



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Rettung für den Notdienst

Wie sich die Hilfe im medizinischen
Ernstfall verbessern lässt

ARZNEIPREISE

Rezepte gegen teure Patente

PFLEGEFORSCHER WEIDNER

Ausbildungsreform stärkt Berufsbild

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

Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin
Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow
presse@nordost.aok.de

Tel. 0800/265 080-22202
Fax: 0800/265 080-22926

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin
presse@nordost.aok.de

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

Tel. 0231/4193-10145

Edisonstraße 70, 24145 Kiel
presse@nw.aok.de

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf
andre.massmann@rh.aok.de

Tel. 0211/8791-1262
Fax: 0211/8791-1145

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

Pappelallee 22-26, 22089 Hamburg
antje.meyer@rh.aok.de

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

Sternplatz 7, 01067 Dresden
presse.sac@plus.aok.de

Tel. 0351/4946-11144
Fax: 01802/47102-104*

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

Augustinerstraße 38, 99084 Erfurt
presse.thr@plus.aok.de

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.

Gesundheit für alle Kulturen

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Arztpraxen, Kliniken und Pflegedienste sollten daher allen Bevölkerungsgruppen gleichen Zugang eröffnen, fordert Integrationsbeauftragte **Aydan Özoğuz**.

Unsere Gesellschaft ist in den vergangenen Jahrzehnten dank Einwanderung und einem größeren Spektrum an Lebensstilen vielfältiger geworden. Dieser gesellschaftliche Wandel ist Auftrag an alle Institutionen, sich regelmäßig zu fragen, ob die eigenen Angebote noch zu den Bedürfnissen der Bevölkerung passen. Schon heute haben mehr als 16 Millionen Menschen in Deutschland eine Einwanderungsgeschichte, und auch perspektivisch wird Deutschland ein Einwanderungsland bleiben.

Was bedeutet das für unser Gesundheitssystem? Benötigten Menschen mit Einwanderungsgeschichte in früheren Jahren durchschnittlich weniger Gesundheitsleistungen als die restliche Bevölkerung, da

sie im Schnitt jünger und gesünder waren, so kommt nun die erste Gastarbeitergeneration in das Rentenalter und wird verstärkt Gesundheits- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Lebten 2012 knapp 1,6 Millionen Migrantinnen und Migranten in Deutschland, die älter als 64 Jahre waren, wird sich dieser Anteil 2030 voraussichtlich auf 2,8 Millionen erhöhen. Die heutigen Rentner mit Einwanderungsgeschichte sind in den 1960er und 1970er Jahren als Gastarbeiter gekommen und haben häufig schwere körperliche Tätigkeiten verrichtet. Viele von ihnen leiden dadurch heute an Skeletterkrankungen wie Rücken- oder Knieproblemen. Es ist nur fair, dafür zu sorgen, dass diese Menschen die gesundheitliche Versorgung bekommen, die sie benötigen.

Gesundheit ist ein hohes Gut und eine angemessene gesundheitliche Versorgung ein Menschenrecht. Unser Gesundheitswesen hat einen sehr hohen Standard. Allerdings profitieren hiervon nicht alle gleichermaßen: Menschen, die eingewandert sind, nehmen seltener ihnen zustehende Gesundheits-, Präventions- und Pflegeleistungen in Anspruch. Die Daten zeigen uns, dass vor allem diejenigen, die erst kurz bei uns sind, weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Unterschiede gibt es auch bei den Älteren. So werden Menschen mit Einwanderungsgeschich-

te im Alter überwiegend in der Familie betreut. Entsprechend selten nutzen sie stationäre Pflegeangebote. Der Bedarf an stationärer Pflege wird für diese Zielgruppe wegen des demografischen Wandels und der Angleichung der Lebensstile aber wachsen. Insbesondere ältere Menschen brauchen eine kulturell vertraute Umgebung, die Ernährungsgewohnheiten oder religiöse Traditionen berücksichtigt. Demenzielle Erkrankungen werden voraussichtlich auch in dieser Gruppe zunehmen.

Viele an Demenz erkrankte Menschen fallen in ihre Kindheitssprache zurück. Darauf ist unser Gesundheitssystem nicht vorbereitet. Arztpraxen, Kliniken, Pflegedienste und öffentliche Gesundheitsdienste sind

gefordert, sich für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zu öffnen. Ehemalige Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter sowie Aussiedler sind dabei genauso in den Blick zu nehmen wie Flüchtlingsfamilien oder hier geborene Kinder von Einwanderern.

Ich sehe es als eine zentrale Aufgabe an, für alle Menschen die gleiche Teilhabe im Gesundheitswesen sicherzustellen. Ein Gefühl von Zugehörigkeit kann sich nur einstellen, wenn man die Sicherheit hat, auch in vulnerablen Lebenssituationen wie Krankheit oder Pflege Teil der Gesellschaft zu sein. Die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung muss deshalb auf die größere Vielfalt der Bevölkerung reagieren. Viel wäre gewonnen, wenn Informations- und Beratungsangebote mehrsprachig und leichter zugänglich wären und wenn die nicht ausreichend partizipierenden Zielgruppen genauer erfasst und angesprochen werden könnten.

Wie viel noch getan werden muss, zeigen uns Menschen wie der Hamburger Internist Dr. Peter Ostendorf, der sich zusammen mit einem Team von 20 Ärzten in seiner gemeinnützigen „Praxis ohne Grenzen“ in Hamburg-Horn für die Schwächsten in unserer Gesellschaft einsetzt, in diesem Fall für Menschen ohne Krankenversicherung. Ärzten, die sich neben ihrem Beruf ehrenamtlich engagieren, gilt mein ausdrücklicher Dank. ■

Informations- und Beratungsangebote sollten mehrsprachig sein.



Aydan Özoğuz, geboren 1967 in Hamburg, ist seit Dezember 2013 Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Die Tochter türkischer Kaufleute studierte Anglistik und arbeitete anschließend als Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Körber-Stiftung. 2004 trat sie in die SPD ein, ist seit 2009 Mitglied des Bundestages und seit Dezember 2011 stellvertretende Bundesvorsitzende der SPD. Von 2001 bis 2008 war sie Mitglied der Hamburgischen Bürgerschaft. Aydan Özoğuz ist verheiratet und hat eine Tochter.

Kontakt:
integrationsbeauftragte@bk.bund.de

Wir schaffen es wieder!



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Die Ex-DDR saust an mir mit 250 Stundenkilometern vorbei, während ich diese Zeilen schreibe. Mit dem ICE von Berlin durch Brandenburg nach Hannover zu fahren, dauert heute nur wenig mehr als anderthalb Stunden. Vor 25 Jahren war das alles noch ganz anders: Das Land war zwar wiedervereinigt, aber die Züge fuhren beileibe noch nicht so schnell wie heute von Ost

nach West. Die Euphorie nach dem Fall der Mauer drohte im wahrsten Sinne des Wortes auf der Strecke zu bleiben. Schaffen wir Deutschen das?

Ein Vierteljahrhundert später kann es darauf nur eine Antwort geben: Ja, wir haben es geschafft! Gewiss: Vor allem die 16 Millionen Menschen aus der DDR mussten große Veränderungen bewältigen und teilweise auch Härten ertragen – die Westdeutschen hatten es in der Regel einfacher. **Doch unterm Strich gilt nicht nur für das Gesundheitswesen: Im Wesentlichen ist es gut gegangen.**

„Ossis“ und „Wessis“ haben heute die gleiche Lebenserwartung, die Kliniken in den neuen Bundesländern sind keine Bauruinen mehr, Arzneimittel und moderne Medizintechnik gibt es genug. Und die gute alte Sozialversicherung – allen voran die AOK – hat von Anfang an wie selbstverständlich funktioniert.

In diesen Tagen steht die Gesundheitskasse wieder parat, wenn es um das Meistern einer großen gesellschaftlichen Aufgabe geht: Die AOK-Vorstände machen sich dafür stark, **die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge einzuführen.** Das spart Bürokratie und ist zugleich Ausdruck einer Willkommenskultur, die nicht nur gut gemeint, sondern auch gut gemacht sein muss. Aber ich bin mir sicher: Wir schaffen das wieder!

In diesem Sinne Ihr

nach West. Die Euphorie nach dem Fall der Mauer drohte im wahrsten Sinne des Wortes auf der Strecke zu bleiben. Schaffen wir Deutschen das?



Sieht in einer einheitlichen Pflegeausbildung Chancen: Prof. Frank Weidner (links) im Gespräch mit G+G-Chefreporter Thomas Hommel.



26

Interview mit Frank Weidner: Wie der Pflegewissenschaftler die geplante einheitliche Pflegeausbildung bewertet

MAGAZIN

12 ÜBEN FÜR DEN FALL DER FÄLLE

Falsches Bein amputiert, verkehrte Tablette gegeben – um Fehler zu vermeiden, intensivieren Kliniken ihr Risikomanagement. Das aber ist noch ausbaufähig.

Von Thomas Hommel

14 ABSCHIED VON DER GIESSKANNE

Kliniken titulieren die geplante Krankenhausreform als Sparmaßnahme. Doch Gesundheitsökonomien halten viel davon, dass gute Häuser gezielt Geld bekommen.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

15 MIT SEELENKNACKS IN LOHN UND BROT

Psychisch kranken Menschen fällt es oft schwer, einen Arbeitsplatz zu finden oder zu behalten. Welche Hilfe sie brauchen, diskutierten Experten auf einer Tagung.

Von Anne Töpfer

16 VON DER WIRKLICHKEIT ÜBERHOLT

Die Digitalisierung kommt in Praxen, Kliniken und bei Kassen nur langsam voran. Woran das liegt, zeigten Fachleute auf einem Symposium auf.

Von Thomas Rottschäfer

17 „DEMENTZ-MANAGERIN ENTLASTET DEN ARZT“

Eine hochwertige Versorgung für Menschen mit Demenz ist nicht flächendeckend vorhanden, sagt der Psychologe René Thyrian. Abhilfe schaffen kann eine Dementia-Care-Managerin, die Patienten unterstützt.

TITEL

18 RETTUNG FÜR DIE NOTFALLMEDIZIN

Überfüllte Klinikambulanzen, hohe Vorhaltekosten – die Notfallversorgung hierzulande ist reformbedürftig. Ein Vorbild können Zentren wie in Dänemark sein.

Von Boris Augurzky und Andreas Beivers

THEMEN

26 „ALTENPFLEGE GEHT NICHT VOR DIE HUNDE“

Die Politik will die getrennten Pflegeausbildungen vereinheitlichen. Der Pflegeforscher Frank Weidner sieht darin eine große Chance für seine Profession und befürwortet das Ende des dreigliedrigen Systems.

30 BREMSE ZIEHEN BEI PILLENPREISEN

Rabattverträgen, Nutzenbewertung und Festbeträgen zum Trotz – die Kosten für Arzneimittel schnellen in die Höhe. Höchste Zeit, den Preisanstieg zu stoppen.

Von Helmut Schröder, Gisbert W. Selke und Carsten Telschow

36 „IN 30 JAHREN IST KREBS KONTROLLIERBAR“

Dank neuer Therapien verliert die Diagnose Krebs bald ihren Schrecken. Davon ist Gesundheitsexperte Karl Lauterbach überzeugt. Damit die Behandlung aber auch bezahlbar bleibt, muss die Politik handeln.

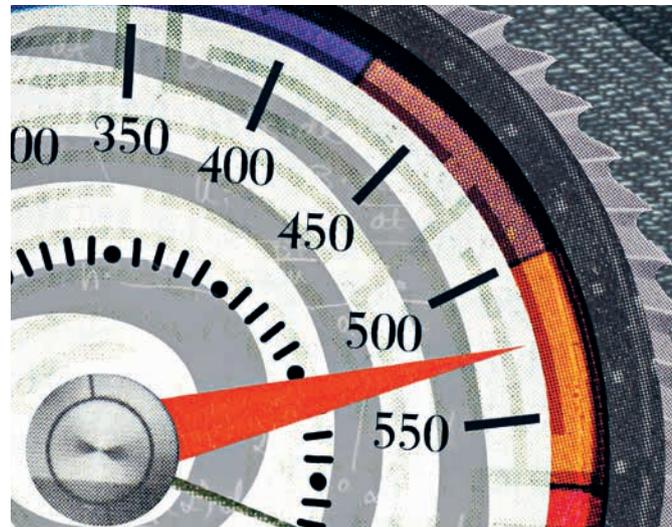
RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Zu viel Papierkram?
- 11 **Kommentar** Digitalisierung: Mehr Tempo, bitte!
- 38 **Recht** Anspruch auf Apothekenrabatt
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Risikostrukturausgleich: Qualität muss sich lohnen
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



18

Ernstfall: Wie sich die Notfallversorgung hierzulande verbessern lässt



30

Arzneimittelpreise: Welche Instrumente den rasanten Kostenanstieg bremsen können

36

Interview mit Karl Lauterbach: Was der SPD-Gesundheitsexperte von den Preisen neuer Krebspräparate hält



DEMENZ

Entspannung durch Märchen

Auf Märchen reagieren viele Menschen mit Demenz positiv. Das haben Wissenschaftlerinnen der Alice Salomon Hochschule Berlin in einer Studie unter Leitung von Professorin Dr. Ingrid Kollak nachgewiesen. Sie werteten 24 Videoaufzeichnungen von Veranstaltungen der „Märchenland – Deutsches Zentrum für Märchenkultur GmbH“ in Pflegeeinrichtungen aus. Gut die Hälfte der 30 beobachteten Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten nahmen aktiv an den Märchenstunden teil. Zwei Drittel erlebten die Veranstaltungen „erkennbar positiv“, wie es in der Zusammenfassung des Studienberichts heißt. Die Zuhörer hätten weniger Unruhe und Ängstlichkeit gezeigt, es habe weniger „vokale Störungen“ und keine Aggressionen gegeben. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass „ein professionelles, regelmäßiges und strukturiertes Märchen erzählen Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen Wohlbefinden ermöglicht und Verhaltenskompetenzen aktiviert“. Die Alice Salomon Hochschule wird deshalb ab dem kommenden Jahr einen „Zertifikatskurs Demenz-erzählerIn“ anbieten. ■

NEUE MEDIEN

Smartphones stressen Kinder

Simsen, mailen, posten: Ohne Smartphone geht heute bei vielen Kindern und Jugendlichen nichts mehr. Mannheimer Forscher haben in einer Studie festgestellt, dass sich rund ein Viertel der



Kindheits-Erinnerung: Märchen wirken positiv auf Demenzkranke.

jungen Handy-Nutzer von der permanenten Kommunikation über Nachrichtendienste wie WhatsApp gestresst fühlt. Teils räumten die Kinder und Jugendlichen selbstkritisch einen fragwürdigen Umgang mit dem Smartphone ein. Die Forscher befragten 500 Kinder und Jugendliche im Alter von acht bis 14 Jahren, aber auch Eltern. Knapp jeder zehnte (acht Prozent) der jungen Handy-Nutzer ist demnach suchtfähig. Die ständige Nutzung der Smartphones durch Kinder und Jugendliche sei zu einem Teil durch die Angst getrieben, aus dem Kommunikationsprozess des Freundeskreises ausgeschlossen zu werden und Dinge zu verpassen. So entstehe ein permanenter Kommunikationsdruck, so die Forscher. Auch die befragten Eltern sehen sich laut Studie bei der „Handy-Erziehung“ vor Schwierigkeiten gestellt: Sie leiden unter Machtlosigkeit, Kontrollverlust und Überforderung. Um das Ausmaß des Handykonsums der Kinder gibt es häufig Streit in den Familien, so die Autoren. ■

PFLEGEHOCHSCHULE
Gasthörerschaft für Flüchtlinge

Die Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin, die Studiengänge unter anderem in den Bereichen Pflege und Soziales vorhält, will Flüchtlingen ab dem kommenden Wintersemester eine kostenfreie Gasthörerschaft anbieten. Nils Lehmann-Franßen, Prorektor für Studium und Lehre an der Alice Salomon Hochschule Berlin, sagte, Ziel der Initiative sei es, interessierten Flüchtlingen möglichst schnell eine Aus- oder Weiterbildungsperspektive zu geben und das Lehr- und Stu-

dienangebot der Hochschule für sie zu öffnen. „Hier bietet sich die Gasthörerschaft als Einstieg und für weitere Schritte in ein reguläres Studium an.“ Insbesondere englischsprachige Veranstaltungen aus dem International Curriculum seien für Flüchtlinge interessant. ■

WETTBEWERB

Kommunale Ideen gegen Sucht

Noch bis Mitte Januar 2016 haben Kommunen die Chance, mit innovativen Konzepten zur Suchtprävention insgesamt 60.000 Euro zu gewinnen. Im September startete der siebte Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“, ausgerichtet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände und des GKV-Spitzenverbandes. „Wir wollen die herausragenden kommunalen Präventionsansätze mit unserem Wettbewerb bekannter machen“, sagte Mortler. ■

MEHR INFOS:

www.kommunale-suchtpraevention.de

kurz & bündig

+++ ENTBÜROKRATISIERUNG: Aktuell beteiligen sich rund 7.150 Pflegeeinrichtungen an der Umsetzung des Strukturmodells zur Vereinfachung der Pflegedokumentation. Auf der Website www.ein-step.de kann jetzt für jedes Bundesland individuell die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen abgerufen werden. **+++ OPERATIONEN:** Von den 18,5 Millionen stationär im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2014 bei 38 Prozent beziehungsweise sieben Millionen Patienten eine Operation durchgeführt. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, war gut die Hälfte der Behandelten, die sich vergangenes Jahr während ihres Klinikaufenthaltes einem chirurgischen Eingriff unterziehen mussten, 60 Jahre und älter.



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.

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

IGEL

Patienten fühlen sich desinformiert

Patienten fühlen sich schlecht aufgeklärt und zum Kauf von Zusatzleistungen von Ärzten oft unter Druck gesetzt: So lautet die Bilanz des Beschwerdeforums igel-ärger.de nach einem Jahr. Mit rund 1.500 Beschwerden ist das Portal der Verbraucherzentralen ein gefragtes Forum für Patienten, die dort ihre Erfahrungen mit kostenpflichtigen Extras nach dem Arztbesuch eintragen können. „Die individuellen Erfahrungen liefern uns einen bislang schwer zugänglichen Einblick und einen wesentlichen Beitrag zur Diskussion über die Qualität der Angebote des Zweiten Gesundheitsmarktes“, so Gerd Billen, Staatssekretär im Bundesverbraucherministerium.

Zitat des Monats

Manchmal muss man falsch abbiegen, um an den richtigen Ort zu kommen.

Mandy Hale, US-amerikanische Buchautorin

Glaukom-Untersuchung gegen Bezahlung, Hautkrebs-Früherkennung mit teurem Dermatoskop-Einsatz und zusätzliche Krebsvorsorge beim Frauenarzt mit kostenpflichtigem Ultraschall – diese Einträge stehen oben auf der Liste der Beschwerden. „In der Regel unterliegen die Angebote keiner Qualitätskontrolle oder Unbedenklichkeitsprüfung, bevor sie auf den Markt und an den Patienten gelangen“, kritisierte Billen. ■

ANBIETERWECHSEL

Patientenberatung soll flexibler werden

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird ab 2016 von dem privaten Gesundheitsdienstleister Sanvartis übernommen. Der GKV-Spitzenverband und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, stellten dazu Einzelheiten vor. Es sei im Vorfeld des Zuschlages zu einem „echten Wettbewerb um die besten Lösungen gekommen“, sagte der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes Gernot Kiefer. Mit dem Angebot der Sanvartis sei „das im Interesse der Patienten und Verbraucher beste und innovativste Angebot“ ausgewählt worden. Die UPD soll online, telefonisch und persönlich vor Ort deutlich erweitert und flexibler gestaltet werden. ■

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Langfristkonzept für Cochrane-Zentrum

Für das Deutsche Cochrane-Zentrum (DCZ) strebt die Bundesregierung ab 2017 eine institutionelle Förderung an. Wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe mitteilte, ist für das nächste Jahr zunächst nochmals eine Projektförderung vorgesehen. Ziel sei jedoch eine langfristige Sicherung der Einrichtung.

Seit geraumer Zeit wird geprüft, wie die Finanzierungsgrundlagen des Zentrums mit Sitz in Freiburg verbessert werden können. Derzeit finanziert sich die unabhängige Einrichtung primär über Fördermittel und Spenden. Das DCZ wird seit 1998 durch die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie Gesundheit unterstützt. Ziel der 1993 in Großbritannien gegründeten Cochrane Collaboration ist es, medizinische Informationen zusammenzutragen, die unabhängig und frei von kommerziellen Interessen sind. ■

AMBULANTE VERSORGUNG

Honorar für Ärzte steigt erneut

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland erhalten ab dem nächsten Jahr mehr Geld. Darauf verständigten sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). So steigt der Orientierungswert um 1,6 Prozent von derzeit 10,271 Cent auf 10,436 Cent. Das entspricht einem Gesamtbetrag von etwa 500 Millionen Euro. Außerdem stellen die gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr rund 250 Millionen Euro mehr bereit, weil der Behandlungsbedarf voraussichtlich zunimmt. Die Gründe liegen vor allem in der Alterung der Bevölkerung in Deutschland. Einigen konnten sich die Verhandlungspartner auch bei der Vergütung der Psychotherapeuten. Sie erhalten jährlich rund 80 Millionen Euro mehr. Die Honorarverhandlungen für die rund 165.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten hatten Mitte August begonnen. Sie werden jedes Jahr neu geführt. ■

Köpfe und Karrieren



+++ MARIA MICHALK, 65, ist neue gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Die Abgeordnete aus Sachsen trat die Nachfolge von Jens Spahn an, der seit Anfang Juli Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesfinanzministerium ist. Maria Michalk war bislang Obfrau der Unionsfraktion im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Dem ersten gesamtdeutschen Bundestag gehörte die Christdemokratin von 1990 bis 1994 an. Im Jahr

2002 errang sie erneut ein Bundestagsmandat und ist seitdem ununterbrochen Mitglied des Parlaments. In die CDU trat sie 1972 ein und hat seit 1996 einen Sitz im Bundesvorstand der Partei.

+++ ULRICH WEIGELDT, 65, hat erneut den Bundesvorsitz des Deutschen Hausärztesverbandes übernommen. Der niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin in Bremen steht seit 2007 an der Spitze des Verbandes. Zuvor war er zweieinhalb Jahre lang Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den hausärztlichen Versorgungsbereich. Als stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Hausärztesverbandes bestätigt wurden Dr. Dieter Geis, Vorsitzender des Hausärztesverbandes Bayern, sowie Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärztesverbandes Baden-Württemberg.



Zu viel Papierkram?

Vier Milliarden Euro kostet laut Normenkontrollrat Bürokratie im Gesundheitswesen. Doch ganz ohne Formulare und Regeln geht's nicht. Wie lässt sich dennoch mehr Zeit für Behandlung gewinnen?



MARIA KLEIN-SCHMEINK, *gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Bundestagsfraktion*: Bürokratieabbau muss im Dienste der Patientinnen und Patienten erfolgen. Die 20 Handlungsempfehlungen des Nationalen Normenkontrollrates zur Entbürokratisierung sind dringend umzusetzen. Vor allem beim Krankengeldzahlschein ist eine datenschutzkonforme Überarbeitung längst überfällig. Die langfristige Verordnung von Heilmitteln muss zügig vereinfacht werden

genauso wie die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation oder einer Kurzzeittherapie. Formulare – etwa zum Krankentransport – müssen leichter handhabbar sein, damit mehr Zeit für die Behandlung bleibt.

DR. DORIS PFEIFFER, *Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes*: Bürokratie – verstanden als hilfreiches Verwaltungsmanagement – ist unverzichtbar. Zugleich ist es richtig, die von Ärzten und Kassen gemeinsam entwickelten Standards, Prozeduren und Formulare regelmäßig zu überprüfen und auf Unnötiges zu verzichten. Im Projekt des Normenkontrollrats gab es allerdings keine betriebswirtschaftlich repräsentative Kostenerhebung. Der Schätzcharakter der Daten ist hoch, und es gibt methodische Einschränkungen. Trotzdem zeigen die Ergebnisse, wo Probleme liegen und wo Ärzte und Krankenkassen ansetzen müssen. Die ersten konkreten Empfehlungen gibt der Bericht bereits.



DIPL.-MED. REGINA FELDMANN, *Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*: Der erste wichtige Schritt war die unabhängige Bestätigung, dass die Praxen mit Bürokratie regelrecht überhäuft werden. Die zahlreichen komplexen Bescheinigungen, Verordnungen und Anfragen von Kostenträgern erfordern unnötig viel Zeit. Hier müssen wir also ansetzen und Bürokratie abbauen. Mit den Vereinfachungen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der Verordnung medizinischer Rehabilitation sind wir auf dem richtigen Weg. Doch das reicht nicht. Grundsätzlich muss vor Einführung eines jeden Formulars geprüft werden, ob sein Zweck nicht auch mit weniger bürokratischem Aufwand erfüllbar wäre.

Verordnung medizinischer Rehabilitation sind wir auf dem richtigen Weg. Doch das reicht nicht. Grundsätzlich muss vor Einführung eines jeden Formulars geprüft werden, ob sein Zweck nicht auch mit weniger bürokratischem Aufwand erfüllbar wäre.

