKids“ bildet eine Säule. „JolinchenKids“ ist zugleich das Nachfolgeprogramm von „TigerKids“. Seit der bundesweiten Einführung von „TigerKids“ 2007 konnten mehr als 5.000 KiTas und über 300.000 Familien erreicht werden. ■



Zusammenhalt durch Nachbarschaft

„Gelebte Nachbarschaft ermöglicht Teilhabe und soziale Einbindung. Das ist für jeden Menschen wichtig. Schon allein das hat einen wichtigen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und auf die Gesundheit ganz allgemein“, so **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, zum Start des Projektes „Gesunde Nachbarschaft“. Im Netzwerk Nachbarschaft sind rund 1.600 Initiativen und mehr als 165.000 Nachbarn organisiert. Ob in Nachbarschaftscafés und Nachbarschaftsgärten durch Besuchsdienste, Einkaufshilfen oder bei der Kinderbetreuung: In vielfältiger Weise setzen sich Nachbarn füreinander ein. Ziel des Pilotprojekts ist es unter anderem, gute Beispiele nachbarschaftlicher Hilfe und Unterstützung bekannt zu machen und andere Menschen auf die Idee zu bringen, selber aktiv zu werden. Gesundheits- und Pflegeexperten der AOK Rheinland/Hamburg und das Netzwerk Nachbarschaft beraten und begleiten die Nachbarschaftsinitiativen gemeinsam vor Ort. Mehr Informationen zum Projekt finden Interessierte im Internet unter www.aok-gesundene-nachbarschaften.de ■

HESSEN

Weg mit dem Glimmstängel

Vier Schulklassen aus Hessen haben 2013/2014 beim Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“ besonders gut abgeschnitten. Sie wurden da-



Gemeinsam aktiv: Im Projekt „Gesunde Nachbarschaft“ der AOK Rheinland/Hamburg stellen sich gute Beispiele nachbarschaftlicher Hilfe vor.

für im Wiesbadener Schloss Freudenberg von **Dr. Stephan Jeck** vom Hessischen Kultusministerium und **Michaela von der Nahmer** von der AOK Hessen ausgezeichnet. Der Wettbewerb „Be Smart – Don't Start“, an dem sechste bis achte Schulklassen teilnehmen können, fand zum insgesamt 17. Mal statt. Im Durchgang 2013/2014 hatten sich 433 hessische Klassen daran beteiligt. Das Gros der Schulklassen schaffte es, die Anforderungen des Wettbewerbs – mindestens 90 Prozent einer Klasse müssen ein halbes Jahr lang auf das Rauchen verzichten – zu erfüllen. Zu den Gewinner-Klassen aus Hessen gehören: Die Klasse 8e der Bettinaschule aus Frankfurt, die Klasse 7R2 der Wilhelm-Filchner-Schule aus Wolfhagen, die Klasse 8a der Max-Kirmsse-Schule aus Idstein und die Klasse WP7 der Johannisbergschule aus Witzenhausen. Den von der AOK Hessen zusätzlich ausgelobten Kreativpreis gewannen die Klasse 7d der Humboldtschule aus Bad Homburg, die Klasse 7h der Wächtersbacher Friedrich-August-Genth-Schule sowie die Klassen 6h und 6Ra

der Mittelpunktschule „Hohe Rhön Hilders“. Die 8e der Frankfurter Bettina-Schule belegte bundesweit den ersten Platz im Kreativwettbewerb. Die Schüler hatten die Jury mit einer auf DVD aufgezeichneten, pantomimischen Kurzbeschreibung der Nachteile des Rauchens und der Vorteile des Nichtrauchens überzeugt. **Mehr Infos:** www.besmart.info ■

NORDWEST

Schnelle Hilfe bei Depressionen

Menschen mit leichter oder mittelgradiger Depression profitieren in Schleswig-Holstein ab sofort von einem einmaligen Therapieprogramm: Im Rahmen des Projekts PIANO (Psychosoziale Interventionen durch ambulante Netzwerke vor Ort) wird die ambulante Versorgung der Patienten in der Region östliches Holstein verbessert. Ziel ist es, Betroffenen kurzfristig mit konkreten Angeboten zu helfen. Basis ist eine strukturierte Diagnostik, um den Schweregrad der Erkrankung

