



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Hand(y) aufs Herz

Was Apps den Patienten bringen –
und was nicht

REFORM
Systemwechsel bei
Psychiatrie-Preisen

REPORT
Sparpotenzial bei
Pillen-Preisen

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
Pressereferent: Peter Willenborg

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

Tel. 030/34646-2309
030/34646-2312
030/34646-2655
030/34646-2298
030/34646-2467
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: 0421/1761-91540

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
presse@nordost.aok.de

Tel. 0800/265 080-22202
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

Pressesprecherin: Antje Meyer

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf
antje.meyer@rh.aok.de

Tel. 0211/8791-1011

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

Tel. 040/2023-1401

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
presse.thr@aok.de

Tel. 0800/10590-11144
Fax: 0800/10590 02-104

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg
presse@san.aok.de
anna-kristina.mahler@san.aok.de

Tel. 0391/2878-44426
Fax: 0391/2878-44576

Pflege hat viel Potenzial

Sie versorgen chronische Wunden, überwachen die künstliche Beatmung oder beraten Angehörige – Pflegeprofis können mehr als Fieber messen oder Betten machen. Die Politik sollte dieses Potenzial fördern, meint **Christel Bienstein**.

Komplexe gesundheitliche Probleme lassen sich nur interdisziplinär lösen. Dabei unterscheiden sich die Aufgaben der verschiedenen Gesundheitsberufe: Während Ärztinnen und Ärzte die Diagnose stellen und die Behandlung festlegen, besteht die Hauptaufgabe der Pflege darin, gesundheitlich beeinträchtigten Menschen bei der Bewältigung ihres Alltages zu helfen. Therapeutische Berufe, wie die Physiotherapie oder die Logopädie, bieten spezifische Unterstützung. Die Aus- und Fortbildungen der Gesundheitsberufe sind auf die jeweiligen Aufgaben ausgerichtet, müssen jedoch stetig an Veränderungsprozesse angepasst werden. Besonders die Zunahme der Zahl von mehrfach erkrankten und alten Menschen macht es erforderlich, eine ineinandergreifende Versorgung sicherzustellen.

Wie die Medizin hat sich auch die Pflege deutlich weiterentwickelt. Pflegefachpersonen verfügen zunehmend über Kenntnisse im Wund-, Schmerz- und Ernährungsmanagement, in der Beratung von Menschen mit Diabetes, Brustkrebs oder Demenz. Sie übernehmen im Intensivbereich oder der Notaufnahme auch medizinische Funktionen. Während noch in den zwanziger und dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts sogar das Messen der Temperatur und des Blutdrucks Ärzten vorbehalten war, überwachen heute zunehmend Pflegende die künstliche Beatmung eines Menschen, übernehmen das Schmerzmanagement, fördern die Mobilität der Patienten oder wirken in der Palliativversorgung mit. Der Beratungsbedarf im Zusammenhang mit der Klinik-Entlassung oder bei der Einbindung von Angehörigen in die Pflege ist gestiegen. Pflegefachpersonen übernehmen diese Aufgaben, die angesichts der steigenden Zahl von Menschen mit gesundheitlichem Unterstützungsbedarf und dem sich abzeichnenden Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich an Bedeutung gewinnt. Hinzu kommen mögliche neue Aufgabenfelder beispielsweise in der Primärversorgung der Bevölkerung, wie sie andere Länder längst erfolgreich der Pflege zugeordnet haben.

Der Widerstand von Lobbyisten hat Veränderungen verhindert.

Um zukünftigen Bedarfen entsprechen zu können, brauchen alle Gesundheitsberufe neue Qualifizierungsangebote. Während Ärztinnen und Ärzten beispielsweise häufig Kenntnisse für den Umgang mit Demenzkranken fehlen, mangelt es in der Pflege an Fachpersonen, die sich für spezifische Aufgaben wie die Beatmungspflege qualifizieren. Weiterhin können Pflegeexpertinnen in Altenheimen dazu beitragen, dass akut erkrankte Bewohner nicht in die Klinik müssen oder rasch wieder in die vertraute Umgebung zurückkehren können.

In der Klinik versorgen Pflegende im Durchschnitt tagsüber zwischen zehn und 13 sowie nachts 28 Patientinnen und Patienten. Im Altenheim ist im Durchschnitt eine Fachkraft für 52 Bewohnerinnen und Bewohner zuständig. Das führt dazu, dass Pflegende viel zu entscheiden haben und dabei nicht immer auf Ärzte zurückzugreifen können. Um

dieser Herausforderung gewachsen zu sein, sollten Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen in Masterprogrammen an Hochschulen vertiefen.

Die Politik sollte dafür sorgen, dass Pflegende ihren Kenntnissen entsprechende Tätigkeiten ausüben. Bereits 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, im Rahmen von Modellversuchen eine Übertragung von ärztlichen Leistungen an Pflegende in der Versorgung von Menschen mit Wunden, Diabetes, Demenz und Herzinsuffizienz zu erproben (Substitution). Der Widerstand von Lobbyisten hat einen Veränderungsprozess bisher verhindert. Immer noch müssen Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation beispielsweise in Versorgung eines Stomas (künstlicher Darmausgang) oder im Wundmanagement die Verordnungen der Heil- und Hilfsmittel vom Arzt unterzeichnen lassen.

Damit Medizin und Pflege gesundheitlich beeinträchtigte und pflegebedürftige Menschen bestmöglich versorgen können, muss der Gesetzgeber die Sozialgesetzbücher entsprechend ergänzen, Kooperationskonzepte fördern und die Aufgaben durch Heilberufegesetze absichern. ■



Prof. Christel Bienstein, geboren 1951, Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), leitet das Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. Die Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplom-Pädagogin und Pflegewissenschaftlerin baute ab 1994 an der Universität Witten/Herdecke den Studiengang Pflegewissenschaft auf. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Pflegeentwicklung, Professionalisierung und Qualitätssicherung. Bienstein berät als Sachverständige die Bundes- und die NRW-Landesregierung. Sie vertritt den DBfK im Deutschen Pflegerat.

Kontakt:
Christel.Bienstein@uni-wh.de

Eine App für Dinosaurier



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Haben Sie ein Smartphone? Was für eine Frage! Aber haben Sie auch schon eine Gesundheits-App oder gar eine Smartwatch, die Ihre Schritte, Ihren Puls oder Ihren Stresspegel messen? Nein? Dann gehören Sie wie ich zu den Dinosauriern, die zwar regelmäßig Zahnseide benutzen, Schwimmen gehen und Rückenübungen absolvieren, aber das nicht jeden Tag elektronisch

dokumentieren müssen. Dass ich zu einer aussterbenden Gattung gehöre, ist mir indes spätestens seit dem G+G-Gespräch zum Thema „Gesundheits-Apps“ klar, das meine Kollegin Anne Töpfer und ich vor kurzem in Berlin moderiert haben (ab Seite 24). **Die Talkrunde mit Fachleuten aus Medizin, Politik, Krankenversicherung und Kommunikationswissenschaft**

war sich durchaus einig darüber, dass Gesundheits-Apps mehr Chancen als Risiken bieten und Patienten und Ärzte grundsätzlich gut beraten sind, mobile Anwendungen intensiv zu nutzen – wenn der Datenschutz und die Qualität der medizinischen Inhalte stimmen.



Talkrunde zu Gesundheits-Apps: Moderiert von der G+G-Redaktion diskutierten Experten das Für und Wider mobiler Anwendungen (ab Seite 24).

Denn bei Weitem nicht alle Apps halten, was sie versprechen. Wer Einfluss auf die Inhalte genommen hat und wo die persönlichen Daten der Nutzer landen, bleibt häufig im Dunkeln. Für Dinosaurier wie mich – ich habe die Proteste gegen die Volkszählung in den 1980er Jahren noch persönlich erlebt – ist deshalb klar, dass **Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps das Gebot der Stunde** sind. Die gesetzliche Krankenversicherung könnte sich hier weitaus glaubwürdiger im Sinne des Verbraucherschutzes positionieren als Google, Apple & Co. Eine App mit Gütesiegel würde auch auf meinem Smartphone Platz finden – selbst Dinosaurier können dazulernen!

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen


henkelhoving@kompart.de



Programme mit Strahlkraft: Stärken und Schwächen von Gesundheits-Apps

MAGAZIN

- 12 PILLENPREISE UNTER HOCHDRUCKEINFLUSS**
Die hiesigen Arzneimittelpreise steigen und steigen. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt, dass Einsparungen in Milliardenhöhe möglich sind.
Von Helmut Schröder und Carsten Telschow
- 14 MIT BEDACHT UND AUGENMASS**
Der Risikostrukturausgleich steht hierzulande immer wieder in der Kritik – zu Unrecht, wie internationale Fachleute auf einer Tagung in Berlin feststellten.
Von Ines Körver
- 15 AKTIONSPLAN NIMMT GESTALT AN**
Im Einsatz für mehr Wissen: Namhafte Experten haben damit begonnen, den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz inhaltlich auszugestalten.
Von Kai Kolpatzik
- 16 E-HEALTH: TEURER STILLSTAND**
Das Gesundheitswesen tut sich mit dem digitalen Fortschritt schwer. Er kommt nur in Fahrt, wenn das Freund-Feind-Denken fällt, wie eine Tagung ergab.
Von Thomas Rottschäfer
- 17 INSELN IM MEER DER VERSORGUNG**
Google, Apple und Co. erobern weltweit den digitalen Gesundheitsmarkt. Warum hierzulande die Telematik nicht vorankommt, machte ein Symposium deutlich.
Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving
- 18 EIN SOZIALPAKT FÜR EUROPA**
Die Brüsseler Kommission hat eine europäische Sozialcharta entworfen. Sie kann dazu beitragen, europaweit höhere Sozialstandards zu schaffen.
Von Thomas Rottschäfer
- 19 „EHRENAMTLICHE NICHT ALLEIN LASSEN“**
Dem Krieg entkommen und jetzt in Sicherheit: Flüchtlinge haben Furchtbares erlebt. Deren Leidensweg geht auch an ehrenamtlichen Helfern nicht spurlos vorbei, sagt Regine Schuster und setzt auf Begleitung.

TITEL

20 GESUNDHEIT ALS DOWNLOAD

Auf Schritt und Tritt dabei – Gesundheits-Apps schießen ins Kraut. Doch im Dschungel der Angebote fehlen Orientierungshilfen und Qualitätsstandards.

Von Kai Kolpatzik

24 „DIGITALISIERUNG ENTZAUBERT DIE EXPERTEN“

Bessere Prävention, schnellere Diagnose, größere Therapietreue – Gesundheits-Apps versprechen viel. Was sie halten und wie sich die Qualität sichern lässt, diskutierten Fachleute beim G+G-Gespräch.

THEMEN

30 TAPETENWECHSEL MIT TÜCKEN

Weg mit landeseinheitlichen Preisen und zurück zu individuellen Budgets – die Politik baut die Psychiatrie-Vergütung wieder um. Ein Plan mit vielen Haken.

Von Patrick Garre

36 GESUNDHEIT BEZAHLT, GESUNDHEIT GELIEFERT

Ambulant vor stationär: In Modellprojekten erproben Kliniken und Kassen regionale Psychiatrie-Budgets – und haben damit gute Erfahrungen gemacht.

Von Thomas Hommel

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Ist in der Pflege alles getan?
- 11 **Kommentar** Teilhabegesetz: Es darf keine Verlierer geben
- 38 **Recht** Neue Regeln für Zwangsbehandlung
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Krankenhaus: Personalnot gefährdet Patienten
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



24

Vier Köpfe mit digitalem Know-how zu Gast bei G+G (v.l.o.):
Andréa Belliger, Martin Litsch,
Gerd Billen und Urs-Vito Albrecht



30

Psychiatrie-Vergütung:
Dollpunkte im Reformvorhaben

STUDIE

Guter Schlaf dank Hirnstimulation

Eine Elektrostimulation des Gehirns während der Mittagsruhe verhilft Senioren zu tiefem, erholsamen Schlaf und verbessert das Bildergedächtnis. Dies ist das Ergebnis einer Studie der Berliner Charité. Die Wissenschaftler baten 18 gesunde Probanden zwischen 50 und 80 Jahren zu drei Sitzungen ins Schlaflabor und gaben ihnen je 90 Minuten Zeit zum Mittagschlaf. Die Hälfte der Teilnehmer erhielt während des Schlafs eine Hirnstimulation. Bei den Probanden der Kontrollgruppe brachten die Neurowissenschaftler ebenfalls Elektroden an, durch die aber kein Strom floss. Um die Gedächtnisleistungen zu prüfen, absolvierten die Teilnehmer vor und nach der Schlafphase einen Bildererkennungstest: Vor dem Einschlafen sollten sie sich 38 Bilder merken. Nach der Schlafphase wurden 38 neue Bilder hinzugesetzt. Die Probanden sollten die bekannten Bilder identifizieren. Die Gruppe mit elektrischer Stimulation schnitt im Test nach dem Mittagsschlaf besser ab als davor, während die Gruppe mit Scheinstimulation sich verschlechterte. ■

KRANKENHÄUSER

Simulator berechnet Schließungsfolgen

Was passiert, wenn ein Klinikstandort wegfällt? Müssen Patienten dann beispielsweise längere Anfahrtswege in Kauf nehmen? Entsprechende Szenarien simuliert ein vom GKV-Spitzenverband entwickeltes Programm für jedes einzelne Krankenhaus. Der Kliniksimulator zeigt die



Gedächtnistraining in der Hängematte: Tiefer Schlaf verbessert offenbar das Erinnerungsvermögen.

Entfernung von rund 80.000 Wohnbezirken zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin. Gemessen wird die durchschnittliche Fahrzeit mit dem Pkw zum nächstgelegenen Krankenhaus. Lässt der Nutzer der Seite eine Klinik virtuell sterben, ermittelt der Simulator die neuen Fahrzeiten und wie viele Menschen vom Aus der Klinik betroffen wären. Laut Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, zeigten die Auswertungen, „dass sich bei der Mehrzahl der Krankenhäuser im Fall einer Schließung keine nennenswerte Verlängerung der Erreichbarkeit ergibt“. Dies sei ein Hinweis darauf, „dass nicht jede Klinik für die gute Versorgung der Menschen notwendig ist“. Mehrere Krankenhausgesellschaften kritisierten den Simulator, da er sehr oberflächlich und eindimensional arbeite. ■

MEHR INFOS:

www.gkv-kliniksimulator.de

PATIENTENSICHERHEIT

Faktenbox zu Behandlungsfehlern

Zum Internationalen Tag der Patientensicherheit hat die AOK eine neue Faktenbox zum Thema Behandlungs- und Pflegefehler veröffentlicht. Dieses über das Internet zugängliche Informationsangebot stellt kompakt dar, wie die Gesundheitskasse beim Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler hilft: Wenn sich Versicherte dann an ihre Kasse wenden, werden sie zunächst beraten. Auf Wunsch des Patienten fordert die AOK die notwendigen

Behandlungsunterlagen beim Arzt an, prüft diese und kümmert sich um eine medizinische Bewertung. Danach erfolgt die juristische Bewertung, und der Patient erhält Hinweise zu den Handlungsoptionen. Nicht zuletzt berät die Gesundheitskasse auch bei der Durchsetzung von Schadensersatz-Ansprüchen. Die Übersicht ergänzt eine ganze Reihe von AOK-Faktenboxen, die leicht verständliche, fundierte Informationen zu Medizin- und Gesundheitsthemen liefern. ■

DOWNLOAD UNTER:

www.aok.de/faktenboxen

kurz & bündig

+++ FACHKRÄFTEMANGEL: Bis zum Jahr 2030 fehlen weltweit 40 Millionen Gesundheitsfachkräfte – davon geschätzt 18 Millionen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Das geht aus einem Bericht der „Hochrangigen Kommission zu Beschäftigung im Gesundheitssektor“ der Vereinten Nationen hervor, der kürzlich an UN-Generalsekretär Ban Ki-moon übergeben wurde. **+++ KRANKENHÄUSER:** Vergangenes Jahr ließen sich in Deutschland 19,2 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandeln. Das seien 34.800 Behandlungsfälle (0,2 Prozent) mehr gewesen als im Jahr zuvor, teilte das Statistische Bundesamt mit. Der Aufenthalt im Krankenhaus habe, wie 2014 auch, durchschnittlich 7,4 Tage gedauert.



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.



HONORARE
Eine Milliarde Euro mehr für die Ärzte

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband haben sich über die Vergütung niedergelassener Mediziner im kommenden Jahr geeinigt. Danach bekommen die rund 145.000 Vertragsärzte in Deutschland rund eine Milliarde Euro mehr. Das Honorarplus setzt sich wie folgt zusammen: Der Orientierungswert (Preis einer ärztlichen Leistung) steigt um 315 Millionen, die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung um 170 Millionen Euro. Für extrabudgetäre Leistungen – dazu gehören etwa Vorsorgeuntersuchungen – wird mit einem Plus von 330 Millionen Euro gerechnet. Für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans, der den

Zitat des Monats

Bei manchen Reden kann von Reden keine Rede sein.

Werner Finck (1902–1978), Kabarettist, Schauspieler und Schriftsteller

Versicherten ab Oktober zur Verfügung steht, werden rund 163 Millionen Euro veranschlagt. Nach der Einigung auf Bundesebene finden in den kommenden Wochen Verhandlungen zur regionalen Umsetzung und eventuell zu regionalen Anpassungen zwischen den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen statt. ■

MEHR INFOS:
www.gkv-spitzenverband.de > **Presse**

WHO-STUDIE
Luftverschmutzung fordert Todesopfer

Einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge sind mehr als 90 Prozent aller Menschen weltweit der Luftverschmutzung ausgesetzt. An den Folgen würden jedes Jahr über sechs Millionen Menschen sterben, teilte die WHO mit. Stark verschmutzt ist die Luft demnach in Entwicklungs- und Schwellenländern – vor allem in Asien. Luftverschmutzung betreffe aber praktisch alle Länder der Welt und alle Teile der Gesellschaft. Die Daten für die WHO-Studie wurden an 3.000 Orten erhoben, sowohl durch Satellitentechnik als auch durch Messungen am Boden. ■

MEHR INFOS:
www.who.int > **Mediacenter**

KLINIKINFEKTIONEN
Patienten bringen Keime oft mit

Knapp zehn Prozent der in deutschen Krankenhäusern aufgenommenen Patienten bringen die für Infektionen verantwortlichen Bakterien von zu Hause mit. Dies ist das Ergebnis einer Studie der Uniklinik Köln, über die das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung in einer Mitteilung informiert. Dass nahezu jeder zehnte Patient in

Deutschland bei der stationären Aufnahme mit multiresistenten Keimen besiedelt sei, habe die Forscher überrascht, wird Dr. Axel Hamprecht von der Uniklinik Köln zitiert. Für die Studie wurden 4.376 Erwachsene bei Aufnahme in eine der beteiligten Kliniken auf Bakterien hin untersucht. Um ursächliche Faktoren für die Besiedelung aufzudecken, beantworteten die Patienten ergänzend einen Fragenkatalog zu bisherigen Klinikaufenthalten oder Lebensgewohnheiten. Dabei zeigte sich, dass Patienten nach Antibiotika-Einnahme und Reisende außerhalb Europas gefährdeter für einen Keimbefall sind. ■

QUALITÄTSSICHERUNG
Fallzahl beeinflusst Operationserfolg

In Kliniken, die bestimmte planbare Eingriffe wie Hüftoperationen häufig ausführen, erleiden Patienten weniger Komplikationen als in Kliniken mit deutlich niedrigeren Fallzahlen. Zu diesem Schluss kommt die Bertelsmann Stiftung in einem „Faktencheck Gesundheit“ zum Thema Krankenhausstruktur. Verbindliche Mindestmengen für planbare Eingriffe müssten nicht zwangsweise zu einem Kliniksterben führen: Zum einen wäre die Grund- und Notfallversorgung von einer solchen Regelung nicht betroffen. Zum anderen könnten Mindestmengen als Impuls für mehr Spezialisierung und Kooperation wirken, was dabei helfen dürfte, diese Leistungen effizienter zu erbringen. ■

MEHR INFOS:
<https://faktencheck-gesundheit.de> > **Faktenchecks > Krankenhausstruktur**

Köpfe und Karrieren



+++ ULLA SCHMIDT, 67, steht weiterhin als Vorsitzende an der Spitze der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Die Vizepräsidentin des Bundestages und Bundesgesundheitsministerin a.D. bekleidet dieses Ehrenamt seit 2012. Vizevorsitzende der Lebenshilfe sind Monika Haslberger vom Landesverband Bayern und Rolf Flathmann vom Landesverband Bremerhaven. Die Lebenshilfe setzt sich für die Interessen geistig behinderter Menschen und ihrer Familien ein.



+++ MICHAEL VON KOPP OSTROWSKI, 51 (links), und **HOLGER WITZEMANN**, 41, bilden ab 2017 die neue Doppelspitze der AOK Systems. Sie treten dann die Nachfolge der beiden Geschäftsführer Rüdiger Bräuling und Klaus Schmitt an, die aus Altersgründen ausscheiden. Der Diplom-Informatiker Michael von



Kopp Ostrowski war vor dem Wechsel unter anderem bei der Generali Informatik Services GmbH und der Zurich Gruppe Deutschland als Leiter Systementwicklung tätig. Holger Witzemann arbeitete zuvor als Geschäftsführer im IT-Unternehmen BITMARCK. Die AOK Systems ist IT-Partner für die Sozialversicherung und entwickelt als System- und Softwarehaus SAP-basierte und individuelle IT-Lösungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen.

Fotos: Laurence Chaperon Photographie, AOK-Systems, AOK-Bundesverband/Stefan Melchior, Bündnis 90/Die Grünen, CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Deutscher Pflegerat, AOK Niedersachsen

HERBSTFEST Lobende Worte vom Minister

Der AOK-Bundesverband hatte zu seinem Herbstfest eingeladen – und rund 500 Gäste aus Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft folgten dem Ruf in die Rosenthaler Straße in Berlins Mitte. Gemeinsam mit den Aufsichtsratsvorsitzenden Fritz Schösser und Dr. Volker Hansen konnten Vorstandsvorsitzender Martin Litsch und sein Stellvertreter Jens Martin Hoyer Bundesgesund-

den Kosten der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen stellte Litsch zudem klar, dass die AOK nicht nur für junge und alte, kranke und gesunde Menschen da sei, sondern genauso gerne auch „für Deutsche und Ausländer“. Eine Klarstellung, die Minister Gröhe ausdrücklich würdigte: „Panikmache mit und auf Kosten von Flüchtlingen hilft niemandem in diesem Land.“ Lobende Worte fand der CDU-Politiker zudem für das „außerordentliche Engagement“ der Gesundheitskasse in der Prävention sowie die



Prominenz beim Herbstfest des AOK-Bundesverbandes: Gesundheitsminister Hermann Gröhe (m.) wurde von den Aufsichtsratsvorsitzenden Fritz Schösser (2.v.r.) und Dr. Volker Hansen (r.) sowie Vorstandschef Martin Litsch (2.v.l.) und seinem Stellvertreter Jens Martin Hoyer (l.) willkommen geheißen.

heitsminister Hermann Gröhe sowie zahlreiche weitere prominente Köpfe willkommen heißen. In seiner Begrüßung mahnte Martin Litsch nicht nur den mit der Krankenhausreform versprochenen Qualitätsschub in der stationären Versorgung an, sondern monierte auch die geplante Vertraulichkeit der Preise für neue Arzneimittel. Mit Blick auf Äußerungen der AfD-Vorsitzenden Frauke Petry zu

AOK-Initiative, gemeinsam mit der Uni Bielefeld und der Hertie School of Governance, einen Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz zu erarbeiten (siehe Beitrag auf Seite 15): „Ich habe dafür gerne die Schirmherrschaft übernommen.“ Klarer Fall, dass die Gäste bei Musik, Currywurst und Kaltgetränken bis in den späten Abend hinein nicht nur über den Aktionsplan diskutierten. ■

Rundruf

Ist in der Pflege alles getan?