ANDREAS WESTERFELLHAUS, *Präsident des Deutschen Pflege-*

rates: Für mehr Zeit für den Patienten braucht es vor allem mehr Personal. Der Personalabbau in der Krankenhauspflege von 50.000 Stellen ist rückgängig zu machen. Weiterhin benötigen wir mehr qualifiziertes Personal in den Pflegeeinrichtungen. Seit 20 Jahren ist hier nicht viel passiert. Jetzt kommt der neue Pflegebegriff, der mehr Leistungen verspricht. Das kann nur mit mehr qualifiziertem Personal funktionieren. Ein dringend notwendiger Bürokratieabbau muss stärker mit Blick auf den Patienten ausgangenen werden. Gefordert sind hier der Gesetzgeber, die Krankenkassen und die Arbeitgeber. Vertrauen und nicht Kontrolle sollte an erster Stelle stehen.



BEWEGUNGSMANGEL

Embolie-Gefahr vor der Glotze

Wer täglich fünf Stunden und mehr vor dem Fernseher verbringt, trägt ein doppelt so hohes Risiko, eine tödliche Lungenembolie zu entwickeln, als jemand, der weniger als zweieinhalb Stunden TV schaut. Das berichtet die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie unter Verweis auf eine Studie aus Japan, die beim Kongress der Europäi-



schen Kardiologischen Gesellschaft in London präsentiert wurde. In der Altersgruppe unter 60 Jahren war der Unterschied noch deutlicher ausgeprägt, so Studienautor Dr. Toru Shirakawa von der Uni Osaka. Bei diesen Menschen habe das Risiko für eine tödliche Lungenembolie um das Sechsfache höher gelegen. Die Immobilität der Beine könne ebenso wie beim erhöhten Embolie-Risiko auf Langstreckenflügen das Ergebnis zumindest teils erklären. „Zur Vorbeugung empfehlen wir daher bei langem Fernsehen ähnliche Maßnahmen wie gegen das Economy-Class-Syndrom, also regelmäßig aufzustehen und herumzugehen und viel Wasser zu trinken. ■

ANGEHÖRIGEN-HILFE

Stiftung kritisiert Pflegezeitmodell

Pflegende Angehörige sollten nach Ansicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz mit einem ähnlichen Modell unterstützt werden wie Eltern mit dem Elterngeld. Bisherige Gesetze, die Pflegenden zugute kommen, seien bestenfalls ein „Feigenblatt“, kritisierte Stiftungsvorstand Eugen Brysch. Das Elterngeld mache es Müttern und Vätern leichter, nach der Geburt ihres Kindes eine Auszeit für die Betreuung zu nehmen. Brysch sagte, bei der geltenden Pflege- und Familienpflegezeit gehe der Gesetzgeber selbst davon aus, dass die Regelung kaum in Anspruch genommen werde. ■

HEBAMMEN

Qualitätskriterien für Hausgeburten

Für die geburtshilflichen Leistungen von Hebammen gelten ab sofort auch bei Hausgeburten verbindliche Qualitätskriterien. Diese Entscheidung traf die zuständige Schiedsstelle im Konflikt der Berufsverbände der Hebammen mit dem GKV-Spitzenverband. Im Zuge des Verfahrens beschloss die Schiedsstelle auch eine neue Ausgleichsregelung für die steigenden Prämien zur Berufshaftpflicht. Gleichzeitig wird eine bereits beschlossene Honorarerhöhung wirksam. Das teilte der GKV-Spitzenverband mit. Mit dem Schiedsspruch gelten die für Geburtshäuser vereinbarten Qualitäts- und Ausschlusskriterien ab sofort auch für Hausgeburten. ■

MEHR INFOS:

www.gkv-spitzenverband.de

FAHRSICHERHEIT Mit Grünem Star nicht überholen

Patienten mit Augenkrankheiten wie Grünem Star und altersbedingter Makuladegeneration sollten beim Autofahren besondere Vorsicht walten lassen. Experten der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) raten, nur noch tagsüber in bekanntem Umfeld zu fahren und auf Überholmanöver zu verzichten. Auch der Tipp, Brille und Windschutzscheibe regelmäßig zu reinigen sowie auf getönte Frontscheiben zu verzichten, sei sinnvoll, sagt Professor Dr. Bernhard Lachenmayr, Vorsitzender der DOG-Verkehrskommission. Die Patienten sollten auch bei Tag mit Scheinwerferlicht fahren. Verschlimmere sich die Kondition des Fahrers allerdings weiter und ist Gefahr in Verzug, muss der behandelnde Arzt ein Fahrverbot aussprechen.



Einmal mehr hinschauen: Autofahrer mit Augenleiden sollten im Verkehr besonders achtsam sein.

„Dem nachzukommen, fällt vielen Betroffenen schwer“, berichtet Lachenmayr. Dann müssten Hausarzt oder Familienangehörige Überzeugungsarbeit leisten. Im Extremfall kann der Augenarzt bei den Behörden ein Fahrverbot vorschlagen, die dann den Entzug der Fahrerlaubnis veranlassen. ■

KRANKENHÄUSER Qualitätscheck fürs Entlassmanagement

Damit Patienten nach einem Klinikaufenthalt ohne Verzug die nötige ambulante Behandlung oder Pflege bekommen, hat das AQUA-Institut ein Konzept zur Qualitätssicherung des Entlassungsmanage-

ments veröffentlicht. Das Konzept entstand im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und erfasst beispielsweise, ob und wie Klinikmitarbeiter mit den Patienten über die nächsten Schritte nach der Entlassung sprechen. Ein weiterer wesentlicher Bereich ist die Kommunikation mit den Leistungserbringern, insbesondere mit Hausärzten und Pflegenden. „Das Ziel ist, eine kontinuierliche Versorgung des Patienten zu gewährleisten, egal von wem er behandelt wird“, sagt Professor Dr. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Instituts. Das Konzept ist ein Schritt auf dem Weg zu einem Qualitätssicherungsverfahren. Über die weitere Entwicklung und Umsetzung des Verfahrens entscheidet der GBA. ■

MEHR INFOS:

www.sqg.de > Projekte > Konzeptskizze Entlassungsmanagement

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Wir können unseren Teil für die Integration tun“

Die Flüchtlingskrise und damit auch die medizinische Versorgung der Menschen ist derzeit ein großes Thema in Deutschland. Dazu Fragen an **Wolfgang Söller**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bremen/Bremerhaven.



G+G: Herr Söller, die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge ist nicht unumstritten. Was entgegnen Sie den Skeptikern?

SÖLLER: Unser „Bremer Modell“ – die Versorgung der Flüchtlinge nach der Registrierung mit der elektronischen Gesundheitskarte – zeigt, dass die AOK Bremen/Bremerhaven hier seit zehn Jahren eine gute und unbürokratische Lösung umsetzt. Jeder Flüchtling kann, wenn er krank ist, mit seiner Karte zum Arzt gehen. Um den ganzen Rest kümmern wir uns – und zwar so, wie wir das auch bei unseren Versicherten tun. Die Kosten rechnen wir mit den Behörden ab und erhalten den Aufwand erstattet.

G+G: Wenn das Modell so einfach ist, warum lassen sich manche davon so schwer überzeugen?

SÖLLER: Dahinter stecken offenbar alte politische Bedenken, dass die Gesundheitskarte einen starken Anreiz bietet, nach Deutschland zu kommen und Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Dabei

kann jeder erkennen: Die meisten Menschen fliehen einfach vor Krieg und Terror aus ihren Ländern. Sie haben eine lebensgefährliche Flucht hinter sich, und sie wollen ein friedliches Leben für sich und ihre Familien. Aufhalten kann man die Fluchtwelle nicht. Medizinisch versorgen müssen wir die hier lebenden Menschen aber ohnehin – dann doch besser mit dem „Bremer Modell“.

G+G: Empfinden Sie das auch als Teil der Verantwortung der AOK?

SÖLLER: Für mich ist das so, ja. Wir können unseren Teil tun, die gesellschaftliche Integration für die Menschen so unbürokratisch und menschenwürdig wie möglich zu bewältigen. Im Übrigen: Wir haben bis vor Kurzem ganze Kongresse darüber abgehalten, wie wir unser Gesundheits- und Sozialsystem bei einer stetig schrumpfenden Bevölkerung überhaupt aufrechterhalten können. Und jetzt? Jetzt gibt es einfach eine neue, ziemlich große und völlig veränderte Aufgabe, in der auch wir uns als AOK beweisen müssen.

Mehr Tempo, bitte!

In Deutschland steckt der digitale Transfer von Daten zur Gesundheit noch in den Kinderschuhen, meint **Maike Telgheder**. Dabei ließen sich damit steigende Kosten besser bewältigen.



DAS KLEINE BLUTBILD ALS PAPIERAUSDRUCK, das Röntgenbild auf DVD – so stellen sich in Deutschland täglich tausende Patienten einem neuen Arzt vor. Ihre Krankengeschichte müssen sie bei der Gelegenheit ohnehin immer wieder neu erzählen, was einer repräsentativen Umfrage der Stiftung

Münch zufolge mehr als jeden zweiten Patienten nervt. In Sachen Digitalisierung hinkt der Gesundheitssektor in Deutschland anderen Branchen nach wie vor hinterher. Warum?

An mangelnden technologischen Innovationen jedenfalls liegt es nicht. Theoretisch könnten sämtliche Patientendaten vom Blutbild bis zur Röntgenaufnahme in der Cloud gespeichert werden und vom Patienten bei Bedarf für die Ansicht durch den Arzt freigegeben werden. Aber warum sollte der Arzt auf die gesammelten Daten des Patienten zurückgreifen, wenn er eher dafür vergütet wird, dass er die Diagnostik noch einmal macht?

Es gibt nach Schätzungen der Krankenkassen mittlerweile rund 400.000 Apps rund um Gesundheit und Medizin, auch Therapie-Programme sind darunter. Aber noch ist es eine Ausnahme, dass eine Kasse eine App auf Rezept erstattet.

Diabetes-Monitoring, Herzpatienten-Überwachung, Schlaganfall-Prävention: Auch viele ideenreiche Ansätze von Start-ups oder Pilotprojekte mit Krankenkassen zeigen, wie man mit den neuen digitalen Möglichkeiten die Patientenversorgung verbessern und dabei noch Kosten sparen kann. Aber bis die Projekte dann soweit sind, dass sie flächendeckend Patienten zugute kommen können, vergehen Jahre. Nicht zuletzt scheitern sie eben an bürokratischen Hürden wie Abrechnungsfragen.

In 15 Jahren sind zwei Drittel der Patienten in Deutschlands Krankenhäusern älter als 60 und ein Viertel älter als 80 Jahre. Wie sollen die steigenden Kosten bewältigt werden, wenn nicht durch den Ausbau digitaler Dokumentation und innovativer Versorgungsangebote? Wichtige Schritte in Richtung Digitalisierung sind mit dem E-Health-Gesetz mittlerweile gemacht. Aber bei der Umsetzung müssen alle Beteiligten noch einen Zahn zulegen. Denn 15 Jahre sind sehr kurz, vor allem wenn man bedenkt, dass wir allein für die Einführung der elektronischen Krankenkassen-Gesundheitskarte schon mehr als zehn Jahre gebraucht haben. ■

Maike Telgheder ist Redakteurin Gesundheitswirtschaft beim Handelsblatt.

PFLEGE

Mindestlohn für Betreuungskräfte

Seit dem 1. Oktober 2015 gilt auch für die zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen der höhere Pflege-Mindestlohn. Danach steigt die absolute Lohnuntergrenze für Betreuungskräfte in den alten Bundesländern einschließlich Berlin auf 9,40 Euro je Stunde und in den fünf neuen Bundesländern auf 8,65 Euro je Stunde. Bislang galt für die zusätzlichen Betreuungskräfte der allgemeine Mindestlohn in Höhe von 8,50 Euro. Laut Pflegestärkungsgesetz I soll sich die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte von rund 25.000 auf bis zu 45.000 nahezu verdoppeln. Zum 1. Januar 2016 erhöht sich der Pflege-Mindestlohn für alle Pflege- und Betreuungskräfte erneut. Er wird dann in den alten Bundesländern (einschließlich Berlin) bei 9,75 Euro und in den neuen Bundesländern bei neun Euro je Stunde liegen. ■

WOHNGRUPPEN

Förderung nicht zweckentfremden

Das Gesetzesvorhaben der Bundesregierung für einen neuen Pflegebegriff, zur Weiterentwicklung der Pflegequalität und für eine bessere Pflegeberatung stößt beim AOK-Bundesverband überwiegend auf Zustimmung. „Mit dem Pflegestärkungsgesetz II werden langjährige Forderungen des AOK-Bundesverbandes zur Neuausrichtung der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt“, heißt es in einer Stellungnahme zum Gesetz. Das Papier der AOK enthält auch Vorschläge für eine Weiterentwicklung

der Pflegeversicherung. So setzt sich die Kasse dafür ein, einen eigenständigen Anspruch auf Beratung für Pflegepersonen einzuführen und die Rahmenbedingungen für häusliche Pflege zu verbessern. Schärfere Regeln fordert der Verband, um eine Zweckentfremdung der Förderung ambulanter Wohngruppen zu verhindern. Immer öfter unterliefen Träger von Pflegeeinrichtungen die „gute Absicht“ des Gesetzgebers, Pflegebedürftige nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ein Leben zu Hause zu ermöglichen. Die Träger böten im Verbund ambulante Angebote an, die sich im Leistungsumfang von einer vollstationären Einrichtung nicht unterscheiden würden. ■

ORTHOPÄDEN

Gehirnerschütterung ernst nehmen

Wie Lehrer, Eltern und Kinder Hinweise auf eine Gehirnerschütterung erkennen und was im Akutfall zu tun ist, haben Experten im Vorfeld des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin berichtet. In Deutschland würden pro Jahr mehr als 40.000 Gehirnerschütterungen diagnostiziert, die Dunkelziffer liege aber deutlich höher. „Denn Sportler, vor allem im Schul- und Breitensport, unterschätzen diese Unfälle häufig“, so Dr. Axel Gänsslen, Arzt am Klinikum Wolfsburg. Eine Gehirnerschütterung sei eine ernst zu nehmende Verletzung. Werde sie nicht richtig behandelt, können Spätschäden wie Migräne oder Bewegungsstörungen auftreten. Häufige Symptome seien Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Nackenschmerz, verschwommenes Sehen und ein leerer Blick. ■

Üben für den Fall der Fälle

Falsches Bein amputiert, Tupfer im Bauch vergessen, verkehrte Tablette verabreicht: Damit Ärzten und Pflegekräften solche und andere Fehler nicht unterlaufen, intensivieren Kliniken ihr internes Risikomanagement. Doch es gibt noch weiße Flecken. **Von Thomas Hommel**

Prospektive Risikoanalyse – ein bisschen nach Wortakrobatik klingt der Begriff schon. Für Professorin Dr. Tanja Manser, Direktorin des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) am Universitätsklinikum Bonn, verbirgt sich dahinter aber eine einfache Regel für den Alltag in Krankenhäusern: Routineabläufe auf den Stationen gezielt daraufhin anschauen und überprüfen, wo möglicherweise etwas aus dem Ruder laufen könnte.

Krankenhausexpertin Manser hat für diese Form von Ernstfall-Training auch ein anschauliches Beispiel parat: die Evakuierung einer Krankenhaus-Intensivstation im Brandfall. Wenn erst zum Zeitpunkt der tatsächlichen Räumungsaktion festgestellt werde, dass die Betten nicht durch das Treppenhaus der Klinik passten, dann sei es zu spät, um schwerwiegende Folgen zu verhindern. Werde der Fall von den Mitarbeitern aber vorab szenisch durchgespielt, wüssten alle Beteiligten anschließend, was an unvorhergesehenen Dingen passieren könne.

Knapp 600 Kliniken befragt. Was logisch klingt, wird in vielen deutschen Kliniken aber noch nicht praktiziert. Nur ein Drittel von ihnen nutzt bislang Verfahren zur vorausschauenden Risikoanalyse, so eine Erkenntnis aus einer kürzlich veröffentlichten deutschlandweiten Umfrage des IfPS unter insgesamt 572 Krankenhäusern – darunter freigemeinnützige ebenso



Wenn's schnell gehen muss: Spielen Klinikmitarbeiter Evakuierungsszenarien auf einer Station vorab durch, merken sie, was im Ernstfall schiefgehen kann.

wie private und konfessionelle Häuser, große Uniklinken ebenso wie kleinere Kreiskrankenhäuser. Erstellt wurde die Studie in Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse.

Laut Umfrage macht die Patientensicherheit an den Krankenhäusern Fortschritte. Diese zeigen sich auf allen Gebieten: So verwenden heute nahezu alle der befragten Kliniken ein breites Datenspektrum, um Risiken und Schwachstellen in der Behandlung, aber auch in Abläufen aufzuspüren. 98 Prozent der Häuser nutzen dazu etwa Patientenbefragungen. Im Jahr 2010, zum Zeitpunkt der Vorgängerbefragung, taten dies nur 47 Prozent. Schadensfälle werten inzwischen 91 Prozent der befragten Häuser aus – vor fünf Jahren waren es 79 Prozent.

91 Prozent der Kliniken erheben selbst Daten, um Stolpersteine in internen Abläufen zu entdecken (2010: 84 Prozent) und zu beseitigen.

Häuser setzen auf Fehlermeldesysteme.

Auch in Sachen Risikobewältigung tut sich einiges – bewährte Verfahren kommen immer häufiger zum Einsatz. Beispiel Infektionen: 91 Prozent der Kliniken führen inzwischen ein systematisches MRSA-Screening bei Risikopatienten durch, im Jahr 2010 waren es lediglich 72 Prozent (siehe Grafik).

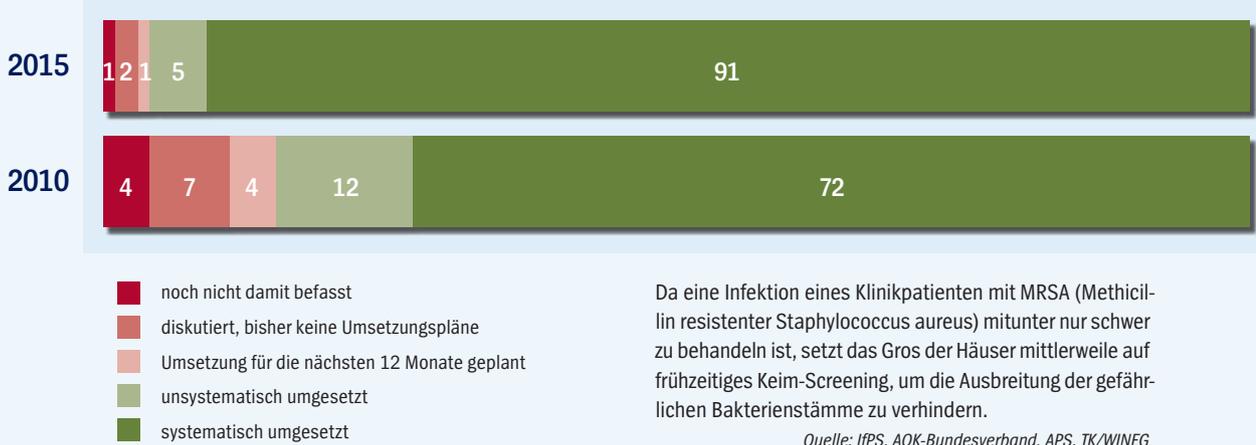
Auch die Einführung professioneller Fehlermeldesysteme – sogenannter Critical Incident Reporting Systems, kurz CIRS genannt –, deren Einsatz den Krankenhäusern vom Gemeinsamen Bundesausschuss aus Ärzten, Krankenkassen, Kliniken und Patientenvertretern emp-

Webtipps

- Deutschlandweite Befragung des Instituts für Patientensicherheit zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements (kRM): www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen
- Informationen der AOK zum Thema Patientensicherheit: www.aok-bv.de > Politik > Patientensicherheit

Neun von zehn Kliniken wenden Keim-Screening an

Systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten der Jahre 2010 und 2015 im Vergleich – das sagen die Krankenhäuser (Angaben in Prozent):



Da eine Infektion eines Klinikpatienten mit MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) mitunter nur schwer zu behandeln ist, setzt das Gros der Häuser mittlerweile auf frühzeitiges Keim-Screening, um die Ausbreitung der gefährlichen Bakterienstämme zu verhindern.

Quelle: IfPS, AOK-Bundesverband, APS, TK/WINEG

fohlen wird, kommt gut voran. Inzwischen setzen mit 68 Prozent der Kliniken doppelt so viele Häuser auf ein solches lokales Berichtssystem über kritische Vorkommnisse.

Insgesamt gesehen habe sich das klinische Risikomanagement zuletzt also positiv entwickelt, betont IfPS-Direk-

Die Abteilungen eines Krankenhauses müssen sich stärker austauschen.

torin Manser. Ermutigend sei etwa, dass in den Kliniken mehr Schulungen zu CIRS-Fehlermeldesystemen stattfänden und die „Reaktionszeit“ auf Fehlermeldungen von Ärzten oder Pflegekräften kürzer geworden sei.

Gleichwohl gebe es noch weiße Flecken. Eine „offene Sicherheitskultur“ beispielsweise sei „vielerorts noch keine gängige Praxis“, so Manser. Krankenhausinterne Prozesse seien stärker zu standardisieren und der Austausch zwischen einzelnen Abteilungen und Funktionsbereichen auszubauen, zählt die Expertin zwei wichtige Hausaufgaben für die Kliniken auf. Auch bei der Zu-

sammenführung von Risikoinformationen, aus denen sich lernen lasse, gebe es Luft nach oben.

Die Krankenhäuser selber sehen das größte Risikopotenzial bei der Aufnahme ihrer Patienten, deren Entlassung nach Hause oder in nachsorgende Einrichtungen, im internen Abteilungswechsel sowie bei der Übergabe eines Patienten von der einen zur anderen Station. An zweiter Stelle folgen Risiken bei der Arzneimitteltherapie. Auf Platz drei liegen diagnostische und therapeutische Risiken (2010: Rang sechs). Die Notfallaufnahme rangiert auf Platz vier, Infektionen/Hygiene auf Platz fünf (2010: Platz drei).

Engagement für Sicherheitskultur. Doch trotz aller Fortschritte in Sachen Patientensicherheit: Behandlungsfehler seien bis heute eine „heikle Angelegenheit“, betont Martin Litsch, kommissarischer Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

Die Gesundheitskasse habe deshalb bereits vor vielen Jahren damit begonnen, gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und anderen Partnern das Thema Patientensicherheit in der stationären Versorgung nach vorne zu bringen. Exemplarisch nennt Litsch die 2008 veröffentlichte Broschüre „Aus Fehlern lernen“, in der sich erstmals Persönlichkeiten aus der Medizin zu Fehlern

bekanntem. Auch die Aktion „Saubere Hände“ oder das Teamtraining für Geburtshelfer „Simparteam“, das aus einer systematischen Fehleranalyse bei Geburtsvorgängen heraus entwickelt wurde, seien Belege für das Engagement der AOK in punkto Sicherheitskultur und Qualität im Gesundheitsbereich.

An Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen schließlich richte sich die 2014 erschienene Broschüre „Jeder Fehler zählt“, die – so Litsch – einmal mehr belege: „Es ist richtig, über Fehler zu Oreden. Nur dann lässt sich etwas lernen.“ ■

Fehler melden ohne Angst

Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (KH-CIRS-Netz) ist ein Berichtssystem, mit dem Ärzte und Pflegekräfte Fehler und Beinaheschäden im Klinikalltag anonym melden können, ohne gleich persönlich am Pranger zu stehen. In Deutschland gibt es ein solches zentrales Fehlerberichtssystem für Krankenhäuser seit 2010. Die Betreiber von KH-CIRS-Netz sind das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ, das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Pfliegerat. Nach Angaben des ÄZQ beteiligen sich bislang etwa ein Prozent aller Krankenhausstationen an diesem Berichts- und Lernsystem.

Mehr Infos: www.kh-cirs.de

Abschied von der Gießkanne

Während die Kliniken die geplante Krankenhausreform als Sparmaßnahme titulieren, loben Gesundheitsökonom und Unternehmensberater das Vorhaben: Gute Kliniken bekommen künftig ganz gezielt mehr Geld. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Zum ersten Mal in seiner Amtszeit erlebt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe derzeit so etwas wie ein gesundheitspolitisches Spießrutenlaufen: Kliniken, Ärzteschaft, Pflegekräfte und Gewerkschaften machen ihrer Verärgerung über das von Bund und Ländern gemeinsam auf den Weg gebrachte Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) öffentlichkeitswirksam Luft – und das nicht nur vor dem Brandenburger Tor. Doch die Kritik läuft nach Ansicht von Professor Dr.

stellen will. Allein 2016 fließen zusätzlich zu den normalen Budgetsteigerungen in Milliardenhöhe 600 Millionen Euro durch das KHSG (Stand: September 2015). „Das Erreichen von Qualitätszielen gibt es nicht zum Nulltarif“, stellen die beiden Experten unmissverständlich klar. Doch anders als bisher werde das Geld nicht mehr nach dem „Gießkannenprinzip“ verteilt, sondern „zielgenau und zweckgerichtet an die richtigen Kliniken“. Häuser also, die durch Qualität überzeugen.

erreichen“, halten Beivers und Penter für vertretbar, solange die regionale Versorgung insgesamt sichergestellt sei.