exakt zu erfassen. „Mit dem Projekt sehen wir deutliche Vorteile in der Betreuung dieser Patientengruppe, da es uns gelungen ist, bedarfsgerechte Behandlungsangebote schnell zur Verfügung zu stellen“, sagte **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. So erhalten Patienten mit leichter Depression gezielt Informationen zu regionalen Angeboten von Selbsthilfegruppen oder Patientenschulungen. Patienten mit einer mittelgradigen Depression hingegen werden meist an Psychotherapeuten vermittelt. Möglich wurde das neue Versorgungskonzept durch die Kooperation von AOK NORDWEST, der Ärztegenossenschaft Nord (ÄGN) und der Gesundheitsnetz östliches Holstein Management GmbH (GöH). „Die Grundidee dieses Konzeptes sind eine standardisierte Diagnostik zur stadiengerechten, raschen Zuordnung zu Therapieangeboten, die Schaffung neuer Angebote und ihre effiziente Nutzung mittels eines neuartigen elektronischen Behandlungspfades mit zentralem Management“, sagte **Dr. Thomas Schang**, ärztlicher Geschäftsführer der GöH. ■

Innovationen Den Fortschritt bewerten

Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumsmarkt. Bildgebende Verfahren präzisieren die Diagnostik und unterstützen bei Operationen. Künstliche Gelenke machen Patienten wieder mobil. Spezielle Im-



plantate unterstützen schwache Herzen oder ergänzen herkömmliche onkologische Behandlungen. Medizin ist heute in vielen Feldern ausgefeilte Hochleistungsmedizin. Neue Wirkstoffe, Labordiagnostik und Medizintechnik ermöglichen es, Therapien individuell auf Patienten zuzuschneiden, zielgenau Krankheiten zu be-

kämpfen und Fehlentwicklungen auszugleichen. Der Fortschritt hat aber auch seinen Preis und fordert die Entscheidungsträger heraus. Wenn neue Technologien, Verfahren und Hilfsmittel allen Patienten zugutekommen und solidarisch bezahlt werden sollen, müssen sie einen größeren Nutzen bringen und sich als Innovation erweisen. Health Technology Assessment (HTA) ist eines der zentralen Verfahren, um Kosten und Nutzen abzuwägen. Es führt systematisch Informationen zusammen, um fundiert entscheiden zu können. Mit der Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat sich HTA hierzulande etabliert. Das Sachbuch klärt auf, wie HTA anzuwenden ist und welche Erkenntnisse zu erwarten sind.

Matthias Perleth, Reinhard Busse, Ansgar Gerhardus, Bernhard Gibis, Dagmar Lühmann, Annette Zentner (Hrsg): Health Technology Assessment. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. 2014. 406 Seiten. 69,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Generationen Nicht zum alten Eisen

Die Idee, eine Wohngemeinschaft für Senioren zu gründen, kam Egbert Haug-Zapp wenige Monate bevor er pensioniert wurde. Der ehemalige Pfarrer und Journalist wollte im Alter weder von seinen Kindern gepflegt werden noch in ein Pflegeheim umziehen. Daher rief Egbert Haug-Zapp Ende 2002 in seinem Wohnort Langen den Verein „Ginkgo-Haus“ ins Leben. 2006 baute der Verein gemeinsam mit einer Wohnbaugesellschaft das erste Ginkgo-Haus, zwei Jahre später ein weiteres. Heute wohnen dort rund 50 Frauen und Männer im Alter zwischen 58 bis 87 Jahren. Mittlerweile sind auch zwei Wohngemeinschaften mit Demenz-Kranken integriert. Dies ist nur ein Beispiel dafür, welche Gestaltungskraft die heutige Senioren-Generation hat. Der Blick auf die letzte Lebensphase hat sich verändert und mit ihm auch die Generation 50Plus. Viele Mittfünfziger planen die Jahre nach der Verrentung nicht mehr als Ruhestand,



sondern wollen sich aktiv einbringen. Diese jungen Alten will das Buch ermutigen, informieren, inspirieren. Denn die Tätigkeitsfelder sind vielfältig, in denen die Lebenserfahrenen gebraucht werden. Die Autoren nehmen nicht nur die Felder Bildung und Soziales oder Gesundheit und Pflege in den Blick. Vorgestellt werden auch Initiativen von Unternehmen – wie etwa jene, Patenschaften zwischen ehemaligen Mitarbeitern und sozial schwachen Jugendlichen zu vermitteln und als Ausbildungsbetrieb zu profitieren.