Der Countdown läuft: Ab 1. Januar 2017 greift in der Pflege ein völlig neues System. Statt der drei Pflegestufen gibt es dann fünf Pflegegrade. Ist die Großbaustelle Pflege damit abgeschlossen?



ELISABETH SCHARFENBERG, pflegepolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen: Der neue Pflegebegriff kann nur umgesetzt werden, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Zuallererst brauchen wir mehr Personal, das die Zeit hat, sich auf eine andere Art der Pflege einzulassen. Die Bundesregierung muss schnell ein bundesweit verbindliches Personalbemessungsinstrument einführen. Das erforderliche Personal muss finanziert werden. Damit sich künftig ausreichend

Menschen entscheiden, den Pflegeberuf zu ergreifen, muss sich an den Arbeitsbedingungen, den Weiterbildungsmöglichkeiten und den Aufstiegschancen für Pflegekräfte einiges ändern. Es bleibt also weiterhin viel zu tun.

MARIA MICHALK, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: Die gesetzliche Pflegeversicherung ist innerhalb unseres Versicherungssystems relativ jung. Sie hat sich in mehr als 20 Jahren bewährt. Nahezu jede Familie ist davon berührt und schätzt die Unterstützungsleistungen.

Weil sich die gesellschaftlichen Herausforderungen verändern, sind unsere Sozialsysteme anzupassen – so auch die Pflegeversicherung. Das findet in drei großen Schritten statt. Da die Umstellung gut vorbereitet ist und niemand auf Leistungen, auch nicht vorübergehend, verzichten muss, betrachte ich die Pflege nicht als Großbaustelle, sondern als ein komplexes System auf höchstem Niveau.



ANDREAS WESTERFELLHAUS, Präsident des Deutschen Pflegerates: Der neue Pflegebegriff kann zu Verbesserungen führen. Voraussetzung ist, dass ausreichend qualifiziertes Personal vorhanden ist. Ansonsten scheidet die größte Reform der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber hat versäumt, klare Vorgaben für die stationäre Pflege zu geben. Die Verantwortung für die Personalschlüssel tragen nach wie vor die Vertragspartner auf Landesebene. Besser wäre es gewesen,

diese bundeseinheitlich vorzugeben. Der umfassende Bauabschnitt Personal benötigt dringend Lösungen. Diese sind vielfach nicht erkennbar. So wird das überfällige Projekt eines neuen Pflegeberufgesetzes in Form der Generalistik einer Endlosdiskussion unterworfen. Verantwortliche Politik sieht anders aus.

DR. JÜRGEN PETER, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen: Die Großbaustelle Pflege wird wohl nie abgeschlossen sein. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Begutachtungs-Assessment zur Bestimmung der fünf Pflegegrade sind wichtige Schritte. Allerdings ist damit lediglich der Keller der Großbaustelle abgeschlossen. Für ein funktionales und zukunftsfähiges Pflege-System muss unter anderem auch die Qualität der Betreuung des pflegebedürftigen Menschen messbar werden.

Den Richtkranz können wir aufsetzen, wenn wir Lösungen für künftige Versorgungsstrukturen – insbesondere im ländlichen Raum – und zum Fachkräftemangel haben.



KINDERGESUNDHEIT

Stiftung warnt vor Reitunfällen

Die Stiftung Kindergesundheit warnt vor den Unfallgefahren im Reitsport. Statistiken von Arbeitsmedizinern zufolge passierten in Deutschland jährlich zwischen 30.000 und 93.000 Unfälle mit Pferden. Reiten gehöre zu den drei unfallträchtigsten Sportarten. Junge Reiterinnen seien demnach besonders gefährdet: Mädchen unter 14 Jahren machen etwa 18 Prozent der organisierten Reiterinnen aus, sind aber bei 40 Prozent aller Reitunfälle betroffen. Auch die Schwere der aus Reitunfällen resultierenden Verletzungen sei im Vergleich zu anderen Sportarten sehr hoch. „Pferde sind keine Sportgeräte, sondern autonom denkende und dabei unberechenbare Lebewesen“, sagte Stiftungsvorsitzender Professor Dr. Berthold Koletzko. Gleichwohl sei das Reiten gut für den Stütz- und Bewegungsapparat. ■



Hopp, Pferdchen – Reiten macht Spaß, ist aber kein Kinderspiel.

PRÄVENTION

Null Promille in der Schwangerschaft

Anlässlich des „Tages des alkoholgeschädigten Kindes“ hat Drogenbeauftragte Marlene Mortler gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie dem Berufsverband der Frauenärzte werdende Mütter dazu aufgerufen, in der Schwangerschaft und Stillzeit auf Alkohol zu verzichten.

Nach wie vor würden in Deutschland Babys mit fetalen Alkoholspektrum-Störungen zur Welt kommen, weil schwangere Frauen Alkohol getrunken hätten. Alkohol sei Zellgift und behindere die geistige und körperliche Entwicklung des Embryos im Mutterleib. In der Folge könnten irreversible Schädigungen beim Kind auftreten. Die Betroffenen seien häufig ein Leben lang auf fremde Hilfe angewiesen. ■

BEHINDERUNGEN

Gesetzgeber will Teilhabe verbessern

Die Bundesregierung will die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen stärken und hat den Entwurf für ein Bundesteilhabegesetz vorgelegt. Mit dem Gesetz solle die Behindertenpolitik im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt werden, heißt es im Entwurf. Schwerpunkt des Gesetzes ist die Neufassung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX), in dem Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen geregelt sind. Eine wesentliche Änderung lautet: Die Eingliederungshilfe wird aus dem „Fürsorgesystem“ der Sozialhilfe herausgeführt und in das neu gefasste SGB IX integriert. ■

Kommentar dazu auf Seite 11

MEHR INFOS:

**Bundestagsdrucksache
18/9522**

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Krankenhausplanung muss Bedarf des Patienten voranstellen“

Sowohl in Thüringen wie auch in Sachsen sorgen aktuell Pläne rund um die stationäre Versorgung für Schlagzeilen. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK PLUS, **Sven Nobereit**.



G+G: Das Klinikum Erfurt will in Thüringen einen weiteren Standort für Herzchirurgie eröffnen. Warum ist die AOK PLUS dagegen?

NOBEREIT: Es gibt zwei etablierte Standorte für Herzchirurgie: am Uniklinikum Jena und in der Zentralklinik Bad Berka. Dort leisten Spezialisten gute Arbeit. Und es gibt für notwendige Herz-Operationen keine Wartelisten. Internationale Experten sprechen auch davon, dass für die Einwohnerzahl von Thüringen genau diese Kapazitäten ausreichend sind. Die Etablierung einer weiteren Herzchirurgie würde nur zur Umverteilung von Patienten führen. Weniger Operationen pro Haus hätten aber Qualitätsverluste zur Folge. Genau deswegen wollen wir das nicht.

G+G: Welche Schlüsse ziehen Sie daraus für die Krankenhausplanung?

NOBEREIT: Die Krankenhausplanung ist gefordert, den Bedarf aus Patientensicht und nicht aus der Sicht eines einzelnen Leistungsan-

bieters voranzustellen. Rahmenbedingungen wie Lernkurven der Herzchirurgen, mangelnde Verfügbarkeit von Fachpersonal und die Verlängerung der Ausbildungszeiten für künftige Herzchirurgen müssen zur Entscheidungsfindung herangezogen werden. Krankenhausplanung muss Qualität und Wirtschaftlichkeit im Blick haben.

G+G: In Sachsen sorgt die Umwandlung des Krankenhauses Niesky in ein Gesundheitszentrum für positive Schlagzeilen. Ein Zukunftsmodell?

NOBEREIT: Ja, weil künftig mit knappen fachärztlichen und hausärztlichen Ressourcen sehr effektiv umgegangen wird. In Niesky konkurriert nicht das ländliche Krankenhaus mit dem niedergelassenen Arzt, der einen Praxismachfolger sucht, um den jungen Absolventen der medizinischen Fakultät. Das ist ganz im Sinne der hochwertigen Versorgung der Patienten und unserer Versicherten fernab der Ballungszentren.

Es darf keine Verlierer geben

In Kürze soll die Reform der Sozialleistungen für Menschen mit Behinderung verabschiedet werden. Abgesehen von Fehlern im Detail sei das Gesetz ein Meilenstein, meint **Bettina Markmeyer**.



DIE EINGLIEDERUNGSHILFE für gegenwärtig rund 860.000 Menschen mit Behinderung soll durch bundesweit einheitliche Teilhabeleistungen ersetzt werden. Das sieht das Bundesteilhabegesetz vor. Die Reform ist ein Meilenstein – pragmatisch gesehen und auch politisch. Denn das Gesetz vereinfacht die Beantragung und Berechnung der Leistungen. Es stellt berufstätige behinderte Menschen und ihre

Lebenspartner finanziell deutlich besser. Und es stärkt die unabhängige Beratung und die Verbände der Betroffenen.

Der Bund entlastet die Kommunen um fünf Milliarden Euro im Jahr. Allerdings sollen die auf jährlich 15 Milliarden Euro gestiegenen Ausgaben nicht ausgeweitet werden, was einige Betroffenenverbände von einem als Reform verkappten Spargesetz sprechen lässt.

Politisch gesehen vollzieht das im Bundesarbeitsministerium unter Beteiligung der Behindertenverbände erarbeitete Gesetz die Abkehr vom Fürsorgegedanken. Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialhilfeleistung, während das Bundesteilhabegesetz die Inklusion zum Ziel hat und der UN-Behindertenrechtskonvention folgt, zu deren Umsetzung sich Deutschland verpflichtet hat. Damit wird der Paradigmenwechsel fortgesetzt, der vor 15 Jahren mit dem Neunten Sozialgesetzbuch eingeleitet worden ist.

Dennoch machen die Betroffenenverbände gegen das Vorhaben mobil – insbesondere die Lebenshilfe mit ihrer prominenten Vorsitzenden und früheren Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. Der Grund sind Regelungen, welche die mühsam erkämpfte Autonomie Einzelner zu beschneiden drohen. Das betrifft etwa Menschen, die in Wohngruppen leben und zugleich auf Pflegeleistungen angewiesen sind. Die Lebenshilfe versucht, dies an Beispielfällen einer breiteren Öffentlichkeit zu vermitteln. Sie tut gut daran. Denn die Regelungen sind so kompliziert, dass nur Fachleute ihre Auswirkungen erfassen. Parallel zur Eingliederungshilfe wird zudem die Pflegeversicherung reformiert und die Vorbeziehungsweise Nachrangigkeit der Leistungen neu geregelt.

Weder die Novellierungen noch der Ausgabendeckel dürfen aber dazu führen, dass auch nur ein behinderter Mensch schlechter dasteht als vorher. Das muss auch für alle künftigen Leistungsbezieher gelten. Ein Bestandsschutz, wie ihn das Gesetz vorsieht, genügt da nicht. ■

Bettina Markmeyer ist Redakteurin bei der Nachrichtenagentur epd Bund.

DIABETISCHER FUSS Gesundheitspreis für AOK-Programm

Ein Versorgungsangebot der AOK Nordost für Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom hat beim diesjährigen MSD-Gesundheitswettbewerb den dritten Platz belegt. Im Rahmen des AOK-Programms werden Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom von qualifizierten Diabetologen in als ambulante Fußbehandlungseinrichtung zertifizierten Praxen betreut. Mithilfe einer engmaschigen Behandlung sollen Amputationen verhindert und die Qualität der Versorgung verbessert werden. Der MSD-Gesundheitspreis würdigt herausragende Versorgungslösungen. Der Preis wird seit 2012 verliehen und ist mit insgesamt 110.000 Euro dotiert. ■

MEHR INFOS:
www.aok.de/nordost >
Medizin & Versorgung

KAMPAGNE Wissen über Demenz vermitteln

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig haben in Berlin den Startschuss für die deutschlandweite Initiative „Demenz Partner“ gegeben. Sie soll über die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Familien aufklären. In bundesweit stattfindenden Kursen werden neben Wissen zum Krankheitsbild Tipps zum Umgang mit Menschen mit Demenz vermittelt. Wer an den 90-minütigen kostenlosen Kursen teilnimmt, erhält eine Urkunde und einen Anstecker, der ihn als „Demenz Partner“ ausweist. Vorbild ist die Aktion

„Dementia Friends“ der englischen Alzheimer-Gesellschaft, an der sich inzwischen mehrere Millionen Menschen beteiligen. In Deutschland sind aktuell rund 1,6 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. ■

MEHR INFOS:
www.demenz-partner.de

ZULASSUNG Strengere Regeln für Heilpraktiker

Die Bundesregierung denkt offenbar darüber nach, die Zulassungsregeln für Heilpraktiker zu verschärfen. Die Möglichkeiten der Umsetzung strengerer Regeln würden derzeit geprüft, heißt es in der Antwort auf eine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen. Zuvor hatte sich die Gesundheitsministerkonferenz dafür ausgesprochen, die Heilpraktikerausbildung zu verbessern. Diese war zuletzt in die Schlagzeilen geraten, nachdem mehrere Patienten in einem alternativen Krebszentrum am Niederrhein verstorben waren. ■

ZUCKER Fachgesellschaft fordert Limosteuer

Die Verbraucherorganisation „foodwatch“ hat eine Studie veröffentlicht, wonach 60 Prozent von 463 getesteten Erfrischungsgetränken überzuckert sind. Die untersuchten Limonaden, Schorlen und ähnliche Getränke enthalten im Schnitt mehr als sechs Stück Würfelzucker pro 250 Milliliter. Wegen der gesundheitlichen Folgen fordert die Deutsche Diabetes Gesellschaft eine Steuer oder Herstellerabgabe auf stark zuckerhaltige Getränke. ■

Pillenpreise unter Hochdruckeinfluss

Die Pharmaindustrie kann sich hierzulande über ein günstiges Klima freuen: Seit Jahren befinden sich die Arzneimittelpreise im Aufwind. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt Einsparpotenziale auf. **Von Helmut Schröder und Carsten Telschow**

Arzneimittel kosten in Deutschland deutlich mehr als in anderen europäischen Ländern. Das zeigt ein Vergleich, dessen Ergebnisse im Arzneiverordnungs-Report 2016 erschienen sind. Unter Berücksichtigung der Kaufkraft in acht anderen europäischen Ländern belegt Deutschland demnach den Spitzenplatz bei den gelisteten Herstellerabgabe-Preisen von patentgeschützten Arzneimitteln. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zahlt für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten demnach mindestens 13 Prozent mehr als im Durchschnitt der europäischen Vergleichsländer.

Mit knapp 37 Milliarden Euro haben die GKV-Arzneiausgaben im Jahr 2015 erneut eine Schallmauer durchbrochen. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung um 5,5 Prozent (plus 1,9 Milliarden Euro). In nur zwei Jahren haben die Ausgaben um mehr als fünf Milliarden Euro zugenommen.

Patente sichern Umsätze. Worin liegen die Ursachen für diese anhaltend hohe Ausgabendynamik? Die vorhandenen Kostendämpfungsinstrumente wie Festbeträge und Rabattverträge greifen hauptsächlich bei Arzneimitteln ohne Patentschutz. Dies hält die Kosten in diesem Marktsegment seit Jahren weitgehend stabil: 2015 ist das Marktvolumen bei diesen Präparaten nur um knapp drei Prozent gewachsen. Gleichzeitig nehmen aber die Kosten bei den patentgeschützten Arzneimitteln immer stärker zu. Die Ausgaben für diese Medikamente sind 2015 gegenüber 2014 um zehn Prozent auf 14,9 Milliarden Euro gestiegen.

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) 2011 müssen sich neue Arzneimittel einer frühen Nutzenbewertung unterziehen.

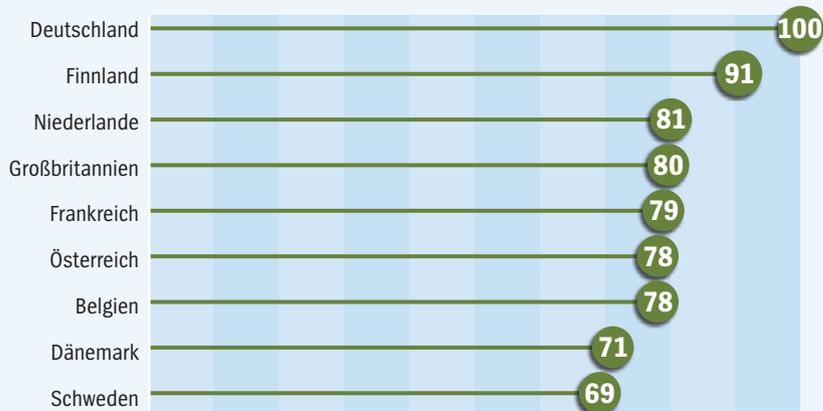
Medikamente, die vor 2011 auf den Markt kamen, sind hingegen davon befreit. Auf diesem „Bestandsmarkt“ soll seit 2009 zwar ein Preismoratorium das Ausgabenwachstum bremsen. Anders als bei Festbeträgen oder Rabattverträgen werden hier die Preise aber nur eingefroren und nicht abgesenkt. Ein einmal vom Hersteller festgelegter Preis führt bei mehr Verordnungen zu höheren Kosten für die GKV. Der Bestandsmarkt an patentgeschützten Arzneimitteln umfasste 2015 noch einen Umsatz von 11,1 Milliarden Euro. Hingegen können bei Wirkstoffen, die ab 2011 zugelassen wurden und die sich der frühen Nutzenbewertung unterzogen haben, Hersteller und GKV-Spitzenverband nach einem Jahr einen Preis

verhandeln. Dieser liegt in der Regel umso höher, je besser das Arzneimittel bei der Nutzenbewertung abgeschnitten hat. Das hat die GKV im Bereich der Patent-Arzneimittel seither Jahr für Jahr um mehrere hundert Millionen Euro entlastet. Dennoch beliefen sich die Umsätze 2015 in diesem Marktsegment auf immerhin 4,5 Milliarden Euro.

Preisvergleich mit System. Ein Blick über die Ländergrenzen macht Einsparpotenziale sichtbar. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und die Technische Universität Berlin (TUB) haben die deutschen Preise patentgeschützter Arzneimittel mit denen in acht weiteren europäischen Ländern verglichen. Dabei

Deutsche Arzneimittelpreise belegen Spitzenplatz in Europa

Preisindex zum deutschen Preisniveau (100 Prozent) im Patent-Arzneimittelmarkt nach Ländern.



Die Preise für patentgeschützte Arzneimittel liegen in acht zum Vergleich herangezogenen europäischen Ländern unter denen in Deutschland. In Schweden beispielsweise betragen die adjustierten Listenpreise der Hersteller nur 69 Prozent des deutschen Preisniveaus. Das Wissenschaftliche Institut der AOK und die Technische Universität Berlin haben für ihren Vergleich Unterschiede beispielsweise in der Kaufkraft der Länder berücksichtigt. Die Wissenschaftler errechneten für Deutschland auf dem Patentmarkt ein Einsparpotenzial von 13 Prozent.

Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2016

zeigte sich, dass die GKV im Patentmarkt Einsparungen in Milliardenhöhe realisieren könnte. Die für den Vergleich angewendete Methodik berücksichtigt die unterschiedlichen Währungen und die Unterschiede in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sowie der Kaufkraft der Länder. Da anzunehmen ist, dass in Ländern mit einer geringeren Kaufkraft das Preisniveau für Arzneimittel niedriger liegt als in Deutschland, müssen die tatsächlichen Preise dieser Länder für einen Preisvergleich entsprechend höher gewertet werden. Da in den betrachteten Ländern unterschiedliche Steuersätze oder Vertriebskosten für Apotheken und Großhandel gelten, werden anstatt der reinen Verkaufspreise nur die vom Hersteller gelisteten Abgabepreise zu einem bestimmten Stichtag für einen Vergleich herangezogen.

Unberücksichtigt bleiben müssen leider die in den meisten europäischen Ländern gewährten vertraulichen Rabatte. Die 250 umsatzstärksten patentgeschützten Arzneimittel des Jahres 2015 decken 98,5 Prozent des GKV-Umsatzes aller Patent-Arzneimittel ab. Die Wissenschaftler des WiDO und der TUB haben die Listenpreise dieses Warenkorbs in den acht Ländern der Europäischen Union (Dänemark, Schweden, Finnland, Großbritannien, Frankreich, Belgien, Niederlande und Österreich) zum Stichtag im Mai 2016 recherchiert und mit denen in Deutschland verglichen. Das durchschnittliche adjustierte Preisniveau dieses Warenkorbs in den einzelnen Vergleichsländern lässt sich als Preisindex darstellen (siehe Abbildung „Deutsche Arzneimittelpreise belegen Spitzenplatz in Europa“). Dieser Index liegt für alle Länder zwischen neun Prozent (Finnland) und 31 Prozent (Schweden) unterhalb des deutschen Preisniveaus.

Einsparpotenzial in Milliardenhöhe.

Doch wieviel könnten die Krankenkassen in Deutschland bei den Arzneiausgaben konkret einsparen, wenn sie die ausländischen kaufkraftadjustierten Herstellerabgabepreise nutzen könnten? Für alle jeweils verfügbaren Präparate beläuft sich das berechnete Einsparvolumen für die adjustierten Herstellerpreise auf 3,2 Milliarden Euro, wenn man für jedes Arzneimittel den durchschnittlichen Preis



Ganz weit oben – das gilt auch für die deutschen Arzneipreise im europäischen Vergleich.

aus allen Ländern berücksichtigt. Bezogen auf den Hersteller-Umsatz von 12,7 Milliarden Euro stellt das errechnete Einsparpotenzial einen Anteil von bis zu 25 Prozent dar. Wird der jeweils günstigste Preis aus den acht Ländern herangezogen, beträgt die theoretisch maximal mögliche Entlastung im betrachteten Markt sogar 5,1 Milliarden Euro (40 Prozent). Von diesem Einsparvolumen, das auf den Listenpreisen der 250 Präparate im untersuchten Warenkorb basiert, hat die GKV bereits mithilfe des gesetzlich festgelegten Herstellerabschlags 821 Millionen Euro und mithilfe der Erstattungsbeträge für AMNOG-Präparate 947 Millionen Euro realisiert. Unter Berücksichtigung dieser Rabatte verbleiben 1,44 Milliarden Euro und damit 13 Prozent des Herstellerumsatzes als theoretisches Einsparpotenzial. Könnten die im Ausland eingeräumten Rabatte ebenfalls berücksichtigt werden, würde sich die Einsparsumme jedoch noch deutlich vergrößern. Es handelt sich also um eine konservative Schätzung.

Trotz der unterschiedlichen Herangehensweise an die Preisbildung und obwohl die Voraussetzungen für eine Erstattung in den betrachteten Ländern nicht völlig übereinstimmen, sind die Listenpreise aus den zitierten öffentlichen Quellen der verschiedenen Länder die derzeit einzig mögliche und sinnvolle Vergleichsbasis. Angemessenere nationale Arznei-

mittelpreise ließen sich auch nach Einschätzung der Europäischen Kommission erreichen, wenn sie nicht – wie bisher – auf die Listenpreise, sondern auf die tatsächlich gezahlten, rabattierten Preise in den anderen Ländern Bezug nähmen.

Patienten haben das Nachsehen. Es wäre zu begrüßen, wenn in Europa die Intransparenz über die tatsächlichen Arzneimittelpreise der Vergangenheit angehören würde. Doch auch in Deutschland hat sich die Pharmaindustrie durchsetzen können: Der Entwurf zum GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass die bisher öffentlich bekannten AMNOG-Erstattungsbeträge künftig geheim bleiben sollen. Ausschließlich die Pharmahersteller werden dann noch wissen, welche Preise für ihre Präparate in Europa gelten – Ärzteschaft, Krankenkassen, Patienten und die Wissenschaft werden das Nachsehen haben. ■

MEHR INFOS:

Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter (Hrsg.):
Arzneiverordnungs-Report 2016.
Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Helmut Schröder

ist stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Dr. Carsten Telschow

leitet den Bereich Arzneimittel im WiDO.