Fonds hilft beim Umbau. Doch nicht nur die gesundheitspolitischen Ziele des KHSG heißen die Experten gut. Sie halten auch eine Reihe der im Gesetzentwurf vorgesehenen Instrumente für geeignet, den Umbau der Kliniklandschaft unter Qualitätsaspekten zu fördern. Dazu zählt etwa der Strukturfonds, mit dessen Hilfe Klinikschließungen oder das Umwandeln von Standorten in Pflegeheime oder ambulante Einrichtungen unterstützt werden sollen.

Kritisch sehen Beivers und Penter dagegen das Vorhaben, neben Zuschlägen für gute Qualität auch Abschläge für schlechte Leistungen zu erlauben: „Wird ein Qualitätsmindeststandard nicht erreicht, darf die Leistung nicht günstiger werden, sondern sollte überhaupt nicht mehr erbracht werden.“ Bedauerlich sei darüber hinaus, dass das KHSG die Problematik der mangelhaften Finanzierung von Krankenhaus-Investitionen durch die Bundesländer nicht löse. Hier stünden die Länder weiterhin mit zusätzlich drei Milliarden Euro jährlich in der Pflicht.

Unterm Strich aber, daran lassen die beiden Professoren auch mit Blick auf die Protestaktionen keinen Zweifel, verdiene „die erste strukturelle Krankenhausreform seit zehn Jahren Anerkennung“. Deshalb sollten „alle Akteure auf den letzten Metern keine Wirkungsverluste mehr riskieren“. ■



Ausgedient: Künftig sollen Krankenhäuser nicht mehr nach dem Gießkannenprinzip gefördert werden.

Andreas Beivers von der Hochschule Fresenius in München und von Professor Dr. Volker Penter von der Unternehmensberatung KPMG ins Leere. Das KHSG, so machen der Gesundheitsökonom und der Wirtschaftsprüfer in einer gemeinsamen Analyse deutlich, sei kein „Spardiktat für die Krankenhäuser“. Es handele sich bei dem Gesetz vielmehr um einen überfälligen qualitätsorientierten Strukturumbau der Kliniklandschaft.

So verweisen die Experten darauf, dass der Gesetzgeber den Kliniken zwischen 2016 und 2020 zusätzliche Mittel in Höhe von 6,2 Milliarden Euro zur Verfügung

Mehreinnahmen möglich. Für einzelne Kliniken könne das KHSG folglich durchaus Erlösminderungen zur Folge haben. „Den qualitativ hochwertigen, bedarfsnotwendigen Krankenhäusern werden dagegen deutliche Mehreinnahmen ermöglicht“, so Beivers und Penter. Für die beiden Professoren ist diese Umverteilung nichts anderes als „Ausdruck des politisch gewollten und anvisierten Ziels einer qualitätsorientierten Strukturreform der stationären Versorgung“. Selbst „Marktaustritte“ kompletter Krankenhäuser, die ein „vorgegebenes Mindestmaß an Qualität auf Dauer nicht

Webtipp

A. Beivers, V. Penter: **Gesundheitsökonomische Stellungnahme zu den Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes**. Download: www.adhibeo.de > Einschätzungen/Meinungen

Mit Seelenknacks in Lohn und Brot

Was machst Du beruflich? Nichts, müssen viele psychisch kranke Menschen auf diese Frage antworten. Was ihnen hilft, einen Arbeitsplatz zu finden und zu behalten, war Thema einer Tagung in Berlin. Von **Änne Töpfer**

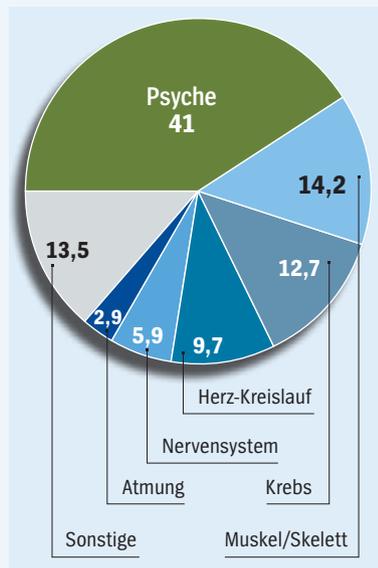
Erst platzieren, dann trainieren – so lautet eine Erfolgsformel für die Integration von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Arbeitsmarkt. Das machten Wissenschaftler auf einer Fachtagung deutlich, zu der die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Verein Gesundheitsstadt Berlin eingeladen hatten. Aber inwieweit profitieren Menschen mit Krankheiten beispielsweise aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer bipolaren Störung (manisch-depressiv) in Deutschland von diesem Konzept?

Das geht aus einer Expertise hervor, die Dr. Uta Gühne und Professorin Dr. Steffi Riedel-Heller von der Universität Leipzig vorgelegt haben (*siehe Lesetipp*). Demnach bieten bundesweit 52 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und 24 Berufliche Trainingszentren (BTZ) Elemente von Supported Employment, also unterstützter Beschäftigung. Dabei helfen Job-Coaches den Teilnehmern, an ihrem Arbeitsplatz Fuß zu fassen. Offenbar mit einem gewissen Erfolg: Von 1.150 RPK-Absolventen im Jahr 2013 waren ein Jahr nach dem Ende der Förderung 26 Prozent im allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. Bei den BTZ-Absolventen waren es von 1.641 Teilnehmern im Jahr 2011 sogar 60 Prozent, die sechs Monate nach dem Training einen Job im Ersten Arbeitsmarkt hatten. Und Job-Coaches können noch mehr bewirken, wie Riedel-Heller hervorhob: „Wer am Arbeitsplatz unterstützt wird, braucht weniger Therapie.“

Etwas zutrauen. Doch die meisten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen scheitern mit ihrem Wunsch zu arbeiten an kleinteiligen, schlecht vernetzten Förder-Strukturen. Vielen bleibt

Kranke Psyche, früh verrentet

Gründe für Verrentungen wegen Erwerbsminderung in Prozent 2011



Psychische Krankheiten führen immer noch häufig zur Frühverrentung. Unter den Gründen für die 2011 bewilligten gesundheitsbedingten Erwerbsminderungsrenten machten sie 41 Prozent aus.

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer 2013

nur der Weg in die Frührente (*siehe Ausbildung*). Ob psychisch Kranke in Lohn und Brot kommen, hängt oft vom Engagement Einzelner ab. Das schilderte in Berlin Janine Berg-Peer, Mutter einer in jungen Jahren an Schizophrenie erkrankten Tochter. „Eine Soziotherapeutin hat meine Tochter nachdrücklich motiviert, zu arbeiten. Zunächst im Café-Restaurant Pinelli in Berlin-Schöneberg, das psychisch kranken Menschen Beschäftigung bietet. Heute arbeitet meine Tochter als Genesungsbegleiterin.“ An die Therapeuten appellierte Berg-Peer: „Trauen Sie unseren Kindern etwas zu.“

Jens Schuster traut als Arbeitgeber psychisch kranken Menschen viel zu. Er leitet eine Handelsgesellschaft mit 25 Mitarbeitern, darunter mehrere Menschen mit psychischen Behinderungen. „Diese Mitarbeiter liefern hervorragende Leistungen und sind sehr loyal“, sagt der Unternehmer. Wichtig sei eine offene Kommunikation. „Die Menschen müssen rechtzeitig sagen, wenn sie sich überlastet fühlen. Dann können wir helfen.“

Verständnis in Krisen. Einen solchen Arbeitgeber wünscht sich auch eine psychisch kranke Fitnesskauffrau, über die Dr. Annette Seiter vom Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit berichtete: „Die junge Frau sagte mir, dass sie keine Umschulung möchte, sondern einen Arbeitgeber, der sie in einer krankheitsbedingten Krise nicht gleich auf die Straße setzt.“ Dabei könne die seit 2009 nach dem Sozialgesetzbuch IX vorgesehene unterstützte Beschäftigung helfen. Bundesweit stünden dafür rund 3.000 Plätze zur Verfügung.

Den „großen Wunsch der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, in Arbeit zu kommen“, hat auch Dr. Rolf Schmachtenberg wahrgenommen. Der Abteilungsleiter aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nannte Vorhaben für das geplante Bundesteilhabegesetz, die helfen könnten, diesem Wunsch zu entsprechen: Ein Teilhabeplan soll die Zusammenarbeit der Reha-träger verbessern und die Beratung soll einsetzen, bevor die Reha beginnt. ■

Lesetipp

Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller: **Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland**, Download unter: www.dgppn.de

Von der Wirklichkeit überholt

Die Digitalisierung kommt in Praxen, Kliniken und bei Krankenkassen nur langsam voran. Ein Grund: Die Beteiligten blockieren sich gegenseitig. Wie Politik und Selbstverwaltung elektronisch Anschluss halten, war Thema eines Symposiums. **Von Thomas Rottschäfer**

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom November 2003 sah die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zum 1. Januar 2006 vor. Neun Jahre später ist sie da, doch bis auf das Lichtbild der Versicherten unterscheidet sie sich nicht von der Vorgängerkarte. Martin Litsch hat dafür eine Erklärung: „Durch Gesetze ändert sich die Wirklichkeit nicht.“ Beim gevko-Symposium 2015 in Berlin sagt der Vorstandschef der AOK NORDWEST und Interimsvorstand des AOK-Bundesverbandes das nicht ohne eine Portion Sarkasmus. Er ist skeptisch, ob das geplante E-Health-Gesetz den Durchbruch für bereits Anfang des Jahrtausends geplante neue Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief, die elektronischen Patientenakten oder das elektronische Rezept bringt. Doch Litsch hat auch einen Lösungsvorschlag: „Wichtiger als ein Gesetz ist das Überwinden von Misstrauen und eingefahrenen Strukturen“, appelliert er an die Kongress-Teilnehmer – darunter viele Vertreter von Organisationen und Verbänden im Gesundheitswesen, die sich in der Telematik seit Jahren gegenseitig blockieren.

Vom Gegeneinander zum Miteinander. Bei dem zweitägigen Symposium wird viel darüber referiert und diskutiert, was vom GKV-Stärkungsgesetz, vom Innovationsfonds und vom E-Health-Gesetz in Sachen Digitalisierung zu erwarten ist. Doch es geht um etwas anderes: Wie ein roter Faden zieht sich die Erkenntnis durch die Veranstaltung, dass Politik und Selbstverwaltung den E-Health-Anschluss zu verlieren drohen.

Professor Dr. Stefan Spitzer von der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung formuliert es drastisch: „In ein paar Jahren werden wir Google oder



Gesundheits-Apps sind längst Alltag, während die E-Card sich schwer tut.

Apple auf Knien bitten, uns die EKG-Daten unserer Patienten zu überlassen.“ Dass neben den Datenkraken aus Übersee viele andere Privatunternehmen in den Startlöchern stehen, um aus Gesundheitsdaten Profit zu schlagen und Versorgungsketten abseits des Sozialgesetzbuches zu knüpfen, machen Dr. Tobias Gantner vom Beratungsunternehmen „HealthCare Futurists“ und Sebastian Vorberg vom Bundesverband Internetmedizin provozierend deutlich.

Der Bedarf ist da: Täglich 40 Millionen Gesundheitsanfragen bei Google und ein rasant wachsender Markt für Medizin- und Gesundheits-Apps sprechen Bände. „Die Digitalisierung des Gesundheitswesens kommt – mit uns oder ohne uns“, betont Martin Litsch. „Wir brauchen deshalb dringend eine Telematik-

infrastruktur, die sicher, vertraulich, schnell und bedienbar funktioniert. Dazu müssen wir das Gegeneinander beenden.“

Software für die Praxis. Als Brückenbauer fungiert insbesondere die gevko GmbH. Das AOK-Tochterunternehmen bringt mit der von ihr entwickelten neutralen S3C-Schnittstelle innovative Versorgungskonzepte in die Praxis. Inzwischen findet der IT-Standard zur Abbildung von Vertragsinhalten in der Arztpraxissoftware im Rahmen von 30 Versorgungsverträgen verschiedener Krankenkassen Anwendung. Das S3C-Arzneimittelmanagement und der Medikationsplan sind zudem Kerninhalte der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen, die die AOK PLUS gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Apothekerverbänden beider Bundesländer gestartet hat.

Der Branchen-Treff in Berlin verdeutlicht einmal mehr, dass die Vielzahl von geeigneten Einzellösungen nach wie vor auf intelligente Vernetzung wartet. Technisch ist dafür die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zuständig. Die von den Spitzenverbänden der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenkassen getragene gematik baut derzeit die Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen auf. Doch technisches Know-how ist nicht alles: „Vernetzung beginnt im Kopf. Und das setzt eine neue Vertrauenskultur voraus“, sagt gevko-Geschäftsführer Professor Dr. Guido Noelle. ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Kontakt: info@satzverband.de

MEHR INFOS:
www.gevko.de

„Demenz-Managerin entlastet den Arzt“

Eine systematische, hochwertige Versorgung für Menschen mit Demenz ist nicht flächendeckend vorhanden, sagt **René Thyrian**. Der Psychologe testet ein Konzept, das Hausärzte bei der Diagnose und Behandlung des Gedächtnisschwunds unterstützt.

Welche Lücken bestehen in der Versorgung von Menschen mit Demenz?

Thyrian: Viele Menschen mit Demenz bekommen die Diagnose erst spät oder gar nicht. Auch wenn Ärzte eine Verdachtsdiagnose stellen, unterbleibt doch häufig eine leitliniengerechte Diagnostik, zu der beispielsweise bildgebende Verfahren gehören. Angebote zur Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Ärzten fehlen – sie finden zu wenige Informationen darüber, welche Leistungen ihnen zustehen, was regional verfügbar und individuell geeignet ist. Eine systematische, hochwertige Versorgung für Menschen mit Demenz ist in Deutschland nicht flächendeckend vorhanden.

Inwiefern hilft das Dementia Care Management (DCM), Lücken zu schließen?

Thyrian: Wir stellen Hausärzten und Menschen mit Demenz eine Versorgungsmanagerin an die Seite. Die Dementia Care Managerin – dabei handelt es sich um examinierte Krankenschwestern mit Zusatzqualifikation für Beratung, Case-management und Demenz – bearbeitet die verschiedenen Bedarfe der Patienten. Beim DCM fließt alles an einer Stelle zusammen. Das Konzept basiert auf einem Behandlungs- und Versorgungsplan, der sich beschreiben, dokumentieren und überprüfen lässt.

Welchen Nutzen haben Patienten, Angehörige und Ärzte davon?

Thyrian: Die DCM macht Hausbesuche und entlastet damit den Arzt. Er hat mit den DCM Partnerinnen an der Hand, die sich beispielsweise um die Pflegeinstufung kümmern. Der Patient kann mit der Managerin offene Fragen klären. Sie

hilft den Patienten, individuell passende Angebote zu finden. Die Angehörigen haben in ihr eine Ansprechpartnerin, die sie berät und für Entlastung sorgen kann.

Wie ist das Konzept aufgebaut?

Thyrian: Die DCM fahren innerhalb von

Lebensqualität. Wir messen Verhaltensauffälligkeiten, schauen, ob die Arzneimittelbehandlung adäquat ist und hoffen, dass die Belastung der Angehörigen gesunken ist. Das DCM soll dafür sorgen, dass die Patienten möglichst lange zu Hause leben können. Es soll helfen, die häusliche Situation zu stabilisieren.



Das Dementia Care Management soll helfen, die häusliche Situation zu stabilisieren.

Dr. René Thyrian

sechs Monaten mehrmals zu den Patienten, um die häusliche Situation kennenzulernen. Hinzu kommen Telefonate. Eine Software standardisiert die Arbeit. Die DCM erhebt damit Grunddaten. Auf Basis der eingegebenen Daten gibt das Programm automatisiert Empfehlungen zur Versorgung. Wenn die Erhebung beispielsweise zeigt, dass der Patient in den alltäglichen Fähigkeiten stark beeinträchtigt ist, aber nur Pflegestufe 1 hat, empfiehlt die Software den Antrag auf Höherstufung. Anhand von rund 100 Parametern entsteht so ein Behandlungs- und Versorgungsplan. In unserer Studie wird er in der Fallkonferenz besprochen und ist Grundlage für einen Arztbrief.

Was messen Sie in Ihrer Studie?

Thyrian: Wir erfassen in der Kontroll- und Interventionsgruppe nach einem Jahr die

Welche Ergebnisse deuten sich an?

Thyrian: Erste Auswertungen zeigen, dass Ärzte die Demenz öfter erkennen. Die Diagnose einer Demenz hat in unserer Stichprobe Vorteile: Ärzte scheinen genauer zu schauen, ob eine Behandlung angepasst ist. Das Konzept hat bei Patienten und Hausärzten eine hohe Akzeptanz. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

PD Dr. René Thyrian, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Rostock/Greifswald, koordiniert eine Studie zum Dementia Care Management. Daran nehmen rund 600 Patienten von rund 100 Hausärzten teil. Rund 40 Prozent der Patienten haben eine Demenz-Diagnose. Die Studie hat 2012 begonnen, erste Ergebnisse werden Anfang 2016 vorliegen. Kontakt: Rene.Thyrian@dzne.de

Rettung



für die Notfallmedizin

Überfüllte Klinikambulanzen, hohe Vorhaltekosten, fehlende Behandlungsstandards – die Notfallversorgung in Deutschland bedarf einer Reform. Ein Vorbild ist Dänemark: Dort bündeln Zentren Kompetenzen und Ressourcen und haben damit die Sterblichkeit bei Herzinfarkt und Schlaganfall gesenkt.

Von **Boris Augurzky** und **Andreas Beivers**

Bei akuten, schweren Gesundheitsstörungen sollen Menschen in Deutschland rund um die Uhr schnell medizinische Hilfe finden. Sie wählen 112, 116117 oder begeben sich direkt in die Notfallambulanz eines Krankenhauses. Was danach geschieht, unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland: Die Notfallversorgung und die Rettungsmedizin ist in Deutschland föderal organisiert und hat sich aus historischen Strukturen entwickelt. Zahlreiche Institutionen beteiligen sich an der Versorgung im medizinischen Notfall. Sie basiert auf den drei Säulen ambulante Therapie, Rettungswesen und Notaufnahme im Krankenhaus. Wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems besteht auch in der Notfallversorgung Verbesserungsbedarf – ein Thema für die aktuelle Krankenhausreform.

Zweifel an der Effizienz. Die stationäre Notfallversorgung scheint in Deutschland auf den ersten Blick gut aufgestellt zu sein: Rund 1.850 von 2.000 Krankenhäusern nehmen daran teil. Allerdings mangelt es an einer bundesweit einheitlichen Definition des medizinischen Notfalls sowie verbindlicher Vorgaben und Standards. Deshalb bleibt bei der Krankenhausplanung der Länder offen, ob und welche der beteiligten Krankenhäuser Notfall-Leistungen überhaupt adäquat erbringen können. Zudem ist zweifelhaft, ob eine derart kleinteilige Struktur effizient ist. Notfallaufnahmen sind häufig ein wirtschaftlich defizitärer Bereich. Matthias Brachmann von der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) beziffert die Differenz zwischen Kosten und Erlösen in der Notfallversorgung allein für die über die Kassenärztliche Vereinigung

abgerechneten Fälle auf bundesweit mehr als eine Milliarde Euro (Schätzung aus dem Jahr 2014).

„Selbstvorsteller“ füllen Ambulanzen. Ohne verbindliche Definition gilt als Notfall-Patient, wer sich subjektiv in seiner Gesundheit bedroht fühlt. Nach Daten aus dem Krankenhaus Rating Report 2015 waren im Jahr 2013 43 Prozent der stationären Aufnahmen an deutschen Krankenhäusern Notfälle. Das entspricht rund sieben Millionen Patienten. In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Patienten in den Krankenhaus-Notaufnahmen deutlich gestiegen. Nach Ergebnissen einer DGINA-Mitgliederbefragung von 2013 kamen knapp 40 Prozent der Patienten von Notaufnahmen als „Selbstvorsteller“, also ohne ärztliche Überweisung und nicht mit dem Rettungsdienst. Das führt dazu, dass viele Notaufnahmen überfüllt und überlastet sind. So entsteht selbst in objektiv überversorgten Regionen und Städten ein Gefühl der Unterversorgung.

Gesetzgeber will Strukturen ändern. Der aktuelle Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sehen deshalb einige Neuerungen für die Notfallversorgung vor. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) unter Berücksichtigung planungsrelevanter Indikatoren bis Ende 2016 ein gestuftes System von vorzuhaltenden Notfallstrukturen vorlegen. Korrespondierend dazu sollen die Vertragspartner auf Bundesebene (unter anderem GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung) bis zum 30. Juni 2017 unterschiedliche Zu- oder Abschläge für die vereinbarten Notfallstufen auf Grundlage der Vorhaltekosten beschließen. Dies weist in die richtige Richtung. Nun muss jedoch die Konkretisierung folgen. Lösungsansätze hat das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) 2014 im Gutachten „Krankenhausplanung 2.0“ und im Positionspapier „Mit Helikopter und Telemedizin“ veröffentlicht (siehe Web- und Lesetipps auf Seite 23). Dieser Artikel stellt Auszüge daraus vor.

In der Planung umdenken. Angesichts der wirtschaftlichen Schiefelage vieler Krankenhäuser, des demografischen Wandels sowie eines schon heute spürbaren Fachkräftemangels muss bei der Krankenhausplanung umgedacht werden. Die Versorgung von Notfallpatienten sollte zentraler Bestandteil der Planung bleiben, um eine flächendeckende Infrastruktur sicherzustellen. Der Schwerpunkt muss auf Qualität und einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben liegen. Sowohl ein Ausbau der Luftrettung als auch die Anbindung von mehr ländlichen Kliniken an telemedizinische Netzwerke können selbst bei schwindenden Ressourcen und möglicherweise bevorstehenden Krankenschließungen die qualitative Versorgungssicherheit der Bevölkerung nicht nur erhalten, sondern gegebenenfalls sogar erhöhen. Dies zeigt das Beispiel Dänemark.

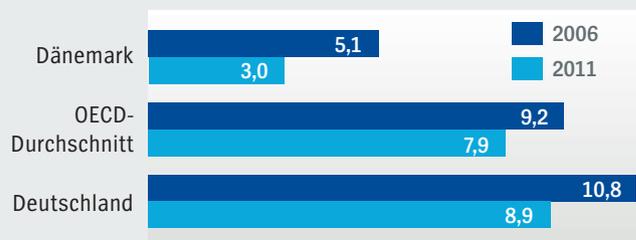
Eine Tagesreise mit der Pferdekutsche. Die Betrachtung der Notfallversorgung in Dänemark kann interessante Ansätze für die in Deutschland notwendige Umstrukturierung liefern. Denn auch Dänemarks Kliniklandschaft war bis Ende der 1990er

Jahre von vielen kleinen Krankenhäusern geprägt. Gemäß einem früheren königlichen Erlass musste jeder Untertan mit der Pferdekutsche im Laufe einer Tagesreise ein Krankenhaus erreichen können. Diese Krankenhäuser hatten typischerweise die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie mit Unfallchirurgie, Radiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe und später auch Anästhesie. Fast alle Häuser nahmen an der Notfallversorgung teil. Sowohl die hohen Vorhaltekosten als auch die Tatsache, dass kleine Häuser das steigende notfallmedizinische Kompetenzniveau nicht mehr halten konnten, führte in den Jahren 2000 bis 2006 zur Schließung vieler dieser Kliniken. Dänemark entwickelte das Konzept der „Zentralen Notaufnahmen“. Sie sind die Eintrittspforte in das Krankenhaus für alle nicht zu planbaren Eingriffen (elektiv) eingewiesenen Patienten. Krankenhäuser mit Notaufnahmen erhalten keine Sonderfinanzierung. Die Zahl der Häuser mit Notaufnahmen reduzierte sich von 56 auf 27. Mit wenigen, aber größeren Notfallzentren stellt Dänemark heute eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicher. Für die Notfallzentren gelten klar definierte einheitliche Strukturvorgaben. So müssen beispielsweise rund um die Uhr und jeden Tag Fachärzte für Innere Medizin mit kardiologischer Erfahrung, für Allgemein- und Unfallchirurgie sowie für Anästhesie/Intensivmedizin, Radiologie und Labor anwesend sein.