Roland Krüger, Loring Sittler: Wir brauchen Euch! 2014. 240 Seiten. 19,90 Euro. Murmann Verlag, Hamburg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|--|
| ■ INTERNATIONALES SYMPOSIUM „HEALTH LITERACY“ | Stärkung der Nutzerkompetenz und des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit | 30.–31.10.2014 Bielefeld | Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universitätsstraße 25 33615 Bielefeld | Tel.: 05 21/1 06–3361 annett.horn@uni-bielefeld.de www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/nuv/symposium2014.html |
| ■ MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER PERSONALISIERTEN MEDIZIN | Status quo der personalisierten Medizin, Anforderungen an die Qualität, Evidenz | 19.11.2014 Hannover | AOK Niedersachsen Organisation: LVG & AFS Fenskeweg 2 30165 Hannover | Tel.: 05 11/3 50 00 52 Fax: 05 11/3 50 55 95 info@gesundheit-nds.de www.gesundheit-nds.de |
| ■ REHAFORUM 2014 | Politische Rahmenbedingungen der Reha, Bedarfsermittlung, rehabilitative Nachsorgeleistungen | 24.–25.11.2014 Köln | MCC – The Communication Company 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 > Veranstaltungen |
| ■ 8. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS GESUNDHEIT | Rahmenbedingungen im Qualitätswettbewerb, Qualitätssicherung und -messung | 27.–28.11.2014 Berlin | 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 |
| ■ BMC-KONGRESS 2015: PATIENTENORIENTIERUNG – SCHLÜSSEL FÜR MEHR QUALITÄT | Reformbedarfe, Patientenorientierung, Health literacy, Shared Decision Making, Qualitätssicherung | 20.–21.1.2015 Berlin | Bundesverband Managed Care Friedrichstraße 136 10117 Berlin | Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 bmcev@bmcev.de www.bmcev.de/kongress |

Gesundheitsversorgung Der blinde Fleck der Medizin

Das deutsche Gesundheitswesen nimmt im weltweiten Ranking regelmäßig einen Spitzenplatz ein. Es hat aber auch einen blinden Fleck. Die moderne Medizin blendet schichtspezifische Besonderheiten und Bedürfnisse der Patienten systematisch aus. Das ist die Kernthese des Hamburger Arztes Dr. Bernd Kalvelage. Der Internist hat ein Lehrbuch geschrieben, das systematisch aufgegliedert ist und viele Handlungsfelder der ärztlichen Praxis untersucht. Zudem ist es ein persönliches,



ein emotionales Buch, in dem der Autor seine Sicht in den zahlreich eingestreuten Beispielen anschaulich macht und unterstreicht. Kalvelage warnt nicht mit gehobenem Zeigefinger, sondern erzählt. So ist ein überzeugendes Buch entstanden, das Grundsätzliches zur Debatte stellt: Sichert unser Gesundheitswesen noch das, wofür es steht? Erreicht es auch sozial Schwache und Migranten, die eine umfassende medizinische Versorgung dringend brauchen? Genau dort sieht Bernd Kalvelage erhebliche Lücken. Denn Ärzte und Therapeuten beziehen in ihrer Praxis meist nicht das soziale Umfeld ihrer Patienten ein.

Stattdessen erwarten sie von ihrem Gegenüber ausgeprägte Fähigkeiten des Selbstmanagements. Die starren Hierarchien in den stationären Einrichtungen und die Struktur der Gebührenordnung im ambulanten Sektor bremsen die menschliche Zuwendung des Arztes zudem aus. Kalvelages Fazit: Die heutige Medizin muss sich wieder zu einer „Kunst des Heilens“ wandeln und braucht eine umfassende „soziale Reformation“.

Bernd Kalvelage:
Klassenmedizin – Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst. 2014. 233 Seiten. 34,99 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Medizinrecht Bündelung für Experten

Das Medizinrecht ist ein juristisches Querschnittsthema, das vergleichsweise neu ist und zunehmend bedeutsam wird. Dies ist auch im breiten Spektrum des Medizinrechts begründet. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist darin ebenso geregelt wie auch die Zusammenarbeit der Mediziner untereinander. Weiter zählen unter anderem berufsrechtliche Fragen zur Ausübung und Honorierung dazu sowie rechtliche Grundlagen für Medizin-



produkte und Verfahren. Das Medizinrecht gilt als rasant aufstrebendes Rechtsgebiet. Professor Andreas Spickhoff hat gemeinsam mit rund 40 Autoren die normativen Grundlagen des Medizinrechts aus den unterschiedlichen Rechtsgebieten ausgewertet und erläutert. Alle Neuregelungen bis März 2014 sind da-

rin eingearbeitet. Das Buch richtet sich an Entscheidungsträger in Kliniken, Unternehmen und Krankenkassen, die zuverlässige Informationen zur aktuellen Rechtslage brauchen.