Kontakt: Carsten.Telschow@wido.bv.aok.de

Mit Bedacht und Augenmaß

Alter, Geschlecht, Krankheitsindikatoren – anhand solcher Kriterien verteilt der Risikostrukturausgleich die Beitragsmittel auf die Krankenkassen. Internationale Impulse für die Weiterentwicklung dieses Systems gab ein Symposium in Berlin. **Von Ines Körver**

Gerade wird wieder über ihn diskutiert, ein Auftragsgutachten jagt das andere, verschiedene Interessengruppen wollen vor Ende der Legislaturperiode Änderungen an ihm durchsetzen. Die Rede ist vom Risikostrukturausgleich (RSA), 1994 eingeführt als Kernelement der Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Einführung der freien Krankenkassenwahl. Seit 2009 berücksichtigt das Ausgleichsverfahren neben Alter und Geschlecht der Versicherten auch 80 Krankheiten (Morbi-RSA). In den aktuellen Debatten werden zwei Dinge häufig ignoriert: Der RSA soll im Kassenwettbewerb in erster Linie Risiko-selektion vermeiden und die Versorgungsorientierung stärken – und nicht dazu dienen, möglichst viel Geld für die eigene Krankenkasse einzusammeln. Und zweitens ist Deutschland weder RSA-Erfinder noch das einzige Land, das ein solches Ausgleichssystem anwendet. RSA-Experte Professor Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), empfiehlt daher „eine nüchterne wissenschaftliche Analyse des Risikostrukturausgleichs, bei der Erkenntnisse aus anderen Ländern einflie-

ßen“. Sie könnten helfen, den Morbi-RSA weiter zu verbessern.

Plädoyer für kleine Schritte. Zum internationalen Austausch hatten Anfang Oktober das Risk Adjustment Network (RAN, siehe Kasten) und das WIdO nach Berlin eingeladen. Ein prominenter Teilnehmer des Symposiums war Randall P. Ellis von der Universität Boston, der zu

Es geht nicht nur um Mathematik, sondern auch und gerade um Werturteile.

den Pionieren der Entwicklung von Versicherten-Klassifikationssystemen zählt. Auch das in Deutschland beim Morbi-RSA verwendete System geht mit auf ihn zurück. Auf dem Symposium bescheinigte Ellis dem deutschen RSA im internationalen Maßstab einen hohen Entwicklungsstand. Er äußerte explizit seine Bewunderung dafür, dass Deutschland bei der Weiterentwicklung des morbiditätsbezogenen Klassifikationssystems zeitnah und in kleinen Schritten vorangehe. In den USA neige man leider oft dazu, lange zu warten und dann große Schritte zu machen. Das könne aber zu Verwerfungen führen.

Konstantin Beck vom CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie aus der Schweiz behandelte in seinem Vortrag die Diskussion um Regionalfaktoren im RSA. Bundesländer seien dafür gewiss die falsche Bezugsgröße. In der Schweiz hätten alle Kassen regional differenzierte Beiträge, zum Teil sogar innerhalb von Kantonen. Die Funktion der Umland-

versorgung werde nicht im RSA, sondern bei der Vergütung berücksichtigt, etwa von Krankenhausleistungen. Wynand van de Ven von der Erasmus-Universität Rotterdam berichtete über das Ausgleichssystem in den Niederlanden. Er wertete es als historischen Durchbruch, dass die Regierung der Niederlande im vergangenen Jahr ihre Absicht bekundet habe, den RSA so weiterzuentwickeln, dass chronisch Kranke aus Sicht der Versicherungen finanziell attraktiv werden. Erik Schokkaert von der Universität Leuven führte aus, dass in Belgien nach Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des dortigen RSA eine Debatte entbrannt sei, ob man die zuvor berücksichtigten sozioökonomischen Faktoren weiterhin brauche. Sein Fazit: „Ja, die sind auch bei einem Morbi-RSA hoch signifikant und eignen sich darüber hinaus leichter für Risikoselektion als andere Faktoren.“

Faktoren hängen zusammen. Bei der Veranstaltung warnte der Präsident des Bundesversicherungsamtes Frank Plate vor Schnellschüssen. Er setzt sich ein für „eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA auf Basis wissenschaftlicher Evidenz – mit Bedacht und Augenmaß“. Das unterstützte der RAN-Vorsitzende Professor Dr. Jürgen Wasem. Er betonte: „Erstens: Wir müssen mehr über die Interdependenz der im RSA zu berücksichtigenden Faktoren reden, nicht über isolierte Faktoren. Zweitens: Überall gibt es ein Spannungsverhältnis von Solidarität und Effizienz. Drittens: Es geht nicht nur um Versicherungsmathematik, sondern auch und gerade um Werturteile – darüber müssen wir diskutieren.“ ■

Ines Körver ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Austausch über den Ausgleich

Das **Risk Adjustment Network (RAN)** ist ein seit dem Jahr 2000 bestehender Zusammenschluss von Gesundheitsökonominnen, die sich mit Risikoausgleichssystemen im Gesundheitswesen beschäftigen. Die rund 30 Mitglieder kommen aus Australien, Belgien, Deutschland, Irland, Israel, den Niederlanden, der Schweiz und den Vereinigten Staaten. Ziel des Netzwerks ist es, den internationalen wissenschaftlichen Austausch über die Weiterentwicklung der Ausgleichssysteme zu stärken. Die Erkenntnisse sollen für den politischen Prozess nutzbar gemacht werden.

Aktionsplan nimmt Gestalt an

Jeder zweite Bundesbürger findet sich im Wust der Gesundheitsinformationen nicht zurecht. Ein Nationaler Aktionsplan soll Abhilfe schaffen. Die Feinarbeit an Inhalten und Handlungsempfehlungen hat jetzt begonnen. **Von Kai Kolpatzik**

Im Mai dieses Jahres übernahm Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Schirmherrschaft für den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, eine von der Robert Bosch Stiftung geförderte Initiative der Universität Bielefeld, der Hertie School of Governance und des AOK-Bundesverbandes. Nun hat eine hochkarätig besetzte Expertengruppe (siehe Kasten „Experten für mehr Gesundheitskompetenz“) die Arbeit aufgenommen. Die 16 Vertreter aus Wissenschaft, Politik und Praxis entwickeln Handlungsempfehlungen, um das Gesundheitswissen der Bevölkerung binnen zehn Jahren zu erhöhen. Das ist auch dringend notwendig. Denn Studien der Universität Bielefeld (Health Literacy Survey, HLS-GER) machen deutlich, dass es um die Gesundheitskompetenz in Deutschland nicht gerade gut bestellt ist. Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband war 2014 zu einem ähnlichen Ergebnis gekommen.

Wenig Wissen kostet viel. Mit über fünfzig Prozent fühlen sich die Deutschen überfordert, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Sie verstehen Informationen nicht, können sie nicht bewerten und nicht für ihre Gesundheit nutzen. Rund 44 Prozent der Deutschen weisen eine eingeschränkte und weitere zehn Prozent sogar eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Damit schneidet Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wie Niederlande, Dänemark oder Polen schlechter ab. Dabei ist Gesundheitskompetenz ein wichtiger Schlüssel zu gesundheitsförderlichem Verhalten. So belegen internationale Studien, dass niedrige Gesundheitskompetenz mit hohen Kosten einhergeht. Nach WHO-Schätzungen liegt der An-

teil der Gesundheitsausgaben durch unzureichende Kompetenzen bei drei bis fünf Prozent. Schweizerische und kanadische Studien bestätigen dies. Allein für Deutschland entspricht das etwa neun bis 15 Milliarden Euro. Eine geringe Gesundheitskompetenz führt unter anderem zu riskantem Verhalten, geringerer Inanspruchnahme von Angeboten zur Prävention und Früherkennung, erhöhtem Risiko für eine Krankenhausaufnahme und größerem Sterblichkeitsrisiko.

Faktenboxen klären auf. Der Nationale Aktionsplan ist ein wichtiger Baustein, um die Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Orientierung bieten zudem die Fak-

tenboxen, die der AOK-Bundesverband und das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin entwickelt haben (www.aok.de/faktenboxen). Darin ist medizinisches Wissen so aufbereitet, dass es auch von Laien gut zu verstehen ist. Und die Entscheidungshilfen der AOK (www.aok.de > Suchwort Entscheidungshilfen) helfen Patienten, Vor- und Nachteile einer Behandlung abzuwägen. ■

Dr. med. Kai Kolpatzik, MPH, EPMH, leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Kai.Kolpatzik@bv.aok.de

MEHR INFOS:

www.nap-gesundheitskompetenz.de

Experten für mehr Gesundheitskompetenz

- **Prof. Dr. med. Attila Altiner**, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock
- **Prof. Dr. Ullrich Bauer**, Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter der Universität Bielefeld
- **Prof. Dr. Marie-Luise Dierks**, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover
- **Prof. Dr. Michael Ewers**, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité - Universitätsmedizin Berlin
- **Prof. Dr. Klaus Hurrelmann**, Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin
- **Dipl.-Sozialwirtin Susanne Jordan, MPH**, stellvertretende Leiterin des Fachgebiets „Gesundheitsverhalten“ des Robert Koch-Instituts
- **Prof. Dr. Ilona Kickbusch**, Vorstandsmitglied der Careum Foundation
- **Dr. Bernadette Klapper**, Bereichsleiterin „Gesundheit“ bei der Robert Bosch Stiftung
- **Dr. med. Kai Kolpatzik**, Leiter der Abteilung Prävention des AOK-Bundesverbandes
- **Prof. Dr. phil. Jürgen M. Pelikan**, Direktor des WHO-Kooperationszentrums für Gesundheits-

förderung im Krankenhaus und Gesundheitswesen an der Gesundheit Österreich GmbH in Wien

- **Dr. Paulo Pinheiro**, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld
- **Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock**, Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e.V.
- **Prof. Dr. Doris Schaeffer**, Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- **Ministerialrat Dr. Alexander Schmidt-Gernig**, Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Bundesgesundheitsministerium
- **Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler**, geschäftsführender Gesellschafter der Patientenprojekte GmbH
- **Prof. Dr. Christiane Woopen**, Prodekanin für Akademische Entwicklung und Gender an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln und Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (CERES)

Teurer Stillstand

Das Gesundheitssystem tut sich mit dem digitalen Fortschritt schwer. Für die Experten auf einem Symposium in Berlin ist klar: Die Entwicklung kann nur Fahrt aufnehmen, wenn die Beteiligten das Freund-Feind-Denken überwinden. **Von Thomas Rottschäfer**

Die Digitalriesen schaffen Tatsachen:

Ende August hat Apple mit dem Gesundheits-Startup Glimpse eine Entwicklung gekauft, die es Nutzern in den USA ermöglicht, Gesundheitsdaten persönlich zu verwalten und mit anderen zu teilen. Mitte September hat der Pharmakonzern Sanofi die Zusammenarbeit mit Google bei der Diabetes-Behandlung angekündigt. Wettbewerber Novartis hat mit Google bereits eine „smarte Kontaktlinse“ entwickelt, die Blutzucker-Daten drahtlos auf ein Smartphone oder eine Hightech-Uhr überträgt.

Beinahe täglich kommen neue digitale Anwendungen auf den Gesundheitsmarkt. Und was macht die gesetzliche Krankenversicherung? Die von der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen getragene Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) hat den zuletzt für das 4. Quartal 2016 geplanten Praxistest der elektronischen Gesundheitskarte auf 2017 verschoben – ein weiterer Rückschlag für den Aufbau der Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen.

Kassen legen nach. Bei den Krankenkassen wächst der Unmut über den teuren Stillstand. In der Baugrube der Gesundheitstelematik sind in den vergangenen zehn Jahren Milliarden versunken. 2017 will die Bundesregierung noch einmal

500 Millionen Euro nachschießen. „Zähneknirschend werden wir auch das zahlen“, sagt Martin Litsch beim gevko-Symposium Mitte September in Berlin. Doch der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes macht zugleich deutlich, dass es eher nachrangig um Geld geht: „Es geht um das Denken. Nur wenn alle bereit sind, Informationen und Wissen zu teilen, ziehen wir Gewinn aus der Digitalisierung.“

In der Baugrube der Gesundheitstelematik sind Milliarden versunken.

Der Geschäftsführer der gevko, Professor Dr. Guido Noelle, erlebt das Dilemma in der Praxis. Die Produktmappe des AOK-Tochterunternehmens enthält 26 Schnittstellenlösungen für Arztpraxis und Krankenhaus – vom digitalen Medikationsplan bis hin zu Anwendungen für Qualitätsmanagement. Technisch ist vieles möglich. Doch das „Freund-Feind-Denken“ hält an – nicht nur zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, sondern auch innerhalb der Ärzteschaft und zwischen Krankenhäusern.

Einige Krankenkassen wollen deshalb nicht länger auf die gematik-Lösung war-

ten. So baut zum Beispiel die AOK Nordost gemeinsam mit dem kommunalen Berliner Krankenhauskonzern Vivantes und der Sana-Klinikgruppe ein digitales Gesundheitsnetzwerk auf. Es soll Patienten in die Lage versetzen, eine persönliche elektronische Gesundheitsakte zu führen und bei Bedarf Ärzten oder Therapeuten Einblick zu geben. Ihr Netzwerk wollen die Partner in die Telematikinfrastruktur der gematik integrieren, sobald diese sicher funktioniert.

Gesetz hinkt hinterher. Bei der Fachtagung in Berlin, diesmal von der gevko gemeinsam mit der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) organisiert, sind sich die Experten einig, dass es bald ein E-Health-Gesetz 2.0 geben muss, um das Sozialgesetzbuch den digitalen Realitäten anzupassen. Denn das im Januar in Kraft getretene „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ sei voller Widersprüche und hinke den technischen Realitäten hinterher. „Wenn der technische Nachholbedarf nicht durch die Selbstverwaltung gesteuert wird, dann übernehmen das die betroffenen Menschen und die Industrie“, warnt Noelle. Der E-Health-Experte hat gemeinsam mit dem ehemaligen gematik-Hauptgeschäftsführer Professor Dr. Arno Elmer die GRPG-Arbeitsgruppe „Digitale Gesundheit“ gegründet. Sie wollen die Diskussion um ein E-Health-Gesetz mitgestalten. Dabei geht es ihnen neben den rechtlichen und medizinethischen Rahmenbedingungen um mehr Patienten- und Bürgerbeteiligung an der Digitalisierung des Gesundheitswesens. ■

Standards für Software, Forum für Experten

Die AOK-Tochter gevko GmbH hat einen transparenten und frei verfügbaren IT-Standard für die Abbildung von Versorgungsverträgen in der Arztsoftware entwickelt. Vertragsinhalte kommen so schnell in die Praxis und den Patienten zugute. Die gevko versteht sich als Motor einer patientenorientierten digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens. Beim jährlichen Symposium bringt die gevko Experten aus dem Gesundheitswesen, der Wissenschaft und der Wirtschaft miteinander ins Gespräch. Die Vorträge der Veranstaltung am 13./14. September 2016 stehen online zur Verfügung: www.gevko.de

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Kontakt: infos@satzverband.de

Inseln im Meer der Versorgung

Während Google, Apple und Co. weltweit den digitalen Gesundheitsmarkt erobern, hinken hierzulande Ärzte, Kliniken, Kassen und Politik in der Telemedizin hinterher. Wie sie aufholen können, zeigte eine Tagung in Dortmund. **Von H.-B. Henkel-Hoving**

Eigentlich sollten Versicherte und Patienten von der elektronischen Gesundheitskarte bereits seit mehr als zehn Jahren profitieren. Doch noch immer lässt die flächendeckende elektronische Vernetzung auf sich warten. „Es darf nicht noch einmal so lange dauern, bis wir hier einen entscheidenden Schritt weiter sind“, mahnte Johannes Heß, Verwaltungsratsvorsitzender und Arbeitgebervertreter der AOK NORDWEST, bei einer Fachtagung der Gesundheitskasse in Dortmund an.

Angesichts des Innovationsdrucks, den Google, Apple und Co. mithilfe von Gesundheits-Apps und Fitness-Trackern auf Politik, Kassen und Ärzteschaft ausüben, ist das allerdings nicht zu erwarten. So gibt es nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung inzwischen etwa 100.000 Gesundheits-Apps, die von immer mehr Bürgern genutzt werden: Hatten 2014 noch zehn Prozent der Smartphone-User eine mobile Anwendung mit Gesundheitsbezug installiert, waren es ein Jahr später bereits 29 Prozent, wie Timo Thranberend berichtete. Der Bertelsmann-Experte plädierte dafür, den Einsatz von Apps zu fördern und zugleich auf das Einhalten von Qualitäts- und Datenschutzstandards zu achten, wobei die Krankenkassen hier ein „Treiber“ sein könnten.

Kaum Apps für chronisch Kranke. Zugleich machte Thranberend deutlich, dass sich die meisten Apps an gesunde Menschen richteten und dabei Fitness- und Wellness-Themen im Mittelpunkt stünden. Apps für Patienten – insbesondere mit chronischen Erkrankungen – seien die Ausnahme: „Die Potenziale, die in Apps schlummern, werden bei Weitem noch nicht ausgeschöpft.“

Eine Feststellung, die auch auf telemedizinische Anwendungen zutrifft.



Vom Traumziel weit entfernt: Die elektronische Vernetzung des Gesundheitswesens lässt auf sich warten.

Derzeit existieren hierzulande zwar etwa 200 Projekte, in denen Ärzte zum Beispiel Schlaganfall-Patienten mithilfe moderner Informationstechnologien betreuen. „Aber das sind alles regionale Insellösungen. Von einer flächendeckenden Versorgung kann keine Rede sein“, bedauerte Wolfgang Loos von der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin. Ursache hierfür sei unter anderem die unzureichende Vergütung durch die Krankenkassen, aber auch das nach wie vor bestehende Fernbehandlungsverbot für Mediziner, das dringend reformiert werden müsse.

Während Dr. Hans-Jürgen Bickmann vom ärztlichen Beirat zum Ausbau einer Telematik-Infrastruktur im NRW-Gesundheitswesen vorschlug, dass Kassen und andere Kostenträger E-Health-Anwendungen durch Beitragsrückerstattungen an die Patienten und angemessene Honorare für die Ärzte fördern, unterstrich Professor Dr. Guido Noelle von der gevko GmbH, dass Patienten künftig von Ärzten, Kliniken und Kassen eine ähnlich hohe Servicequalität erwarteten wie von Internet-Riesen wie Amazon: „Warum soll ich für ein Wiederholungsrezept zwei

Stunden im Wartezimmer sitzen oder für eine simple Bescheinigung in die Geschäftsstelle gehen müssen?“

Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST betonte, dass der Weg zu mehr E-Health und Digitalisierung im Gesundheitswesen nur über die elektronische Gesundheitskarte sowie eine einheitliche, sichere und stabile Telematikinfrastruktur führe: „Es muss uns gelingen, den Weg von Patienten durch das Gesundheitssystem digital abzubilden und zu Informationsverlusten führende Medienbrüche zu verhindern. Nur so stehen Informationen dann zur Verfügung, wenn sie benötigt werden.“

Datenhoheit liegt beim Patienten. Für die bündnisgrüne Bundestagsabgeordnete Maria Klein-Schmeink ist dabei klar, dass die Datenhoheit in der Hand der Patienten liegt: „Das muss der Grundsatz der Entwicklung sein.“ Das sah Georg Keppeler, AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Versichertenvertreter ähnlich: „Das informationelle Selbstbestimmungsrecht muss beim einzelnen Versicherten liegen.“ ■

Ein Sozialpakt für Europa

Die Europäische Staatengemeinschaft bietet mehr als nur Geld und gute Worte. Das will die EU-Kommission mit ihrer Initiative für eine „europäische Säule sozialer Rechte“ jetzt unter Beweis stellen. **Von Thomas Rottschäfer**

Bei der Initiative für eine soziale Säule der Europäischen Union geht es um eine Charta fundamentaler Grundsätze, die für ein gutes Funktionieren der Sozialsysteme und des Arbeitsmarktes notwendig sind. Es geht um faire Arbeitsbedingungen, Mindestlöhne, gute Gesundheitsversorgung und ausreichende soziale Absicherung. „Der Anspruch ist nicht weniger als ein triple A für die Sozialsysteme der Staatengemeinschaft – in Anlehnung an die Bewertungen von Ländern unter ökonomischen Gesichtspunkten“, sagt der ständige Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. „Es geht also nicht um ein Mittelmaß an Standards, sondern um die Orientierung am höchstmöglichen Niveau.“

Der Entwurf der Europäischen Kommission beinhaltet drei Hauptkapitel:

- **Chancengleichheit und Zugang zum Arbeitsmarkt:** zum Beispiel Bildung und lebenslanges Lernen, flexible und sichere Arbeitsverträge, Geschlechtergleichstellung sowie Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.
- **Faire Arbeitsbedingungen:** Beschäftigungsbedingungen, Löhne und Gehälter, Arbeitsschutz. Dabei hat die Kommission nicht zuletzt die wachsende Zahl von Solo-Selbstständigen mit prekären Arbeitsverhältnissen im Blick.
- **Angemessener und nachhaltiger Sozialschutz:** insbesondere Gesundheitsversor-



gung und Absicherung im Krankheitsfall, Renten und Pensionen, Leistungen für Arbeitslose und Mindesteinkommen.

Mit Blick auf die Kritiker einer stärkeren Zusammenarbeit in Europa richtet sich die Initiative zunächst nur an die 19 Euro-Länder, die bereits eine engere Wirtschafts- und Währungsunion eingegangen sind. Aber auch die anderen Mitglieder der Staatengemeinschaft können sich anschließen.

Abgewandert wegen Schiefelage. Mit der Orientierung der Sozialsysteme an Höchststandards will die Kommission nicht zuletzt verhindern, dass immer mehr EU-Bürger aus wirtschaftlich schwächeren Ländern abwandern. „Die Erfahrung der vergangenen 15 Jahre hat gezeigt, dass die anhaltenden Ungleichgewichte in einem oder mehreren Mit-

gliedstaaten die Stabilität des gesamten Euro-Raums gefährden können“, betont Kommissionschef Jean-Claude Juncker.

Anstoß für nationale Reformen. Die Grundsätze sollen jedoch nicht an die Stelle der geltenden nationalen Rechte treten. Die Sozialcharta soll vielmehr als eine Art Kompass für nationale Reformen im Beschäftigungs- und Sozialbereich gelten. „Das ist klug“, sagt Europaexperte van Lente. „Denn die meisten Staaten wollen das Subsidiaritätsprinzip in den Bereichen Sozial- und Gesundheitspolitik auf keinen Fall aufweichen. Auch Deutschland achtet immer genau auf die Einhaltung dieser Kompetenzverteilung.“

Entsprechend reserviert hat sich auch der GKV-Spitzenverband zur Initiative aus Brüssel geäußert. Der Verwaltungsrat hat in seiner kürzlich verabschiedeten Stellungnahme grundsätzlich das Prinzip einer Aufwärtskonvergenz begrüßt. Gleichzeitig aber lehnt der Verband eine weitere Einflussnahme der EU ab und verweist dabei auf die hohen Standards in Deutschland.

Mittel gegen Armutsmigration. Evert Jan van Lente dagegen sieht mehr Chancen als Risiken: „Es gibt viele europäische Länder, die dringend höhere Sozialstandards benötigen. Wenn dies gelingt, würden sich auch für Deutschland viele Probleme lösen, die derzeit mit den grenzübergreifenden sozialen Leistungen verbunden sind.“ Mit anderen Worten: Eine europäische Säule sozialer Rechte wäre ein wirksames Instrument gegen Armutsmigration innerhalb der Europäischen Union. ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.
Kontakt: info@satzverband.de

Sozialcharta: Mitreden der Bürger gewünscht

Noch bis zum Ende dieses Jahres läuft die sogenannte **Konsultation** für den Entwurf einer Sozialcharta. Dabei holt die Europäische Kommission die Meinungen anderer europäischer Institutionen, nationaler Behörden und Parlamente, der Sozialpartner, Interessenverbände sowie der Wissenschaft ein. An der Diskussion können und sollen sich aber auch alle Bürger der Staatengemeinschaft persönlich beteiligen. Dazu gibt es einen Onlinefragebogen, der Raum für individuelle Vorstellungen lässt. **Auch die Anregungen der Bürger sollen in die konkreten Vorschläge einfließen**, die die EU-Kommission im Frühjahr 2017 vorlegen will.