Bedeutung des Rettungsdienstes wächst. Die Umstrukturierung in Dänemark hat die Anfahrtwege auf durchschnittlich 60 Kilometer bis zur nächsten Notaufnahme oder 150 Kilometer bis zum nächsten Krankenhaus der Maximalversorgung beziehungsweise zu einer Uniklinik verlängert. Damit stieg die Bedeutung des Rettungsdienstes. Neben Notärzten arbeiten in Dänemark heute „Paramediziner“ im Rettungswesen. Paramediziner haben eine dreijährige Berufserfahrung als „Ambulancebehandler“ (Fachkräfte im Rettungsdienst) und absolvieren zusätzlich eine fünfjährige Ausbildung auf einer Spezial-Akademie sowie Praktika auf der Intensivstation und im Not-

Dänemark rettet mehr Herz-Patienten

Sterblichkeit bei Herzinfarkt-Patienten im Krankenhaus
2006 und 2011



Wegen einer guten Notfallversorgung haben Patienten bei einem Herzinfarkt in Dänemark bessere Überlebenschancen als in Deutschland und im Durchschnitt der Industrienationen (OECD). So ist in Dänemark die Sterblichkeitsrate von 5,1 im Jahr 2006 auf 3,0 im Jahr 2011 gesunken. In Deutschland lag die Rate 2011 bei 8,9, im OECD-Durchschnitt bei 7,9.

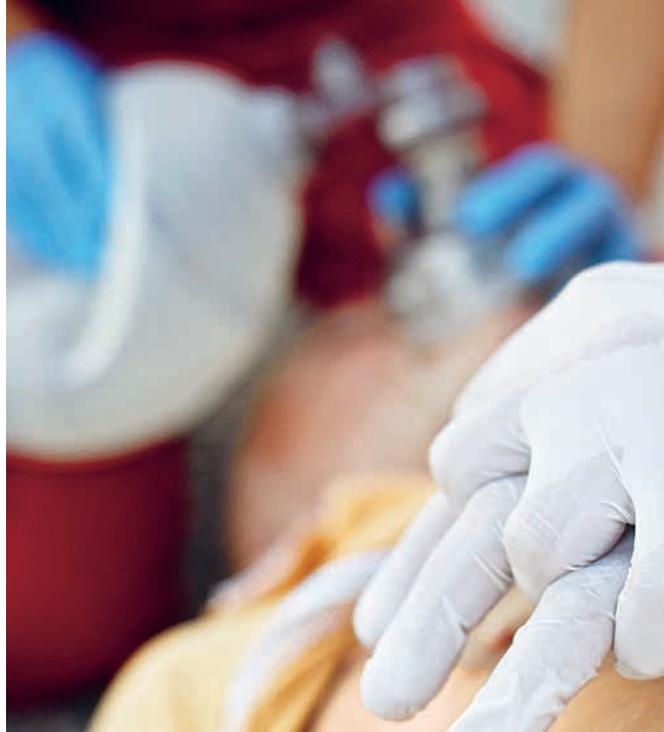
Quelle: Busse, Datenquelle: OECD Health Statistics (2013)

arzteinsetzfahrzeug. Paramediziner haben mehr Kompetenzen bei medizinischen Leistungen und Medikamentengaben als Ambulancebehandler. Sie entlasten auch die Laborabteilungen der Krankenhäuser und den Krankentransport, indem sie bei Patienten, die nicht selbst zu Blutentnahmen ins Krankenhaus oder zum niedergelassenen Arzt kommen können, Routine-Laborproben abnehmen. Um den steigenden Anforderungen an Erfahrung und Fachwissen gerecht zu werden, arbeiten in Dänemark im Rettungswesen ausschließlich hauptamtliche Kräfte. Diese Veränderungen haben nicht nur zu einer stärkeren Professionalisierung, sondern auch zu einer höheren Attraktivität des Berufsfeldes geführt.

Flugrettung ausbauen. Um die Transportzeiten bei akuten und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu verkürzen, hat die dänische Flugrettung ihre Kapazitäten erweitert. Für die häufigsten rettungsdienstlichen Krankheitsbilder gibt es verpflichtende Behandlungsabläufe, die im ganzen Land einheitlich sind und insbesondere auf Telemedizin setzen. Überdies unterliegt der Rettungsdienst einer systematischen Qualitätskontrolle. Mehrere externe Untersuchungen zur Zufriedenheit von Patienten ergaben sehr positive Ergebnisse: 98 Prozent der Patienten bewerteten das Rettungspersonal mit gut bis sehr gut, 91 Prozent schätzten die Eintreffzeit mit gut bis sehr gut ein (Region Nordjütland 2013). Auch in der medizinischen Ergebnisqualität hat sich die Notfallversorgung in den letzten Jahren in Dänemark deutlich verbessert. So sank die Sterblichkeitsrate von Herzinfarkt-Patienten von 8,4 pro 100 Klinikaufnahmen im Jahr 2001 auf 3,0 im Jahr 2011 und bei Schlaganfall von 6,7 auf 4,1 (siehe Abbildung „Dänemark rettet mehr Herz-Patienten“ auf Seite 20.)

Notfall einheitlich definieren. Aus der gegenwärtigen Situation und dem Vergleich mit Dänemark lassen sich für Deutschland verschiedene Handlungserfordernisse ableiten. Notfallpatienten müssen mit einem vergleichsweise hohen strukturellen und personellen Aufwand in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses versorgt werden. Damit eine derartige Versorgung bei hoher Qualität sichergestellt ist, bedarf es einer einheitlichen Definition des Notfalls. Die in Hessen verwendete Definition bietet einen ersten Ansatz zur Charakterisierung tatsächlicher Notfälle. In Paragraph 3 Absatz 4 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes heißt es: „Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt.“

Da eine Abgrenzung der Notfälle anhand von medizinischen Diagnosen nur im Nachhinein möglich ist, muss die Notfallbehandlung im Voraus basierend auf patientenbezogenen Symptomen erfolgen. Wichtig ist zudem eine diagnostische Abgrenzung des Notfalls gegenüber planbaren Fällen. Neben den strukturellen Anforderungen an die Krankenhäuser sollten



Patienten geben dem neu aufgestellten Rettungsdienst in Dänemark gute Noten.

einheitliche Vorgaben für symptom-basierte Struktur- und Prozessanforderungen gelten. Die DGINA hat als zuständige Fachgesellschaft für ausgewählte Symptome entsprechende Vorgaben entwickelt, die sich als Grundlage nutzen und erweitern lassen. So empfiehlt die DGINA beispielsweise für die Notfall-Behandlung bei akutem Bauchschmerz standardisierte Prozesse mit Zeitangaben: kontinuierliches Monitoring der Vitalfunktionen muss innerhalb von fünf Minuten eingeleitet werden, die gezielte Anamnese/körperliche Untersuchung sollte innerhalb der ersten zehn Minuten abgeschlossen sein, Labordiagnostik und EKG liegen innerhalb von zehn Minuten vor, Ultraschall innerhalb von zehn Minuten, weitere notwendige Bildgebung wie Computertomografie sollte innerhalb von 30 Minuten gestartet werden.

Faire Abrechnung ermöglichen. Damit Notfallbehandlungen systematisch erfasst werden können, muss der Notfall im Abrechnungssystem nach Diagnosis Related Groups (DRGs) kodierrelevant werden. Möglich wäre dies mit einer neuen Zusatzkennzeichnung „Notfall“ pro Fachabteilung oder über ein ressourcen-orientiertes Einstufungssystem für Notfälle, welches die jeweils benötigten Krankenhausressourcen/-kapazitäten fallgenau zuordnen kann. Evaluierbare und verbreitete Ersteinstrumente, wie zum Beispiel der Emergency Severity Index könnten als Vorbild dienen. Ein solcher ressourcen-basierter Triage-Algorithmus soll helfen, Patienten zu identifizieren, bei denen unmittelbar ein Notfallmediziner hinzuzuo-

Was Kliniken für eine gute Notfallversorgung brauchen

Allgemein

Anbindung an den Rettungsdienst • 24-Stunden-Bereitschaft an allen Tagen • Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen • Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme • Hubschrauberlandeplatz • Nachweispflicht und Qualitätssicherung • Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin • Kostenrechnerische Nachweise für die Finanzierungssituation in der Notfallversorgung

Personell

24-Stunden-Vorhaltung von auf fachärztlichem Niveau erfahrenen Ärzte • Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal • Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten • Fachärztliche Behandlungsexpertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung

Apparativ

Rund-um-die-Uhr-Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten zur Akutbehandlung lebensbedrohlicher Notfallpatienten • Labordiagnostik • Röntgendiagnostik • Schockraum • Ultraschall diagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße

Qualität und Effizienz der Notfallversorgung in Deutschland lassen sich steigern. Wichtige Voraussetzung sind einheitliche Vorgaben für die allgemeinen, personellen und apparativen Strukturen der beteiligten Kliniken. So sollten sie beispielsweise eine Mindestanzahl an ambulanten und stationären Notfällen nachweisen sowie über Schockraum und Hubschrauberlandeplatz verfügen.

Quelle: Augurky et al., 2014

gen werden muss. Das schafft die Voraussetzungen dafür, mittelfristig die Unterschiede in den Behandlungskosten eines Notfalls in der Entgeltvergütung berücksichtigen zu können. Nur die kalkulatorische Erfassung der tatsächlichen Notfälle kann bei der Vergütung der Notfallbehandlung zu Kostendeckung führen.

Strukturanforderungen festlegen. Um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung in allen Regionen Deutschlands sicherzustellen, müssen in einer reformierten Notfall- und Krankenhausplanung – ähnlich wie in Dänemark – verbindliche Strukturanforderungen für jene Krankenhäuser definiert werden, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Diese umfassen sowohl allgemeine, personelle als auch apparative Vorgaben (siehe Übersicht „Was Kliniken für eine gute Notfallversorgung brauchen“ auf dieser Seite). Einrichtungen, die die Strukturanforderungen nicht erfüllen, sind von der Notfallversorgung auszuschließen. Die Rahmenplanung eines Landes sollte somit festlegen, welche Kliniken an der Notfallversorgung teilnehmen dürfen. Dies kann, wie im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen, in unterschiedlichen Notfallstufen erfolgen. Außerdem sollte anhand spezifischer Strukturvorgaben entschieden werden, auf welchem Level die einzelnen Häuser die Notfallversorgung erbringen.

Sicherstellungszuschläge vereinbaren. Die Vorhaltung von Anlagen und Strukturen für die Notfallversorgung ist mit hohen Kosten verbunden. Bei schwacher Auslastung reicht die Vergütung unter Umständen nicht, um diese Kosten zu decken. Sollte das in ländlichen Bereichen bei versorgungsrelevanten Einrichtungen die Tragfähigkeit gefährden, könnten die Vertragspartner einen notfallspezifischen Sicherstellungszuschlag vereinbaren – jedoch nicht als Aufschlag auf die DRG-Fallpauschale, denn dann wäre er von der Fallzahl des Krankenhauses abhängig. Vielmehr sollte der Sicherstellungszuschlag einen Teil der Fixkosten tragen, also leistungsunabhängig erfolgen. Die

Krankenversicherungen müssten diesen Zuschlag zahlen, wenn es erstens keine andere wirtschaftliche Möglichkeit zur Bereitstellung der Notfallversorgung gibt und wenn zweitens das Notfallangebot unter bundesweit einheitlichen Gesichtspunkten der Erreichbarkeit bedarfsnotwendig ist. Bei der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser durch die Weiterbehandlung von Notfallpatienten in anderen Fachabteilungen positive Deckungsbeiträge erwirtschaften können.

Ärztliche Qualifikation verbindlich vorgeben. Neben Vorgaben für die allgemeine, personelle und apparative Ausstattung der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser sind Vorgaben für die Qualifikation der beteiligten Ärzte zu entwickeln. Ärzte, die in der Notfallmedizin arbeiten, sollten künftig eine einheitliche Zusatzqualifikation nachweisen. Ein spezifisches Ausbildungscurriculum, das in eine Berufsbezeichnung mündet und den fachlichen Anspruch an eine moderne Notfallmedizin abbildet, ist beispielsweise in den USA und einigen europäischen Ländern bereits verwirklicht – nicht so in Deutschland. Die für eine umfassende Notfallmedizin erforderlichen medizinischen Kenntnisse und die notwendigen praktischen Fähigkeiten sind derzeit über verschiedene ärztliche Fachdisziplinen hinweg verteilt. Kein in Deutschland vertretenes medizinisches Fachgebiet kann jedoch alleine den Anforderungen an eine profunde und umfassende Notfallversorgung vollständig genügen.

Daher wäre es von Vorteil, die notfallmedizinischen Kompetenzen zu bündeln und eine einheitliche Qualifikation für eine professionelle Notfallmedizin zu schaffen. Sie sollte auch das notwendige organisatorische Know-how umfassen. In jedem einzelnen, für den Bereich relevanten ärztlichen Fachgebiet ist entsprechend eine einheitliche Zusatzqualifikation „Notfallmedizin“ erforderlich. Die Strukturanforderungen für ein Krankenhaus der Notfallversorgung sollten eine derartige Qualifikation verbindlich vorgeben.

Erreichbarkeit vereinheitlichen. Um in der Notfallversorgung in allen Bundesländern die gleiche Qualität zu gewährleisten, müssen Erreichbarkeitsstandards definiert werden. Die meisten Rettungsdienstgesetze der Länder legen derzeit lediglich einen Zeitkorridor für das Eintreffen des Notarztes (beziehungsweise des Rettungsteams) zum Patienten fest. Die Standards reichen dabei von fünf bis maximal 17 Minuten, wobei die meisten Länder etwa zehn bis zwölf Minuten vorgeben. Bislang hängt es also davon ab, in welchem Bundesland man wohnt, ob der gerufene Rettungswagen innerhalb einer Viertelstunde oder eher innerhalb von fünf Minuten beim Patienten sein muss. Neben bundesweit einheitlichen Vorgaben für die Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes wäre es zudem wünschenswert, einheitliche Standards dafür vorzugeben, wie viel Zeit maximal zwischen Erstversorgung des Patienten und seiner Ankunft im Krankenhaus vergehen darf. Für diese Vorgaben sollte je nach Indikation ein entsprechender Maximalwert gelten.

Hilfreich für eine zeitgerechte Versorgung von Notfallpatienten wäre die Einführung einer standardisierten Risikoeinschätzung durch den Rettungsdienst beziehungsweise durch die Einsatzleitstelle nach einem einheitlichen Triage-System. Gut organisierte, interdisziplinäre Notfallaufnahmen arbeiten in Deutschland bereits heute mit einem solchen System. Danach wird jeder Patient beispielsweise nach den Symptomen zu „Lebensgefahr“, „Schmerzen“, „Blutverlust“, „Bewusstsein“, „Temperatur“ und „Krankheitsdauer“ eingeschätzt und einer von fünf Stufen der Dringlichkeit zugewiesen. Das System kategorisiert die Patienten anhand strukturierter Vorgaben hinsichtlich der Dringlichkeit ihrer Behandlung. Im Manchester-Triage-System beispielsweise reichen die maximalen Wartezeiten auf eine Behandlung ab dem Eintreffen in der Notaufnahme eines Krankenhauses von null (Kategorie „sofort“) bis 120 Minuten (Kategorie „nicht dringend“). Jeder Kategorie ist neben einer strikten Zeitvorgabe eine farbliche Markierung zugeordnet, die bereits vor Eintreffen des Patienten an die Notaufnahme übermittelt werden könnte.

Schnelle Hilfe auf dem Land. Um die schnelle Erreichbarkeit in der Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen, sollte neben die Rettungswagen verstärkt die Luftrettung treten. In dünn besiedelten ländlichen Gebieten kann der Ausbau einer entsprechenden Infrastruktur günstiger sein als die Aufrechterhaltung nicht mehr bedarfsgerechter Krankenhausstandorte zur Sicherung der stationären Notfallversorgung.

Im interdisziplinären Forschungsprojekt PrimAIR untersuchen Wissenschaftler im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, inwieweit eine primäre Hubschrauberrettung rund um die Uhr und bei jedem Wetter die Notfallversorgung per Rettungs- und Notarztwagen in zunehmend dünner besiedelten Regionen ablösen kann (Mehr Infos:

www.projekt-primAIR.de). Erste Ergebnisse zeigen, dass dies bereits heute technisch möglich ist.

Notfallversorgung aus einer Hand. Wirtschaftliche Defizite in der Notfallversorgung sind regional unterschiedlich zu bewerten. In Ballungsräumen mit einer hohen Krankenhausedichte sollten sie nicht auftreten: Aufgrund der geringen Entfernung zum nächstgelegenen Leistungserbringer können hier defizitäre Notfallversorgungen aufgegeben werden. Allerdings führt eine Notaufnahme meist zu einer höheren Zahl an stationären Fällen mit positivem Deckungsbeitrag – also Behandlungsfällen, mit denen das Krankenhaus Geld verdient. Eine für sich betrachtet defizitäre Notfallversorgung kann daher insgesamt gesehen die wirtschaftliche Lage einer Klinik trotzdem verbessern.

In ländlichen Regionen mit wenigen Leistungserbringern und wenigen Patienten lassen sich Defizite in der Notfallversorgung möglicherweise nicht wettmachen. Die Vorhaltekosten für die verbindliche Infrastruktur müssen die Krankenversicherungen im Bedarfsfall angemessen finanzieren, beispielsweise durch einen Sicherstellungszuschlag. Eine vorangegangene Prüfung wirtschaftlich tragbarer Alternativen und eine bundesweit einheitliche Definition zur Vergabe des Sicherstellungszuschlags sind jedoch Voraussetzung. Eine Bündelung von ambulanten und stationären Notfallkapazitäten sowie der Rettungsdienste bietet sich in vielen Fällen an. Eine solche Notfallversorgung „aus einer Hand“ sollte dabei nicht nur wirtschaftlich vorteilhafter, sondern auch qualitativ besser sein als die Angebote durch einzelne Leistungserbringer. Statt den Status quo zu konservieren, sollten alle Beteiligten umdenken, damit die Notfallversorgung zukunftsfähig wird. ■

Dr. Boris Augurzky leitet den Kompetenzbereich Gesundheit am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen.

Prof. Dr. Andreas Beivers ist Studiendekan für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Business School an der Hochschule Fresenius in München. **Kontakt: Beivers@hs-fresenius.de**

Web- und Lesetipps

- Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N.: **Mit Helikopter und Telemedizin: Für eine Notfallversorgung der Zukunft.** RWI Positionen 63, 12/2014.
- Augurzky, B., Beivers, A., Kirstein, A.: **Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?** In: Krankenhaus-Report 2015, Schwerpunkt: Strukturwandel, Schattauer Verlag, 2015.
- Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., Veltkamp, C.: **Krankenhausplanung 2.0.** Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek). RWI Materialien. Heft 84, 2014.
- G+G-Spezial 2/2015: **Patient Klinik.**
Download unter: www.aok-bv.de > Mediathek > G+G-Spezial
- www.dgina.de Homepage der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V., dort Download verschiedener Empfehlungen und Positionspapiere
- www.reform-aktuell.de Homepage des AOK-Bundesverbandes mit Informationen zur Krankenhausreform

Schnelle Hilfe: Wie wird die Notfall

Jeder Mensch hat das Recht auf adäquate Hilfe im medizinischen Notfall. Dafür stehen die kassenärztlichen Notdienste, der Rettungsdienst und die Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen, Intensivstationen und Fachabteilungen bereit. In Zukunft müssen diese drei Säulen der Notfallversorgung besser zusammenarbeiten und, wo es geht, in Notfallzentren an Kliniken



„Zusammenarbeit verbessern“

Prof. Dr. med. Christoph Dodt ist Chefarzt am Notfallzentrum des Städtischen Klinikums München und Präsident der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin.

verschmelzen. So können Patienten und Rettungsdienste definierte Anlaufpunkte ansteuern und eine gut strukturierte, abgestufte Notfallversorgung erhalten. Die Notfallzentren müssen mit Ärzten und Pflegenden mit Qualifikation für Notfallmedizin besetzt sein. Zur Notfallversorgung gehören die rasche Identifikation von bedrohlichen Gesundheitsstörungen durch eine professionelle Ersteinschätzung, die unmittelbare Einleitung und/oder Fortsetzung von lebensrettenden Maßnahmen und die risikoangepasste, nutzenorientierte Diagnose und Therapie.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass die kassenärztlichen Notfallpraxen an Kliniken angesiedelt werden. Entscheidend für die Qualität ist eine enge Verknüpfung der beiden Versorgungsstrukturen, zum Beispiel durch eine gemeinsame Ersteinschätzung des Schweregrades der Gesundheitsstörung und der Behandlungsdringlichkeit. Auch die Finanzierung ist eine Baustelle: Die Vorhaltung von notfallmedizinischen Strukturen verursacht Kosten, die nicht ausreichend gedeckt sind. Jeder Patient der ambulant in der Notaufnahme behandelt wird, verursacht Kosten, die um rund 100 Euro höher liegen als die Vergütung. Hier muss in den nächsten Jahren eine Kostendeckung erreicht werden. Erste Schritte hierzu werden im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes vorgeschlagen. Die Verbesserung der Notfallversorgung ist „work in progress“. ■

Die Dreigliederung der Notfallversorgung in Deutschland in ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Rettungsdienst und die Klinik-Notaufnahmen hat sich überlebt. Es fehlt vielfach an einer Integration der Angebote und an ausreichender Transparenz für Patienten, welches Angebot für die jeweilige Notlage ausreicht. In der kassenärztliche Versorgung gibt es zudem berechnete Klagen, dass die Notdienste ungleichmäßig verteilt sind, obwohl die Kassenärztlichen Vereinigungen versuchen, durch Gebietsneustrukturierungen oder die Einrichtung von Notfallpraxen – häufig an Krankenhäusern – das Problem zu lösen.

Die Kosten für den Einsatz des Rettungsdienstes werden derzeit nur übernommen, wenn damit eine durch die Krankenkassen zu erstattende Leistung verbunden ist. Das setzt einen falschen Anreiz zur Klinikeinweisung. Dazu tragen auch die Notfallaufnahmen bei, die immer mehr zur ersten Anlaufstelle für Patienten geworden sind. Zu den Gründen für diese Entwicklung zählen der niedrigschwellige Zugang ohne Anmeldung mit 24-Stunden-Bereitschaft, die erwartete gute Qualität der Behandlung sowie das breite Spektrum an Fachärzten, die dort zur Verfügung stehen.

Bei den derzeit im Krankenhausstrukturgesetz geplanten Neuerungen geht es vor allem um Finanzierungsaspekte, ins-



„Zentrale Leitstellen einrichten“

Prof. Dr. Wolfgang Greiner ist Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld und Mitglied des Gesundheits-Sachverständigenrates.

besondere um Zuschläge für an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser. Dies greift zu kurz. Eine umfassende Neuordnung sollte dagegen möglichst die Zusammenführung aller drei Bereiche – ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser – als Ziel haben, zum Beispiel soweit wie möglich in jeder Region durch eine zentrale Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer. ■

versorgung zukunftsfähig?

Im Zentrum der Notfallversorgung steht der Rettungsdienst. Patienten benötigen einen zuverlässigen Rettungsdienst, der bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen schnellstmöglich zur Verfügung steht. Dabei werden sich die Aufgaben – insbesondere im ländlichen Raum – gegenüber heute verändern. Krankheitsbilder wandeln sich, Verlegungen von einem Krankenhaus



„Auf neue Aufgaben einstellen“

Stefan Grüttner (CDU)
ist Hessischer Minister für
Soziales und Integration.

in ein anderes werden zunehmen. Dies muss in den Planungen berücksichtigt werden. Die Anbindung des Rettungsdienstes an Versorgungsnetzwerke wie etwa ein Traumanetzwerk muss gewährleistet werden. Notfallmedizin wird verstärkt dort nachgefragt, wo Lücken im Versorgungsnetz bestehen. Aufgrund dieser Entwicklung muss sich der Rettungsdienst auf neue Aufgaben einstellen. Er gilt heute als integraler Bestandteil der Notfallmedizin. Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen werden sich auf den Rettungsdienst auswirken. Die Voraussetzungen für den bedarfsgerechten Einsatz von Notärzten müssen überprüft werden. Nicht zuletzt wegen der künftig gut ausgebildeten Notfallsanitäter werden sich die Aufgaben der Notärzte verändern. Ein weiterer wichtiger Schritt wird die Einführung der Telemedizin sein. Eine zentrale Frage ist zudem, ob die Leitstellenausbildung noch zeitgemäß ist. Meines Erachtens wird eine neu strukturierte Ausbildung erforderlich sein, gegebenenfalls sogar ein eigenes Berufsbild des Leitstellendisponenten. Die Rettungsdienstträger haben viel unternommen, um die Einhaltung der Hilfsfrist weiter zu optimieren. Für die Zukunft wäre denkbar, die Hilfsfrist nicht auf den mobilen Rettungsdienst zu beschränken, sondern auf die Schnittstelle Krankenhaus auszuweiten. Das würde die gesamte medizinische Versorgung der Patienten betrachten und abrunden. ■

Noch immer gilt die deutsche Notfallversorgung weltweit als eine der besten. Aber zwischen Rettungsdiensten, ambulantem Bereitschaftsdienst und Klinik-Notaufnahmen knirscht es. Diffuse Regeln und fehlende Absprachen führen dazu, dass Rettungsdienste ausrücken, ohne dass ein Notfall vorliegt, kranke Menschen stundenlang auf einen Arzt warten und Notaufnahmen immer mehr Patienten behandeln, die in eine Hausarztpraxis gehören. All das hat der Gesundheits-Sachverständigenrat 2014 moniert und eine Neuordnung der Notfallversorgung angeregt. Sein Vorschlag: Integrierte Notfallversorgung mit einer zentralen Leitstelle pro Region, in der erfahrene Notfallmediziner die Versorgung steuern. Das erfordert die Anpassung der Leitstellenstrukturen in den Bundesländern auf ähnliche Größenordnungen – in Berlin betreut eine Leitstelle 3,4 Millionen Menschen, in Niedersachsen 32 Leitstellen 7,8 Millionen Menschen. Zudem müssten ambulante Notdienste und stationäre Notaufnahmen zusammenrücken. Idealerweise erfolgt eine ambulante Erstversorgung von nicht lebensbedrohlichen Fällen außerhalb von Praxisprechstunden unter einem Dach mit der Notaufnahme einer Klinik. Diese kann im Notfall die Erstversorgung übernehmen. Diesem Ideal nähert sich das geplante Krankenhaus-



„Doppelfinanzierung ausschließen“

Martin Litsch ist
kommissarischer Geschäftsführender
Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

strukturgesetz (KHSG) nur langsam. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Versorgungsstufen differenzieren, und die Notfallversorgung soll besser in der Vergütung abgebildet werden. Ferner sind verschiedene Zuschläge vorgesehen, aber auch Abschläge für Kliniken, die nicht daran teilnehmen. Solange Doppelfinanzierungen ausgeschlossen werden, ist das nicht schädlich. Ein Masterplan für eine integrierte Notfallversorgung sieht anders aus. Für einen solchen bräuchte es wohl ein KHSG II. ■

A middle-aged man with short grey hair and glasses is smiling while riding a bicycle. He is wearing a white short-sleeved button-down shirt and light-colored trousers. He is holding a blue and black bicycle helmet in his left hand. The background is a lush green park with trees and sunlight filtering through the leaves.