Andreas Spickhoff, (Hrsg.):
Medizinrecht. 2. Auflage. 2014. 3.073 Seiten. 239 Euro. Verlag C. H. Beck, München.

Zeitschriftenschau

■ Arzneimittel: Klare Regeln für den Off-Label-Use

Wann die vom Arzneimittelhersteller festgelegte Indikation für ein Medikament überschritten ist (Off-Label-Use), untersucht der Göttinger Rechtsprofessor Erwin Deutsch. Entscheidend sei, dass Schwerkranken die Schulmedizin nicht mehr helfe. Der Off-Label-Use könne auch dann zulässig sein, wenn er vom Hersteller gebilligt oder sogar empfohlen werde. Grundsätzlich gebe es einen gebotenen, einen zulässigen und einen unzulässigen Off-Label-Use. Die Beurteilung müsse im Privatversicherungs- und im Sozialrecht annähernd gleich geregelt sein.

Versicherungsrecht 2014, Seite 1038–1043

■ Mindestmengen für Kliniken: Regelung muss verfassungskonform sein

Nur solche Kliniken dürfen einige genau definierte Operationen ausführen, wenn sie eine bestimmte Mindestmenge davon pro Jahr nachgewiesen haben. Professor Thorsten Kingreen von der Universität Regensburg plädiert dafür, die Mindestmengen-Regelungen so rechtssicher auszugestalten, dass sie nicht als nicht gerechtfertigter Eingriff in das Grundrecht auf Berufsfreiheit (Artikel 12 des Grundgesetzes) gewertet werden können. Auch gelte es zu verhindern, dass Mindestmengen als Trojaner dienen, hinter dem sich letztlich die politische Entscheidung über die Schließung von Krankenhäusern verbirgt.

Gesundheit und Pflege 4/2014, Seite 121–126

■ Fehler von Behörden: Zwei Wege für Klage auf Schadensersatz

Verletzen Behörden oder andere Hoheitsträger wie Sozialversicherungen die Rechte von Bürgern und haben diese dadurch finanzielle Nachteile, haben sie Anspruch auf Schadensersatz. Der Geschädigte kann eine Amtshaftungsklage beim Landgericht erheben oder das Sozialgericht mit dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch befassen. Für die Hamburger Rechtsprofessorin Dagmar Felix stehen beide Ansprüche gleichberechtigt nebeneinander. In der anwaltlichen Praxis sollte aber zunächst geprüft werden, ob sich das klägerische Begehren über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch erreichen lässt. Wenn ja, sollte der Sozialgerichtsweg beschritten werden. Dies sei für den Geschädigten kostengünstiger. Zudem ließe sich ein Amtshaftungsanspruch gegebenenfalls noch später geltend machen.

Die Sozialgerichtsbarkeit 9/2014, Seite 469–478

■ Produkthaftung: Anfrage an Europäischen Gerichtshof musste nicht sein

Mit zwei Vorlagen des Bundesgerichtshofs (BGH) an den Europäischen Gerichtshof zur Hersteller-Haftung bei fehlerhaften Herzschrittmachern setzt sich der Bremer Rechtsprofessor Gert Brüggemeier auseinander. Seiner Ansicht nach hätte der BGH die Frage selbst entscheiden können, ob ein Medizinprodukt per se fehlerhaft sei, wenn es zu einer Serie mit hoher Fehlerrate gehört. Weil es vorliegend aber um einen vorsorglichen Austausch von potenziell fehlerhaften Medizinprodukten gehe, kämen grundsätzlich nur Ansprüche gegen den Lieferanten wegen Vermögensschäden in Betracht.

Medizinrecht (2014) 32: 537–542

Mehr als ein Kaffeekränzchen

Die Bundesministerien für Gesundheit, Forschung und Wirtschaft wollen sich mit Vertretern der Pharmaindustrie zu ressortübergreifenden Gesprächen treffen. Dabei muss es auch um eine Umgestaltung der Rabattverträge gehen, meint Verbandschef **Martin Zentgraf**.