Mehr Infos: http://ec.europa.eu/news/2016/03/20160308_2_de.htm

„Ehrenamtliche nicht allein lassen“

Krieg in der Heimat, Schiffbruch im Mittelmeer – viele Flüchtlinge haben Schreckliches hinter sich. Unter solchen Erlebnissen können auch Menschen leiden, die ihnen ehrenamtlich helfen.

Regine Schuster erläutert ein Schulungskonzept, das vor sekundärer Traumatisierung schützt.

Frau Schuster, was ist unter sekundärer Traumatisierung zu verstehen?

Schuster: Wenn Helfende sich von den traumatischen Erfahrungen geflüchteter Menschen nicht abgrenzen können, sind sie dem Risiko einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt. Bei ihnen treten dann vielleicht ähnliche Symptome auf, wie bei primär Traumatisierten: Angst, Stress, Vermeidungsverhalten, übermäßige Erregbarkeit, Schlafstörungen.

Wie können sich ehrenamtliche Helferinnen und Helfer davor schützen?

Schuster: Zunächst einmal hilft das Wissen darum, dass es zur sekundären Traumatisierung kommen kann. Manche Menschen sind in ihrer Begeisterung, helfen zu wollen, nicht gut darauf vorbereitet, dass Geflüchtete von Grausamkeiten berichten oder unvorhergesehene Reaktionen zeigen. Dieses Wissen vermitteln wir in den zweitägigen Schulungen. Gleichzeitig haben die Teilnehmenden Gelegenheit, in Übungseinheiten zu erproben, wie sie sich schützen können.

Zwei Tage reichen aus, um einer sekundären Traumatisierung vorzubeugen?

Schuster: Die Rückmeldungen aus den vergangenen anderthalb Jahren zeigen, dass die Schulungen sehr gut darauf vorbereiten, mit Traumatisierungen umzugehen. Viele Teilnehmer sind danach in der Lage, das Gelernte anzuwenden. Sie wünschen sich dennoch häufig eine weitere Vertiefung. Wenn es Anzeichen dafür gibt, dass jemand Schwierigkeiten mit der Arbeit in der Flüchtlingshilfe hat, überlegen wir gemeinsam, ob er oder sie überhaupt damit weitermachen sollte oder sich besser auf andere Weise engagiert.

Wie ist die Idee entstanden, die Schulungen anzubieten?

Schuster: Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen, die sich für geflüchtete Menschen einsetzen, wünschten sich Unterstützung und Begleitung für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer.

Brauchen Ehrenamtliche bestimmte Qualifikationen?

Schuster: Sie brauchen auf jeden Fall Begleitung. Wir dürfen Ehrenamtliche mit ihrer Arbeit nicht allein lassen. In der Flüchtlingshilfe sind wir auf ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



In der Flüchtlingshilfe sind wir auf Ehrenamtliche dringend angewiesen.

Regine Schuster

Der Umgang mit Traumatisierten ist ja kein Alltag, sondern eine besondere Situation. Das war für uns Anlass, gemeinsam mit der bei uns angesiedelten Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe in Mainz die Schulungen zu entwickeln.

Wie finanzieren sich die Kurse?

Schuster: Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland finanziert die Kurse im Rahmen der Selbsthilfeförderung. Wir könnten uns vorstellen, das Angebot mithilfe von öffentlichen Mitteln auszuweiten. Land und Bund haben im Rahmen der Flüchtlingsarbeit Sonderprogramme aufgelegt. Es gibt psychosoziale Zentren für Traumatisierte – aber dort reichen die Plätze kaum aus, und stehen in erster Linie den direkt Traumatisierten und nicht den Helfenden zur Verfügung. Deswegen freue ich mich, dass die AOK unser Konzept fördert.

dringend angewiesen, weil die Gesellschaft die Integration sonst nicht stemmen könnte. Aber wenn es darum geht, Ehrenamtlichen beispielsweise Supervision anzubieten, fehlt oft das Geld. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Regine Schuster ist stellv. Landesgeschäftsführerin des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Rheinland-Pfalz/Saarland. Gemeinsam mit der Selbsthilfekontaktstelle in Mainz entwickelte der Verband das Schulungskonzept „Flüchtlingsarbeit: Hilfe für Helfende“. Dr. Brigitte Bosse, Ärztin und Traumatherapeutin am Trauma-Institut Mainz, und Dr. Marion Koll-Krüsmann, klinische Psychologin an der LMU München, leiten die zweitägigen Kurse, die seit 2015 rund 250 Ehrenamtliche besuchen. Die Finanzierung übernimmt die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland im Rahmen der Selbsthilfeförderung. Infos: Regine.Schuster@paritaet-rps.org



Gesundheit als Download

Ob Fahrplanauskunft, Monsterjagd oder Blutdruckkontrolle – ein Leben ohne Smartphone scheint vielen Menschen heute undenkbar. Wie sich der Markt für Gesundheits-Apps entwickelt und was passieren muss, damit sie Verbrauchern Nutzen bringen, analysiert **Kai Kolpatzik**.

Die ersten Apps zum Download für Smartphones kamen im Sommer 2008 auf den Markt. Seither hat sich ihre Zahl exponentiell vervielfacht. Heute stellt sich kaum eine Frage des täglichen Lebens, für die nicht eine App die Lösung bieten will. Zum Start vor acht Jahren gab es etwa 500 dieser Programme für mobile Anwendungen. Sie verzeichneten binnen weniger Tage zehn Millionen Downloads. Nach Angaben von App-Anbietern sind aktuell allein für die Bereiche Lifestyle (beispielsweise Ernährung und Entspannung), Gesundheit und Fitness, Medizin und Sport über 836.000 Apps im Angebot. Dies entspricht einem Anstieg von über 50 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Auf den Bereich Gesundheit und Fitness entfallen mehr als 153.000 Apps, auf den Medizinbereich über 86.000. Das entspricht Steigerungsraten für diese beiden Bereiche von ebenfalls über 50 Prozent beziehungsweise über 30 Prozent gegenüber dem Vorjahr (siehe Abbildung „Gesundheit to go boomt“ auf Seite 23). Die Hoffnung, Gesundheits-Apps könnten wie ein Schweizer Messer mit einem individuellen Nutzen versehen und auf den mobilen Kontext zugeschnitten sein, scheint sich nicht zu erfüllen. Vielmehr gleicht der App-Markt mittlerweile einem kaum überschaubaren Dschungel.

Wenige Apps halten ihre Versprechen. Die bisher größte Studie des IMS Institute for Healthcare Informatics erbrachte Ende 2013 erste gesicherte Erkenntnisse zur inhaltlichen Umsetzung von medizinischen und Gesundheits-Apps („Patient Apps for Improved Healthcare“). Das Institut hat über 40.000 Gesundheits-Apps der Onlineplattformen Apple iTunes und Google Play unter die Lupe genommen. Insgesamt analysierten die IMS-Experten 43.689 Apps, die unter den Stichworten „Gesundheit und Fitness“ sowie „Medizin“ im Angebot waren, und prüften sie auf ihren Nutzen hin. Gut die Hälfte der Apps schlossen sie direkt aus, da kein medizinischer Nutzen zu erkennen war. Die verbliebenen 23.862 Apps (darunter 7.407 für Experten und 16.275 für Laien)

Web- und Lesetipps

- www.charismha.de Informationen über die Studie „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps“
- www.bfarm.de > Medizinprodukte > 9.10.2015 „Orientierungshilfe Medical Apps“
- G+G-Spezial 11/2015: Doktors digitale Helfer. Download unter: www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > G+G-Spezial



Glossar

Auch wenn es keine verbindliche Definition für gesundheitsbezogene Apps gibt, hat sich laut „Healthon“, einer Info- und Bewertungsplattform für Health-Apps, die folgende Systematik bewährt:

Gesundheits-Apps richten sich an gesunde Nutzer, die sich mit der App bei einem gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützen wollen, die ihre Ressourcen – zur Entspannung, zum besseren Verständnis ihres Körpers, zu einer gesunden, bewegten Lebensführung – mithilfe einer App stärken wollen.

Medizin-Apps sind im Gegensatz dazu für Patienten oder deren Angehörige bestimmt, die nach einer Unterstützung suchen, um ihren Alltag, zum Beispiel mit einer chronischen Krankheit, besser bewältigen zu können. Diese Apps sind darauf ausgerichtet, die Selbstbefähigung von Betroffenen zum Krankheitsmanagement zu stärken. Auch Apps, die Angehörige von Heilberufgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten) zum Beispiel mit Nachschlagewerken, Dosierungsrechnern, medizinischen Entscheidungshilfen in ihrem Praxis- oder Klinikalltag unterstützen, zählen zu den Medizin-Apps.

Sowohl Gesundheits-Apps als auch Medizin-Apps können als **Medizinprodukte** in Verkehr gebracht werden, wenn der Anbieter sie mit einer „primären medizinischen Zweckbestimmung“ anbieten will. Dies ist erforderlich, wenn die App die Vermeidung, Diagnose oder Therapie von Krankheiten unterstützen soll. Diese Apps müssen ein EU-Konformitätsverfahren durchlaufen, um ein CE-Kennzeichen tragen zu dürfen.

Quelle: www.healthon.de

unterteilen die Forscher nach ihrer Funktion. Die meisten der analysierten Apps ließen sich den Kategorien Wellness, Diät und Fitness zuordnen und bestanden lediglich aus einer informativen Faktensammlung. Diagnose- und Compliance-Apps – letzteres sind Programme, die der Erhöhung der Therapietreue dienen sollen – waren am wenigsten vertreten. Während mehr als 50 Prozent der zur Verfügung gestellten Gesundheits-Apps lediglich auf unter 500 Downloads kamen, entfielen auf fünf Apps 15 Prozent der 660 Millionen Gesamt-Downloads. Die IMS-Experten teilten die Gesundheits-Apps nach ihrer Funktion in sieben Kategorien ein und maßen anhand von 25 individuellen Kriterien ihre Funktionalität. Die Apps konnten so Werte bis 100 erreichen. Das Ergebnis zeigt an, wie gut eine App ihre Aufgabe erfüllte. Eine einfache Erinnerungs-App zur Verbesserung der Therapietreue bei der Medikamenteneinnahme konnte folglich mit 100 bewertet werden. Es zeigte sich allerdings, dass 90 Prozent der Apps lediglich Werte von unter 40 erreichten. Damit hielten die wenigsten Apps das, was sie versprochen.

Systematische Studie zu Chancen und Risiken von Apps. Einen systematischen Ansatz verfolgt die im Frühjahr 2016 veröffentlichte und vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie CHARISMHA („Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps“), die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter Leitung von Dr. Urs-Vito Albrecht (*Gesprächspartner im folgenden Interview*) am Peter L. Reichertz Institut für medizinische Informatik in Hannover erarbeiteten. Charismha befasst sich mit den Rahmenbedingungen und Handlungsfeldern, den

Herausforderungen, den Hemmnissen, den Strategien und Chancen von Gesundheits-Apps. Sie zeigt Handlungsmöglichkeiten für Entscheidungsträger im Gesundheitssystem auf und berücksichtigt dabei Aspekte wie Patientenorientierung, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Sie beleuchtet Anwendungen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Forschung, erkundet die Marktsituation, Erstattungsmöglichkeiten durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Auswirkungen und Anreize des App-Einsatzes für die GKV und die private Krankenversicherung. Weitere Themen der Studie sind Qualitätsaspekte in der Planung, Entwicklung und Herstellung von Apps, die Regulation, Datenschutz und -sicherheit sowie nicht zuletzt die Abwägung moralischer Risiken, des Nutzens, Gerechtigkeit der Nutzungsmöglichkeiten, Vertrauenswürdigkeit, Teilhabe, Autonomie und Privatheit.

Hinsichtlich der Entwicklung von Gesundheits-Apps macht die Studie drei zentrale Schwächen aus: eine mangelnde professionelle Umsetzung, die Verwendung ungenügender Inhalte sowie technische Unzulänglichkeiten der Betreibergeräte. Daraus leitet Charismha unter anderem folgende Aufgaben ab:

- Weitergehende wissenschaftliche Evaluationen, Studien sollten die raschen Entwicklungszyklen der Apps berücksichtigen;
- Ethische Diskussion und Gestaltung von Richtlinien für die Entwicklung, Empfehlung und Nutzung von Gesundheits-Apps sowie Vorgaben, damit Nicht-Nutzern keine Nachteile entstehen;
- Weiterentwicklung von Datenschutzstandards, Erweiterung der Aufklärungspflichten;
- Weitere Ausarbeitung der Abgrenzungskriterien zu Medizinprodukten und eine Verpflichtung der Hersteller zur deutlichen Herausstellung der Zweckbestimmung einer App.

Klasse statt Masse. Die rasante Entwicklung der Zahl der Gesundheits-Apps scheint dem Prinzip „dabei sein ist alles“ zu folgen. Die Wirksamkeit und die Relevanz der App-Angebote geraten dadurch in den Hintergrund. Für die Zukunft ist daher eine gewisse Bereinigung des Marktes zu erwarten. Andererseits haben die Anbieter heute viele mögliche Anwendungsgebiete und Zielgruppen von Gesundheits-Apps noch gar nicht im Blick. Mit einer Marktberreinigung wird sich die qualitative Ausrichtung verändern und die Angebote werden sich stärker an den Nutzern orientieren. Die Diskussionen darüber haben bereits begonnen. Neben dem übergeordneten Thema der Datensicherheit und des Datenschutzes werden die Aspekte Nutzen, Qualität und Akzeptanz eine wesentliche Rolle spielen.

Ob Gewichtsabnahme, gesündere Ernährung oder bessere körperliche Fitness – es gibt Hinweise, dass einige Lifestyle-Apps der gesundheitlichen Prävention dienen könnten. Sie wirken möglicherweise positiv auf die körperliche Aktivität, die Ernährung und das Gewicht. Zudem versprechen Anbieter von Gesundheits-Apps, Kosten zu senken. Dieses Potenzial haben am ehesten Angebote, die das Selbst-Management von chronisch kranken Menschen unterstützen und die Therapietreue von Patientinnen und Patienten verbessern. Das Robert Koch-Institut konstatierte 2015, dass sich bei vielen chronischen Erkrankungen kostspielige Behandlungen und Klinikaufenthalte durch eine App-gestützte höhere Therapietreue vermeiden ließen.

Leitfaden für Entwickler. Neben dem Nutzen wird die Qualität der Gesundheits-Apps zukünftig eine entscheidende Rolle spielen. Zur Beurteilung der Qualität von Gesundheits-Apps gibt es bereits erste Ansätze. Ziel muss ein Kriterien-basierter Bewertungskatalog sein, der Nutzern eine Orientierungshilfe gibt. Außerdem muss er den Entwicklern als Leitfaden dienen, die gesundheits- und gesundheitssystemspezifischen sowie datenschutzseitigen Rahmenbedingungen umfassend zu berücksichtigen. Der Leitfaden müsste stetig weiterentwickelt werden.

Bislang gibt es in Deutschland nur vereinzelte Ansätze in Richtung einer Orientierungshilfe oder Plattform zur Qualität von Gesundheits-Apps. Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem und das Zentrum für Telematik und Telemedizin haben erste Ansätze entwickelt. Dennoch existiert bis heute kein System zum Nachweis von Qualität und Vertrauenswürdigkeit, das diese Informationen zielgruppengerecht und verlässlich zur Verfügung stellt. Auf europäischer Ebene wird aktuell in einer EU-Initiative ein „Privacy Code of Conduct“ entwickelt, bei dem Apps im Vordergrund stehen, die Gesundheitsdaten verarbeiten. Ziel ist ein verbesserter Schutz der durch mHealth-Anwendungen (Mobile Health) gesammelten Daten, eine Stärkung des öffentlichen Vertrauens in Gesundheits-Apps

sowie eine Sensibilisierung und Erhöhung der Compliance gegenüber den europäischen Datenschutzregeln.

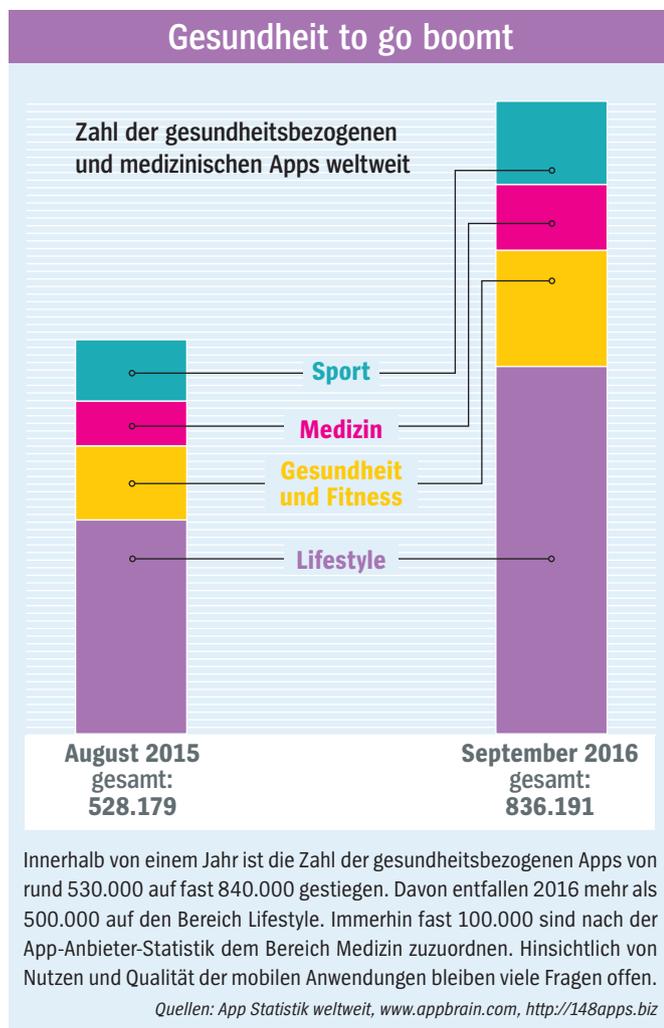
Zielgruppe bei Entwicklung einbeziehen. Die Ergebnisse der IMS Healthcare-Untersuchung von 2013 zeigen, dass die größte Zahl der Gesundheits-Apps auf dem Papier und ohne Beteiligung der jeweiligen Zielgruppe entwickelt wird. Das ist bedauerlich, denn um die Akzeptanz der Technik beziehungsweise ihrer Anwendung zu erhöhen und damit einen nachhaltigen Nutzen zu gewährleisten, sollten Verbraucher und Patienten in die Entwicklung von Apps einbezogen werden.

Finden die drei Punkte Nutzen, Qualität und Akzeptanz in der Konzeption und Entwicklung einer mobilen Anwendung Berücksichtigung, wird dies die bislang noch vage gehaltenen Zweckbestimmung der Gesundheits-Apps schärfen. Für medizinische Apps ist dies im Übrigen bereits durch die „Orientierungshilfe Medical Apps“ (siehe Web- und Lesetipps auf Seite 21) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte hinreichend geklärt. Die Orientierungshilfe beschäftigt sich unter anderem mit Fragen der Abgrenzung medizinischer Apps für den professionellen Bereich von anderen Anwendungsprogrammen und mit der Risikoklassifizierung.

Nutzen, Qualität und Akzeptanz bilden schließlich eine Grundlage für die Steigerung der digitalen und der Gesundheitskompetenz. Bereits 2014 haben das Wissenschaftliche Institut der AOK und der AOK-Bundesverband in einer bundesweit repräsentativen Studie nachgewiesen, dass mehr als jeder zweite Bundesbürger Schwächen in der Gesundheitskompetenz hat. Der Health Literacy Survey in Deutschland (HLS-GER) bestätigte 2016 dieses Ergebnis. Auch das Wissen über die digitale Welt lässt bei vielen Menschen noch zu wünschen übrig. Zwar weiß fast jeder, was eine Internetseite oder ein Soziales Netzwerk ist. Viele andere digitale Begriffe können die Deutschen dagegen nicht erklären – das zeigt der „D21-Digital-Index 2015“. So erfragte TNS Infratest neben allgemeinen Begriffen aus der digitalen Welt auch einzelne Begriffe aus dem Bereich der Gesundheit. Demnach konnten immerhin 27 Prozent der Befragten „Elektronische Gesundheitsdienste“ erklären. Bei Begriffen wie „E-Health“ oder „Big Data“ fielen die Ergebnisse mit neun respektive acht Prozent deutlich schlechter aus.

Ansatzpunkte zur Ausschöpfung des App-Potenzials. Damit Apps ihr Potenzial zur Steigerung der Lebensqualität und Gesundheitsförderung ausschöpfen können, müssen also folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Die Forschung zur Wirksamkeit von mobilen Anwendungen muss intensiviert und angepasst werden. Zum zweiten gilt es herauszufinden, wie sich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zielgenau erreichen lassen. Und drittens bedarf es zwingend gesamtgesellschaftlicher Investitionen zur Steigerung der digitalen Kompetenzen und der Gesundheitskompetenzen, damit Menschen Gesundheits-Apps nicht nur herunterladen, sondern ihre Anwendung in der eigenen Lebenssituation verstehen, bewerten und in ein entsprechendes Handeln umsetzen. ■

Dr. med. Kai Kolpatzik, MPH, EPMH, leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband. **Kontakt:** Kai.Kolpatzik@bv.aok.de



Martin Litsch, geboren 1957, ist seit Anfang 2016 Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes. Litsch studierte Soziologie und Ökonomie. 1989 startete er seine Karriere bei der Gesundheitskasse zunächst im Wissenschaftlichen Institut der AOK, dessen Leitung er später übernahm. 2002 wechselte er zur AOK Westfalen-Lippe. Von 2010 bis 2015 leitete Litsch die aus der Fusion von AOK Westfalen-Lippe und AOK Schleswig-Holstein hervorgegangene AOK NordWest.

Gerd Billen, geboren 1955, ist seit 2013 Staatssekretär im Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Er studierte Sozial-, Haushalts- und Ernährungswissenschaften in Bonn. Von 2005 bis 2007 war Billen Leiter des Bereichs Umwelt- und Gesellschaftspolitik der Otto Group und von 2007 bis 2013 Vorstand des Verbraucherzentrale Bundesverbands, wo zu seinen Themenschwerpunkten digitale Medien und Datenschutz gehörten. Billen ist Mitglied von Bündnis 90/Die Grünen und war unter anderem im Verwaltungsrat der Stiftung Warentest tätig.



Prof. Dr. Andréa Belliger, geboren 1970, ist Prorektorin der Pädagogischen Hochschule Luzern und leitet am Institut für Kommunikation & Führung den Weiterbildungsstudiengang eHealth – Gesundheit Digital. Belliger studierte Theologie, Philosophie und Geschichte. Sie beschäftigt sich mit der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Belliger war Themenpatin des „Zukunftsforums Gesundheit neu denken“ des Bundesbildungsministeriums.

Dr. Urs-Vito Albrecht, MPH, geboren 1974, ist stellv. Direktor des hannoverschen Standorts des P. L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover. Dort leitet er eine Forschergruppe, die sich mit ethischen Rahmenbedingungen des Einsatzes von Gesundheits-Apps beschäftigt. Anfang 2016 veröffentlichte Albrecht die vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene CHARISMHA-Studie („Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps“).

„Die Digitalisierung entzaubert die Experten“

Bessere Prävention, schnellere Diagnose, größere Therapietreue – Gesundheits-Apps versprechen viel. Was sie halten können und wie sich die Qualität der mobilen Anwendungen sichern lässt, diskutieren im G+G-Gespräch Fachleute für Medizin, Kommunikation, Verbraucherschutz und Krankenversicherung.

Zum Einstieg eine Frage an alle: Wenn Sie einen Hautausschlag hätten, der Ihnen Sorgen macht – würden Sie zuerst eine Gesundheits-App zu Hilfe nehmen oder gleich zum Arzt gehen?