Zur Person

Professor Dr. Frank Weidner (53) ist Direktor und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip), das als gemeinnütziges Institut an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln arbeitet. Nach seiner Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger studierte der gebürtige Westfale zunächst Berufspädagogik und Germanistik. 1995 folgte eine Promotion in den Fachgebieten Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Als Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar bei Koblenz baute Weidner seit 2006 die erste universitäre Fakultät für Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum auf. Frank Weidner ist verheiratet und lebt in Leverkusen. Den Weg zur Arbeit bestreitet er so oft es geht mit dem Rad.

„Die Altenpflege geht nicht vor die Hunde“

Aus drei mach' eine: Bund und Länder wollen die bislang getrennten Pflegeausbildungen zusammenlegen. Der Pflegeforscher **Frank Weidner** sieht darin eine große Chance für seine Profession – und das Ende eines nationalen Sonderweges.

Herr Professor Weidner, erleben wir im deutschen Gesundheitswesen gerade ein Drama, von dem kaum jemand Notiz nimmt?

Frank Weidner: Wenn Sie auf die Situation in der Pflege anspielen, dann ist Drama wohl ein Dauerzustand: Der Personalnotstand in vielen Kliniken und Heimen, eine Pflege, die oft nur noch im Laufschrift stattfindet, oder der Mangel an qualifiziertem Nachwuchs – da ist vieles, was Anlass zur Sorge bereitet.

Und der Tod der Altenpflege? Kritiker des Pflegeberufgesetzes, mit dem die Ausbildungen zur Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in einer generalistischen Lehre zusammengelegt werden sollen, befürchten das ja. Alles nur Schwarzseherei?

Weidner: Es ist viel Polemik im Spiel. Es geht bei dieser Ausbildungsreform ja nicht darum, die Altenpflege sterben zu lassen oder die Kranken- und Kinderkrankenpflege zu beerdigen. Ziel ist vielmehr, den Pflegeberuf zu modernisieren. Es geht um die Schaffung eines neuen Pflegeberufes durch eine Basisqualifizierung, um so veränderten Anforderungen in der Versorgung gerecht zu werden. Die Pflege alter, hilfebedürftiger Menschen bleibt natürlich erhalten.

Was aber ist mit denen, die den Altenpflegeberuf erlernt haben? Da haben viele doch die Sorge, ihr Beruf lande demnächst in der Mottenkiste.

Weidner: Natürlich habe ich Verständnis dafür. Das hat ja auch etwas mit Identifikation und Stolz zu tun. Aber nochmal: Es

geht bei der Ausbildungsreform nicht darum, die Altenpflege abzuschaffen. Es geht um eine Berufsreform, die überfällig ist, weil sie einen deutschen Sonderweg beendet. Nirgendwo auf der Welt finden Sie heute eine altersgruppenbezogene Pflegequalifikation. Dasselbe gilt im Übrigen für andere Gesundheitsberufe auch. Der Geriater ist ja zunächst ein Allgemeinmediziner, der sich spezialisiert. Und der Psychologe für Kinder und Jugendliche studiert zunächst allgemeine Psychologie, bevor er sich Spezialwissen aneignet. Insofern ist es vollkommen normal, Pflege grundständig zu lehren und den Absolventen die Möglichkeit zu geben, sich am Ende der Lehre zu spezialisieren.

Die Pflege mehrfach und teils schwer erkrankter alter Menschen erfordert spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten. Nehmen Sie nur die Betreuung eines Demenzzkranken. Droht das mit der generalistischen Ausbildung nicht verloren zu gehen?

Weidner: Nein. Alle ernstzunehmenden Studien und Modellprojekte zeigen, dass bei Basisqualifizierung mit anschließender Spezialisierung alle gewinnen. Niemand lernt etwas nicht mehr, was heute schon in der professionellen Pflege älterer Menschen relevant ist. Die Altenpflege geht nicht vor die Hunde. Auch die Versorgungssituation, die wir aktuell vorfinden, spricht eindeutig für die Generalistik. Sie haben ja nicht nur in Pflegeheimen multimorbid erkrankte Menschen. Bewohner also, die viele Medikamente einnehmen und komplexe Wunden haben. Auch in den Kliniken nimmt der Anteil dieser Patienten ständig zu.



„So viel Reformschwung wie heute hatten wir in der Politik lange nicht.“

Er liegt mittlerweile bei gut 25 Prozent. Viele der Patienten sind demenziell verändert oder bringen Vorerkrankungen mit. Deshalb ist es unsinnig zu sagen: Nur Altenpfleger kümmern sich um alte Menschen. Pflegefachlich gesehen muss die Ausbildungsreform kommen. Es wäre Unsinn, sie nicht zu machen.

Haben Sie denn noch Zweifel, dass die Reform kommt?

Weidner: Ein paar dicke Bretter sind noch zu bohren. Zu klären ist etwa die Frage der Finanzierung. Die Krankenpflegeausbildung speist sich aus anderen Quellen als die zur Altenpflege. Während die Ausbildungen im Bereich der Kranken- und Kinderkrankenpflege primär über die Krankenversicherung finanziert werden, wird die praktische Altenpflegeausbildung indirekt über die Pflegesätze aus der Pflegeversicherung getragen. Für die theoretische Ausbildung ist von den Auszubildenden in einigen Bundesländern noch Schulgeld zu entrichten. Dieses soll künftig entfallen. Die Länder, die einspringen müssten, sträuben sich jedoch, mehr zu zahlen – und der Bund will auch nix dafür berappen. Am Ende müssen sich alle bewegen.

Sie haben den Fachkräftemangel in der Pflege vor einigen Jahren bereits in viel beachteten Publikationen thematisiert und vor Qualitätseinbußen in der pflegerischen Versorgung gewarnt. Kann eine Ausbildungsreform hier für Abhilfe sorgen?

Weidner: Die Reform löst nicht alle Probleme. Sie ist ein Baustein – nicht mehr und nicht weniger. Die große Chance besteht darin, dass wir junge Menschen nicht mehr per se mit der Frage konfrontieren müssen: Willst du in die Altenpflege oder in die Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenpflege? Der Pflegeberuf wird durchlässiger, das Spektrum der Einsatzorte

breiter, die Karrierechancen größer. Einmal Altenpflege, immer Altenpflege – damit ist Schluss. Und natürlich schwingt die Hoffnung mit, dass ein attraktiveres Berufsfeld auch mehr Mädchen und Jungs anspricht und sich die Position der Pflege im Wettbewerb mit anderen Ausbildungsberufen verbessert.

Das Image der Pflege ist demnach schlecht, obwohl wir ständig hören und lesen, wie wichtig und unverzichtbar sie ist?

Weidner: Ja, das ist paradox. In Sonntagsreden wird die Bedeutung der Pflege betont. Aber fragt man Eltern danach, ob ihr Kind einen Pflegeberuf ergreifen soll oder ob sie die Schwiegermutter ins Heim geben sollen, dann schütteln viele vehement den Kopf. Je näher wir der Pflege kommen, desto zögerlicher reagieren wir. Das müssen wir überwinden. Daher müssen wir am Image der Pflege feilen und für eine Entlohnung sorgen, die angemessen ist und die Leute im Beruf hält.

Was weiß die Wissenschaft über die Verweildauer im Pflegeberuf?

Weidner: Da hält sich die unausrottbare Annahme, Pflegekräfte gingen im Schnitt nach fünf Jahren aus ihrem Beruf raus und kämen dann auch nie wieder zurück. Das halte ich für Quatsch. Wir wissen aus Studien, dass es gerade in der Altenpflege gebrochene Berufsbiografien gibt: Die Leute unterbrechen ihren Beruf, nehmen ihn aber auch wieder auf, sodass sich die Verweildauer auf im Schnitt 15 Jahre summiert. Aber natürlich beobachten wir, dass viele Pflegekräfte – selbst engagierte – wegen schlechter Arbeitsbedingungen hinschmeißen.

Wie lässt sich gegensteuern?

Weidner: Wir brauchen einen anständigen Personalschlüssel. Für die stationäre Altenpflege existiert seit Langem eine Personalverordnung. Ob die noch funktioniert, bezweifle ich. Es hat sich eingebürgert, da alles an Fachpersonal mitzuzählen, was im Heim beschäftigt ist, de facto aber nicht als Fachkraft ausgebildet ist. Und für das Krankenhaus gilt: Wenn immer mehr Patienten von immer weniger Pflegefachkräften betreut werden, hetzt Pflege irgendwann nur noch über die Stationen und brennt aus.

Ein höherer Personalschlüssel setzt mehr Fachpersonal voraus. Woher nehmen?

Weidner: Tatsächlich ist der Arbeitsmarkt an qualifizierten Pflegekräften in Deutschland leer gefegt. An das Thema müssen wir ran. Aber nicht, indem wir das Bildungsniveau absenken. Deutschland hat in den vergangenen Jahren den entscheidenden Fehler begangen und die Zugangsstandards – insbesondere für die Altenpflegeausbildung – abgesenkt. Das war ein Schritt hin zur Dequalifizierung und Deprofessionalisierung und exakt das falsche Signal an junge Menschen.

Warum?

Weidner: Es ist ein Irrtum zu glauben, es kämen mehr Leute in die Pflege, wenn ich das Bildungsniveau als Zugangsvoraussetzung senke und davon ausgehe, dass die das schon irgendwie schaffen. Viele schaffen es eben nicht und brechen die Ausbildung ab. Im Wettbewerb um qualifizierten Nachwuchs stärkt man seine Position nicht, indem man Qualität senkt. Ein Autobauer

würde nie auf die Idee kommen, Produktionsstandards abzuschwächen, um am Markt konkurrenzfähig zu sein.

Also soll nur noch pflegen, wer ein Abitur in der Tasche hat?

Weidner: Pflege ist keine Milchmädchen-Rechnung, sondern eine hochkomplexe Aufgabe. Mit der Verantwortung für kranke und hilfebedürftige Menschen steigt auch der Anspruch an Bildung und Kompetenz. Und in diesem Punkt leidet Deutschland an einem Missverständnis – einem Pflegedefizit-Syndrom.

Das worin genau besteht?

Weidner: Es besteht in der Annahme: Das bisschen Pflegen kann doch jeder. Zumindest jeder, der ein gutes Herz und flinke Hän-

Weidner: Das ist ein sehr sensibles Thema, bei dem es natürlich darum geht, diesen Menschen rasch Integrations- und Bildungschancen zu eröffnen. Da bin ich sehr dafür. Dabei müssen aber die Anforderungen an professionelle Pflege erhalten bleiben.

Im Augenblick schenkt die Politik dem Thema Pflege viel Aufmerksamkeit: Leistungsverbesserungen, ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und obendrein eine Ausbildungsreform. Das alles in nur einer Legislatur. Eine beachtliche Leistung, oder?

Weidner: Ja und Nein. Der Bundesregierung ist durchaus zu bescheinigen, dass sie ernsthaft an die selbstgestellten und auch an die liegengebliebenen Aufgaben herangeht und dass sie das Pflege Thema ernst nimmt. So viel Reformschwung hatten wir

„Deutschland leidet an einem Missverständnis, das in der Annahme besteht: Das bisschen Pflegen kann doch jeder.“

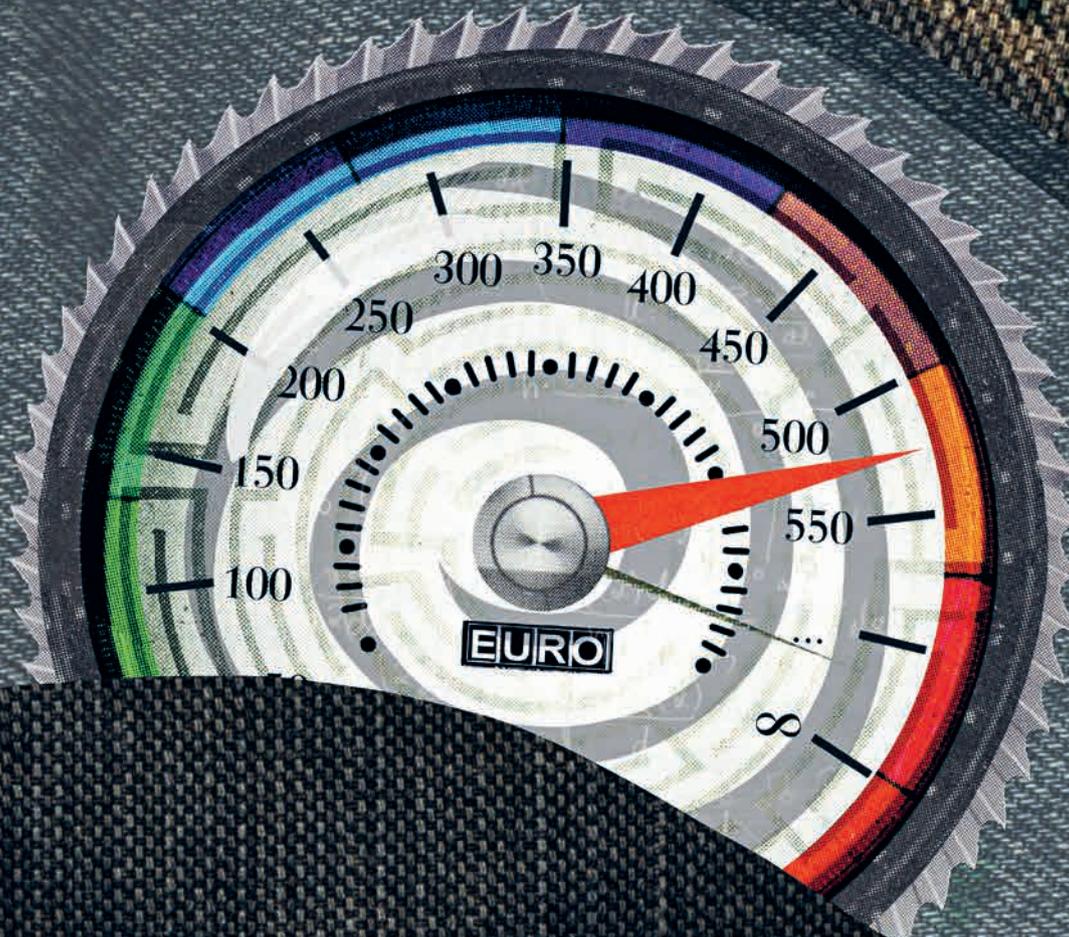
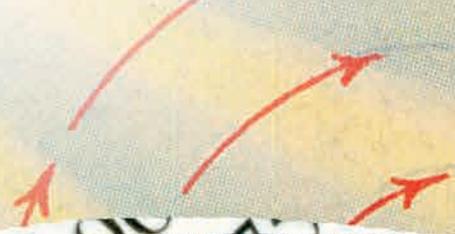
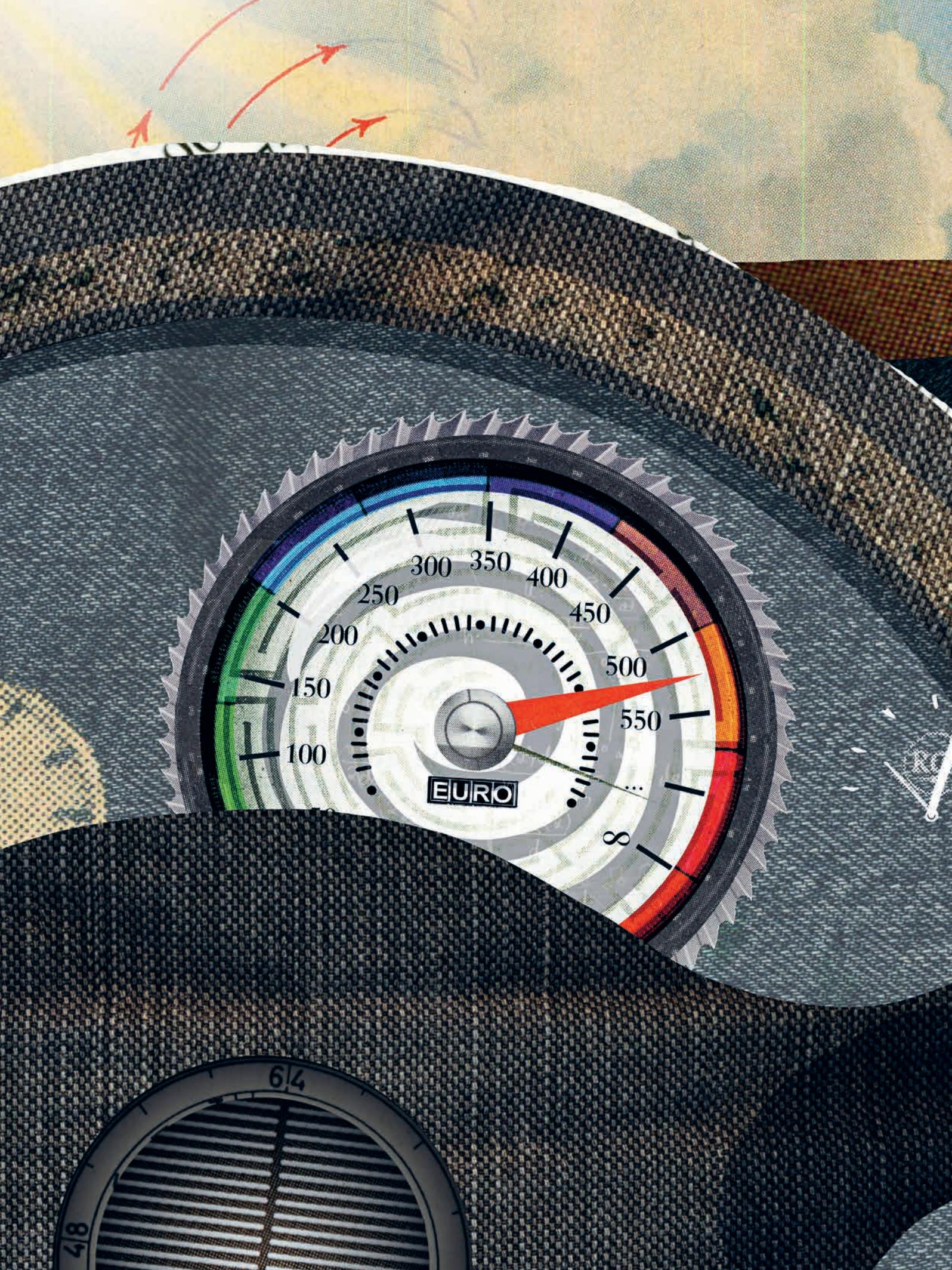


de hat, mit denen er einen Waschlappen halten kann. Ich beschäftige mich seit mehr als 30 Jahren mit dem Thema. Da sind etliche Politiker um die Ecke gekommen und haben viele Vorschläge gemacht, wer nicht noch alles in die Pflege gehen könnte: Langzeitarbeitslose, die entlassenen Schlecker-Frauen oder Prostituierte. Hier zeigt sich einmal mehr: Pflege wird als Steinbruch für andere soziale Fragen benutzt. Dabei ist die Pflege selbst eine soziale Frage. Schlägt man vor, endlich Anschluss an die europäische Entwicklung zu finden und eine höhere Allgemeinbildung zu einer Zugangsvoraussetzung für die Pflegeausbildung zu machen, schreien alle empört auf: Das geht doch nicht. Und das, obwohl es im europäischen Ausland sehr wohl funktioniert.

Ein aktueller Vorschlag lautet, die Flüchtlinge, die derzeit nach Deutschland kommen, möglichst schnell in den Arbeitsmarkt zu integrieren, um so die Fachkräftelücke – etwa im Gesundheits- und Pflegebereich – zu schließen. Eine gute Idee?

lange nicht. Allerdings ist dieser Elan auch dringend notwendig, weil in den Legislaturperioden zuvor vieles liegen geblieben ist. Die Legislaturperiode direkt davor war eine Katastrophe für die Pflege – trotz etlicher Pflegedialoge. Aber das ist auch wieder typisch für Deutschland, dass wir eben relativ lange brauchen für Veränderungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat geschlagene zehn Jahre gebraucht. Und über die Pflegeberufereform reden wir auch schon eine halbe Ewigkeit. Die größte Gefahr ist, dass sich bald alle wieder bequem in den Sessel zurückfallen lassen und sagen: Das zweite Pflegestärkungsgesetz und die Ausbildungsreform sind durch, nun ist auch mal gut. Ich will aber heute schon an einem dritten und vierten Pflegestärkungsgesetz arbeiten. Sich zurückzulehnen, das wäre fatal. In der Pflege ist noch vieles ungelöst. Was wir brauchen, ist eine Therapie an Haupt und Gliedern. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.



Bremse ziehen bei Pillenpreisen

Die Ausgaben für Arzneimittel steigen rasant.

Zwar bremsen Rabattverträge, Festbeträge
und Nutzenbewertung die Preisentwicklung.

Damit aber die Kosten nicht davonjagen, muss
eine zusätzliche Geschwindigkeitskontrolle her.

Wie die aussehen könnte, skizzieren **Helmut**

Schröder, Gisbert W. Selke und Carsten Telschow.

Selten zuvor mussten die gesetzlichen Krankenkassen so tief in die Tasche greifen, um ihre Versicherten mit guten Medikamenten zu versorgen. Nach dem kürzlich erschienenen Arzneiverordnungs-Report 2015 (siehe Kasten „Lesetipp“ auf Seite 35) ist im vergangenen Jahr der Umsatz für Fertigarzneimittel um über zwei Milliarden auf 33,6 Milliarden Euro gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist das ein Plus von 6,5 Prozent – ein Anstieg, der der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schwer zu schaffen macht. Kein anderer Versorgungsbereich, weder der stationäre noch der ambulante, hat solche Steigerungsraten zu verzeichnen (siehe Grafik „Ausgaben für Arzneimittel steigen überdurchschnittlich“ auf Seite 33). Die Arzneimittelausgaben haben im Jahr 2014 einen Anteil von 30 Prozent am gesamten GKV-Ausgabenanstieg erreicht. Dieser belief sich insgesamt auf etwas mehr als elf Milliarden Euro.

Umsatz floriert. Das Geschäft der Pharmabranche läuft gut, wie die Entwicklung des Umsatzes mit Fertigarzneimitteln zeigt. 4,7 Prozent des 6,5-prozentigen Umsatzanstiegs und somit mehr als die Hälfte lässt sich damit erklären, dass für viele Erkrankungen teurere Arzneimittel verordnet wurden, insbesondere patentgeschützte Präparate.

Nutzenbewertung hat sich bewährt. Die Zahlen machen deutlich, welche finanziellen Lasten die gesetzlichen Krankenkassen im Arzneimittelbereich zu schultern haben. Zwar haben in der Vergangenheit vorübergehend höhere Hersteller- und Apothekenrabatte sowie das demnächst auslaufende Preismoratorium kurzfristig für Entlastung gesorgt. Auch dämpfen nach wie vor die im Jahr 1989 eingeführten Arzneimittelfestbeträge, die ab 2007 mit hoher Dynamik umgesetzten Generikarabattverträge sowie die seit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz

(AMNOG) geltende frühe Nutzenbewertung für neue Medikamente in Kombination mit Preisverhandlungen die Kostenentwicklung. All diese Instrumente tragen wesentlich zum freien Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Arzneimitteltherapie bei. Aber sie allein reichen wohl nicht mehr aus, um dem rasanten Kostenanstieg entgegenzuwirken, zumal die Politik die einheitlichen Hersteller- und Apothekenrabatte seit 2014 spürbar abgesenkt hat.