Was genau ist eigentlich ein Dialog? Der Duden gibt unter anderem folgende Synonyme an: Beratung, Besprechung, Verhandlung. Es geht also ums Zuhören, um konstruktiven Austausch von Positionen. Das sollte trotz aller Differenzen nicht unter den Tisch fallen, wenn sich die Ministerien für Gesundheit, Bildung und Forschung sowie Wirtschaft mit Pharmaindustrie und Forschung zum ressortübergreifenden Dialog treffen. Eines muss klar sein: Wir Industrievertreter kommen nicht zum Kaffeekränzchen, sondern wir wollen über dringende Probleme und Lösungsansätze für den Wirtschaftsstandort Deutschland sprechen. Ziel müssen aus Sicht des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) konkrete Fortschritte in mehreren Bereichen sein.

Sprunginnovationen sind selten. Es geht mittlerweile nicht in erster Linie darum, die Wettbewerbsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie in Deutschland zu stärken, sondern zunächst einmal darum, sie in ihrer Breite und Vielfalt am Standort Deutschland zu sichern. Von entscheidender Bedeutung ist dabei ein Zweiklang aus Forschung und Produktion. Forschung wird insbesondere in den Medien gerne auf die Suche nach völlig neuen Wirkstoffen, nach Wunderwaffen gegen Krankheiten reduziert. Dies wird jedoch der Pharmawirklichkeit nicht gerecht. Große Sprunginnovationen sind selten. Das Gros der pharmazeutischen Industrie beschäftigt sich mit den viel häufigeren kleinen Schritten, mit der Verbesserung von Arzneimitteln auf Grundlage bewährter Wirkstoffe. Das muss klar sein, wenn es um regulatorische Fragen geht.

Grundsätzlich muss es beim Dialog auch um Erstattungsfragen gehen. Wir Unternehmer möchten für unsere Leistungen und das, was wir tun, respektiert werden. Das muss sich letztlich

auch in der Erstattung niederschlagen. Regulierungslücken wie beim sogenannten erweiterten Preismoratorium, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in einigen Fällen zu massiven Preissenkungen und damit Wettbewerbsverzerrungen nutzt, müssen geschlossen werden. Betroffen sind insbesondere Arzneimittel, die mit neuen Indikationen zugelassen werden, und bestimmte Darreichungsformen. Der Schaden geht für die betroffenen Betriebe zum Teil in die Millionen, und Neuzulassungen werden verhindert.

Kartellrechtliche Grenzen festlegen. Insgesamt brauchen wir weniger Rabattschlachten und Oligopolisierung und mehr tragfähige wettbewerbliche Strukturen. So müssen die Rabattverträge dringend umgestaltet werden. Das Prinzip „Austausch um jeden Preis“ muss beendet und kartellrechtliche Grenzen endlich wirksam festgelegt und auch sanktioniert werden. Speziell sollte man überlegen, ob man möglicherweise Rabattverträge erst einführen darf, wenn es überhaupt einen Generikawettbewerb gibt, statt diesen gleich nach Patentablauf im Keim zu ersticken, die Angebotsvielfalt zu minimieren und nicht zuletzt ein dauerhaft höheres Preisniveau herbeizuführen. Um das zu verhindern, braucht man eine Karenzzeit von anderthalb Jahren. Man wird sehen, dass von einem gesunden Wettbewerb nicht nur die Patienten profitieren, sondern am Ende auch die GKV.

Verkäufe und Fusionen nehmen zu. Manche Marktsegmente stecken in einer bedrohlichen Gesamtsituation, weil Hersteller zum Beispiel der Belastung durch die dauerhaft verordneten staatlichen Zwangsmaßnahmen nicht standhalten können. Die Szene wird zunehmend von Verkäufen, Fusionen und Konsolidierung beherrscht – und das nicht nur im Generikabereich. Das kann einem funktionierenden Wettbewerb nicht zuträglich sein. Wir müssen dringend darüber sprechen, wie wir aus dieser Situation herauskommen, insbesondere wie das Preismoratorium zurückgeführt werden kann. Es muss nicht zuletzt Einverständnis darüber erzielt werden, dass Eingriffe in die wirtschaftliche Freiheit in diesem Maße keine Dauerlösung in einer sozialen Marktwirtschaft sein können. Um über all dies und vieles mehr zu sprechen und konstruktive Lösungen zu finden, setzen wir uns gerne mit den Ministerien an einen Tisch. Und wenn es noch Kaffee dazu gibt, umso besser. ■