ANDREA BELLIGER: Ich würde zuerst die App nehmen. Ich wohne in der Schweiz auf dem Land, da gibt es weit und breit keinen Hautarzt. Ich habe eine Dermatologie-App. Man fotografiert den Ausschlag mit der hochauflösenden Kamera eines Smartphones und schickt das Foto an den Dermatologen, der die Diagnose stellt. Das ist schnell, unkompliziert, anonym und geht über eine gesicherte Verbindung.

URS-VITO ALBRECHT: Wenn ich eine App nutzen oder im Internet nach dem Hautbefund suchen würde, könnte ich wegen meines medizinischen Hintergrunds beurteilen, ob das Ergebnis passt. Der Zugang zur digitalen Information ist ein enormer Beschleuniger. Komfort ist ein wesentlicher Grund dafür, dass viele Menschen diese Technologie gern nutzen. Wenn allerdings eine Therapie erforderlich ist, geht kein Weg am Arzt vorbei.

GERD BILLEN: Ich hatte im Urlaub einen seltsamen Mückenstich. Der Arzt war tausend Kilometer weit entfernt. Da hätte ich mir so eine App gewünscht, um eine erste Einschätzung zu bekommen: Ist das etwas, womit ich zum Arzt muss oder warte

ich einfach drei Tage, bis es weggeht? Arztbesuch heißt oft, einen halben Tag Urlaub zu nehmen. Von daher finde ich Diagnosesysteme interessant, die mir bei der Entscheidung helfen, ob ich zum Arzt muss oder nicht. Ganz entscheidend ist aber die Frage nach der Qualität von solchen Systemen.

MARTIN LITSCH: Ich gehöre zu einer hochskeptischen Bevölkerungsgruppe, die es möglichst vermeidet, zum Arzt zu gehen. Auch in diesem Fall würde ich wahrscheinlich zunächst im Netz nachschauen – mit kritischem Blick auf die Anbieter der Informationen. Vielleicht lande ich beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder der AOK, die seriöse Informationen bieten. Dann gucke ich morgen und übermorgen nochmal, bis meine Frau sagt: Jetzt gehst du bitte zum Doktor.

Die Zahl der Apps, die sich mit dem Thema Gesundheit und Fitness beschäftigen, geht in die Hunderttausende und wächst weiter. Warum ist die Nachfrage so groß?

BELLIGER: Wir wissen nicht genau, wie viele Nutzer diese Apps haben, aber vermutlich haben sie inzwischen eine große Verbreitung. Viele Menschen schätzen den bequemen Zugang. Sie



Das Gesundheitswesen funktioniert noch nicht wie die vernetzte Welt. Kassen, Kliniken und Ärzte bewegen sich in abgeschlossenen Systemen.

Prof. Dr. Andréa Belliger

haben das Mobiltelefon im Alltag dabei, und es ermöglicht einfache Kommunikation. Die Apps bieten Transparenz und Zugang zu den eigenen Daten. Der Wunsch, selbst über Gesundheits- und Fitnessdaten zu verfügen, nimmt zu.

Wie ist es um die Qualität von Gesundheits-Apps bestellt?

ALBRECHT: Um diese Frage zu beantworten, müssten wir zunächst Qualität definieren. Das ist ein Prozess, der gerade beginnt. Mit der CE-Kennzeichnung beispielsweise belegt der Hersteller, dass er die grundlegenden Anforderungen einer EU-Richtlinie für die technische Sicherheit erfüllt. Bei deren Gestaltung hat man aber Apps noch nicht im Blick gehabt, sondern Medizinprodukte wie Fieberthermometer und Pflaster. Bei medizinischer Software bedeutet Qualität weitaus mehr als nur technische Sicherheit. Bei Apps spielt beispielsweise der Komfort eine große Rolle. Gute Qualität zeigt sich auch in guter Bedienbarkeit. Gerade Ältere und Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sollten die entsprechenden Geräte bedienen können.

Wie aber lässt sich die Qualität der medizinischen Informationen von Gesundheits-Apps bewerten?

ALBRECHT: Meist ist nicht ohne weiteres zu erkennen, von wem die Informationen stammen und ob sie glaubwürdig sind. Bei den Apps, die wir in der Charismha-Studie für das Bundesgesundheitsministerium angeschaut haben, fehlte häufig genau dieser Aspekt. Wir wissen nicht: Wer hat es geschrieben, wer ist dafür verantwortlich, welche Quellen haben die Anbieter bemüht und wie aktuell sind sie? Eine App, die schön anzuschauen und

gut zu bedienen ist, kann darüber hinwegtäuschen, dass sie medizinischen Unsinn vermittelt.

Wie soll ein Patient unterscheiden können, welche App etwas taugt und welche nicht? Brauchen wir einen App-TÜV?

BILLEN: Eine App ist in zwei Wochen entwickelt, die meisten verschwinden innerhalb von 30 Tagen wieder. Das ist ein dynamischer Markt. Deshalb ist es schwierig, Qualitätsmerkmale zu bestimmen. Ich bin skeptisch, ob ein App-TÜV helfen würde. Wir sind in einer Experimentierphase und sollten schauen, was funktioniert und was nicht. Entscheidend ist außerdem die Frage, wer die Daten bekommt. Sind die Institutionen vertrauenswürdig, beachten sie den Daten- und Verbraucherschutz, wie verarbeiten sie die gewonnenen Informationen? Etablierte Institutionen haben jetzt die Chance, durch eigene App-Angebote dafür zu sorgen, dass sich Qualitätsstandards durchsetzen.

Herr Litsch, die AOK hat einige Gesundheits-Apps im Angebot. Welche Ziele verfolgen Sie damit? Geht es vor allem darum, über Bonustarife junge gesunde Versicherte zu gewinnen?

LITSCH: Die AOK bietet ungefähr 30 Apps an, die sich um Themen wie Fitness, Ernährung, Bewegung oder Entspannung drehen. Aber es gibt auch eine Schwangerschafts-App und andere Apps, die sich auf die Gesundheitsversorgung beziehen. Solche Apps haben Dolmetscherfunktion: Was bedeutet das, was der Arzt macht? Oder sie vermitteln Wissen über Selbstzahler-Leistungen, also ob diese Angebote sinnvoll, überflüssig oder schädlich sind. Ganz wichtig finde ich Apps, die Orientierungswissen vermitteln, also Navigatoren, die nicht nur den Weg zu Krankenhäusern, Ärzten oder Pflegeeinrichtungen weisen, sondern auch Qualitätsinformationen und Feedbackmöglichkeiten bieten. Wir erweitern damit unser Versorgungsangebot. Wir haben aber auch Vertriebsabsichten und dabei Gruppen im Blick, die wir sonst nur schwer erreichen: junge Männer oder Menschen mit Migrationshintergrund. Da kann so eine App der Einstieg in eine gute Kundenbeziehung sein.

Sind Ängste berechtigt, dass es irgendwann nur noch darum geht, Leute für gesundes Verhalten zu belohnen – wer fit ist, zahlt einen niedrigeren Beitrag?

LITSCH: Nein, das kann ich für die AOK ausschließen. Im Übrigen würden wir die Dynamik in der App-Welt zerstören, wenn wir unser Solidarsystem beschädigen. Wer Hilfe braucht,

dem muss eine solidarische Krankenversicherung helfen – unabhängig davon, ob er täglich 10.000 Schritte macht und das sogar mit einer App misst oder nicht. Wenn er oder sie krank wird, bezahlt die Krankenkasse die Therapie. Das ist die Basis unseres Sozialsystems. Wenn das klar ist, können wir viel ungezwungener mit Apps umgehen und mit ihrer Hilfe vielleicht auch die Gesundheitsversorgung verbessern.

BILLEN: Für uns ist klar, dass das Solidarprinzip ganz oben steht. Im Übrigen dürfen die gesetzlichen Krankenkassen – anders als die privaten – keine Tarife anbieten, die ein gesundheitskonformes Verhalten belohnen. Auch die privaten Krankenversicherungen halten sich zurück, in diese Richtung zu gehen. Es ist also noch nicht der Tag, an dem wir alles durchregulieren müssen. Wir schauen erstmal, was entsteht und wo wir dann aus gesellschaftspolitischer Sicht Schranken setzen müssen – wenn es beispielsweise um das Solidarprinzip, den Datenschutz oder die Qualitätssicherung geht. Die schwierigere Frage ist: Wie können positive Bemühungen um die Gesundheit honoriert werden?

BELLIGER: Eine Krankenversicherung aus den USA, die ein Investor nach Deutschland holen möchte, geht in diese Richtung. Sie digitalisiert die Prozesse und beschleunigt die Kommunikation zwischen Versicherung, Patienten und Ärzten. Außerdem personalisiert sie Gesundheitsziele. Das heißt: nicht 10.000 Schritte für jeden, sondern für jeden das eigene gesundheitsbezogene Leistungsziel. Das verbindet diese Versicherung mit der Prämie.

Früher haben Patienten
ihre Erkrankung beim Arzt
wie einen Mantel **abgegeben**.
M-Health verändert das Verhältnis –
das M steht bei mir für **Mitmachen**.

Dr. Urs-Vito Albrecht

Kommen wir mit diesen Apps irgendwann an einen Punkt, wo die Freiwilligkeit endet und ein gesellschaftlicher Druck entsteht, dem sich keiner mehr entziehen kann?

BELLIGER: Wenn Sie meinen, ob Versicherungen uns zwingen können, diese Tools für das Management der eigenen Gesundheit zu nutzen? Das wäre wieder die Frage: Dürfen wir unsere Gesundheit schädigen und die anderen müssen dann dafür bezahlen? Ich denke, wir kommen ans Ende der Phase, wo wir uns das erlauben können. Wenn ich beispielsweise mein Genom analysieren lasse und sehe, dass ich ein hohes Risiko trage, an Diabetes zu erkranken, und mich trotzdem nicht gesundheitsbewusst verhalte – kann die Gesellschaft mich dann zur Verantwortung ziehen? Wir haben noch keine ethische Vorstellung und keine gesetzlichen Regelungen, wie wir mit dieser Situation umgehen sollten.

Was sollten wir denn Ihrer Ansicht nach als Gesellschaft tun?

BELLIGER: Ich glaube nicht, dass wir das weiterhin top-down über Gesetze steuern können, weil sich alles so schnell entwickelt. Wir müssen entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, in denen Entwicklung und Dialog stattfinden können, Aushandlungen zwischen den Akteuren, zum Beispiel, wenn es um medizinische Forschung und Gesundheitsdaten geht. Was darf mit den Daten passieren? Die Antwort ist kontextgebunden. Diesen Rahmen zu schaffen, ist Aufgabe von Politik.

Was bedeuten Gesundheits-Apps für das Arzt-Patienten-Verhältnis? Wie müssen sich Ärztinnen und Ärzte darauf einstellen?

ALBRECHT: Der erste Schritt ist, dass wir uns überhaupt darauf einstellen. Als Arzt in der Notaufnahme hatte ich, wenn es voll



war, nicht mal drei Minuten für einen Patienten. Wenn einem dann jemand einen Ausdruck mit selbst recherchierten Informationen unter die Nase hält, bekommt man hektische Flecke. Wenn ein Arzt das aber abwehrt, fühlt sich der Patient vor den Kopf gestoßen. Wenn sich jemand mit seiner Gesundheit auseinandersetzt, sollten Ärztinnen und Ärzte das wertschätzen. Wenn ein Patient mir allerdings die Ergebnisse einer EKG-App zeigt, die über längere Zeit Daten aufgezeichnet hat, ist eine sinnvolle Auswertung nicht zu schaffen. Aber die Technologie kann unterstützend wirken: die Therapietreue steigern, die Kommunikation verbessern und die Verwaltung effizienter gestalten. Früher haben Patienten ihre Erkrankung beim Arzt wie einen Mantel abgegeben, schon wegen des Informationsgefälles. M-Health verändert das Verhältnis – das M steht bei mir für Mitmachen.

Brauchen wir einen App-Führerschein, also eine Kompetenzschulung für den Umgang mit Apps?

LITSCH: Wichtige Voraussetzung für den sinnvollen Umgang mit Gesundheits-Apps ist eine ausreichende Gesundheitskompetenz. Dass sie ausbaufähig ist, zeigen internationale Studien. Die AOK stellt deshalb beispielsweise mit ihren Faktenboxen kompaktes und gesichertes Wissen bereit, das Versicherten und Patienten Entscheidungen in Gesundheitsfragen erleichtert.

BILLEN: Hinter der Idee eines App-Führerscheins steckt die Vorstellung, man könne Wissen abstrakt vermitteln und einmalig erwerben. Aber die Welt tickt heute anders. Wir müssen



Krankenkassen können eine große Rolle spielen. Die meisten Menschen wollen, dass ihre Gesundheitsdaten sehr sensibel gehandhabt werden. Das ist ein Thema, welches uns bei Apps beschäftigt, weil viele Apps wirtschaftlich so funktionieren, dass sie Daten verkaufen. Das muss man bei Gesundheitsdaten unterbinden oder zumindest transparent machen.

Reichen die Datenschutz-Regeln auf deutscher und europäischer Ebene aus, um dieser Entwicklung rechtlich Herr zu werden, oder gibt es Nachbesserungsbedarf?

BILLEN: Zunächst ist es ein großer Fortschritt, dass die Europäische Union mit einer Datenschutzverordnung die grundlegenden Regeln festgehalten hat. Das sind in Recht gegossene Werte, etwa das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, also die Frage: Wann müssen Verbraucher einwilligen in die Nutzung von Daten? Innerhalb dieses Rahmens wird es sehr viele einzelne Fragen und Themen geben, mit denen wir uns beschäftigen. Wichtig ist zudem, dass wir die Fähigkeit verschie-

Etablierte Institutionen haben jetzt die Chance, durch eigene App-Angebote dafür zu sorgen, dass sich Qualitätsstandards durchsetzen.

Gerd Billen

zum einen die Fähigkeit der Menschen fördern, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Die Digitalisierung ist eine Revolution, weil sie die Experten entzaubert und jeden selbst zum Datenlieferanten machen kann. Warum soll ich in eine Praxis gehen, um mir den Blutdruck messen zu lassen, viele Stunden opfern für eine Augenblicksaufnahme, wenn ich das jederzeit über andere Sensoren haben kann? Das bringt einen ganz anderen Typus von Verbraucher hervor, der selbst ganz viele Daten über sich gesammelt hat.

Wie groß ist die Gefahr des Missbrauchs dieser Daten?

BILLEN: Aus Konsumentensicht müssen im Gesundheitsbereich diejenigen das Sagen haben, die keine ökonomischen Interessen an der Beurteilung meines Gesundheitszustandes haben. Wir müssen dafür die Rolle der Ärztinnen und Ärzte stärken. Auch

dener Akteure, die Produkte zu testen, erhöhen. Die Stiftung Warentest hat 3.000 bis 4.000 Apps geprüft. Bei über der Hälfte sind Daten ohne Information der Nutzer an Dritte weiterverkauft worden. Das wird mit der erwähnten EU-Datenschutz-Grundverordnung nicht mehr so einfach sein. Es ist also ein ganzes Bündel von Aktivitäten: Marktbeobachtung, Marktüberwachung, Governance-Rahmen und Aushandlungsprozesse. Ich bin optimistisch, dass die Gesellschaft Wertentscheidungen trifft und sie durchsetzt, auch gegen Anbieter. Wenn Gesundheitsdaten so sensibel sind, dass sie nicht an Hinz und Kunz gehen dürfen, dann werden wir sie schützen.

Im Moment entsteht der Eindruck, als ob der zweite Gesundheitsmarkt, also Google, Apple und Co., den ersten Gesundheitsmarkt, sprich Ärzte, Kliniken und oder Pflegeheime in der digitalen Entwicklung überholt. Wie lassen sich Daten, die Menschen selbst erfassen, im ersten Gesundheitsmarkt nutzen?

BELLIGER: Wir haben zwei Paralleluniversen, zwischen denen wir eine Interoperabilität herstellen müssen, damit die Gesundheitsdaten aus dem zweiten Markt im ersten genutzt werden können. Darüber hinaus gibt es noch einen dritten Gesundheitsmarkt, auf dem sich Betroffene austauschen. Interoperabilität heißt, dass die Daten aus dem zweiten und dritten Gesundheitsmarkt für Versorgungsprozesse zur Verfügung stehen. Dabei geht

Wer Hilfe braucht, dem muss eine solidarische Krankenversicherung helfen – unabhängig davon, ob er täglich 10.000 Schritte macht und das mit einer App misst. *Martin Litsch*

es zwar auch um technische Fragen, aber in erster Linie um kulturelle Interoperabilität. Das Gesundheitswesen funktioniert noch nicht wie die vernetzte Welt. Kassen, Kliniken und Ärzte bewegen sich in abgeschlossenen Systemen. Wenn diese Systeme einzelne Apps übernehmen, aber nicht gleichzeitig die Netzwerkkultur mit offener Kommunikation, Transparenz und Partizipation, wird das wahrscheinlich nicht nachhaltig funktionieren.

Wir machen jetzt einen kleinen Gedankensprung: Wenn Gesundheits-Apps nachweislich nützen und der Arzt sie verschreibt, müssten ihre Kosten dann nicht von der Krankenkasse übernommen werden?

LITSCH: Wenn es ein Medizinprodukt mit belegtem Nutzen ist, und das in den Geschäftsbereich einer Krankenversicherung gehört, müssen Krankenkassen künftig vielleicht zahlen. Dann gelten aber spezifische Regelungen, beispielsweise muss der Gemeinsame Bundesausschuss über die Aufnahme einer App in den Leistungskatalog der Krankenkassen entscheiden. Gesundheits-Apps, die vielleicht einen positiven Effekt auf den Lebensstil haben, muss eine Krankenkasse nicht bezahlen. Wenn ich Obst kaufe, erstattet die Krankenkasse das auch nicht.

BELLIGER: Das sehe ich anders. Das müsste am Ergebnis gemessen werden, nicht am Werkzeug. Gleichgültig, ob das über eine Sitzung beim Arzt oder eine Gesundheits-App läuft – wenn ich ein bestimmtes Gesundheitsziel erreiche, müsste das die Krankenkasse bezahlen.

LITSCH: Wer heilt, hat Recht – trotzdem bezahlen wir nicht alles. Das Ergebnis muss begründbar sein, das Werkzeug evidenzbasiert.

BILLEN: Im Bereich der Prävention finanzieren die Kassen ja auch viele Angebote. Als Kassenpatient hätte ich kein Problem damit, wenn meine Beiträge für eine App mit präventiver Wirkung eingesetzt werden. Fitness-Tracker führen zu sozialer Einbindung. Das erscheint mir für den Erfolg in der Prävention wichtig, weil es die Motivation erhöht.

Wir kommen zur Schlussfrage: Was muss passieren, damit Gesundheits-Apps ihr Potenzial in Zukunft ausschöpfen?

LITSCH: Um ihr Potenzial auszuschöpfen, müssen Gesundheits-Apps einfach sein. Vor allen Dingen aber müssen sie sicher sein, ohne Komfort-Einbußen. Dass wir heute noch ohne eine End-to-End-Verschlüsselung kommunizieren können, ist völlig inakzeptabel. Sehr wichtig ist mir, dass Apps die solidarische



Krankenversicherung nicht gefährden. Und wir müssen die Vernetzung von Ärzten, Krankenkassen, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern endlich voranbringen.

BELLIGER: Wir brauchen Interoperabilität, also die Vereinbarkeit verschiedener Systeme. Die technische Interoperabilität müsste relativ einfach herzustellen sein. Trotzdem knabbern wir bei E-Health schon ganz lange daran. Noch spannender ist die kulturelle Interoperabilität. Im Arzt-Patienten-Verhältnis dominiert immer noch das Gefälle zwischen Experten und Laien. Diese Haltung müsste sich auflockern. Auf politischer Seite braucht es neue Formen von Governance, also neue Rahmenbedingungen für Verhandlungen zwischen den Entscheidern.

BILLEN: Die Rollen ändern sich vom klassischen Patienten oder der Patientin, dem Verbraucher oder der Verbraucherin hin zum Prosumer, also einem Erzeuger. Das ist ein neues Rollenverständnis. Mit unserer Lebensweise nehmen wir entscheidend Einfluss auf unsere Gesundheit. Als BMJV sind wir im Übrigen schon längst dabei, den Diskurs um Datensicherheit und Datenqualität konstruktiv-kritisch zu begleiten.

ALBRECHT: Neben der Wirtschaft und anderen Stakeholdern ist die Politik gefordert, für die nötigen Rahmenbedingungen zu sorgen. Hierzu gehört, die Bemühungen um Interoperabilität voranzutreiben. Der Gesetzgeber sollte den Fokus stärker auf neue technische Möglichkeiten legen. Unabhängig von ihren finanziellen und sozialen Voraussetzungen sollten alle Menschen gleichermaßen von der Technologie profitieren können. Hierzu muss die Politik für eine ausreichende Infrastruktur und Bildung sorgen. Eine Diskussion über die Qualität von Gesundheits-Apps ist dringend notwendig. Ziel muss ein Konsens über Qualitätskriterien sein, die Hersteller umsetzen und Nutzer kennen. ■

Die Fragen stellten Änne Töpfer und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

Tapeten



wechsel mit Tücken

Weg mit landeseinheitlichen Preisen und zurück zu krankenhausindividuellen Budgets – die Große Koalition baut die Vergütung der psychiatrischen Kliniken um. Die Gefahr ist groß, dass dabei Unwirtschaftlichkeiten und Versorgungsmängel mit mehr Geld zugekleistert werden. Eine Analyse von **Patrick Garre**

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland befindet sich im Vergleich zu anderen Staaten auf einem hohen Niveau. Hierzulande gibt es flächendeckend psychiatrische Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen. In den Jahren 2000 bis 2014 ist die Zahl der psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser um 273 auf 781 gestiegen. Parallel dazu hat die Zahl der stationär versorgten Patienten von knapp 650.000 auf 960.000 Fälle zugenommen. Auch die ambulante Versorgung von psychisch Kranken mit sozialpsychiatrischen Diensten, Wohngemeinschaften, Tagesstätten und arbeitsrehabilitativen Maßnahmen ist auf einem hohen Level. Hinzu kommt eine Vielzahl von niedergelassenen Neurologen, Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten, die zumindest in Ballungsgebieten ausreichend vorhanden sind.

Für die stationäre psychiatrische Behandlung wenden die gesetzlichen Krankenkassen aktuell 6,5 Milliarden Euro auf. Doch anders als im Bereich der somatischen Versorgung herrscht

bei der Behandlung von seelisch kranken Menschen Ungewissheit darüber, was genau in den Kliniken geschieht. Dazu haben wesentlich die bis 2012 flächendeckend angewendeten tagesgleichen Pflege- und Abteilungssätze beigetragen. Denn sie geben keinerlei Aufschluss über die Diagnose und die erbrachte Therapie. Nicht umsonst ist darum die Vergütung der Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin in die Diskussion geraten.

Lese- und Webtipps

- Reinhold Kilian/Thomas Becker: **Psychiatrie ohne Zwangsjacke**. G+G 2/2013, Seite 28–34.
- Patrick Garre: **Modellprojekte – Aufschlag für eine Psychiatrie-Reform**. G+G 9/2014, Seite 18–19.
- www.aok-gesundheitspartner.de
> Krankenhaus > Psych-Entgeltsystem und Aktuelle Gesetzgebung

Intransparenz statt Durchblick. Eigentlich wollte der Gesetzgeber mit einer stärkeren Orientierung an Diagnosen und Aufwänden in einem System von pauschalierten Tagesentgelten für mehr Transparenz sorgen und die Kliniken zu einer besseren Dokumentation ihrer Leistungen motivieren. Er führte deshalb 2012 das PEPP-System (pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) ein. Danach gibt es grundsätzlich gleiche Preise für gleiche Leistungen über alle Kliniken hinweg. Inzwischen werden fast 60 Prozent aller Fälle in der Psychiatrie und Psychosomatik nach dem PEPP-System abgerechnet.