Mondpreise für neue Präparate. Was die Krankenkassen besonders belastet, macht ein Blick auf die größten Kostentreiber deutlich: die neu auf den Markt kommenden Arzneimittel. Hierfür verlangen Hersteller zum Teil exorbitante Preise. Um die Spreu vom Weizen zu trennen, hat der Gesetzgeber mit dem AMNOG die frühe Nutzenbewertung eingeführt. Denn neu ist bei vielen Medikamenten nicht mit innovativ gleichzusetzen. Den Nutzen für die Patienten mehrt nur ein geringer Teil der neuen Mittel. Dies belegen Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Danach haben 40 Prozent der bisher bewerteten neuen Arzneimittel keinen Zusatznutzen für die Patienten gegenüber jenen Präparaten, die schon seit vielen Jahren auf dem Markt sind.

In diesem Zusammenhang ist auch bemerkenswert, dass 2014 allein 46 Arzneimittel neu auf den Markt gekommen sind – fast doppelt so viele wie in den Jahren zuvor. Unter diesen neuen Medikamenten sind auffallend viele hochpreisig: Bei acht Arzneimitteln kostet eine Packung in der Apotheke mindestens 10.000 Euro – ein absolutes Novum. Diese acht neuen Wirkstoffe allein erreichten bereits in ihrem ersten Jahr auf dem Markt einen Umsatz von etwas mehr als einer Milliarde Euro – eine beeindruckende Summe, lagen doch in den Vorjahren die Umsätze der Neulinge nur bei jeweils rund 75 Millionen Euro im ersten Jahr nach der Zulassung. Zusammen mit weiteren teuren noch unter Patent stehenden Wirkstoffen stiegen die durchschnittlichen Kosten einer verordneten Packung in dem patent-

geschützten Marktsegment binnen eines Jahres um 25 Prozent an. Damit kosteten diese Verordnungen nahezu 13-mal soviel wie die nicht mehr patentgeschützten Präparate. Deren Preise sind nahezu konstant geblieben (*siehe Grafik „Patentgeschützte Neupräparate sind besonders teuer“ auf Seite 34*).

Rabattverträge zahlen sich aus. In diesem Zusammenhang kann der Wert der Arzneimittelrabattverträge mit Generikaherstellern nicht hoch genug geschätzt werden. So hat sich die Rabattsumme durch Selektivverträge – zumeist im generischen Markt – um mehr als 200 Millionen Euro auf insgesamt 3,2 Milliarden Euro im Jahr 2014 erhöht. Und dank der mit dem AMNOG eingeführten zentralen Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und Arzneimittelherstellern über den Erstattungspreis für bewertete Arzneimittel konnten die Krankenkassen um 443 Millionen Euro im Jahr 2014 entlastet werden.

Kostenspirale dreht sich weiter. Gleichzeitig stellt sich aber angesichts des neuerlichen Höhentrips der Arzneimittelausgaben die Frage, ob die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen noch ausreichen, um allen Versicherten auch weiterhin den Zugang zu einer Versorgung mit innovativen Medikamenten zu sichern. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass trotz AMNOG die Arzneimittelausgaben der GKV wegen der Hochpreispolitik der pharmazeutischen Industrie weiterhin unkontrolliert ansteigen. Dass sich die Aufwärtsspirale weiter dreht, zeigt die Entwicklung bei neuen hochpreisigen Patentpräparaten gegen Hepatitis C und Krebs. Beliefen sich 2014 die GKV-Ausgaben für neue Hepatitis-C-Produkte auf rund 570 Millionen Euro, waren es allein im ersten Halbjahr 2015 bereits über 700 Millionen Euro. Demnach sind bei diesen Präparaten für das Gesamtjahr 2015 Kosten von 1,4 Milliarden Euro zu erwarten. Und bei den neuen Krebsmedikamenten ist mit einem Umsatzanstieg auf mehr als fünf Milliarden Euro zu rechnen.

Nachjustieren angesagt. Angesichts dieser Ausgabendynamik ist es höchste Zeit, beim AMNOG nachzujustieren – zumal sich die Hoffnung des Gesetzgebers auf eine Ausgabenentlastung in Höhe von zwei Milliarden Euro auf absehbare Zeit nicht erfüllen wird. Hier lässt sich an verschiedenen Stellen ansetzen.

- **Nutzenbewertung:** Patentgeschützte Arzneimittel, die vor 2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandsmarkt), sollten ebenfalls einer Nutzenbewertung unterzogen werden. Dies war auch ursprünglich im AMNOG so geregelt, aber Ende 2014 wieder gestrichen worden. Die patentgeschützten Präparate des Bestandsmarktes machten im Jahr 2014 mit 11,9 Milliarden Euro nicht nur einen wesentlichen Teil der Arzneimittelkosten der GKV aus. Mit ihrer Nutzenbewertung würden auch die vielfach erfolgenden Indikationserweiterungen auf lukrative neue Anwendungsgebiete unter die Lupe genommen. Auch hier sollte die Spreu vom Weizen getrennt werden.
- **Arzneimittleinsatz:** Zurzeit wird für Arzneimittel nach erfolgter Nutzenbewertung ein einheitlicher Erstattungspreis ausgehandelt. Dieser gilt bei Indikationen mit belegtem Zusatznutzen. Die Arzneimittel können aber auch zum gleichen Preis

AMNOG weiterentwickeln

Nach Ansicht des stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion, Professor Karl Lauterbach, gehört das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) auf den Prüfstand. Das Thema stehe zu Beginn des nächsten Jahres auf der politischen Agenda, kündigte der SPD-Gesundheitsexperte kürzlich bei der Vorstellung des neuen Arzneiverordnungs-Reports in Berlin an. **Die frühe Nutzenbewertung sei rechtssicherer und schneller zu gestalten.** Fristen müssten verbindlicher sein und deutlich schärfer sanktioniert werden. Auch ist Lauterbach davon überzeugt, dass **die Studienlage für das AMNOG-Verfahren besser werden muss:** „Jede Nutzenbewertung ist nur so gut wie die Studien, die sie bewerten kann. Wir brauchen sehr viel mehr Empfindsamkeit in Sachen Patientenschutz, damit wir keinen Nutzen unterstellen, für den niemand von uns geradestehen kann.“ Zudem sei zu prüfen, **ob patentgeschützte Arzneimittel, die vor 2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandsmarkt) von der Nutzenbewertung ausgeschlossen bleiben.** (*Siehe auch Interview auf Seite 36–37*)

bei Indikationen verordnet werden, für die sie keinen nachweisbaren Zusatznutzen haben. In vielen Fällen ist dies sogar der weitaus größte Teil. In der Folge fallen die ausgehandelten Erstattungspreise auch bei Patienten an, für die mindestens gleichwertige Therapien preiswerter verfügbar sind.

Ein solcher unwirtschaftlicher Einsatz belastet die verfügbaren Finanzmittel. Hier könnte ein indikationsbezogenes „Value based pricing“ (am Nutzen ausgerichteter Preis) oder eine Beschränkung der Erstattung auf ausgewählte Teilindikationen mit belegtem Zusatznutzen Abhilfe schaffen, wenn die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Versorgungspraxis gelöst werden können. Dann würde die GKV die Therapiekosten nur übernehmen, wenn die Patienten davon auch wirklich profitieren. Als Nebeneffekt würde sich daraus ein größerer Anreiz für die Hersteller ergeben, die Studien zu den neuen Wirkstoffen so zu konzipieren, dass ein Zusatznutzen für möglichst viele Patienten auch tatsächlich belegt werden kann.

• **Preis:** Derzeit können die pharmazeutischen Hersteller in den ersten zwölf Monaten nach der Zulassung eines neuen Arzneimittels jeden beliebigen Preis verlangen. Dieses Privileg, das im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern auch nach dem AMNOG Bestand hat, nutzen die Hersteller weidlich aus und verlangen vielfach überzogene Fantasiepreise. Um dem entgegenzuwirken, wäre es sinnvoll, den verhandelten Preis rückwirkend zum Zeitpunkt der Markteinführung gelten zu lassen. Die pharmazeutischen Hersteller wären dann verpflichtet, den Kostenträgern die angefallenen Mehrkosten zurückzuerstatten. Dies würde die Krankenkassen jährlich um rund 250 Millionen Euro entlasten. Zugleich bliebe die Funktion Deutschlands als

hochpreisiges Ankerland für die externe Preisreferenzierung anderer Länder für das erste Jahr erhalten.

• **Evidenz:** Neue Arzneimittel müssen ihre Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachweisen. Zu beobachten ist jedoch, dass in den Zulassungsverfahren sowohl in den USA als auch in Europa der Nutzen für den Patienten nicht exakt bestimmt werden kann. Immer mehr neue Arzneimittel werden derzeit vorzeitig oder unter außergewöhnlichen Umständen auf Basis einer dünnen Studienlage unter Hinweis auf den vermeintlichen Nutzen für kleine und kleinste Patientengruppen zugelassen, ohne nach den üblichen Standards geprüft worden zu sein. Außerdem fehlt häufig eine fundierte Nutzen- und Schadensbewertung im Vergleich zu den bereits seit vielen Jahren eingesetzten Arznei-

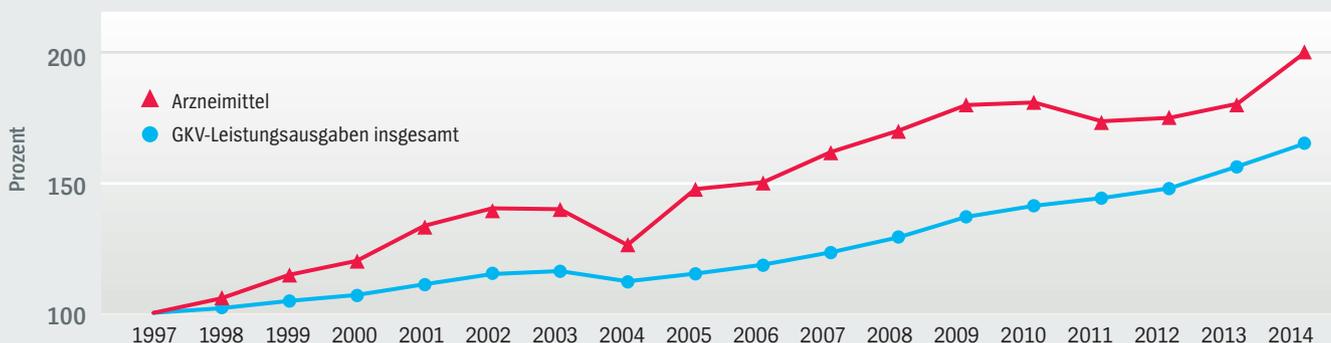
mitteln. Vor diesem Hintergrund erscheint es zwingend, neben einer frühen auch eine späte Nutzenbewertung vorzunehmen. Dies würde dazu beitragen, Patienten vor Gesundheitsschäden zu bewahren, den therapeutischen Nutzen im Versorgungsalltag zu bestimmen und einen am Zusatznutzen orientierten angemessenen Preis zu finden.

Preisdiktat durchbrechen. Entsprechende Feinjustierungen des AMNOG erscheinen sinnvoll. Sie allein können aber nicht das aktuelle Preisdiktat einzelner Hersteller brechen. Ein Grund dafür: Das Schwert der Verhandlungen über den Erstattungspreis innovativer Präparate bleibt solange stumpf, bis es einen Konsens darüber gibt, wie ein bezifferbarer Zusatznutzen in Geldwert umzurechnen ist. Das Problem wird verschärft durch die Preispolitik von Herstellern neuer Präparate: Sie gehen dazu über, mit überhöhten frei kalkulierten Preisen bereits im ersten Jahr



Ausgaben für Arzneimittel steigen überdurchschnittlich

Entwicklung von 1997 bis 2014 (Indexjahr 1997 = 100 Prozent)



Die Kosten im Arzneimittelbereich steigen deutlich stärker als die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt. Während die gesamten Leistungsausgaben von 1997 bis 2014 um etwas mehr als 60 Prozent

wuchsen, waren es bei den Medikamenten fast 100 Prozent. Inzwischen machen Arzneimittel 30 Prozent des gesamten Kostenanstiegs aus.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Statistik KJ 1

nach Markteinführung ihres Wirkstoffs maximalen Gewinn einzufahren und den Wirkstoff danach faktisch aufzugeben. Der in der Öffentlichkeit viel gescholtene Hersteller Gilead mit seinen Arzneimitteln zur Behandlung von Hepatitis C stellt nur die Spitze eines Eisbergs dar. Bei einem echten Durchbruch beispielsweise in der Demenztherapie wäre die GKV den Preisforderungen der Hersteller faktisch ausgeliefert.

Marktgesetze außer Kraft. Fehlentwicklungen durch überzogene Preisforderungen soll eigentlich die „unsichtbare Hand des Marktes“ korrigieren. Nach marktwirtschaftlicher Theorie müsste ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage zu fairen Preisen führen, tut es aber nicht. Die Auswirkungen auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen sind fatal: Im Ergebnis müssen ihre Mitglieder Zusatzbeiträge zahlen, um die unregulierten Profitinteressen von Pharmaherstellern zu bedienen.

Gelingt es nicht, die Frage nach dem „fairen Preis“, nach dem Ausgleich zwischen den berechtigten Gewinninteressen der Hersteller und den begrenzten GKV-Finanzierungsmitteln für die Arzneimittelversorgung zu beantworten, könnte die Ausgabenentwicklung die Politik bald in die Notlage versetzen, auf frühere Elemente der Kostendämpfung zurückzugreifen. Dann steht die Frage nach der erneuten Anhebung des Herstellerrabatts oder der Rückgriff auf Ausgabenobergrenzen im Raum – obwohl derartig einfache Kostendämpfungsinstrumente aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht wünschenswert sein können.

Pharmazeutische Hersteller in die Pflicht nehmen. Nur zur Erinnerung: Um die GKV auf dem Höhepunkt der Finanzkrise zu stabilisieren, erhöhte die schwarz-gelbe Koalition den Herstellerabschlag zugunsten des Großabnehmers GKV für meh-

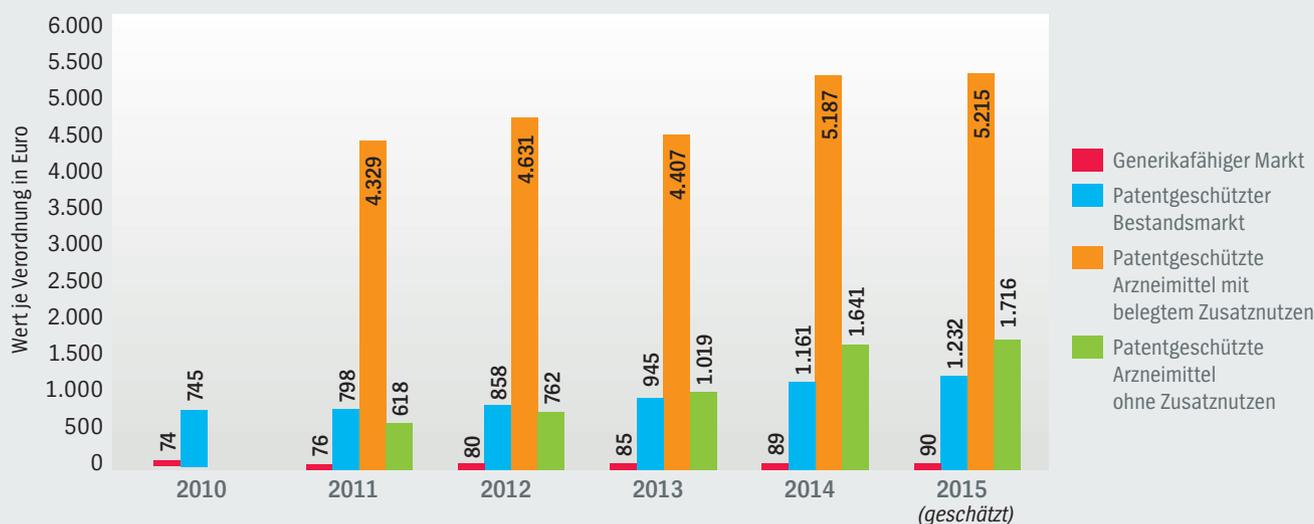
rere Jahre von sechs auf 16 Prozent. Alle Hersteller patentgeschützter Arzneimittel – ob innovativ und forschungsorientiert oder nicht – waren davon betroffen. Erst seit 2014 fällt der Abschlag wieder deutlich geringer aus. Aktuell liegt er bei sieben Prozent.

Wie ein Rasenmäher wirken auch Ausgabenobergrenzen. Diese hatte die Politik mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeführt, um die Krankenkassenbeiträge zu stabilisieren. Nach der damaligen Regelung sollten zunächst die verschreibenden Ärzte für Ausgaben oberhalb des gesetzten Budgets in die Haftung genommen werden, bei höheren Überschreitungen auch die pharmazeutische Industrie. Diese Kostenbremse zog sofort, und die Arzneimittelausgaben blieben relativ stabil. Dann aber kam im Dezember 2001 das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) und mit ihm die Aufhebung der bis dahin gültigen Ausgabenobergrenze.

Intelligentes Ausgabenvolumen. Seitdem unterscheidet sich die Situation im Arzneimittelsektor grundlegend vom ambulanten und stationären Bereich, die prinzipiell gedeckelt sind. Vor diesem Hintergrund erscheint es auch unter dem Aspekt einer gerechten Lastenverteilung mehr als angemessen, die pharmazeutischen Hersteller wieder stärker in die Pflicht zu nehmen. Doch wie lässt sich das intelligenter als in der Vergangenheit und zugleich kostendämpfend umsetzen?

Unbeschadet aller geltenden gesetzlichen Regelungen – Arzneimittelrabattverträge, frühe Nutzenbewertung und Festbeträge müssen weiterhin Bestand haben – und der skizzierten Weiterentwicklung des AMNOG könnte im Auftrag und Namen der Krankenkassen zentral ein jährlich anzupassendes GKV-Ausgabenvolumen für Arzneimittel ausgehandelt werden, das

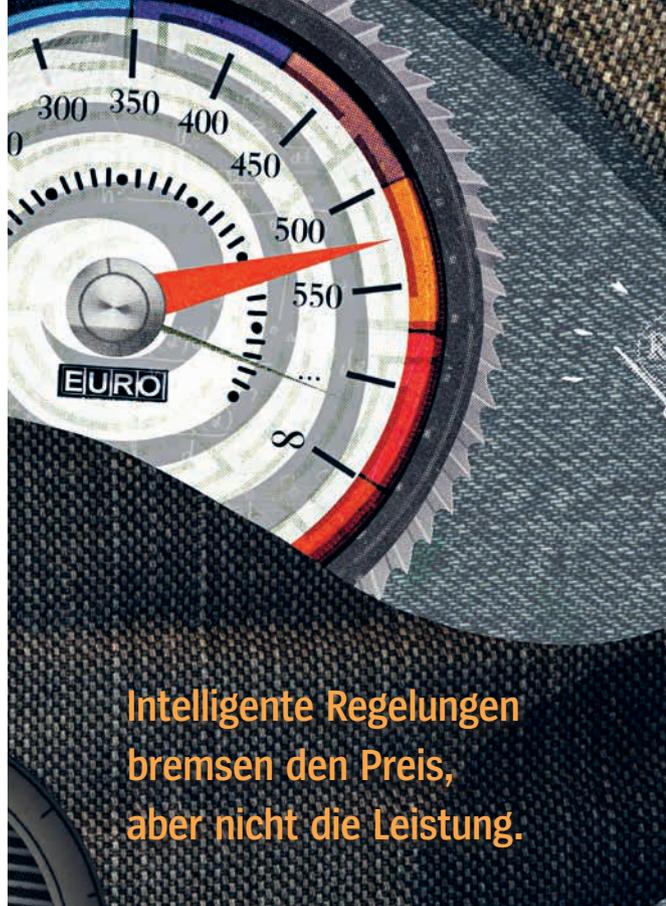
Patentgeschützte Neupräparate sind besonders teuer



Ein Vergleich zeigt: Während die Kosten für generikafähige Medikamente über die Jahre hinweg fast konstant niedrig geblieben sind, steigen die Ausgaben für neue patentgeschützte Arzneimittel dramatisch an. So haben allein im

Jahr 2014 innovative Neupräparate einen fast fünfmal so hohen Preis wie patentierte Arzneimittel des Bestandsmarktes, die vor 2011 auf den Markt gekommen sind.

Quelle: WiDO



Intelligente Regelungen bremsen den Preis, aber nicht die Leistung.

die Entwicklung der finanziellen und therapeutischen Möglichkeiten zueinander in Beziehung setzt.

Hier sind zwei Varianten denkbar. Zum einen könnte jährlich ein einheitliches Bruttoumsatzvolumen (vor Abzug jeglicher Rabatte) für die GKV mit den Verbänden der Pharmaindustrie verhandelt werden. Eine Überschreitung dieses ausgehandelten Gesamtvolumens würde entsprechend den faktisch erzielten GKV-Umsatzanteilen auf die einzelnen Hersteller umgelegt. Zum anderen könnten in einer weiteren Variante zwischen der GKV und den einzelnen pharmazeutischen Herstellern Änderungsraten des Bruttoumsatzvolumens ausgehandelt werden, die den Vorjahresumsatz des jeweiligen Herstellers sowie seinen Beitrag zur Erweiterung der Therapiemöglichkeiten berücksichtigen. Wenn keine Änderungsraten vereinbart werden, würde weiterhin das Vorjahresniveau als Obergrenze gelten. Dieser Ansatz enthält Elemente des britischen Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS), das letztlich auf einer Profitbegrenzung der Hersteller beruht, ohne sie darüber hinaus in ihrem unternehmerischen Handeln einzuschränken.

Erzielte Rabatte sind zu berücksichtigen. In beiden Varianten würde in jedem Fall der vom Gesetzgeber initiierte Wettbewerb über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern – wie heute vor allem schon bei Generika zu beobachten – weiterhin bestehen bleiben und ließe sich sogar noch verstärken. Nach der zentralen Verhandlung zwischen GKV und pharmazeutischen Herstellern müsste die Summe der zu leistenden Rückerstattungen um jene Rabatte reduziert werden, die ein Hersteller im Berichtsjahr bereits aufgrund von Selektivverträgen an die verschiedenen Krankenkassen gezahlt hat. Hierzu müsste an einer zentralen Stelle – selbstverständlich

unter Wahrung der Vertraulichkeit der Rabattverträge – eine Übersicht über die erzielten Rabatte je pharmazeutischem Hersteller vorgehalten werden. Die darauf folgende Verteilung der Mehrkostenrückerstattung an die Krankenkassen erfolgt dann entsprechend ihren Bruttoausgaben im Berichtsjahr. Damit würden Krankenkassen und pharmazeutische Hersteller weiterhin wettbewerbliche Anreize haben, Selektivverträge abzuschließen.

Vorteile für alle Seiten. Unabhängig davon, welche Verhandlungsvariante den Zuschlag bekäme, bieten beide für alle Beteiligten Vorteile. Die Anbieter im generischen Marktsegment, die durch Arzneimittelrabattverträge bereits in großem Umfang Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen haben, würden nicht weiter belastet. Die Hersteller patentgeschützter Arzneimittel könnten nach erfolgter früher Nutzenbewertung und der Aushandlung eines Erstattungspreises ihre Renditen längerfristig planen. Zudem blieben unabhängig vom Abschluss von Selektivverträgen auch während der Laufzeit des Patentschutzes weiterhin die deutschen Listenpreise für die Preisreferenzierung anderer europäischer Länder erhalten, woran die Hersteller großes Interesse haben.

Darüber hinaus würden aber auch diejenigen Krankenkassen nicht benachteiligt, die das wettbewerbsbelebende Instrument der Selektivverträge erfolgreich nutzen: Trotz einer herstellerbezogenen Reduktion der Mehrkostenrückerstattung würden die Rückerstattungen – unabhängig von den erzielten Rabatten der Krankenkassen aus Selektivverträgen – entsprechend dem Bruttoumsatz im gesamten ambulanten GKV-Arzneimittelmarkt verteilt.

Interessenausgleich muss her. Bereits in der Vergangenheit hat die Politik bewiesen, wie sich dem kontinuierlichen Ruf nach mehr Geld Einhalt gebieten lässt und wie einer von Gewinninteressen der Hersteller getriebenen Ausgabensteigerung begegnet werden kann. Angesichts der aktuellen Herausforderungen im Hochpreissegment innovativer Arzneimittel könnte sie gezwungen sein, mit starren Abschlagsregelungen oder einfacher Budgetierung auf die exorbitanten Ausgabenzuwächse zu reagieren. Fairer für alle Beteiligten sind demgegenüber die hier skizzierten Ausgabenobergrenzen mit Verhandlungsspielraum. Handelt die Politik dagegen überhaupt nicht, zahlen am Ende die Versicherten die Zeche. ■

Helmut Schröder ist stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Gisbert W. Selke** leitet dort den Forschungsbereich Arzneimittelinformationssysteme und Analysen und **Dr. Carsten Telschow** den Forschungsbereich Arzneimittel.
Kontakt: Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de

Lesetipp

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.): **Arzneiverordnungs-Report 2015. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.** 2015. 1.320 Seiten. 59,99 Euro. Springer Verlag, Heidelberg, Berlin.