Dr. Martin Zentgraf ist Vorsitzender des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI). **Kontakt: presse@bpi.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@kompart.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

Titel iStockphotos

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

Marketing KomPart Verlagsgesellschaft mbH
Vertrieb & 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: -160
Verantwortlich für den Anzeigentel:
Werner Mahlau

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlages. Dies gilt auch für die
Aufnahme in elektronische Daten-
banken und Mailboxen. Für unau-
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. 16
vom 1.1.2014
ISSN 1436-1728



Au Backe –
die Bundesbank
hat mit ihren
Vorschlägen zur
Kassenfinanzierung
Kritik geerntet.

G+G 9/2014

Au Backe Bundesbank

Veraltete Perspektive aufs Gesundheitswesen

Die Bundesbank ist den Deutschen heilig. Das ist nur zu verständlich angesichts des Erfolges, den sie zu D-Mark-Zeiten hatte. Wirtschaftswachstum, Geldwertstabilität, politische Unabhängigkeit – die Bundesbanker tragen nicht umsonst den Ehrentitel Währungshüter. Doch wie die Analyse von Klaus Jacobs zeigt, können auch kluge Köpfe dazulernen. In der Gesundheitspolitik blicken die Bundesbanker offenkundig allzu einseitig durch die privatversicherungsrechtliche Brille. Wer ernsthaft Instrumente wie Kostenerstattung und Selbstbehalt für geeignet hält, Ausgabenprobleme im Gesundheitswesen zu lösen, der irrt gewaltig. Nur durch Verträge mit Ärzten und Kliniken lassen sich Qualität, Menge und Preis der Versorgung steuern. Das gehört zum kleinen Einmaleins der Gesundheitsökonomie, das die Bundesbank aber nicht zu beherrschen scheint. Stattdessen nehmen die Frankfurter Volkswirte eine veraltete Perspektive ein, die selbst Teile der privaten Krankenversicherung (PKV) kritisch hinterfragen: Viele Assekuranzen hätten gerne den vertraglichen Gestaltungsspielraum ihrer gesetzlichen Brüder und Schwestern. Aus meiner Sicht wäre das kein Problem – vorausgesetzt die Gesundheitsprüfung entfällt und chronisch kranke Menschen sind auch bei der PKV willkommen.
H. K., Oberkirch

G+G 9/2014

Rundruf: Pflegeauszeit auch für Freunde?

Weitere Schritte nötig

Arbeitnehmer, die kurzfristig einen Angehörigen pflegen, sollen nach dem Willen der Großen Koalition ab dem kommenden Jahr eine zehntägige Auszeit vom Beruf nehmen können – ohne dabei auf Lohn oder Gehalt verzichten zu müssen. Auch entferntere Verwandte, Freunde oder Nachbarn sollen in den Genuss der Pflegeauszeit kommen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist dieses Vorhaben nur zu begrüßen. Die familiäre Netzwerkstruktur in Deutschland ist in Zukunft nicht mehr so gegeben, dass sie die Herkulesaufgabe Pflege alleine tragen kann. Zunehmend müssen Freunde, Nachbarn und soziale Netzwerke einspringen und Angehörige bei der nicht eben leichten Aufgabe Pflege unterstützen. Die geplante Leistungsausweitung käme also den pflegebedürftigen Menschen zugute und würde soziale Netzwerke stärken. Dabei sollte der Gesetzgeber unbedingt geeignete Maßnahmen zur Missbrauchsvermeidung mitbedenken – beispielsweise wenn sich Betroffene nicht mehr äußern können. Berücksichtigt werden sollte auch die Perspektive der Arbeitgeber – im Dienstleistungssektor wie im Produktionsbereich. Der Fachkräftemangel dürfte es schwieriger machen, Beschäftigte für die Pflege länger freizustellen.
M. S., landesweite Referentin für diakonische teil- und vollstationäre Altenhilfeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz.

BECKs Betrachtungen



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 „Meister der komischen

Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann), Preise und Ausstellungen folgten. Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis in Gold. 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

IBAN

BIC

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.



**„Opa kann nicht mehr für alle
da sein, aber alle für ihn“**

Die AOK-Pflegeberatung für Angehörige.
Wir sind da, wenn's drauf ankommt. Deshalb zur AOK.

Gesundheit in besten Händen

www.zur-aok.de