Doch nun macht die Politik mit dem vorgelegten Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) einen Schritt zurück in die alte Welt der Intransparenz. Der Grund dafür ist im massiven Widerstand der Fachverbände in der Psychiatrie gegen das PEPP-System zu suchen. Nach deren Ansicht widerspricht PEPP dem Umstand, dass in der Psychiatrie mit der Diagnose nur etwa 20 Prozent des erforderlichen Behandlungsaufwands zusammenhängt. Schließlich verlaufe jede psychische Erkrankung individuell und sei von den Lebensumständen und dem Umfeld der Patienten abhängig.



Krankenhausindividuelle
Budgets sind nach oben
zu begrenzen. Andernfalls
droht ein Kostenschub.

Personalstellen gemeinsam ermittelt

In Hessen haben sich Krankenhäuser und Kassen auf eine gemeinsame Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verständigt. Im Rahmen des „Evaluationsprojekts zur Umsetzung der Psych-PV in den Hessischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (EVA-Psych-PV) erfasst der Medizinische Dienst jährlich wesentliche Kennzahlen wie Personalstellen, Auslastungsgrade und Belegungstage. Über die Zählweise besteht Einigkeit zwischen den Vertragspartnern. Ein gemeinsamer Bericht dokumentiert die Ergebnisse, die fester Bestandteil der Budgetverhandlungen sind. Dadurch ist es gelungen, den Erfüllungsgrad der Psych-PV in einzelnen Häusern auf nahezu 100 Prozent zu heben. Dieses gemeinsame Vorgehen hat die Diskussionen um den sachgerechten Einsatz von Personal einschließlich der dazu notwendigen Finanzierung weitgehend beendet. Die so geschaffene Transparenz sichert letztlich die Qualität der Behandlung. Dieses Prüfmodell konnte sich aber bundesweit nicht etablieren. Zu groß sind die Widerstände von Landeskrankenhausgesellschaften. Das könnte sich ändern, wenn die Politik bundesweit eine Nachweispflicht der Kliniken ins Gesetz schreibt.

Quelle: AOK-Bundesverband

Individuelle Budgets statt gleicher Preise. Dieser Argumentation ist der Gesetzgeber mit dem PsychVVG weitgehend gefolgt. Nun soll die bisher vorgesehene Angleichung der krankenhausindividuellen Preise an ein landeseinheitliches Preisniveau wieder wegfallen und psychiatrische und psychosomatische Kliniken ihr Budget weiterhin einzeln verhandeln können.

Das Gesetz bedeutet eine Abkehr von der Diagnose und Preisorientierung hin zu individuellen Budgets für jedes Krankenhaus. Damit – so der Gesetzgeber – könnten regionale und strukturelle Besonderheiten besser im Krankenhausbudget berücksichtigt werden. Wer hier massive Tendenzen in Richtung Selbstkostendeckung erkennt, muss kein Experte bei der Verhandlung von Krankenhausbudgets sein.

Budgetdeckel nicht aushebeln. Aspekte wie Leistungsgerechtigkeit, Transparenz, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit müssen die Grundlage jedes Vergütungssystems sein. Nicht umsonst ist das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sozialgesetzbuch verankert. Zwar sieht der vorgelegte Gesetzentwurf Budgetobergrenzen vor. Inwiefern sich aber dadurch potenzielle Ausgabenzuwächse verhindern lassen, hängt davon ab, ob die zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Entgelte aufgrund struktureller Besonderheiten Einzelfälle bleiben. Wenn nicht, steht der Selbstkostendeckung der Krankenhäuser Tür und Tor offen. Es ist zu befürchten, dass wegen der von den Psychiatrie-Verbänden postulierten Individualität der Patienten diese auch eine sehr individuelle Behandlung in abrechnungstechnischer Hinsicht bedürfen. Nach dieser Logik wären individuelle Entgelte der Normalfall. Interessanterweise liegen diese individuellen Entgelte immer über der durchschnittlich kalkulierten Vergütung.

Da das Prinzip gleicher Preis für gleiche Leistung wegfallen soll, bedarf es zwingend eines leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs, um die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen sicherzustellen. Einen solchen Vergleich sieht der Gesetzentwurf auch vor und bildet die Grundlage der Budget-

verhandlungen auf Ortsebene. Er soll sowohl die bundeseinheitlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkulierten Leistungen als auch die krankenhausbezogenen Besonderheiten umfassen. Er ersetzt damit die Anpassung der unterschiedlichen Basisentgelte der Krankenhäuser an einen Landesbasisentgeltwert. Somit schafft der leistungsbezogene Vergleich Transparenz hinsichtlich der erbrachten Leistungen und kann grundsätzlich einen Preisangleichungsprozess zwischen den Krankenhäusern unterstützen.

Kostenspirale droht. Es gibt aber einen gravierenden Haken: Die verhandelten krankenhausindividuellen Budgets dürfen um mehr als ein Drittel vom landesdurchschnittlichen Vergleichswert abweichen, wenn dies begründet ist. Das aber ist für einen effektiven leistungsorientierten Vergleich auf Dauer nicht zielführend. Im Gegenteil: Es droht eine Kostenspirale. Selbst wenn die Abweichung vom Vergleichswert halbiert würde, bliebe noch genügend Spielraum, um hausindividuelle Besonderheiten geltend zu machen.

Erschwerend kommt hinzu, dass die noch im Referententwurf vorgesehenen Referenzwerte (landesbezogene Basisentgeltwerte, die das InEK aus ökonomischen Ergebnissen der Kliniken ermittelt, also die Kosten eines Behandlungstages aller Fälle im Mittel) in dem aktuellen Gesetzentwurf nicht mehr vorgesehen sind. Bei so viel Individualität in der Budgetfindung gibt es bald wohl kaum noch eine einheitliche Ausgangsbasis zur Bestimmung und Abrechnung von Leistungen, dafür aber sicherlich viel Arbeit für die Schiedsstellen, die bei Budgetstreitigkeiten eine Einigung herbeiführen sollen.

Vorgaben für die Qualität. Wie bisher kalkuliert auch künftig das InEK einen Entgeltkatalog. Die Kalkulation erfolgt auf der Grundlage empirischer Daten von Krankenhäusern. Damit Kliniken an der Entgeltkalkulation teilnehmen können, müssen

sie Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) einhalten. Auch soll es Mindestvorgaben zur Personalausstattung geben, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Damit will der Gesetzgeber die Qualität der psychiatrischen Versorgung verbessern.

Insbesondere die Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser spielt im PsychVVG eine große Rolle. So soll der GBA Mindestwerte vorgeben, die dann ab dem Jahr 2020 verbindlich sind. Bis dahin gilt die bestehende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) weiter. Festzulegen, wie viel Personal Psychiatrien mindestens vorhalten müssen, ist eine erhebliche Herausforderung für die Praxis. Schließlich waren sich Krankenhäuser und Kassen bisher oft uneins darüber, ob die Personalvorgaben der Psych-PV erfüllt worden sind oder nicht – vielfach blieben die Kliniken den Nachweis schuldig, ob sie die vereinbarten und von den Kassen bezahlten Stellen auch tatsächlich besetzt haben.

Personalausstattung bleibt im Dunkeln. Deshalb wäre es wichtig, den Kassen Kontrollmöglichkeiten einzuräumen und die Krankenhäuser zu verpflichten nachzuweisen, dass sie die Personalvorgaben auch tatsächlich einhalten und die von den Kassen dafür bereitgestellten Finanzmittel nicht für andere Zwecke verwenden. Halten Kliniken die Personalvorgaben nicht ein, muss es den Kassen möglich sein, Leistungen nicht zu vergüten. Oder die Krankenhäuser müssten die für das Personal bestimmten, aber zweckentfremdeten Mittel an die Kassen zurückzahlen. Dafür aber sind den Kassen Kontrollmöglichkeiten einzuräumen.

Doch das sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Nicht den Kassen gegenüber sollen die Krankenhäuser nachweispflichtig sein, sondern nur gegenüber dem InEK – und das solange, wie die derzeitige Psych-PV gilt, also bis Ende 2019. Erst wenn ab 2020 Personalvorgaben des GBA verbindlich sind, müssen die Krankenhäuser auch den Kassen die vereinbarte Personalbesetzung

Psychiatrie-Entgelte: Was war und was kommen soll

	PEPP	PsychVVG
Verhandlungsebene	Land	Ort
System-Mechanismus	Preis	Budget
Vergleichbarkeit von Preis und Leistung	Gleicher Preis für gleiche Leistung	Krankenhausindividuelle Preise für jede Leistung
Angleichung an einen landeseinheitlichen Preis	Ja	Nein
Entgeltkatalog	Ja, empirisch kalkuliert vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	
Vorgaben zur Personalausstattung	Nein	Ja
Sektorenübergreifende Ansätze	Keine	Hometreatment

Mit dem von der Politik geplanten Abschied vom PEPP-System (pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik) verlagern sich die Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kassen von der Landes- auf die Ortsebene. Das Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ gehört der Vergangenheit an. Stattdessen sind krankenhausindividuelle Preise für jede Leistung auszuhandeln. Die Angleichung der Entgelte an einen Landesbasisfallwert wird ad acta gelegt. Die Einführung des Hometreatments (psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als Krankenhausleistung) soll die sektorenübergreifende Versorgung stärken.

Quelle: AOK-Bundesverband

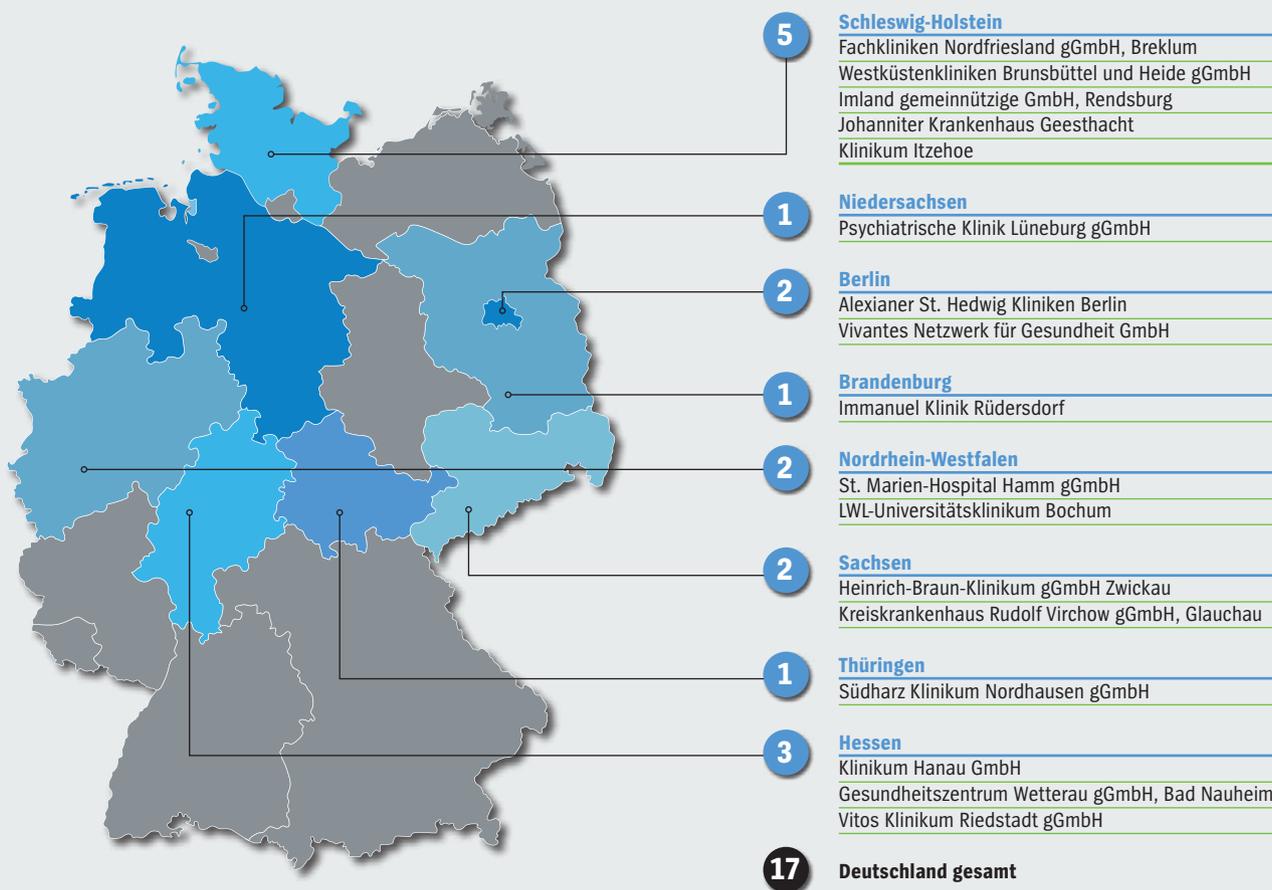
nachweisen. Diese Regelung ist strikt abzulehnen. Denn schließlich refinanzieren die Kassen das Personal in der Psychiatrie und müssen nachhalten können, ob ihre Gelder auch dahin fließen, wofür sie gedacht sind. Dass die Personalpolitik der Psychiatrien bis Ende 2019 quasi eine black box bleibt, kann nicht im Sinne der Behandlungsqualität sein.

Sektorenübergreifende Versorgung gestärkt. Das PsychVVG verändert aber nicht nur das Vergütungssystem von psychiatrischen Krankenhausleistungen. Es soll auch die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Ein wesentlicher Kernpunkt des Gesetzes ist deshalb die Einführung neuer stationsäquivalenter Leistungen der Krankenhäuser. Danach können Kliniken in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) erbringen. Sie soll durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams erfolgen. Ambulante Leistungserbringer können einbezogen

werden. Dies soll dazu beitragen, wiederkehrende stationäre Aufenthalte zu vermeiden (Drehtüreffekt). Wie das Hometreatment ausgestaltet wird, vereinbaren der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Über die Entgelte für diese neue Versorgungsform, die im Gesamtbudget berücksichtigt werden, verständigen sich die Kassen, Kliniken und Ärzte.

Richtwert für Bettenabbau fehlt. Das Hometreatment, aber auch die vorgesehene Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen – sie sollen künftig bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung berücksichtigt werden – ist ein Schritt hin zur sektorenübergreifenden Versorgung. Damit verbunden ist die Hoffnung, die Bettenkapazitäten bedarfsgerecht anzupassen. Allerdings bleibt der Gesetzentwurf an dieser Stelle vage. Wie umfangreich der Bettenabbau sein soll, bleibt den Verhandlungspartnern, also Kassen und Kliniken,

Wo Psychiatrie-Modellvorhaben in Deutschland laufen



Derzeit erproben Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte in 17 Modellprojekten nach Paragraph 64b Sozialgesetzbuch V die sektorenübergreifende Versorgung. Sämtliche Modelle haben die gleiche Grundstruktur: Den Kern bildet jeweils ein psychiatrisches Krankenhaus mit angeschlossener Tagesklinik und/oder einer psychiatrischen Institutsambulanz, die an eine Fachklinik oder -abteilung angebunden ist. In den Modellprojekten gilt der Grundsatz ambulant vor stationär. Das Budget ist in der Regel kassenartenübergreifend ausgestaltet.

Quelle: AOK-Bundesverband

überlassen. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre, insbesondere bei Verhandlungen über die Umwandlung vollstationärer Betten in tagesklinische Plätze, zeigen, dass das Fehlen eines verbindlichen Richtwertes eine nennenswerte Verringerung der Bettenzahl zugunsten stationsäquivalenter Behandlungsangebote nicht erwarten lässt. So gibt es bereits Stimmen, die trotz Hometreatment eine Beibehaltung der stationären Bettenkapazitäten fordern. Hier ist dringend gesetzlich vorzugeben, dass stationsäquivalente Behandlungsfälle auf die vollstationäre Bettenzahl eins zu eins anzurechnen sind.

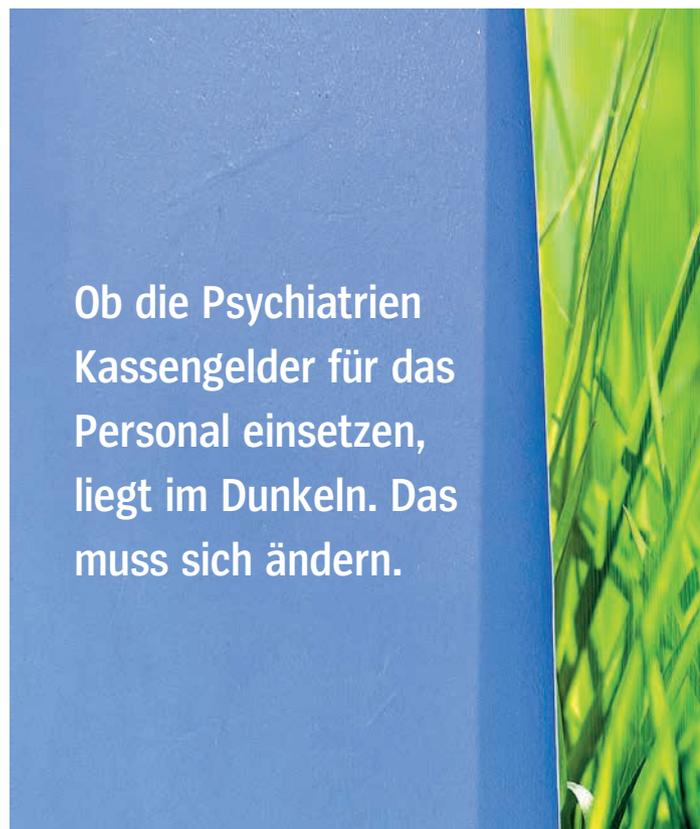
Modellprojekte nicht unterlaufen. In der Vergangenheit ist das Hometreatment im Rahmen von Modellprojekten nach Paragraf 63ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V mehrfach erprobt worden. Künftig kommt es darauf an, dass bei der Umsetzung dieser neuen Versorgungsform die Modellprojekte nach Paragraf 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) nicht beeinträchtigt werden. So weisen bereits jetzt Krankenhäuser darauf hin, dass mit der geplanten Einführung des Hometreatments Modellprojekte nach Paragraf 64b SGB V überflüssig seien. Es halte ja Einzug in die Regelversorgung. Entsprechend langwierig sind die Gespräche zwischen Krankenhäusern und Kassen, weitere Modellprojekte aufzulegen.

Aktuell erproben Krankenhäuser und Kassen in 17 Modellen nach Paragraf 64b SGB V die psychiatrische und psychosomatische Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen, Tageskliniken und im Rahmen von Hometreatment (siehe Übersicht „Wo Psychiatrie-Modelle in Deutschland laufen“ auf Seite 34). Dabei steht die sektorenübergreifende Versorgung der Patienten im Vordergrund. Die Behandlung erfolgt nicht nur vollstationär, sondern auch ambulant durch das Krankenhaus. Dazu läuft eine kassenartenübergreifende wissenschaftliche Evaluation, die die Behandlungsdaten von mehr als 26.000 Patienten auswertet. Erste Zwischenergebnisse liegen voraussichtlich im Frühjahr 2017 vor. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollten in jedem Fall bei der Weiterentwicklung des Versorgungssystems angemessen berücksichtigt werden.

Gesetz braucht Feinschliff. Insgesamt weist der Gesetzentwurf Stärken, aber auch Schwächen auf, die im weiteren parlamentarischen Verfahren zu beheben sind. Dies betrifft zum einen die Personalausstattung. Hier besteht aus Sicht des AOK-Bundesverbandes kein Anlass für eine zusätzliche Finanzierung. Denn die Kassen haben die Vorgaben der Psych-PV bereits vollständig refinanziert. Außerdem muss der Gesetzgeber die Krankenhäuser unbedingt dazu verpflichten nachzuweisen, dass sie die von den Kassen zur Verfügung gestellten Mittel auch tatsächlich in die Personalausstattung stecken.

Um einen wirtschaftlichen Umgang mit den Versichertengeldern zu gewährleisten und der Selbstkostendeckung nicht Vorschub zu leisten, muss es einen Budgetdeckel geben, der diesen Namen verdient. Auch bedarf es einer Mengensteuerung: Stimmt die vereinbarte Leistungsmenge (Anzahl, Schweregrad oder Art der Leistung) nicht mit der verhandelten Menge überein, muss es für die daraus erzielten Minder- oder Mehrerlöse einen Ausgleich geben. Das heißt, dass dem Krankenhaus nur

anteilig die zu viel beziehungsweise zu wenig erbrachten Mengen vergütet beziehungsweise abgezogen werden. Darüber hinaus müssen leistungsbezogene Vergleiche Budgetverhandlungen so beeinflussen, dass sich Effizienzreserven ermitteln und dann auch realisieren lassen. Da alle im Gesetz genannten regionalen und strukturellen Besonderheiten, zum Beispiel regionale Versorgungsverpflichtungen, schon in den heutigen Budgets be-



Ob die Psychiatrien
Kassengelder für das
Personal einsetzen,
liegt im Dunkeln. Das
muss sich ändern.

rücksichtigt sind, müssen sie beim Umstieg auf ein neues Entgeltssystem nicht zusätzlich finanziert werden. Zudem hat die Umsetzung des Hometreatments zwingend mit einem Rückgang der stationären Bettenkapazitäten einherzugehen.

Positiv ist, dass der Gesetzgeber die Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort stärkt. Allerdings erhöht sich auch der Aufwand. Und nicht immer dürften sich die Vertragspartner einigen können. Es besteht die Gefahr, dass die Schiedsstellen inflationär ange-rufen werden. Um das zu verhindern, sind klare gesetzliche Vorgaben notwendig. Mit der Abkehr von PEPP-System sind die bereits von den Krankenkassen gezahlten Finanzmittel als „sunk costs“ zu verbuchen. Auch wenn sich diese Gelder nicht mehr zurückholen lassen – am Ende sollten die Krankenhäuser und Kassen wieder an einem Strang ziehen und Planungssicherheit erhalten. ■

Patrick Garre ist Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation des AOK-Bundesverbandes. **Kontakt: Patrick.Garre@bv.aok.de**

„Gesundheit bezahlt – Gesundheit geliefert“

Bedarfsgerechte Versorgung bei stabiler Vergütung: In Itzehoe und Nordhausen machen Krankenkassen, Kliniken und Patienten seit vielen Jahren gute Erfahrungen mit dem regionalen Psychriatriebudget. [Von Thomas Hommel](#)

Regionalbudget? Das hört sich nach Rathaus an. Nach einem Kämmerer, der sich um die finanziellen Belange einer Kommune kümmert.

Weit gefehlt. Seinen Ursprung hat das Regionalbudget in der Medizin, genauer gesagt in der modernen Psychiatrie. Gemeint ist damit ein alternatives Entgeltsystem, das helfen soll, die mitunter starren Grenzen zwischen stationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung psychischer Erkrankungen zu überwinden. Grundlage bildet der Paragraf 64b Sozialgesetzbuch V (SGB). Darin regelt der Gesetzgeber „Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen“, die auf eine „Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung“ ausgerichtet sind – „einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“.

Bundesweit gibt es derzeit mehr als ein Dutzend dieser Modellprojekte. Angesiedelt sind sie vor allem in ländlich geprägten Regionen wie dem schleswig-holsteinischen Itzehoe oder dem thüringischen Nordhausen. Beide gelten als Pioniere des Psychriatriebudgets, das so funktioniert: Die Krankenkassen einer Region vergeben ein für mehrere Jahre festgelegtes Budget an einen bestimmten Träger. In der Region Itzehoe/Steinburg ist das seit 2003 das Zentrum für Psychosoziale Medizin am Klinikum Itzehoe, in Nordhausen seit 2009 die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Südharz Klinikum. Letztere beheimatet neben der Erwachsenen-Psychiatrie eine Psychiatrie für Kinder- und Jugendliche. Der Träger verpflichtet sich im Gegenzug, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Region zu gewährleisten.

Regionale Eigenverantwortung. Der Charme des Regionalbudgets – dessen Höhe sich im Wesentlichen nach der Zahl der Einwohner der Region richtet – liegt darin, dass der jeweilige

Träger selbst entscheidet, wie er mit dem Finanztopf verfährt. So können auch die Kliniken in Itzehoe und Nordhausen – deren Psychriatriebudget derzeit bei rund acht Millionen Euro pro Jahr liegt – frei festlegen, wie sie einen psychisch kranken Menschen behandeln: vollstationär, teilstationär oder ambulant.