„In 30 Jahren können wir Krebs kontrollieren“

Verliert die Alptraum-Diagnose Krebs bald ihren Schrecken? Der Gesundheitsexperte **Karl Lauterbach** ist davon überzeugt. Doch wenn die Politik nicht eingreife, drohten neue Therapien unbezahlbar zu werden.

Herr Professor Lauterbach, als ich Ihr neues Krebs-Buch in die Hand nahm, hatte ich einen Mutmacher erwartet. Nach der Lektüre muss ich sagen: Ihre Ausführungen machen mir Angst.
Karl Lauterbach: Das ist bedauerlich. Aber es ist ein Buch, das geprägt ist von dem Versuch einer realistischen Einschätzung von Krebs. Es enthält gute und nicht so gute Nachrichten.

Dann lassen Sie uns mit den guten Nachrichten beginnen.

Lauterbach: Etwa 40 Prozent aller Krebserkrankungen sind durch optimale Lebensweise vermeidbar. Dieses Potenzial wird aber nicht annähernd ausgeschöpft. Dabei wäre es ein Leichtes: Jeder, der etwas tun will in der Krebsvorbeugung, sollte dem Rauchen den Kampf ansagen. Übergewicht vermeiden verhindert ebenfalls viele Krebsarten – insbesondere Darmkrebs und Brustkrebsfälle. Eine weitere gute Nachricht lautet: Bei keiner Krankheit hat es in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen ähnlichen Durchbruch beim Verständnis der Mechanismen gegeben wie bei Krebs.

Was genau meinen Sie?

Lauterbach: Wir verstehen heute sehr genau, dass Krebs eine genetische Erkrankung ist, aber in der Regel keine angeborene genetische Erkrankung, sondern im Prinzip der Erwerb von Veränderungen von Genen. Diese gehen verschleißbedingt und risikofaktorenbedingt sowie aufgrund von Zufällen schlicht und ergreifend kaputt. Daher bin ich optimistisch, dass wir die Krankheit in 30 Jahren tatsächlich kontrollieren können. Die 60 Prozent durch Vorbeugung nicht vermeidbaren Krebserkrankungen lassen sich aber auch dauerhaft nicht verhindern.

Es handelt sich also um einen Kampf gegen Windmühlen?

Lauterbach: Nein. Windmühlen besiegt man nie. Bei Krebs gehe ich von der Besiegbarkeit aus. Für die Generation meiner Kinder wird diese Krankheit keine Alptraum-Diagnose mehr sein. Die Betroffenen werden trotz Krebs ein gutes Leben führen. Das heißt auch, die Baby-Boomer sind diejenigen, die den Krebs entschlüsseln und heilbar machen. Das ist ein Privileg. Das Tragische ist, dass die Baby-Boomer auch die sind, die von der erfolgreichen Krebstherapie noch nicht profitieren können.

Sie schreiben in Ihrem Buch, die Kosten in der Krebsbehandlung würden dramatisch steigen. Worauf ist das zurückzuführen?

Lauterbach: Ursächlich ist vor allem der Übergang von der klassischen Chemotherapie zur sogenannten gezielten Therapie. Bei dieser kommen statt simpler chemischer Moleküle oder Hormone maßgeschneiderte Spezialmoleküle oder Antikörper zum Einsatz, die das Krebswachstum nach Möglichkeit aufhalten sollen. Während eine klassische Chemotherapie insgesamt rund 4.000 Euro kostet, belaufen sich die Ausgaben für die gezielte Therapie oft schon im Monat auf diese Summe.

Das löst eine Kostenlawine aus, die in Euro wie groß ist?

Lauterbach: Ich rechne damit, dass sich die Ausgaben für Krebsmedikamente in den nächsten 15 bis 20 Jahren verzehnfachen. Wir stehen dann vor Kosten in Höhe von rund 45 Milliarden Euro pro Jahr. Der durchschnittliche Krebsfall dürfte dann um die 150.000 Euro kosten, wenn er kombiniert – also mit zwei oder drei der neuen Therapien – und wiederholt behandelt wird. Und ich rechne mit rund 300.000 neuen Krebsfällen pro Jahr,



die diese Therapien bekämen. Wenn wir also nicht rationieren, was ich klar ablehne, und wenn die Preise für Krebsmedikamente nicht deutlich sinken, denn steigen die Kosten exorbitant an.

Verdient sich die „Krebs-Industrie“ am Leid der Patienten eine goldene Nase? Ihr Buch legt diesen Eindruck nahe.

Lauterbach: Fakt ist, dass die pharmazeutische Industrie zurzeit in keinem anderen Bereich der Medizin derart große Gewinne einfährt wie in der Onkologie. Es herrscht geradezu Goldgräberstimmung unter den Unternehmen. Deren Preise werden durch hohe Gewinnerwartungen diktiert, durch nichts anderes.

Die Unternehmen betonen, dass sie über die Preise für die neuen Medikamente das reinspielen, was sie in deren Erforschung investiert haben. Zieht das Argument nicht?

Lauterbach: Das ist vorgeschoben, streng genommen sogar gelogen. Die Medikamente, über die wir sprechen, die wirklichen Durchbrüche, sind fast alles Errungenschaften von Unikliniken und Universitätsinstituten, oft übrigens in den USA. Die eigentliche Grundlagenforschung wurde in keinem einzigen Fall von einem Pharmaunternehmen erbracht. Insgesamt geben die Firmen maximal ein bis drei Prozent ihres Umsatzes für Grundlagenforschung aus. Das ist sehr überschaubar. Man muss also davon ausgehen, dass in der Krebsforschung etwa 80 Prozent der Grundlagenforschung vom Steuerzahler bezahlt wird.

Und welchen Ausweg aus dem Dilemma schlagen Sie vor?

Lauterbach: An Selbstverpflichtungen der Industrie und dergleichen glaube ich nicht eine Sekunde. Damit will man nur Zeit gewinnen. Wir brauchen stattdessen Rahmenbedingungen, die es wahrscheinlicher machen, dass auch kleine Firmen Chancen haben, Krebsmedikamente auf den Markt zu bringen und sich so ein Preiswettbewerb entwickeln kann.

Den es momentan nicht gibt?

Lauterbach: Wir haben es mit einer Monopolstellung von höchstens zehn Unternehmen zu tun, die den Arzneimittelmarkt in der Onkologie dominieren, so wie Google, Amazon und Facebook das Netz beherrschen. Die Unternehmen sind in der Lage, die Medikamente schnell in den Markt zu bringen, und sie haben

Zum Buch



Als ebenso bedrohlich wie faszinierend empfindet Professor Dr. Karl Lauterbach das Thema Krebserkrankungen. Es interessiert ihn unter wissenschaftlichen, ökonomischen und politischen Aspekten. Sein neues Buch „Die Krebs-Industrie. Wie eine Krankheit Deutschland erobert“ ist im Rowohlt Verlag (Reinbek) erschienen und kostet 19,95 Euro (ISBN: 978-3-87134-798-6).

Kooperationsverträge mit US-amerikanischen Spitzenunis sowie Zulassungsbehörden in Europa und den USA. So gelingt es ihnen, ein Patent einer kleinen Forschungsgruppe aufzukaufen und das Produkt zu entwickeln. Aufkomplizierte Grundlagenexperimente lassen sich die Firmen in der Regel gar nicht ein.

Wie lässt sich das Monopol brechen?

Lauterbach: Wir brauchen dringend veränderte Forschungs- und Zulassungsbedingungen für Krebsmedikamente – bevorzugt auf europäischer Ebene. Das gilt insbesondere für die Preispolitik, die sonst aus dem Ruder läuft. Es macht keinen Sinn, Firmen, die weltweit aktiv sind, an nationale Regeln binden zu wollen.

Was hat Sie die Recherche über den Krebs als Mediziner gelehrt?

Lauterbach: Die Krankheit erfüllt mich mit Demut. Ich interessiere mich für den Krebs und die Krebsforschung seit Anfang der 1980er-Jahre. Daher wusste ich schon eine Menge, bevor ich anfang, das Buch zu schreiben. Aber diese intensive Auseinandersetzung, auch das persönliche Gespräch mit den Wissenschaftlern, die an der genetischen Erforschung von Krebs arbeiten, das hat mir noch einmal gezeigt, wie groß dieser Gegner ist. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

Anspruch auf Apothekenrabatt

Das Bundessozialgericht hat einen Schlusstrich unter den Streit um die Rückerstattung des Apothekenabschlags 2009 gezogen: Beim finanziellen Ausgleich des nachträglich gesenkten Abschlagses sind die Kassen an keine gesetzliche Zahlungsfrist gebunden. Sie müssen nicht komplett auf den Rabatt verzichten, entschieden die obersten Sozialrichter. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 8. Juli 2015
– B 3 KR 17/14 R –
Bundessozialgericht

Für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel erhalten die Krankenkassen von den Apotheken einen sogenannten Apothekenabschlag als Rabatt. Dessen Höhe handeln der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband (DAV) aus. Für sonstige Medikamente beträgt der Rabatt fünf Prozent des Abgabepreises. Für Festbetragsarzneimittel gelten Sonderregeln. Der Rabatt setzt voraus, dass die Krankenkassen die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen begleichen.

Rabatt nachträglich gesenkt. Für den Apothekenabschlag war 2009 ein besonderes Jahr: Bis dato lag er bei 2,30 Euro pro Packung. Zwar hatten Apotheker und Kassen über einen neuen Betrag verhandelt, konnten sich aber nicht einigen. Am Ende legte eine Schiedsstelle den Abschlag im Dezember 2009 auf 1,75 Euro rückwirkend für das Jahr 2009 fest. Im Mai 2010 erklärte das Landessozialgericht den Schiedsspruch für sofort vollziehbar. Daraufhin stellten die Apothekenrechenzentren den Krankenkassen Rechnungen aus, um den Differenzbetrag von 55 Cent je Packung einzufordern.

Im vorliegenden Fall beglich die beklagte Krankenkasse die Differenz im Juli 2010 in zwei Teilbeträgen. Insgesamt erhielt der Apotheker für die von ihm abgegebenen 26.185 Packungen eine Nachzahlung von 14.401,75 Euro (je Packung 55 Cent). Er forderte aber zusätzlich über 45.820 Euro (26.185 Packungen mal 1,75 Euro). Seine Begründung: Die Krankenkasse habe für das

Jahr 2009 überhaupt keinen Anspruch auf einen Rabatt, weil sie für die Nachzahlung die gesetzlich vorgeschriebene Zehntagesfrist nicht eingehalten hätte. Die Kasse lehnte die Forderung ab. Daraufhin klagte der Apotheker.

Das Sozialgericht wies seine Klage ab. Es entschied, dass es sich bei der Nachforderung des Rechenzentrums nicht um eine Vergütungsrechnung im Sinne von Paragraph 130 Absatz 3 Satz 1 Sozialgesetz-

Der Apothekenabschlag ist ein Mittel, um die Kassenbeiträge stabil zu halten, so die Bundesrichter.

buch V (SGB V) handele. Danach sei der Apothekenabschlag nur auf die standardisierten monatlichen Abrechnungen der Arzneimittellieferungen und deren Begleichung anzuwenden, nicht aber auf die Abwicklung der nachberechneten Vergütung aufgrund des rückwirkend geänderten Abschlags. Somit hätte die Kasse die Zehntagesfrist nicht einhalten müssen, um ihre Rabattansprüche zu sichern.

Urteil der Vorinstanz bestätigt. Gegen diese Entscheidung legte der Apotheker Sprungrevision beim Bundessozialgericht

(BSG) ein. Die obersten Sozialrichter bestätigten das Urteil der Vorinstanz. Sie habe zutreffend entschieden, dass die Krankenkasse keine weitere Vergütung für Leistungen aus dem Jahr 2009 zahlen müsse. Die zehntägige Zahlungsfrist nach Paragraph 130 Absatz 3 Satz 1 SGB V gelte nur für die unmittelbare Abrechnung der im jeweiligen Vormonat erfolgten Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte. Dem stehe nicht entgegen, dass die monatlichen Abrechnungen der Arzneimittelabgaben des Jahres 2009 wegen des einstweilig fortgeltenden gesetzlichen Apothekenabschlags von 2,30 Euro einen nur vorläufigen Charakter gehabt hätten.

Abschlag dient der Kostendämpfung. In diesem Zusammenhang weist das BSG ausdrücklich auf das gesetzliche Ziel der Rabattierung hin. Der Apothekenabschlag solle bei sich weiterhin dynamisch entwickelnden Arzneimittelkosten einen Einspareffekt bei pünktlicher Bezahlung bewirken und auf diese Weise das gesetzgeberische Ziel der Beitragssatzstabilität (Paragraph 71 SGB V) unterstützen. Die in Paragraph 130 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgegebene zehntägige Zahlungsfrist habe den Zweck, die monatlichen Abrechnungen der Arzneimittelabgaben möglichst schnell abzuwickeln und die Finanzierungskosten der Apotheken für die Warenbeschaffung und den Personaleinsatz möglichst kurzfristig auszugleichen. Diesem Zweck sei gedient, wenn die

TIPP FÜR JURISTEN



Mengensteuerung, Strukturfonds, Qualität und Patientensicherheit – diese und weitere Themen behandelt der Workshop „Die große Reform der Krankenhausfinanzierung“. Er findet am 10. November in Köln statt. Veranstalter ist die Zeno Veranstaltungen GmbH. Mehr Informationen gibt es im Internet unter www.zeno24.de > **Veranstaltungen** > **Krankenhaus/Reha**

berechnete Vergütung für die monatlichen Leistungen unter Abzug des einschlägigen Apothekenabschlags binnen zehn Tagen nach Rechnungseingang gezahlt werde. Dabei spiele es keine Rolle, dass die Abschlagshöhe zum Zeitpunkt der Zahlung nur einen vorläufigen Charakter gehabt hätte. Die Krankenkasse sei ihrer Zahlungspflicht gegenüber dem Apotheker vollständig und rechtzeitig nachgekommen. Für den Ausgleich nachträglich geänderter Rabattbeträge gebe es keine gesetzliche Zahlungsfrist.

Rechnung kritisiert. Zugleich störten sich die obersten Sozialrichter an der Rechnung, die das Apothekenrechenzentrum der Kasse gestellt hatte. Diese sei rechtlich überhaupt nicht erforderlich gewesen. Als der Apothekenabschlag endgültig von 2,30 auf 1,75 Euro je Packung abgesenkt worden war, hätte die Krankenkasse allein aufgrund der Monatsrechnungen aus dem Jahr 2009 den Differenzbetrag selbst errechnen können. Eine schlichte Forderungsübersicht aus dem Rechenzentrum hätte ausgereicht, so das BSG. Und für eine rechtlich nicht notwendige Rechnung gelte die Zehntagesfrist definitiv nicht. Ohnehin könne die Frist immer nur einmal laufen und nicht zweimal.

Zugleich verkennt das BSG nicht, dass durch die nachträgliche Absenkung des Apothekenabschlags und die nach rund zwei Monaten erfolgte Nachzahlung ein Zinsvorteil für die Krankenkasse entstanden ist. Aber einen solchen Zinsvorteil hätten im umgekehrten Fall, also bei einer nachträglichen Anhebung des Abschlags, auch die Apotheker gehabt, so die Bundesrichter. Erachteten es die Vertragspartner als notwendig, Zinsvorteile oder -nachteile finanziell auszugleichen, könnten der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband entsprechende Regelungen im Rahmenvertrag vereinbaren. Auch die Vertragspartner auf Landesebene könnten eine solche Übereinkunft treffen. ■

Kommentar: Mit diesem Grundsatzurteil hat das Bundessozialgericht Rechtssicherheit geschaffen. So haben Apotheker acht weitere Revisionen zurückgenommen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE	Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/5293	Gesetzlich festgelegte Vergütung der Kliniken für das Erstellen elektronischer Entlassbriefe und der Ärzte für das Einlesen dieser Entlassbriefe als Anschubfinanzierung; Förderung der Telemedizin; Ärzte-Pauschale für sichere Übermittlung elektronischer Briefe; Öffnung der Gesundheitskarte für weitere Anwendungen und Gesundheitsberufe.
		Erste Lesung im Bundestag war am 3.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen.
KORRUPTION	Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundesrats-Drucksache 360/15	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragraphen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.
		Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen.
KRANKENHÄUSER	Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Bundestags-Drucksache 18/5372	Qualitätszu- und -abschläge bei Vergütung; Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch GBA für Klinikplanung der Länder; Mindestmengenregelung; Pflegestellen-Förderprogramm; Möglichkeit befristeter Krankenhausindividueller Zuschläge; Zuschläge für Häuser mit Notfallversorgung; Halbierung des Investitionsabschlags für Kliniken bei ambulanter Vergütung auf fünf Prozent; neue Korridor Grenzen für Landesbasisfallwerte; Strukturfonds für Umbau der Kliniklandschaft.
		Erste Lesung im Bundestag war am 2.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen.
PALLIATIVVERSORGUNG	Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundestags-Drucksache 18/5170	Palliativversorgung als GKV-Regelversorgung; im ambulanten Bereich Vereinbarung zusätzlich vergüteter Leistungen durch gemeinsame Selbstverwaltung; GBA-Richtlinie zu Leistungen; Erhöhung Mindestzuschuss der Kassen an Hospize; krankenhausesindividuelle Entgelte für Palliativstationen; Pflicht der Kassen zur Versichertenberatung; Kooperationsverträge Pflegeheime und Ärzte.
		Der Bundesrat hat am 12.6.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 17.6.2015.
PFLEGE	Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) Bundestags-Drucksache 18/5926	Neuer Pflegebegriff; fünf Pflegegrade; Erfassung der körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen bei der Begutachtung; höhere Leistungsbeträge; Beratungsanspruch pflegender Angehöriger gegenüber Pflegekassen; Beitragszahlungen der Pflegekassen für Angehörige, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, in die Arbeitslosen- und Rentenversicherung.
		Erste Lesung im Bundestag war am 25.9.2015. Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen.

Stand: 2.10.2015



Internet-Tipp

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

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

BUNDESVERBAND

Herbst-Botschaften aus dem Atrium

Ohne einen Schwenk auf die Themen Flüchtlinge und Abgas-Skandal bei VW kommt derzeit wohl kaum ein politisches Gespräch aus. Auch beim Herbstfest des AOK-Bundesverbandes Ende September in Berlin war das nicht anders. **Martin Litsch**, der den Verband derzeit zusammen mit **Frank Michalak** als kommissarischer Vorstand führt, sowie die beiden Aufsichtsratsvorsitzenden **Fritz Schösser** und **Dr. Volker Hansen** begrüßten rund 500 Gäste aus Politik, Medien, Verbänden, AOKs und weiteren Institutionen im Atrium des Verbandes. Litsch rief die Politik auf, bei der Krankenhausreform auf Kurs zu bleiben und endlich in die „qualitätsorientierte Versorgung“ einzusteigen. Die Vorfälle bei VW lehrten ja gerade, dass sich „Pseudoqualität“ nicht auszahle. In punkto Arzneimittel machte Litsch deutlich, dass die Preise teils „ein bisschen unverschämt und nicht fair“ seien. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)



Festlich: Frank Michalak (l.) und Martin Litsch, Interimsvorstände des AOK-Bundesverbandes, mit Staatssekretärin Ingrid Fischbach.

sei nicht dazu da, Stakeholder der Pharmaunternehmen zu bedienen. Aufgabe der GKV sei es, eine gute und bezahlbare Versorgung sicherzustellen. Zur Frage der medizinischen Versorgung der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge stellte Litsch klar, „dass die

AOK hier vorangeht“ und sich für eine menschliche und unbürokratische Lösung einsetze. Das gehe nur mit dem einheitlichen Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte – und diese Forderung sei „kein Marketing-Gag“. **Ingrid Fischbach**, Parlamentari-

sche Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, wertete die Positionierung der AOK in der Flüchtlingsfrage als „positives Signal“. Überhaupt sei die Gesundheitskasse für die Politik ein wichtiger Partner. Dies gelte auch für die Pflege, wo die Große Koalition mit dem Pflegestärkungsgesetz II das geschafft habe, „was seit Jahren überfällig ist“. Unterstützung der AOK erhoffte sich das Ministerium bei der Pflegeberatung. Hier seien die Pflegekassen „erste Adresse“ für eine gute und schnelle Hilfe für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. In der Krankenhauspolitik wiederum sei allen Akteuren klar „dass wir etwas tun müssen“. Beim Präventionsgesetz folge die Politik der Einsicht, dass entsprechende Angebote die Menschen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld abholen müssten. Diesen „Settingansatz“ in der Gesundheitsförderung beherzige die AOK seit Langem, lobte Fischbach. Ihr Appell an die anwesenden Gäste lautete denn auch: „Ohne Gesundheit ist alles nichts. Lassen Sie uns deshalb gemeinsam für Gesundheit arbeiten.“ ■

AOK aktuell

Zehn Jahre gesundes Bio-Frühstück

Mit einer Festveranstaltung vor 600 Grundschulern und Lehrern hat die Bio-Brotbox zehnjähriges Jubiläum gefeiert. Im Kinderzirkuszelt der AOK Nordost in Brandenburg an der Havel gratulierten die Schirmherren der Aktion, Bildungsminister **Günter Baaske** und Verbraucherschutzminister **Dr. Helmuth Markov**, der Initiative zu ihrem erfolgreichen Engagement: „Es ist gut, wenn Kinder sich möglichst früh damit beschäftigen, wie wichtig eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist.“ Seit Gründung der Initiative im Jahr 2006 in Brandenburg gehört die Gesundheitskasse zu den Unterstützern. Neben finanzieller Hilfe packten in diesem Jahr erneut mehr als 100 AOK-Mitarbeiter und -Azubis ehrenamtlich die gelben Boxen mit Vollkornbrot, Möhren und Müsli. Unter ihnen war auch die

stellvertretende AOK-Vorstandsvorsitzende **Gerlinde König**: „Als Gesundheitskasse gehört es zu unseren Aufgaben, bereits bei den Kleinen ein Verständnis für gesunde Ernährung und Bewegung zu schaffen, um Erkrankungen wie etwa Übergewicht vorzubeugen.“ Verteilt wurden in Brandenburg rund 22.000 Boxen in 540 Grundschulen. 33.500 Boxen wurden in Berlin ausgeliefert. Auch in Mecklenburg-Vorpommern unterstützt die AOK die Initiative, die dieses Jahr schon mehr als 5.500 gesunde Frühstücksrationen etwa in Ludwigslust, Rostock und auf Rügen verteilte. ■



Fotos: Stefan Melchior, AOK Nordost, iStockphoto

Zwangsstörungen nehmen zu

Ist der Herd wirklich ausgeschaltet, das Bügeleisen ausgestellt? Habe ich mein Auto abgeschlossen? Viele Menschen kennen solche Gedanken, bei manchen sind sie zwanghaft. So befinden sich laut einer Erhebung der AOK Baden-Württemberg insgesamt 6.577 der Versicherten – knapp 0,2 Prozent – wegen einer Zwangsstörung in Behandlung (Stand 2013). Von 2008 bis 2013 nahmen Zwangsstörungen um rund fünf Prozent pro Jahr zu. Betroffene Frauen sind im Schnitt 44 Jahre alt, die Männer 42 Jahre. Unterschiede gebe es zwischen den Formen der Zwangserkrankungen, sagt **Dr. Alessandro Cavicchioli**, Psychotherapeut aus Schwäbisch Hall. „Frauen entwickeln eher Wasch-, Männer eher Kontrollzwänge. Bei Männern tritt die Erkrankung zudem zu einem früheren Zeitpunkt auf.“ Ursache könne eine genetische Veranlagung, aber auch eine wichtige Bezugsperson mit Zwangsstörung sein, die als Modell diene. Eine mögliche Ursache sei auch, dass in der Erziehung die Betonung von Sauberkeit, Ordnung, Perfektion und Kontrolle in Kombination mit harten Bestrafungen bei Fehlern einhergehe, betont Cavicchioli, der am Facharztvertrag für Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie teilnimmt. Der Vertrag besteht zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK, der Ärztevereinigung MEDI BW und den Facharzt-beziehungsweise Psychotherapeutenverbänden im Land. Im Vertrag ist auch die Versorgung von Patienten mit Zwangsstörungen verankert. ■



Ständiger Griff zur Seife: Gerade unter Frauen sind Waschzwänge weit verbreitet.