„Wir bekommen für die Gesundheit der Menschen bezahlt und liefern dafür Gesundheit“, fasst Professor Dr. Arno Deister, Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Itzehoe, die Idee des Regionalbudgets zusammen.

Deister, der in Kürze der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde vorsteht, weiß aus langjähriger Erfahrung, wo seiner Disziplin der Schuh am meisten drückt. „Unser System ist derart fragmentiert, dass wir in der Behandlung viele Brüche erleben.“ Der Klassiker dabei: Braucht ein Patient, der im Krankenhaus psychiatrisch behandelt wird, die stationäre Versorgung nicht mehr, wechselt er in die ambulante Therapie. Das aber bedeutet: neues System, neue Behandlung, neue Kosten. Kommt es zum Rückfall, geht der Patient wieder in die Klinik. „Ein Hin und Her und Rein und Raus also – der berühmte Drehtür-Effekt eben“, sagt Deister. Das koste viel Geld – verschwendetes Geld, „da es nur wenig Gesundheit schafft“.

Versorgung aus einer Hand. Eine Lösung kann das Regionalbudget sein. „Es hilft, die Fragmentierung aufzuheben“, so Deister. „Wir behandeln den Menschen kontinuierlich, denn Behandlungs- und Beziehungskontinuität sind das A und O der Psychiatrie.“ So sei das Zentrum in Itzehoe als Träger der psychiatrischen Versorgung der Region auch dann noch für einen Patienten zuständig, wenn dieser die stationäre Behandlung nicht mehr braucht. Der Vorteil: Der Patient kann anschließend für eine gewisse Zeit tagesklinisch oder ambulant von einem Team weiter betreut werden, das er gut kennt und das ihn bereits kennt.

Raus, rein, raus, rein – mit den Modellprojekten für psychisch Kranke lässt sich der berühmte Drehtüreffekt vermeiden.



Anschließend wechselt er in der Regel zum niedergelassenen Arzt, dessen Arbeit bislang aber nicht über das Psychiatriebudget finanziert wird. Deister: „Da verhandeln wir noch.“

Mehr ambulant, weniger stationär. Die Zwischenbilanz in Itzehoe fällt dennoch positiv aus: Die Begleitforschung in den ersten fünf Jahren hat gezeigt, dass es im Vergleich mit der Nachbarregion Kreis Dithmarschen, die bis 2007 noch kein Regionalbudget hatte, keine Unterschiede gibt, wenn es um den psychischen Gesundheitszustand und die Lebensqualität geht. Aber die Patienten in Itzehoe sind stärker ins soziale Umfeld integriert und können ihren Alltag besser selbstständig bewältigen. Ein weiterer Effekt des Modells: Statt 118 Betten gibt es jetzt nur noch 60. Die tagesklinischen Plätze sind von 14 auf 75 gestiegen. Auch die Art der Behandlung hat sich verändert: Immer mehr Patienten werden kombiniert stationär, tagesklinisch und ambulant betreut. Gleichzeitig hat sich die stationäre Verweildauer von 25 Tagen im Jahr 2003 auf mittlerweile zwölf Tage halbiert.

Vorteile für die Jugendpsychiatrie. Ein positives Fazit ziehen auch die Verantwortlichen am Südharz Klinikum Nordhausen. „Wir sind hier täglich froh, dass wir das Regionale Psychiatriebudget leben können“, betont Professor Dr. Philip Heiser. „Der große Vorzug“, so der Psychiatrie-Chefarzt, „ist die komplett eigenverantwortliche Gestaltung der Behandlungsabläufe.“ Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten hätten die Möglichkeit, „über Modalität, Dauer und Behandlungssektor frei zu entscheiden“. Dies ermögliche es der Klinik, individuell und schnell auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich vor allem durch ein größeres Einzugsgebiet von der Erwachsenen-Psychiatrie unterscheidet, sei das sehr wichtig. „Gerade vor dem Hintergrund der teils langen Anfahrtszeiten, die viele unserer Patienten und ihre Familien absolvieren, ist alles, was die therapeutische Freiheit verbessert, von großem Vorteil.“

Als Beispiel führt Heiser die wachsende Zahl junger Menschen an, die – bedingt durch Versagensängste und Lernschwierigkeiten – hartnäckig den Schulbesuch verweigern und so den Anschluss verlieren. „Hier haben wir die Möglichkeit, während des therapeutischen Prozesses Probebeschulungen in der Schule am Heimatort der Jugendlichen oder aber im tagesklinischen Setting vorzunehmen.“ Das habe einen hohen Stellenwert für den Therapieerfolg, so Heiser. Denn die Rückkehr in den Schulalltag erfolge behutsam und nicht von jetzt auf gleich. ■

Herr Rudolph im Modellprojekt

Paragraf 64b Sozialgesetzbuch V regelt Modellvorhaben in der Psychiatrie. Was abstrakt klingt, lässt sich am fiktiven Beispiel eines Patienten – nennen wir ihn Herr Rudolph – gut veranschaulichen:

Herr Rudolph ist 49 Jahre alt und jüngstes von sieben Kindern. Seit vielen Jahren leidet er an einer Psychose – einer schweren psychischen Störung mit zeitweiligem Verlust des Realitätsbezugs. Sicher fühlt sich Herr Rudolph nur in den eigenen vier Wänden, in denen er mit seiner Mutter lebt. Vor einigen Jahren noch hätte seine Krankengeschichte wohl so ausgesehen: Wegen „mangelnder Behandlungssicherheit und drohender Suizidalität“ bei Herrn Rudolph, der sich weigert, in einem Krankenhaus behandelt zu werden, wird ein Antrag auf Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Station gestellt. Dort angekommen, verbringt der Patient mehrere Wochen. Er bekommt starke Tabletten gegen Ängste und Schlaflosigkeit. Seine Mutter, 88 Jahre alt und sehr gebrechlich, kann ihn nur selten besuchen. Seinem Therapeuten schildert Herr Rudolph immer wieder verzweifelt, dass er sich große Sorgen um die Mutter macht und er in der Klinik nicht gesund werden kann.

Nach Ablauf des Unterbringungsbeschlusses verlässt Herr Rudolph gegen den Rat der behandelnden Ärzte die Klinik. Termine in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik will er weiter wahrnehmen. Tatsächlich erscheint er dort dann aber nur sporadisch – die Beziehung zu den Therapeuten bricht ab.

Würde Herr Rudolph in einem Modellprojekt nach 64b – etwa in Nordhausen – versorgt, könnte seine Geschichte eine andere sein: Die psychiatrische Klinik könnte ihm anbieten, ihn täglich zu Hause aufzusuchen. Mitarbeiter der Psychiatrischen Institutsambulanz übernehmen das. Bei Fragen und Schwierigkeiten haben Herr Rudolph und seine Mutter die Möglichkeit, auf der Station der Klinik anzurufen. Nach zehn Tagen kann sich Herr Rudolph sogar vorstellen, teilstationär in die Klinik zur Behandlung kommen. Dort wird er von der Therapeutin behandelt, die er zuvor in der Institutsambulanz kennengelernt hat und die um seine Geschichte weiß. Auch an den Wochenenden erscheint Herr Rudolph in der Klinik – vormittags und stundenweise. Nach sechs Wochen kann Herr Rudolph die Tagesklinik wieder verlassen. Der Kontakt dorthin bricht nicht ab, denn Herr Rudolph geht weiter in die Psychiatrische Institutsambulanz – regelmäßig. ■

Neue Regeln für Zwangsbehandlung

Betreute Menschen dürfen auch gegen ihren Willen ärztlich behandelt werden – bisher allerdings nur in einer geschlossenen Einrichtung. So steht es im Bürgerlichen Gesetzbuch. Das aber ist zu eng gefasst, sagt das Bundesverfassungsgericht und sieht einen Verstoß gegen die staatliche Schutzpflicht. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 26. Juli 2016
– 1 BvL 8/15 –
Bundesverfassungsgericht

Patienten, die nicht selbst über ihren Gesundheitszustand entscheiden können, müssen in manchen Fällen gegen ihren Willen medizinisch behandelt werden. Seit 2013 regelt das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), wann sie zwangsbehandelt werden dürfen und wann nicht. Eine Voraussetzung ist, dass Betreute in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht sind. Nur dort ist eine Zwangsbehandlung zulässig. Deshalb können bettlägerige Patienten, die in offenen Einrichtungen wie Krankenhäusern liegen, nicht gegen ihren Willen ärztlich zwangsbehandelt werden. Ob diese Einschränkung mit dem Grundgesetz vereinbar ist, hat das Bundesverfassungsgericht auf Anfrage des Bundesgerichtshofs geprüft und verneint.

Behandlung verweigert. Auslöser des verfassungsgerichtlichen Beschlusses war der Fall einer 63-jährigen, inzwischen verstorbenen Frau. Sie litt an einer schizoauffektiven Psychose. Weil sie ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln konnte, stand sie unter rechtlicher Betreuung, die auch die Gesundheitsversorgung einschloss. 2014 wurde eine Autoimmunerkrankung festgestellt, die zu Hautausschlägen und Muskelschwäche führte. Weil die Frau sich zu weigern begann, notwendige Medikamente einzunehmen, nicht mehr essen wollte und Suizidabsichten äußerte, wurde sie auf einer geschlossenen Demenzstation einer Klinik untergebracht. Nach einiger Zeit war sie trotz Behandlung körperlich so stark geschwächt, dass sie das Bett nicht mehr

aus eigener Kraft verlassen und sich auch nicht in einem Rollstuhl fortbewegen konnte. Wegen fehlender „Weglauf-tendenzen“ sahen die Betreuungsgerichte keinen Grund, die Frau weiterhin geschlossen unterbringen zu lassen. Dann erkrankte die Frau an Brustkrebs. Sie lehnte jedoch Operation und Chemotherapie wiederholt ab. Ihre Betreuerin wandte sich ans Amtsgericht und bean-

Ein Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung ist in gravierenden Fällen zulässig, so die Verfassungsrichter.

tragte, die Unterbringung der Frau zu verlängern und die Zwangsbehandlung gegen den Brustkrebs zu genehmigen. Das Amtsgericht lehnte den Antrag ab. Da die Voraussetzungen nicht vorlägen, könne die Patientin nicht freiheitsentziehend untergebracht werden. Daher scheide auch eine Zwangsbehandlung aus. Nachdem die Beschwerde beim Landgericht erfolglos war, wandte sich die Betreuerin an den Bundesgerichtshof. Der setzte das Verfahren aus und legte dem Bundesverfassungsgericht die Frage vor, ob die gesetzliche Beschränkung der Zwangsbehandlung auf Patienten in ge-

schlossenen Einrichtungen mit dem Grundgesetz vereinbar ist.

Das Bundesverfassungsgericht betonte das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Zwar sei im Grundsatz jeder Mensch frei, auch über seine Gesundheit „nach eigenem Gutdünken zu entscheiden“. Diese Entscheidungen müssten nicht nach allgemeiner Anschauung „vernünftig“ sein. Anderes gelte aber, wenn Menschen nicht in der Lage sind, einen eigenen freien Willen über ihre Gesundheit zu bilden. Dann greife die staatliche Schutzpflicht. Diese dürfe nicht davon abhängig sein, ob ein Patient geschlossen untergebracht ist oder nicht.

Schutzpflicht hat besonderes Gewicht.

Das Grundgesetz verpflichte den Staat, hilfsbedürftige Menschen, die bei einem drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können, notfalls auch gegen ihren Willen zu behandeln. Die staatliche Gemeinschaft dürfe den hilflosen Menschen nicht einfach sich selbst überlassen. In gravierenden Fällen könne in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eingegriffen werden. Denn die staatliche Schutzpflicht habe bei erheblicher Gesundheitsgefahr eines zum eigenen Schutz selbst nicht fähigen Menschen besonderes Gewicht. Hinter diese Schutzpflicht trete das Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit des Betreuten zurück –

TIPP FÜR JURISTEN



Compliance und Risikomanagement, Abrechnungsbetrug und Korruptionsbekämpfung, Transparenz und Datenschutz – diese und weitere Themen behandelt das „5. Dresdner Medizinrechtssymposium“ der DIU Dresden International University am 5. November in Dresden. Mehr Infos unter www.di-uni.de > Ankündigungen > Alle Ankündigungen

vorausgesetzt, mit der Behandlung sind keine besonderen Risiken verbunden. Auch müssen die Aussichten hoch sein, dass sich durch die Behandlung ein drohender Gesundheitsschaden abwenden lässt. Weitere Voraussetzung: Es darf keine tragfähigen Anhaltspunkte geben, dass die Behandlungsverweigerung dem freien Willen des Patienten entspricht.

Neues Gesetz muss präzise sein. Der Gesetzgeber müsse die festgestellte Schutzlücke für Betreute, die bei einem drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können, unverzüglich schließen. Wie der Gesetzgeber die konkrete Schutzpflicht ausgestaltet, sei ihm zwar freigestellt. Er müsse aber die Voraussetzungen für eine medizinische Zwangsbehandlung inhaltlich anspruchsvoll und genauestens formulieren, weil Freiheitsrechte der Menschen beschränkt werden. Insbesondere müsse das Gesetz dem Umstand Rechnung tragen, dass es nicht um den medizinischen Schutz nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit geht. Vielmehr sei der freie Wille der Betreuten zu respektieren. Gesetzlich sei klar und präzise zu regeln, dass eine medizinische Zwangsbehandlung nur dann erfolgen darf, wenn der betreute Patient keinen freien Willen hat, einem gegebenenfalls geäußerten Willen nach Möglichkeit Rechnung getragen wird und die Voraussetzungen einer medizinischen Zwangsbehandlung wie drohender erheblicher Gesundheitsschaden und große Aussicht auf Behandlungserfolg nachweisbar vorliegen. ■

Kommentar: Der Gesetzgeber ist jetzt gefordert, die Schutzlücke schnellstmöglich zu schließen. Weil bis zur geforderten Neuregelung Zeit vergeht, hat das Bundesverfassungsgericht von seinem Recht auf einstweilige Anordnung Gebrauch gemacht: Für immobile betreute Menschen, die nicht in einer geschlossenen Einrichtung sind, ist die derzeitige gesetzliche Regelung (Paragraf 1906 Absatz 3 Bürgerliches Gesetzbuch) über die Zwangsbehandlung analog anzuwenden.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
ARZNEIMITTEL		
Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 18/8034	Pflicht, alle Ergebnisse klinischer Arzneimittelstudien zu veröffentlichen; Speicherung detaillierter Zusammenfassungen in öffentlich zugänglicher EU-Datenbank; Abgabe rezeptpflichtiger Mittel nur noch, wenn Rezept bei Arztbesuch ausgestellt wurde.	Erste Lesung im Bundestag war am 14.4.2016. Der Bundesrat hat am 22.4.2016 Stellung genommen.
HEIL- UND HILFSMITTEL		
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG) Bundestrats-Drucksache 490/16	Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses durch GKV-Spitzenverband bis Ende 2018; bei Ausschreibungsverträgen Preis und Qualitätsanforderungen als Kriterium; Pflicht der Leistungserbringer, bei der Abrechnung mit Kassen, Aufzahlungen offenzulegen; Möglichkeit der Kassen und Heilmittelerbringer-Verbände, von 2017 bis 2019 Vergütungen oberhalb der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder zu vereinbaren; Modellvorhaben zur Blankoverordnung von Heilmitteln.	Das Bundeskabinett hat am 31.8.2016 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
PFLEGE		
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, PSG III) Bundestags-Drucksache 18/9518	Anpassung SGB XII (Hilfe zur Pflege) und Bundesversorgungsgesetz an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff; Möglichkeit der Länder, Pflegeausschüsse einzurichten, in denen die Kassen mitarbeiten; Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten; Prüfrecht des Medizinischen Dienstes bei häuslicher Krankenpflege.	Erste Lesung im Bundestag war am 23.9.2016. Der Bundesrat hat am 23.9.2016 Stellung genommen.
PFLEGEAUSBILDUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PfIBRefG), Bundestags-Drucksache 18/7823	Einheitliche Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.
PSYCHIATRIE-VERGÜTUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) Bundestags-Drucksache 18/9528	Wegfall der Angleichung der krankenhausspezifischen Preise an landeseinheitliches Preisniveau; Möglichkeit der Kliniken, ihr Budget einzeln zu verhandeln; Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch GBA; leistungsbezogener Klinikvergleich; Einführung der psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld als Klinikleistung (Hometreatment); Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern möglich.	Erste Lesung im Bundestag war am 22.9.2016. Der Bundesrat hat am 23.9.2016 Stellung genommen.

Stand: 30.9.2016



Web-Tipp

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

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

RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Abschied eines Netzwerkers

Er hat, anders als andere Vorstandsmitglieder, keine klassische AOK-Karriere hinter sich: **Jupp Weismüller**, stellvertretender Vorstandschef der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, ist gelernter Werkzeugmacher und im September in den Ruhestand verabschiedet worden. Weismüller hat sich, wie die rheinland-pfälzische Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie **Sabine Bätzing-Lichtenthäler** akribisch aufzählte, politisch früh engagiert, Sozialarbeit studiert und sich mit Personalfragen beim Kamerahersteller „Porst“ beschäftigt. Bis 2002 war er in den politischen Abteilungen der Landesregierungen von Hessen und Rheinland-Pfalz unterwegs, übernahm dann die Geschäftsführung der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, bevor er stellvertretender Vorsitzender der AOK Rheinland-Pfalz wurde. Im Congressforum Frankenthal waren denn auch viele Weggefährten Weismüllers an-



Da ist sie: AOK-Aufsichtsratsvorsitzender Fritz Schösser (l.) überreicht Jupp Weismüller die goldene Ehrennadel der AOK.

wesend – so etwa der frühere Ministerpräsident **Kurt Beck**. Weismüller sagte, er plane eine Fahrradtour durch Deutschland bis nach Spanien. Im Westerwald, wo er geboren sei, werde er anschließend seine Obstbäume pflegen. Gewürdigt wurde Weismüllers Arbeit auch von den Verwaltungsratsvorsitzenden **Willi Kuhn** und **Dietmar Muscheid**. Der alternie-

rende Aufsichtsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, **Fritz Schösser**, überreichte ihm die goldene Ehrennadel der AOK. **Jens Martin Hoyer**, stellvertretender Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, verglich den Abschied Weismüllers mit denen von **Sebastian Schweinsteiger** und **Lukas Podolski** aus der Fußball-Nationalmannschaft. ■

NIEDERSACHSEN

Erste Orientierung für Zuwanderer

Die AOK Niedersachsen unterstützt seit Kurzem als Partner das Informationsportal „welcome-to-niedersachsen.com“. Initiator ist das Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft. Gemeinsames Ziel ist, Zuwanderern eine mehrsprachige, unkomplizierte Orientierung in Niedersachsen zu ermöglichen. „Zuwanderer haben unglaublich viele Herausforderungen zu bewältigen. Wir möchten mit nützlichen Informationen rund um die Sozialversicherung dazu beitragen, dass eine berufliche Integration möglichst schnell und reibungslos gelingt“, so der AOK-Vorstandsvorsitzende **Dr. Jürgen Peter**. Rund 180.000 Zuwanderer seien 2015 nach Niedersachsen gekommen, um sich hier eine neue Zukunft aufzubauen. Viele von ihnen wollten wissen, wie das deutsche Gesundheitswesen funktioniert oder was bei der Jobsuche zu beachten sei. Hier helfe ihnen das Portal unbürokratisch weiter. ■

AOK aktuell

Mehr Platz für Auszeiten von der Pflege

Im Südwesten hat bereits jeder dritte Einwohner Erfahrungen mit Pflege. Zu diesem Ergebnis kommt das Meinungsforschungsinstitut Forsa in einer Umfrage im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Diejenigen, die Erfahrungen mit der Pflege eines Menschen haben, geben danach an, dass sie hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. An der Spitze stehen emotionale Betroffenheit (73 Prozent), gefolgt von Gereiztheit (63 Prozent), Müdigkeit (56 Prozent) und dem Gefühl, allein zu sein (48 Prozent).

„Wer pflegt, darf selbst nicht zum Pflegefall werden. Es muss Platz für Auszeiten geben – und die AOK Baden-Württemberg sorgt mit dafür“, kommentierte der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, **Dr. Christopher Hermann**, die Umfrage. Angebote für pflegende Angehörige könnten psychische und physische Entlastung bringen. Die AOK Baden-Württemberg biete zu diesem Zweck jährlich

rund 450 Kurse und Gesprächskreise an. „Die Studie zeigt aber, dass nur 14 Prozent der Befragten die Pflegeberatung ihrer Pflegekasse bereits genutzt und nur neun Prozent einen Pflegekurs besucht haben.“ Die AOK setze daher auf die ab Januar 2017 geltenden Verbesserungen im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II. Danach haben auch pflegende Angehörige Anspruch auf Pflegeberatung. Die AOK Baden-Württemberg bereite sich seit Monaten auf die Unterstützung ihrer Versicherten durch individuelle Beratung vor. Spezielle Beratungsteams der Südwest-AOK seien auf insgesamt 234 Vollzeitkräfte aufgestockt worden. „Weitere Fachleute stehen in unseren 230 Kundencentern im ganzen Land zur Verfügung.“ ■



Fotos: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland; AOK Baden-Württemberg; AOK Hessen

Klettern für ein gesundes Leben

Kindern die Möglichkeit geben, Gesundheit entspannt zu erleben und zu genießen: Das ist Kernidee der AOK-Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“. Und weil dazu auch viel Bewegung an der frischen Luft gehört, verlost die AOK Hessen jetzt zehn Kletterhütten im Wert von je 12.000 Euro. Teilnehmen können alle hessischen Schulen, die 2016 innovative Projekte zur Gesundheitsförderung in den Klassen 1 bis 7 anbieten beziehungsweise angeboten haben. Die Hütte bietet neben einer Kletterwand, verschiedenen Lauf- und Halteseilen sowie einer Kletterstange auch ein großes Spinnennetz. AOK-Präventionschefin **Kerstin Roth** sagte: „Wir möchten nicht für die Behandlung von Erkrankungen aufkommen, die im Grunde vermeidbar wären. Wir möchten, dass Kinder und Jugendliche in Hessen gesund aufwachsen und die Chance haben, ein gutes Leben zu leben.“ Infos: www.aok.de/hessen/kletterhuette ■

BAYERN

Förderung gesunder Kommunen

Die AOK Bayern bietet Städten, Gemeinden und Landkreisen für Präventionsprojekte eine erweiterte finanzielle Unterstützung an. Die Fördermöglichkeit für Projekte im Rahmen der „Gesunden Kommune“ sei von einem auf bis zu vier Jahre ausgedehnt worden, teilte die Kasse mit. Grundlage der Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten ist das Präventionsgesetz.



Buntes Treiben: Schulen können beim Wettbewerb der AOK Hessen zehn Kletterhütten gewinnen.

Ziel ist, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bürger nachhaltig in ihrem Lebensumfeld zu steigern. Dieses Jahr hat die AOK Bayern bislang rund 100 Kommunen beraten und die Förderung von 16 Gesundheitsprojekten ermöglicht. Dazu zählt auch ein Online-Portal, das regionale Angebote zur Gesundheitsförderung bündeln und für die Bevölkerung leichter zugänglich machen soll. Die kommunale Gesundheitsförderung ergänzt seit 2016 das Präventionsprogramm der AOK Bayern. Neben dem Kursangebot für individuelle Gesundheitsförderung erreichte die Kasse vergangenes Jahr mehr als 90.000 Kinder, Lehrer und Eltern. ■

NORDOST

Neue Wege in der digitalen Versorgung

Die AOK Nordost, das kommunale Krankenhausunternehmen Vivantes und die Sana Kliniken AG gehen neue Wege in der E-Health-Versorgung: In

einem gemeinsamen Gesundheitsnetzwerk wollen sie die Vernetzungspotenziale digitaler Anwendungen sektorenübergreifend nutzen, um die Versorgung durch besseren Informationsfluss zwischen Patienten, Kliniken, Ärzten und Kasse zu optimieren. So sollen Versicherte der AOK Nordost künftig schnell über Medikationspläne, Untersuchungsergebnisse und andere Gesundheitsdaten verfügen können. „Smarte Lösungen im E-Health-Bereich können die Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessern und die Gesundheitskompetenz sowie die Selbstbestimmung der Patienten stärken“, sagt **Frank Michalak**, Vorstandschef der AOK Nordost. Technisch basiert das Netzwerk auf dem Standard IHE (Integrating the Healthcare Enterprise). IHE ist eine weit verbreitete Grundlage für die Vernetzung von Behandlungsinformationen und bildet auch die Basis elektronischer Patientenakten. Kommunikation nach IHE soll auch in der zentralen Telematikinfrastruktur der gematik abgebildet werden. ■

NORDWEST

37 Millionen Euro für Zahnersatz

In Schleswig-Holstein erhielten vergangenes Jahr knapp 20 Prozent mehr Frauen als Männer Zahnersatz. Das geht aus einer aktuellen Auswertung der AOK NORDWEST hervor. Für Kronen, Brücken oder Prothesen zahlte allein die Gesundheitskasse rund 37,2 Millionen Euro. Insgesamt erhielten etwa 132.000 AOK-Versicherte Zahnersatzleistungen. Für ihren gesetzlichen Eigenanteil zahlten die AOK-Versicherten 2015 knapp 29 Millionen Euro. Um Zahnersatz und die damit verbundenen finanziellen Folgen zu verhindern, empfiehlt AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann** eine regelmäßige Zahnpflege. Dazu gehörten neben dem täglichen Zähneputzen auch regelmäßige Kontrollbesuche beim Zahnarzt. „Nur wer regelmäßig zur zahnärztlichen Vorsorge geht, bei dem können Karies oder Zahnerkrankungen rechtzeitig behandelt werden.“ ■

Analyse Rechtsrahmen für sensible Daten

Täglich werden im Gesundheitswesen Millionen von Daten erhoben, gespeichert und ausgewertet. Patienten und Versicherte vor einem gefährlichen Umgang mit diesen sensiblen Informationen zu schützen, gehört mit zu den zentra-



len Herausforderungen der Zukunft. Schließlich gibt es auch berechtigte Interessen, all diese Daten für eine bessere Medizin und eine effizientere Gesundheitsversorgung zu nutzen. Philipp Kircher hat sich in seiner Doktorarbeit mit dieser Querschnittsmaterie be-

fasst, die aus Expertensicht zu den undurchsichtigsten Feldern des Verwaltungsrechts gehört. Zu Beginn reflektiert er, welche medizinischen Werte und Angaben überhaupt als personenbezogene Daten eingestuft werden können. Beispielsweise reicht seiner Einschätzung nach der bloße Versicherungsstatus nicht aus, um Rückschlüsse auf die jeweilige Gesundheit zu ziehen – wohl aber ein zusätzlicher, krankenspezifischer Versicherungsschutz oder die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm. Der Jurist zeigt auf, wie diese sensiblen Daten im nationalen und europäischen Rechtsrahmen geschützt sind und wie sich dies in den verschiedenen Behandlungssituationen auswirkt. Er untersucht eine Vielzahl an Einzelfallkonstellationen sowie die künftige Rechtslage nach der EU-Datenschutzgrundverordnung.

Philipp Kircher: Der Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten im Gesundheitswesen.
2016. 260 Seiten. 68 Euro.
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Demenzkranke Plädoyer für Inklusion

Nicht immer hält ein Hilfenetz das, was es verspricht. Helga Rohra beispielsweise hat erlebt, dass Helfen in Deutschland mitunter auch heißt, aussortiert zu werden. Die Diagnose einer beginnenden Demenz machte sie in der Arbeitsagentur schnell zum Versorgungsfall. Dort wird die ausgebildete Konferenzdolmetscherin kaum beraten und schnell zum Sozialamt geschickt. Wer krank ist, wird so auch zum Sozialfall. „Wenn ich heute nochmals in der Situation wäre“, schreibt sie, „würde ich auf meine Integration bestehen.“ Helga Rohra hat dennoch ihren Weg gemacht – trotz des Besuchs im Sozialamt. Denn sie ist niemand, der sich versorgen lässt, sondern eine Kämpferin für sich und andere. Heute übersetzt sie die Gedanken- und Gefühlswelten von Menschen mit Demenz, spricht auf Kongressen und schreibt dazu Bücher. Ihre zentrale Botschaft: Die Diagnose Demenz muss nicht das Ende bedeuten, sondern kann



den Beginn eines neuen Lebens markieren. Dabei richtet sie sich nicht nur an andere Betroffene, gibt ihnen Tipps und ermutigt sie, zu ihrer Erkrankung zu stehen. Helga Rohra will darüber hinaus die Gesellschaft aufrütteln und fordert mehr Engagement für ein inklusives Zusammenleben. Chronisch erkrankte und behinderte Menschen müssen mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden. Das heißt auch, bestehende Hilfsstrukturen reflektieren und auf Integration ausrichten.

Helga Rohra: Ja zum Leben trotz Demenz. 2016. 99 Seiten. 18,99 Euro. medhochzwei Verlag, Heidelberg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ NATIONALER FACHKONGRESS TELEMEDIZIN</p>	<p>Europäische Dimension, e-Health Gesetz, Innovationsfonds, elektronische Gesundheitskarte</p>	<p>3.–4.11.2016 Berlin</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Telemedizin Rhinstraße 84 12681 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/54 70 18 21 Fax: 0 30/54 70 18 23 info@dtelemed.de www.dgtelemed.de > Veranstaltungen</p>
<p>■ 10. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS</p>	<p>Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung, Zu- und Abschläge der Krankenhausergelte</p>	<p>1.–2.12.2016 Berlin</p>	<p>Gesundheitsstadt Berlin GmbH Schützenstraße 6 a/ Charlottenstraße 77 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/7 00 11 76 00 Fax: 0 30/7 00 11 76 04 kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de www.qualitaetskongress-gesundheit.de</p>
<p>■ HEALTH 3.0</p>	<p>Digitalisierung, Preisgestaltung Arzneimittel, sektorenübergreifende Versorgung, EU-Gesundheitspolitik</p>	<p>1.–2.12.2016 Düsseldorf</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.health3punkt0.de</p>
<p>■ KASSENGIPFEL 2017</p>	<p>Psychiatrievergütung, AMNOG 2.0, Telematik, Datenaustausch, E-Mental Health</p>	<p>13.–14.2.2017 Berlin</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>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</p>
<p>■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2017</p>	<p>Morbi-RSA, Versorgungsqualität messen, Innovationsfonds, Ambulantisierung der Versorgung</p>	<p>7.–8.3.2017 Köln</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen</p>	<p>Tel.: 0 22 34/19 53 22 51 Fax: 0 22 34/19 53 22 52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de</p>

Medizinische Forschung Interessant ist das Unerwartete

Der Astronom Johannes Kepler entdeckte Ende des 16. Jahrhunderts, dass sich die Planeten in elliptischen Bahnen um die Sonne bewegen. Damit brach er mit der bis dato vorherrschenden Meinung, dass die Umlaufbahnen der Planeten exakte Kreise wären. Kepler hatte insbesondere den Mars, den „Ausreißer“ im Planetensystem, beobachtet und gemessen. Er verändert seine Laufbahn und hinterlässt eine seltsame Spur am Himmel. So strebt der Mars zunächst vorwärts, dann zurück und



daraufhin erneut vorwärts. Kepler war es, der diese Schleifenbewegung als Ellipse erkannte und so das Rätsel löste. Dieses Beispiel aus der Astronomie dient dem renommierten Krebsforscher und Autor Siddhartha Mukherjee als Vorlage für eines seiner Gesetze zur modernen Medizin. Dieses lautet: „Normalos“ lehren uns Regeln, „Ausreißer“ lehren uns Gesetze. Mukherjee will damit seine Kollegen warnen, voreilig von „anekdotischen Fällen“ zu sprechen, wenn in Studien die Behandlung bei einigen wenigen Patienten scheitert. Gerade diese „Ausreißer“, so der Autor, sollten gründlich erforscht werden. Denn sie könnten –

wie das in der Astronomie der Fall war – das Verständnis von Medizin deutlich erweitern und bislang unentdeckte Schwachstellen zutage fördern.

*Siddhartha Mukherjee:
Gesetze der Medizin. 2016.
96 Seiten. 12,99 Euro.
S. Fischer Verlag, Frankfurt/Main.*

Digitalisierung Leben im Takt der Technik

Der ZEIT-Redakteur und -Kolumnist Gero von Randow lädt seine Leser ein, mit ihm gemeinsam die technische Entwicklung zu reflektieren. Schließlich ist unsere Gesellschaft ein Netz sozialer Beziehungen, an dessen Knoten immer mehr Dinge zum Einsatz kommen. Das Smartphone ist dafür ein eindrückliches Beispiel: Wir treffen darüber Verhandlungen, informieren uns, tauschen uns aus, spielen miteinander oder kaufen ein. Längst haben wir Menschen ein „technisches Gehäuse“ geschaffen, das unseren Alltag prägt und mitbestimmt. Technische Geräte werden immer mehr zu sozialen Bindegliedern. Mit seinem Buch will er dazu beitragen, diese Verquickung aus menschlichem Verhalten und technischen Leistungen zu sortieren. Denn, so schreibt er: „Die Gesamtheit



der Sozialbezüge einer bestimmten Technik sieht nicht geordneter aus als eine Schüssel voller Spaghetti.“ Gero von Randow konzentriert sich auf die digitale Phase des menschlichen Eintauchens in die technische Welt. Und er blickt auch auf die nächste Stufe virtuellen Realität: Mensch und Technik

sind dann noch stärker miteinander verbunden, geradezu Mischwesen aus lebendigen Organismen und Maschinen.

*Gero von Randow: Der Cyborg
und das Krokodil. Technik
kann auch glücklich machen.
2016. 176 Seiten. 14 Euro.
edition Körber-Stiftung, Hamburg.*

Zeitschriftenschau

■ Krankenhausstrukturgesetz: Anstoß für bessere Versorgung

Das Krankenhausstrukturgesetz soll die stationäre Versorgung qualitativ verbessern und Kliniken finanziell stabilisieren. Dr. Kyryll Makoski, Düsseldorfer Fachanwalt für Medizinrecht, nimmt die Neuregelungen unter die Lupe. Die vorgesehene Investitionsförderung in Höhe von einer Milliarde Euro und die neuen Vorschriften zur Anpassung des Basisfallwerts könnten zu effizienteren Strukturen beitragen. Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung setze der Gesetzgeber auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser habe nicht nur Qualitätskriterien für die stationäre Versorgung festzulegen, sondern sei auch zur Qualitätssicherung berufen. Qualitätsverstöße der Kliniken könnten zu Vergütungsabschlägen und zum Ausschluss von der Leistungserbringung führen.

Gesundheit und Pflege 1/2016, Seite 30–34

■ Krankenhausreform: Rechnungsprüfung wie gehabt

Inwieweit Mindestmengenregelung, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und Operationen/Prozeduren-Schlüssel (OPS) Gegenstand der Krankenhaus-Budgetvereinbarungen und/oder der Rechnungsprüfung sein können, untersucht Dr. Gitta Butenschön. Die Rechtsanwältin und Justitiarin der AOK Rheinland/Hamburg zeigt auf, dass dies bereits vor dem Krankenhausstrukturgesetz der Fall war und die Reform daran nichts geändert hat. Nach wie vor könnten Kliniken einer Rechnungsprüfung unterzogen werden, wenn der Verdacht besteht, sie erfüllten die Qualitätskriterien nicht. Budgetabsenkungen seien unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Und die Mindestmengenregelung sei Bestandteil der Budgetvereinbarungen und der Rechnungsprüfung.

Gesundheit und Pflege 4/2016, Seite 134–136

■ Arzneimittelhaftung: Geschädigte bei Beweisführung im Nachteil

Ob die Reform der Arzneimittelhaftung aus dem Jahr 2002 die Beweisführung zugunsten von geschädigten Patienten in der Praxis tatsächlich verbessert hat, analysiert der Bremer Rechtsprofessor Dieter Hart. Der seinerzeit eingeführte Auskunftsanspruch Geschädigter gegenüber pharmazeutischen Unternehmen (Paragraf 84a Arzneimittelgesetz) könne dabei helfen, Schadensersatzansprüche geltend zu machen. Doch inzwischen habe der Bundesgerichtshof die Wirksamkeit der Kausalitätsvermutung stark eingeschränkt und damit die Beweisführung für Geschädigte nicht gerade erleichtert. Deshalb sollte nach Ansicht von Professor Hart das Gericht seine Rechtsauslegung überdenken.

Medizinrecht (2016) 34: Seite 165–168

■ Medizinprodukte: Haftungspflicht für aufbereitende Kliniken

Krankenhäuser bereiten Medizinprodukte in erheblichem Umfang wieder auf. Dr. Jana Knauer, Rechtsanwältin vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, geht der Frage nach, wann eine Klinik für Produktschäden haftet. Dies sei bei erheblichen Veränderungen oder Eingriffen in sicherheitsrelevante Produkteigenschaften der Fall. Als Produktaufbereiter könnten Kliniken in die Position des Herstellers geraten und produkt haftungsrechtlich in die Verantwortung genommen werden.

MPR Zeitschrift für das gesamte Medizinprodukterecht 2/2016, Seite 37–42

Personalnot gefährdet Patienten

In Deutschlands Kliniken fehlen nach Gewerkschaftsangaben rund 70.000 Pflegekräfte. Das ist eine Gefahr für die Versorgungsqualität und die Gesundheit der Beschäftigten, meint **Grit Genster**. Sie fordert gesetzliche Personalvorgaben für alle Krankenhäuser.

Seit vielen Jahren spitzt sich die Personalsituation in deutschen Krankenhäusern zu. Nach einer Erhebung der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi fehlen bundesweit 162.000 Stellen, davon allein 70.000 in der Pflege. Im letzten Vierteljahrhundert ist die Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser nach einem Anstieg in den neunziger Jahren bei Anwendung der Pflegepersonalregelung um über 7.000 gesunken. Im gleichen Zeitraum halbierte sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten auf 7,4 Tage, bei zunehmenden Fallzahlen. Da der Zeitaufwand für Aufnahme, Diagnostik und Entlassung gleich bleibt, wächst die Belastung in der Pflege. Zudem werden Patienten im Schnitt immer älter und haben zahlreiche Begleiterkrankungen.

Diese Entwicklung führt in der Pflege zur Arbeitsverdichtung. Es fehlt an Zeit, kranken Menschen gerecht zu werden. Das ist nicht nur ethisch zu beanstanden. Internationale Studien belegen: Je weniger Pflegepersonal, desto schlechter die Pflege. Mit der Arbeitslast steigt die Sterblichkeit der Patienten. Auch der Zusammenhang mit der Häufigkeit von Infektionen, Stürzen, Medikationsfehlern, Wiedereinweisungen oder Dekubitus ist eindeutig. Gutachten zur Situation in Deutschland gibt es wenig. Daran dürfte sich erst etwas ändern, wenn Kliniken gesetzlich zur Teilnahme an solchen Studien verpflichtet werden und entsprechende Daten bereitstellen müssen.

Pflegende wollen gute Arbeit leisten. In Deutschland muss eine Krankenschwester dreimal so viele Patienten versorgen wie in Norwegen oder doppelt so viele wie in der Schweiz. Besonders ausgeprägt ist das Missverhältnis im Nachtdienst. Eine Bestandsaufnahme von Verdi in bundesweit fast 3.000 Stationen und Bereichen hat ergeben, dass auf mehr als der Hälfte der

Stationen eine Fachkraft allein arbeitete. Davon versorgte bei mehr als einem Viertel dieser Fälle eine Fachkraft 30 und mehr Patientinnen und Patienten. In der Befragung gab ein Viertel der Befragten an, dass im Nachtdienst die Hände-Desinfektion vernachlässigt werde, weil der Arbeitsdruck zu hoch sei. Und knapp 60 Prozent berichteten über gefährliche Situationen, die durch mehr Personal hätten verhindert werden können. Schmerzpatienten mussten in einigen Fällen über eine Stunde auf die Schmerzmittelgabe warten. Die Realität auf den Stationen zeigt: Die Personalnot ist gefährlich für Patientinnen und Patienten und macht die Beschäftigten krank. Dabei wollen Pflegend gute Arbeit leisten und für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sorgen.

Der Abschluss des Tarifvertrages Gesundheitsschutz und Demografie für die Beschäftigten der Berliner Charité hat im Frühjahr bundesweit für Aufsehen gesorgt. Nach jahrelanger Auseinandersetzung gelten in diesem Universitätsklinikum nun Personalvorgaben, mit denen Überlastungssituationen wirksam begegnet werden soll. Die Tarifvertragsparteien haben mit der Vereinbarung für die 13.000 Charité-Beschäftigten Verantwortung für die Regelung guter Arbeitsbedingungen übernommen.

Beschäftigte schieben Überstunden vor sich her. Flächendeckend hohe Versorgungsqualität kann es nur mit gut qualifiziertem Personal in ausreichender Anzahl geben. Dafür trägt der Gesetzgeber die Verantwortung. Der Personalbereich in den Kliniken darf nicht länger genutzt werden, um fehlende Investitionszahlungen der Länder zu kompensieren oder um Aktionäre privater Gesundheitskonzerne zu bedienen. Es muss schnell eine Lösung gefunden werden – für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und dafür, dass Arbeiten im Krankenhaus nicht krank macht. Kurzfristige Lösungen müssen die richtigen Leitplanken setzen. Denn mittelfristig führt in Deutschland kein Weg an einem Gesetz mit verbindlich einzuhaltenden Personalvorgaben für alle Krankenhäuser vorbei, die den festgestellten Pflegebedarf absichern und zweckgebunden refinanziert werden müssen. Dass ein System überhaupt nur noch irgendwie funktioniert, weil ein Großteil der Beschäftigten keine Pausen macht, einen Überstundenberg vor sich herschiebt und an freien Wochenenden kurzfristig einspringt, ist nicht zu akzeptieren. Jetzt muss gehandelt werden. ■

Grit Genster ist Bereichsleiterin Gesundheitspolitik beim ver.di Bundesvorstand. **Kontakt: Grit.Genster@verdi.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

Gesundheit und Gesellschaft
Das AOK-Forum für Politik, Praxis
und Wissenschaft

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
Stellv. Chefredakteurin Karola Schulte
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Anne Töpfer

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

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

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

Anzeigen KomPart Verlagsgesellschaft
mbH, Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
Ansprechpartner:
Christian Lindenberg
Telefon: -160
Verantwortlich für den
Anzeigenteil: Werner Mahlau

Beilagenhinweis Diese Ausgabe enthält eine
Beilage des Bundesverbandes
Managed Care e.V.

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlages. Dies gilt auch
für die Aufnahme in elektronische
Datenbanken und Mailboxen.
Für unaufgefordert 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. 18
vom 1.1.2016
ISSN 1436-1728



G+G 9/2016

Therapie mit Stolperfallen

Die Rechnung geht nicht auf

Mit Interesse haben wir den Artikel „Therapie mit Stolperfallen“ gelesen – insbesondere den Teil über die Heilmittel. Wir sind mit rund 60 Mitarbeitern seit über 20 Jahren im Gesundheitsbereich tätig, verfügen über eine gute Markttransparenz, leiten das Unternehmen mit hohem betriebswirtschaftlichen Sachverstand und können wegen einer ausgefeilten Kostenstellenstruktur nachvollziehbare Aussagen zu wirtschaftlichen Rahmennotwendigkeiten treffen. Wir erlauben uns nachfolgende Anmerkung, nicht um zu kritisieren, sondern als Denkanstoss. In den Jahren 2010 bis 2015 ist die Zahl der eingehenden Bewerber auf unsere ausgeschriebenen Stellen im Bereich Physiotherapie stark rückläufig. Wir können in diesem Jahr erstmals Stellen nicht nachbesetzen. Wenn sich qualifizierte Bewerber melden, sind die legitimen Gehaltsforderungen (2.200 Euro Brutto) nicht zu befriedigen. Der durchschnittliche Stundenumsatz, der im Rahmen einer 20-minütigen Taktung erreicht werden kann, liegt bei 26,43 Euro. Legt man die Lohn- und Sachkosten sowie 25 Prozent Ausfallkosten (Urlaub, Krankheit, etc.) zugrunde – und das sind branchenübliche Zahlen –, dann ist zu verstehen, warum der Beruf des Physiotherapeuten wenig interessant ist und die Berufstätigen mit 1.100 bis 1.400 Euro Nettoverdienst für 40 Wochenarbeitsstunden schwer zu motivieren sind. Leider haben wir keine Umsatzkompensationsmöglichkeit bei Krank-

heit, Urlaub, Feiertagen etc., da nur der anwesende Therapeut diesen Umsatz erwirtschaftet. Es gibt Gründe, warum jede KFZ-Werkstatt oder sonstige Dienstleister mit Stundensätzen von 40 Euro (Malerbetrieb als niedrigste Einstufung) bis 125 Euro und mehr kalkulieren. Was unterscheidet unsere Branche von diesen Dienstleistern – außer dass die Ausbildung des Physiotherapeuten meist aus eigenen Mitteln finanziert werden muss, die Fort- und Weiterbildungen ebenfalls beziehungsweise mit Unterstützung der Betriebe, die ohnehin nur noch mit dem Angebot von Privatleistungen kostendeckend arbeiten können? Wir haben 1,6 Prozent Unternehmensgewinn vor Zinsen und Steuer. Wir erwirtschaften 1,6 Millionen Jahresumsatz, und es bleiben im besten Fall 25.000 Euro Gewinn, von dem wir Neuanschaffungen, Renovierungen etc. bestreiten müssen. Wie soll auf dieser Grundlage ein Betrieb funktionieren? Ich bin seit 1983 leitend im Gesundheitsbereich tätig. Ich kenne noch die Zeit der Kostenträgerverhandlungen mit Offenlegung der Betriebswirtschaft und nachvollziehbaren Kalkulationen, daraus resultierend Verhandlungen und Ergebnisse, mit denen alle Beteiligten leben konnten. Das Prinzip des derzeitigen Vorgehens – der Markt reguliert den Preis, der günstigste Anbieter erhält den Zuschlag, 27 Euro Stundensatz muss für eine Physiotherapiepraxis ausreichen, oder, wie von einem Kassenvertreter uns gegenüber formuliert, die Mischkalkulation aus Kassen- und Privatleistungen ermögliche das Überleben – ist der falsche Weg und die falsche Einstellung.

T. H., Rehazentrum Dresden-Strehlen

BECKs Betrachtungen



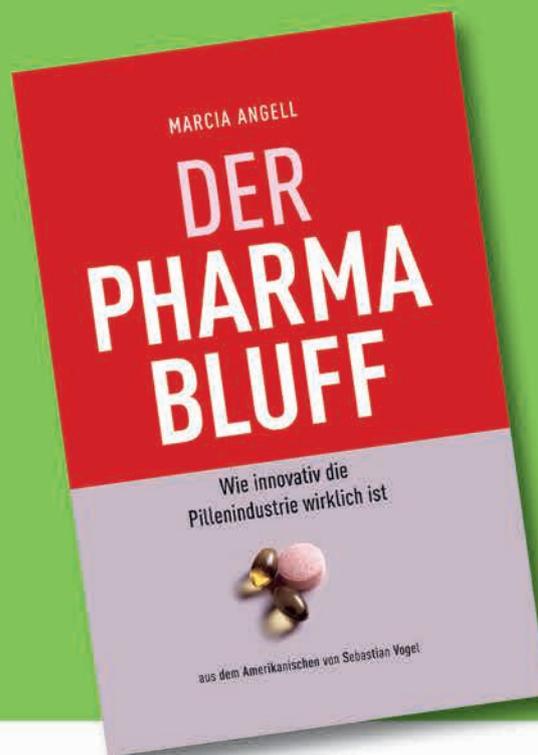
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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.

Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

Wir wissen, was wichtig ist: Ihre Gesundheit. Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon über 25 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de