BAYERN

Honorar-Einigung mit Zahnärzten

Die AOK Bayern und die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Freistaat haben sich über die Vergütung für die Jahre 2014, 2015 und 2016 geeinigt. Für das vergangene Jahr beläuft sich die Erhöhung der Vergütung auf 3,23 Prozent. Die Steigerung für 2015 liegt bei 2,53 Prozent. Die Steigerungsrate für das kommende Jahr steht mittlerweile ebenfalls fest. Sie beträgt 2,95 Prozent. Zuschläge für zahnärztliche Besuche von pflegebedürftigen Patienten würden bei Vorliegen einer Vereinbarung mit einer Pflegeeinrichtung zusätzlich an die Zahnärzte ausgezahlt, hieß es. In die Zahngesundheit ihrer Versicherten investierte die AOK Bayern vergangenes Jahr über 810 Millionen Euro. Mit der einvernehmlichen Vergütungsvereinbarung werde Planungssicherheit für die bayerischen Zahnärzte und die AOK erreicht, betonte der Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse, **Dr. Helmut Platzer**. Die Regelung für die Jahre 2014

und 2015 war notwendig geworden, nachdem das Landesozialgericht Ende vergangenen Jahres eine Schiedsamtentscheidung als unwirtschaftlich gestoppt hatte. ■

HESSEN

Mehr Drive für Mädchenfußball

In ihrem vierten Jahr hat die AOK-Kampagne „Mehr Mädchen auf den Rasen!“ in Kooperation mit dem Hessischen Fußball-Verband e.V. (HFV) so viel Zuspruch wie nie zuvor erfahren: 170 Clubs meldeten Interesse an den Förderpaketen an – 2013 und 2014 waren es jeweils noch 128. Insgesamt 20 Vereine kamen in die engere Wahl. Sie erhalten jetzt Zuschüsse und Trikotsätze. Die Premium-Variante beinhaltet zusätzlich ein dreifaches Mentoring durch den HFV und die kostenlose Möglichkeit, eine C-Trainerlizenz zu erwerben. Vor allem kleinere Vereine können die Zuwendung sehr gut gebrauchen, zumal gerade das Mentoring frische Impulse für das Balltraining gibt. ■

Bildungszentren in neuem Glanz

Nach knapp vier Jahren Planung und Bauzeit ist es vollbracht: Die Bauarbeiten zur Modernisierung der beiden AOK-Bildungszentren in Dortmund und in Wahlstedt bei Bad Segeberg sind abgeschlossen. Die neuen Bildungsstätten bieten insgesamt rund 380 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitskasse Platz. Die Gebäude sind mit modernen Gästezimmern, Seminar- und Schulungsräumen sowie je einem neuen Speiseraum und Freizeitbereich ausgestattet. Sämtliche Räumlichkeiten sind barrierefrei zugänglich. „Wir sind stolz auf unsere neuen Bildungszentren und überzeugt, dass die ansprechende moderne Architektur das Lernen und die Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv beeinflussen wird“, sagte AOK-Vorstandsvorsitzender **Martin Litsch**. ■

Telegramm

+++ Die AOK Rheinland/Hamburg hat ihre **Ausgaben für Prävention** in den vergangenen vier Jahren überdurchschnittlich gesteigert. Laut ihrem Präventionsbericht hat die größte Krankenkasse in Nordrhein-Westfalen in 2014 knapp 14 Millionen für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. +++ Die AOK Bayern setzt auf neue **innovative Methoden in der Krebsbehandlung**: Gemeinsam mit dem Klinikum Augsburg und dem Medizinischen Versorgungszentrum für Strahlentherapie bietet die Gesundheitskasse als erste gesetzliche Krankenkasse dort eine sogenannte stereotaktische Strahlentherapie. Mit dem neuen Verfahren können gut abgrenzbare Tumore mit einer Größe von bis zu vier Zentimeter im Gehirn oder in der Lunge behandelt werden.

Krankheitsverläufe Ermitteln wie ein Detektiv

Schwierige Krankheitsverläufe gleichen spannenden Kriminalfällen. Ein guter Arzt sollte sich daher nicht mit der ersten Diagnose zufrieden geben. Vielmehr muss er seinen Verdacht prüfen und verwer-



fen können bis sich die Symptome und Erzählungen des Patienten zu jenem Puzzle zusammensetzen, das zur Krankheitsursache führt. Jürgen Schäfer hat diesen Spürsinn. Der Professor aus Marburg leitet das „Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen“ und gilt als „deutscher Dr. House“. Wie der US-amerika-

nische Held der TV-Serie löst er jene Krankengeschichten, bei denen andere Mediziner schon aufgegeben haben.

Beim Handwerker aus dem Schwarzwald war es ein längst vergessener Zeckenbiss, der ihn lahmgelegt hatte. Erst Schäfer fand in seinem Blut jene Antikörper, die auf eine Infektion hinwiesen. Eine mehrwöchige Antikörperinfusion rettete dem Mittfünfziger das Leben. Bei der älteren Dame mit der schweren Blutvergiftung war es der Hinweis auf eine Zahn-OP, die schließlich zum eitrigen Krankheitsherd führte. Und ein junger Familienvater hatte Bauchschmerzen wegen einer Liebesaffäre. Der erfahrene Arzt schickte ihn nicht zum Psychotherapeuten, sondern erkannte die Lamblien-Infektion (eine von Parasiten verursachte Darm-erkrankung). In seinem Buch bittet Jürgen Schäfer seine Erfahrungen in Alltagsgeschichten ein und erzählt sie wie spannende Kurzkrimis.

Jürgen Schäfer:

Der Krankheitsermittler.
2015. 256 Seiten. 19,99 Euro.
Droemer Verlag, München.

Digitale Welt Die Verführbarkeit der Nutzer

Wer hip sein will, hat das neueste Handy in der Tasche, das Tablet liegt auf dem Küchentisch und das Notebook steckt in der Aktentasche. Wie sehr die Digitalisierung unsere Gesellschaft und unsere Beziehungen verändert, darüber hat Peter Schaar ein überaus lesenswertes Buch geschrieben. Schaar, der ehemals Bundesbeauftragter für den Datenschutz war, kommt nicht larromoyant daher, sondern zerlegt profunde so manche Verheißung, mit der bedenkliche Entwicklungen im Internet begründet werden. Soziale Netzwerke zum Beispiel machen es leicht, sich angesichts hunderter „Likes“ als besonders beliebter Mensch zu fühlen – auch wenn man seinen virtuellen Kontakten niemals begegnet ist. Die Digitalisierung verstärkt nicht ganz selbstverständlich den Gemeinsinn, sondern formt die „Generation Selfie“ zu einer Generation von Einzelgängern. Und auch die Sharing-Ökonomie vergrößert nicht die



Bereitschaft, bestimmte Güter miteinander zu teilen, sondern höhlt traditionelle Wirtschaftszweige aus. Dienstleister wie beispielsweise Airbnb oder Uber laden die konkrete Leistung und das damit verbundene Risiko auf privaten Schultern ab, während sie sich selbst vor jeglicher Verantwortung vertraglich schützen. Peter Schaar fordert uns daher auf, die digitale Zukunft bewusst und kritisch zu gestalten. Denn eine digitale Bürgergesellschaft kann aus seiner Sicht nicht ohne verstärktes bürgerschaftliches Engagement funktionieren.

Peter Schaar: **Das digitale Wir.**
2015. 224 Seiten. 17 Euro.
edition Körber-Stiftung, Hamburg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ REHA FORUM 2015	Leistungen, Finanzierungsalternativen, Vertragspolitik von Krankenkassen, Telemedizin	3.–4.11.2015 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 > Gesundheit
■ 20. HANDELSBLATT-JAHRESTAGUNG „HEALTH 2015“	Reformgesetze, GKV-Finanzierung, Kassenwettbewerb, Pflege, Arzneimittelversorgung, E-Health	4.–5.11.2015 Berlin	Handelsblatt Organisation: Euroforum Deutschland, Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 anmeldung@euroforum.com www.health-jahrestagung.de/anmeldung
■ 6. NATIONALER FACHKONGRESS TELEMEDIZIN	E-Health-Gesetz, Innovationsfonds, Evaluation der Telemedizin, Arzt-Patienten-Verhältnis	5.–6.11.2015 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin Organisation: MCALL GmbH Rhinstraße 84, 12681 Berlin	Tel.: 0 30/55 15 69 62 Fax: 0 30/55 15 69 63 info@mcall-gmbh.de www.telemedizinkongress.de
■ VERSORGFORSCHUNG: VON DER THEORIE IN DIE VERSORGFORSCHUNGSPRAXIS	Innovationsfonds, Qualitätssicherung und die Rolle des IQTIG, gesundheitsökonomische Evaluationen	25.–26.11.2015 Berlin	Euroforum Deutschland Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 anmeldung@euroforum.de www.euroforum.de/Versorgungsforschung
■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2016	Kassenwettbewerb, Zukunft der stationären Versorgung, Versorgungsmanagement, E-Health und Digitalisierung	8.–9.3.2016 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Str. 6-8, 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/9 53 22–51 Fax: 0 22 34/9 53 22–52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de

Sterbehilfe Argumente auf wackeligem Grund

Die Neuregelung der Sterbehilfe steht weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Vier Gesetzentwürfe liegen vor. Im November will der Bundestag entscheiden. Da wünscht man sich, dass die Parlamentarier vorab noch Zeit finden, diesen Sammelband zu lesen. Denn die Gefahr ist groß, dass sie sich gedrängt fühlen, das Sterben von Menschen regulieren zu wollen und damit gleichwohl das Machbarkeits-Denken in der Medizin befördern könnten. Statt die ärztliche Suizid-



assistenz in neue Paragraphen fassen zu wollen, wäre eine gesellschaftliche Debatte über die Würde des Menschen im Angesicht des Todes wünschenswert. Denn die Kernargumente der Sterbehilfe-Befürworter stehen auf wackeligem Grund. Selbstbestimmung, so schreibt der Arzt Christian Spaemann, ist immer vom Lebenskontext mitbestimmt – besonders in Zeiten der Schwäche, der Ängste und des Leidens. Wer den Wunsch äußert, sterben zu wollen, reagiert damit auch auf sein Umfeld und nicht unbedingt autonom im eigenen Sinne. Die Gefahr ist groß, dass mit einer Öffnung der

Sterbehilfe, sich derjenige mehr und mehr rechtfertigen muss, der nichts mehr leistet, pflegebedürftig ist und Geld kostet. Spaemann mahnt, dass die aktuelle Debatte eine „Pflicht zu sterben“ gedanklich vorbereiten könnte. So gesehen wäre keine Gesetzesreform die richtige Entscheidung, um die drohende Fehlentwicklung noch aufzuhalten.

Thomas Sören Hoffmann,
Marcus Knaup (Hrsg.):
Was heißt: In Würde sterben?
2015. 314 Seiten. 19,99 Euro.
Springer VS, Wiesbaden.

Kartellrecht Entscheidend ist der Einzelfall

Die Idee, dass mehr Wettbewerb den Gesundheitssektor effektiver macht und qualitativ verbessert, hat sich in mehreren Gesundheitsreformen niedergeschlagen. Die Frage, ob auch das Kartellrecht im Gesundheitswesen gilt, ist nach wie vor Gegenstand von gesundheitspolitischen und ideologischen Debatten. So schreiben es die Experten Thomas Lübbig und Max Klasse. Mit ihrem Buch wollen sie darlegen, auf welche Besonderheiten des Sektors das Kartellrecht in der Praxis trifft. Letztlich sei es in Teilen des Gesundheitsmarktes immer noch eine Frage des Einzelfalls,



ob das Kartellrecht überhaupt angewendet werden kann. Eine pauschale Betrachtung helfe nicht weiter. Entscheidend sei, die jeweilige Situation genau zu prüfen. Das Buch richtet sich insbesondere an Juristen in Unternehmen der pharmazeutischen Industrie sowie an Vertreter von Krankenhäusern,

Krankenkassen, Interessenverbänden, aus der öffentlichen Verwaltung sowie an Fachanwälte für Medizinrecht.

Thomas Lübbig, Max Klasse:
Kartellrecht im Pharma- und Gesundheitssektor. 2015.
2. Auflage. 290 Seiten. 59 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Intakte Darmflora verhindert Allergien

Nach der „Hygiene-Hypothese“ verhindert hohe Sauberkeit Infektionskrankheiten, fördert aber auch Allergien. Forscher des Helmholtz Zentrums, der Technischen Universität in München sowie des Institut Pasteur in Paris haben nun herausgefunden, wie symbiotische Darmbakterien das Immunsystem beeinflussen und allergische Reaktionen blockieren. Dringen Bakterien, Viren oder Pilze in den Körper ein, werden sogenannte Typ-3-Immunzellen aktiviert, die die Keime bekämpfen. Größere Eindringlinge wie Würmer oder allergieauslösende Stoffe aktivieren hingegen die Typ-2-Immunzellen, die für allergische Reaktionen verantwortlich sind. Der Mikrobemix im Darm aktiviert die Typ-3-Zellen. Diese wiederum blockieren die Typ-2-Zellen und damit allergische Reaktionen.
Science 349 (6251): 989–993

■ Wassergebrauch ist konstant geblieben

Fürs Duschen, Putzen, Waschen oder Trinken haben 2013 die Menschen in Deutschland täglich rund 121 Liter Frischwasser gebraucht. Dies geht aus den jüngsten Zahlen des Statistischen Bundesamts hervor. Der Wasserverbrauch variiert regional sehr stark: Während im Westen Deutschlands pro Kopf und Tag im Schnitt 127 Liter Frischwasser verbraucht wurden, waren es im Osten (ohne Berlin) 94 Liter. 2013 war der Gesamtverbrauch mit rund 3,5 Milliarden Kubikmeter Trinkwasser ähnlich hoch wie 2010.
www.destatis.de > Pressemitteilung 29.7.2015

■ Männliches Sexualhormon fördert das Sozialverhalten

Testosteron wird oft für negative Eigenschaften wie Aggressivität verantwortlich gemacht. Nun ergab eine Studie der Hamburger Universität, dass das männliche Sexualhormon auch das Sozialverhalten fördert. Die Forscher ließen 50 männliche Fußballfans ein Computerspiel spielen. Zuvor hatten sie die Testosteronkonzentration anhand von Speichelproben gemessen. Die Probanden sollten sowohl für sich selbst Punkte sammeln als auch mit anderen gegen eine andere Gruppe spielen. Analysiert wurde, ob die Spieler nur ihren Nutzen erhöhten oder auch die Interessen anderer einbezogen. Ergebnis: Bei einem höheren Testosteronspiegel wächst die Bereitschaft, in der eigenen Gruppe zusammenzuarbeiten.
Frontiers in Neuroscience 9: 183

■ Alkohol in der Schwangerschaft noch immer nicht tabu

Trotz der Gesundheitsgefahren für das ungeborene Kind halten es immer noch 18 Prozent der Bundesbürger für vertretbar, wenn Schwangere ab und zu ein Glas Sekt oder Bier trinken. Dies ergab eine aktuelle Umfrage des Meinungsforschungsinstituts INSA im Auftrag der privaten Krankenversicherung. Je älter die 2.000 Befragten waren, desto eher akzeptierten sie kleine Mengen Alkohol. Während vier Prozent der unter 18- bis 24-Jährigen ein gelegentliches Glas Alkohol in der Schwangerschaft für nicht schlimm hielten, waren es bei den über 54-Jährigen fast 23 Prozent. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt mit Praxismodulen die Beratung Schwangerer zum Alkoholverzicht.
www.pkv.de > Pressemitteilung 9.9.2015; www.bzga.de > Pressemitteilung 7.9.2015

Qualität muss sich lohnen

Krankenkassen brauchen mehr Anreize, in Qualität und bedarfsgerechte Leistungen zu investieren, meinen **Birgit Dziuk** und **Janina Thom**. Sie fordern eine Analyse zur Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sollte das primäre Ziel haben, Leistungen, Qualität und Prozesse weiterzuentwickeln. Doch Fehler im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung führten zur Wettbewerbsverzerrung: Haben Krankenkassen ein hohes Vermögen aufgebaut, können sie den kassenindividuellen Zusatzbeitrag auf einem geringeren Niveau halten und sogar zusätzliche Leistungen anbieten, während Kassen mit geringeren Rücklagen den Zusatzbeitrag erhöhen müssen. Eine Entwicklung mit Folgen: Mitglieder – besonders jüngere und wechselwillige – wandern zu den preisgünstigeren und attraktiv erscheinenden Kassen ab. Andere Kassen müssen Einnahme-Einbußen hinnehmen, die Preise erhöhen oder können Leistungen nicht mehr anbieten.

Zu wenig Geld für Kranke. Das Bundesversicherungsamt regelt seit 2009 die Zuweisung der Beitragsgelder aus dem Gesundheitsfonds an Krankenkassen unter Berücksichtigung der Krankheiten der Versicherten über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Er soll als Grundstein für ein solidarisches Gesundheitssystem fungieren, in dem Kassen mit Leistungen und Qualität konkurrieren. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA evaluierte 2011 im Auftrag des Gesundheitsministeriums die Wirkungen des Morbi-RSA und meldete Nachbesserungsbedarf an. Der Gesetzgeber verabschiedete im letzten Jahr ein Finanzierungsgesetz, das einen methodischen Fehler behoben hat und zwei Übergangsregelungen für die Zuweisungssystematik bei Auslandsversicherten und Krankengeld enthält. Für die Zuweisungen von Auslandsversicherten und Krankengeld wurden zusätzlich zwei Gutachten beim Wissenschaftlichen Beirat beauftragt, die Ende des Jahres veröffentlicht werden sollen.

Neben diesen beiden Baustellen werden von den Krankenkassen aber noch zahlreiche andere Verbesserungsbedarfe genannt. Eine andere Art der Regionalisierung und die Berücksichtigung von Versicherten, die von der Zuzahlung befreit sind, werden höchst unterschiedlich diskutiert. Ein weiterer Punkt sind die Verwaltungskosten. Krankenkassen erhalten 50 Prozent der Zuweisungen für Verwaltungskosten aus dem Gesundheitsfonds standardisiert in gleicher Höhe nach der Anzahl ihrer Versicherten. Die anderen 50 Prozent verteilen sich nach der Morbidität der Versicherten. Mit diesen Zuweisungen sollen die Kassen auskommen. Der Wissenschaftliche Beirat hat bereits 2011 festgestellt, dass die Differenz zwischen Zuweisungen und tatsächlichen Verwaltungskosten bei einem Schlüssel von 20 Prozent nach Kassengröße und 80 Prozent nach Morbidität am geringsten wäre. Die Erfahrungen der Deutschen BKK zeigen, dass ein zukunftsweisender Aufbau von Fallmanagement- und Beratungsstrukturen Kosten verursacht, die vom System nicht berücksichtigt werden.

Herausforderungen sind unabhängig von der Kassenart. Das Ungleichgewicht im System ist unabhängig von der Kassenart. Ob eine Kasse zu viel oder zu wenig Geld aus dem Morbi-RSA erhält, ist erheblich davon abhängig, ob Versicherte eher krank oder gesund sind. Auch die zahlreichen anderen Herausforderungen des Finanzausgleiches stellen sich unabhängig von der Kassenart. Forderungen nach Korrekturen der Zuweisungen werden seit der Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse im zweiten Halbjahr aus allen Kassenlagern laut – zeigen aber nicht die Situation der einzelnen Kassen.

Wir begrüßen, dass der Wissenschaftliche Beirat derzeit Vorschläge für die Systematik bei Auslandsversicherten und Krankengeld erarbeitet. Es fehlt dennoch eine Gesamtevaluation des Morbi-RSA nach jetziger Datenlage. Das einzige Gutachten aus dem Jahr 2011 bezieht sich auf Daten aus dem Jahr 2009. Seitdem hat sich viel verändert, so zum Beispiel die Gesetzeslage, die Auswahl der Krankheiten im RSA-Verfahren, das Versorgungsgeschehen und die Bevölkerungsstruktur. Ein neues Gutachten zum gesamten Morbi-RSA ist deshalb dringend notwendig. Es muss das Ausgleichsverfahren insgesamt bewerten und weiter ins Gleichgewicht bringen, ohne es jedoch in Frage zu stellen. ■

Birgit Dziuk ist Geschäftsbereichsleiterin Strategie-Politik-Presse-Selbstverwaltung der Deutschen BKK. **Janina Thom** ist Pressesprecherin der Deutschen BKK. **Kontakt: Janina.Thom@deutschebkk.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Änne Töpfer

Titel istockphoto
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 Anzeigenteil:
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. 17
vom 1.1.2015
ISSN 1436-1728



G+G 9/2015

Letzte Ausfahrt Qualität

Gelder der Kassen sind endlich

Der Artikel über den qualitätsbasierten Strukturwandel als Ausweg aus der Kostenfalle wirft bei mir die Frage auf, ob und wie sich Qualität von Gesundheitsleistungen wirklich messen lässt und – auch wichtig – ob die Ergebnisse der Messung einen Weg aus der Kostenfalle weisen können. Denn ein wesentliches Kriterium in der Qualitätsmessung sollte die Patientenzufriedenheit sein. Und die entsteht naturgemäß höchst individuell: Der eine ist zufrieden, wenn er nach einem kurzen Arztgespräch mit einem Medikament nach Hause gehen kann. Die andere möchte aber die gesamte Diagnosemaschinerie durchlaufen, bevor sie mit dem Arzt über Behandlungsoptionen diskutiert, um sich danach bei zwei weiteren Experten nach Alternativen zu erkundigen. Beide Strategien haben ihre Berechtigung, vor allem, wenn beide Patienten ihre Krankheit am Ende im Griff haben. Ist das nicht ein Grund dafür, dass das Ausmaß der Patientenzufriedenheit weder in der Vergütung noch für die Versorgungsplanung eine größere Rolle spielen kann? Mehr Hand und Fuß scheinen Konzepte wie das der Qualitätssicherung mit Routinedaten zu haben. Aber bis sie sich auf die Versorgungsstrukturen auswirken, wird wohl noch viel Zeit ins Land gehen. Und ob dann wirklich der Bedarf der Patienten im Mittelpunkt steht, diese das auch merken und mit der Versorgung zufrieden sind, bleibt dahingestellt. Sicher allerdings ist, dass die Gelder der Krankenkassen end-

lich sind und rein ökonomisch motivierten Leistungsausweitungen, die am Ende sogar Nachteile für Patienten haben könnten, ein Riegel vorgeschoben werden muss. Auch und gerade, wenn Gesundheit unser aller höchste Gut ist.

A. H., Scheidegg

G+G 9/2015

Interview mit Tanja Manser

Fehlermeldesysteme schützen Patienten

Moderne Technik in blitzsauberen Klinikgebäuden kann einen schon mal darüber hinwegtäuschen, dass die Patientensicherheit in der stationären wie ambulanten Versorgung nach wie vor verbesserungsbedürftig ist. Tanja Manser vom Institut für Patientensicherheit der Uni Bonn legt zu Recht den Finger in die Wunde: Ganz banale, selbstverständlich erscheinende Vorgänge wie die Händedesinfektion sind beileibe noch nicht für jeden Arzt und jede Pflegekraft eine Selbstverständlichkeit. Und auch hinsichtlich der Organisation der Arbeit und der Abläufe ist noch viel zu tun. Wie sonst konnte es dazu kommen, dass ein Krankenpfleger immer wieder Medikamente abgezweigt und damit Patienten getötet hat? Wo doch im Gesundheitswesen immer alles haarklein dokumentiert werden muss? Gut, dass Landes-sozialministerin Cornelia Rundt hat prüfen lassen, inwieweit niedersächsische Krankenhäuser Fehlermeldesysteme nutzen. Denn nur die Offenheit im Umgang mit Fehlern kann Patienten wirklich schützen.

O. S., Hannover

BECKs Betrachtungen



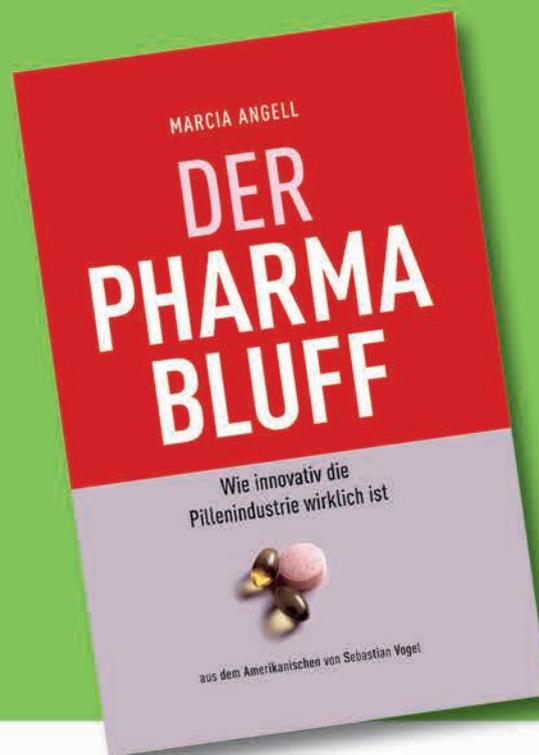
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

mann) erschien 2014 sein Buch »Lebe Deinen Traum« (Lappan Verlag). Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis der Sächsischen Zeitung in Gold. Beck veröffentlicht 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.



Dranbleiben, locker bleiben

Gemüse ist gesund, Spaß am Essen aber auch. Essen Sie gemeinsam mit Ihren Kindern. Und sprechen Sie darüber – auch über die Zutaten, die nicht so gut ankommen. Sybille Schönberger, Sterneköchin und Mutter, verrät Ihnen gemeinsam mit Philipp Lahm und den AOK-Ernährungsexperten Tipps und kinderleichte Gerichte, die Kindern und Eltern schmecken.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie