



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

DIGITALISIERUNG
Wie Big Data
menschlich bleibt

ARZNEIMITTEL
Wie Big Pharma
Preise macht



Erste Hilfe für den Notdienst

Welche Reform die Versorgung im
medizinischen Ernstfall verbessert

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke
Pressereferent: Peter Willenborg

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

Tel. 030/3 46 46-2309
030/3 46 46-2655
030/3 46 46-2298
030/3 46 46-2467
Fax: 030/3 46 46-2507

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

Presselstraße 19, 70191 Stuttgart
presse@bw.aok.de

Tel. 0711/25 93-231
Fax: 0711/25 93-100

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

Carl-Wery-Straße 28, 81739 München
presse@by.aok.de

Tel. 089/6 27 30-226
Fax: 089/6 27 30-650099

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen
joern.hons@hb.aok.de

Tel. 04 21/17 61-549
Fax: 04 21/17 61-91540

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v.d.H.
ralf.metzger@he.aok.de

Tel. 061 72/272-161
Fax: 061 72/272-139

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
carsten.sievers@nds.aok.de

Tel. 0511/87 01-10123
Fax: 0511/2 85-331 0123

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. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf
ellen.vonitter@rh.aok.de

Tel. 0211/87 91-1038
Fax: 0211/87 91-1145

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

Virchowstraße 30
67304 Eisenberg/Pfalz
jan.roessler@rps.aok.de

Tel. 063 51/4 03-419
Fax: 063 51/4 03-701

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7
01067 Dresden
presse@plus.aok.de

Tel. 0800/105 90-11144
Fax: 0800/105 90-02-104

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

Lüneburger Straße 4
39106 Magdeburg
presse@san.aok.de

Tel. 03 91/28 78-44422
Fax: 03 91/28 78-44576

Lasst das Smartphone mal aus

Im Zuge der digitalen Revolution gilt es, die mediale Umwelt zu schützen, sagt **Bert te Wildt**. Er empfiehlt, auch mal ganz auf elektronische Medien zu verzichten, um der individuellen und kollektiven Abhängigkeit vorzubeugen.

Die Natur ist ein guter Lehrmeister: Am Anblick eines Baumes, am Duft seiner Blätter und der Klebrigkeit seines Harzes schärft ein Kind seine Sinne. Beim Klettern auf seinen Ästen trainiert es Körper und Gleichgewichtssinn. Dass ein Bleistift und ein Blatt Papier, auf dem es diesen Baum zeichnet, aus Holz gemacht sind, vermittelt ihm einen Eindruck von den Ursprüngen der Medien. Es gilt Heranwachsende an solche Natur- und Kulturtechniken heranzuführen, bevor sie im Fernsehen aufsprechende Bäume treffen und sich in Computerspielen als Affen von Ast zu Ast schwingen.

Im Mutterleib ist ein menschliches Embryo anfangs nicht von denen der Tiere zu unterscheiden. Es schreitet die Evolution nach. Zur Welt gekommen, muss das Kind die menschliche Evolution des Geistes nachvollziehen. Die Entwicklung von Sprache, Büchern und Computern bedeuten jeweils eine Revolution für den Menschen. Das gilt für die Menschheitsgeschichte und für das Individuum. Jedes Medium hat seine Zeit. Wenn wir nicht mehr mit der Hand schreiben und mit dem Kopf rechnen können, sind wir ziemlich hilflos, wenn alle Strom- und Computernetze zusammenbrechen. Werden wir uns noch auf analoge Art und Weise demokratisch organisieren können, wenn das Netz in die falschen Hände von Monopolisten, Diktatoren und Terroristen gerät? Wir unterwerfen uns immer mehr einer Technologie und damit den ökonomischen und politischen Mächten, die sie beherrschen. Damit sind wir auf dem Weg in eine kollektive Abhängigkeit vom Internet, das bald jedes Zimmer und jede Hosentasche miteinander verbindet.

Im Alltag aber macht uns vielmehr die zunehmende individuelle Medienabhängigkeit Sorgen. In Deutschland leiden bereits etwa eine Million Menschen darunter. Viele haben im Kindesalter zu viel Zeit vor Bildschirmmedien verbracht und dabei ihre lebendige Umwelt zu wenig kennen und schätzen gelernt. Sie schrecken vor den Anforderungen der Erwachsenenwelt zurück und verbleiben in der

verspielten Welt des Cyberspace. Was für eine gesunde Kindesentwicklung entscheidend ist, haben sie oft zu wenig erfahren: die Welt mit vollem Körpereinsatz entdecken und möglichst viele liebevolle Beziehungserfahrungen machen. Computer können dies nicht ersetzen. Auch für uns Erwachsene stellt sich die Frage, was das Internet alles nicht vermag: Wir können dort nicht ganzheitlich lieben, kein Kind zeugen, gebären und großziehen, keine Kranken pflegen und Verstorbene begraben. Gerade in diesen existenziellen Situationen beweist sich Menschlichkeit.

Das Internet verbindet bald jedes Zimmer und jede Hosentasche miteinander.

Als unsere Wälder bedroht waren, haben wir damit begonnen, den Auswüchsen der industriellen Revolution entgegenzutreten. Um die Lebensgrundlagen für unsere Nachkommen zu sichern, haben wir uns dem Umweltschutz gewidmet. Im Zuge der zweifellos faszinierenden digitalen Revolution gilt es nun auch die mediale Umwelt zu schützen. Medienabhängigkeit betrifft die gesamte Gesellschaft, die sich im Internet immer mehr verstrickt und manipulieren lässt. Insofern ist die Zeit reif für eine neue Bewegung, die das Mediale und damit unser geistiges Klima verantwortungsbewusst gestaltet.

Dabei ist es wichtig, „Digital Natives“ und „Digital Immigrants“ nicht gegeneinander auszuspielen. Auch Digital Natives sind nicht ins Netz hineingeboren worden, sondern in ihren Körper, mit dem sie in der realen Welt und im Austausch mit anderen Menschen umzugehen lernen müssen. Digital Immigrants gelingt es bestenfalls, gut in zwei Kulturen, der digitalen und der analogen zu leben. Wir alle brauchen stets ein analoges Back-up. Mit dieser Art von präventiver Medienhygiene sollten wir gerade in den Familien gleich anfangen. Um uns vor individueller und kollektiver Medienabhängigkeit zu schützen und unsere analogen Lebensgrundlagen zu erhalten, können wir uns die Frage stellen, zu welchen Zeiten, an welchen Orten und in welchen Situationen wir bestenfalls ganz auf digitale Medien verzichten. ■



PD Dr. med. Bert te Wildt, geboren 1969, ist Arzt und Psychotherapeut. Er beschäftigt sich seit 15 Jahren mit der Abhängigkeit von digitalen Medien und leitet die vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Onlineambulanz für Internetsüchtige (OASIS) sowie die Medienambulanz am LWL-Universitätsklinikum für Psychosomatik der Ruhr-Universität Bochum. Bert te Wildt war als Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover Leiter der Sozialpsychiatrischen Tagesklinik und der Ambulanz für medienassoziierte psychische Erkrankungen. 2015 veröffentlichte er das Buch „Digital Junkies – Internetabhängigkeit und ihre Folgen für uns und unsere Kinder“.

Kontakt: mail@berttewildt.com

Ideen für den Notfall



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Als ich 13 Jahre alt war, suchte mich eines Tages hohes Fieber heim. Auch am zweiten Tag wollte es nicht besser werden, und so rief meine Mutter unseren Hausarzt an und bat um einen Besuch. Dr. Kielwein kam noch am gleichen Tag abends zu uns nach Hause, hörte mit kaltem Stethoskop meine Lunge ab und sprach mit warmer Stimme zu meiner Mutter: „Der Junge hat eine Lungenentzündung. Ich verschreibe Antibiotika, in ein paar Tagen ist er wieder auf dem Damm.“

Was Mitte der 1970er Jahre noch gang und gäbe war, ist mittlerweile die Ausnahme. Heute fahre ich mit meinen fieberkranken Töchtern **außerhalb der üblichen Praxis-Sprechzeiten lieber gleich in die Notfallambulanz eines Krankenhauses** – der kassenärztliche Bereitschaftsdienst lässt einfach viel zu lange auf sich warten. So wie ich verhalten sich umständehalber viele andere Versicherte und Patienten auch. Kein Wunder also, dass Schlagzeilen über prallgefüllte Notaufnahmen von Kliniken häufig zu lesen sind.

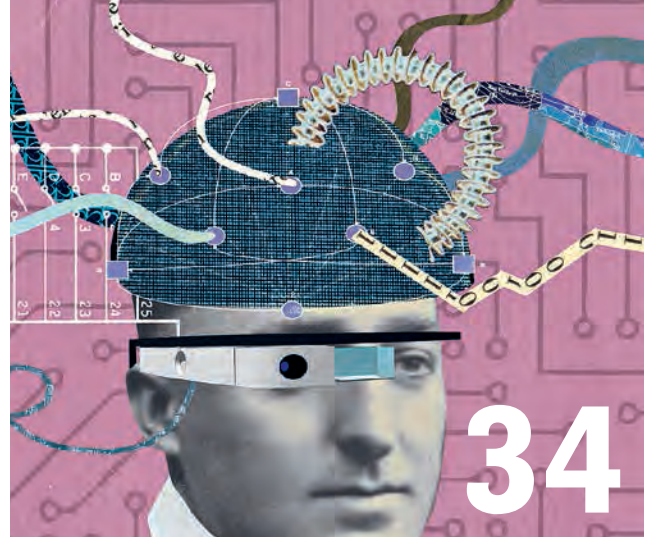
Doch was tun? In dieser Ausgabe stellen wir nicht nur Konzepte für eine Reform der Notfallversorgung vor, sondern dokumentieren ab Seite 28 zugleich ein G+G-Gespräch mit Fachleuten über die unterschiedlichen Lösungsansätze. Stattgefunden hat die Talkrunde in den Räumen des KomPart-Verlages in Berlin **just einen Tag nachdem vom Gesundheits-Sachverständigenrat Ideen für eine Neuaufstellung der Notfallmedizin präsentiert worden waren** – eine tolle Steilvorlage für das mehr als anderthalbstündige Gespräch, das Ihnen beim Lesen hoffentlich so viel Freude bereitet, wie meiner G+G-Kollegin Gabriele Hilger und mir beim Moderieren.

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompart.de



Der Talk nach der Talk-Runde: Auch nach mehr als eineinhalb Stunden G+G-Gespräch ging den Teilnehmern der Diskussionsstoff nicht aus. Mehr ab Seite 28 in dieser Ausgabe.



Essay: Über den Nutzen und die Gefahren einer digitalisierten Gesundheitswelt

MAGAZIN

- 14 ONLINE-TRAINING Hilft bei Elternstress**
Mütter und Väter von Kindern mit ADHS brauchen starke Nerven. Der ADHS-Elterntrainer hilft, den Alltag zu meistern und die Familienbande zu festigen.
Von Astrid Maroß
- 16 PATIENTENAKTE IM PILOTBETRIEB**
Ärzte, Krankenhäuser und Patienten im digitalen Austausch: In zwei Modellregionen geht das AOK-Gesundheitsnetzwerk an den Start.
Von Thomas Hommel
- 17 ANLAUFSTELLE BEI ETHISCHEN FRAGEN**
In der ambulanten Versorgung ist die Ethikberatung noch eher die Ausnahme. Damit sich das ändert, läuft in zwei hessischen Regionen ein Modellprojekt.
Von Silke Heller-Jung
- 18 MONDPREISE DURCH DIE HINTERTÜR**
Der aktuelle Arzneiverordnungs-Report belegt: Die Kosten für neue Medikamente steigen weiter. Ein Grund: Hersteller nutzen gesetzliche Schlupflöcher.
Von Melanie Schröder und Carsten Telschow
- 20 MEHR SPEED FÜRS DIGITALE**
Die elektronische Gesundheitskarte lässt auf sich warten. Wie die digitale Vernetzung schneller gehen kann, diskutierten Experten auf einer Tagung.
Von Thomas Rottschäfer
- 21 „MENSCHEN KOMMEN MIT CHAOS IM KOPF“**
In einer psychosozialen Ambulanz in Schweinfurt beraten geschulte Laien Menschen aus Kriegsgebieten. Sie kennen die Kultur der Flüchtlinge. Dieser Ansatz hat sich bewährt, sagt Psychologin Henrike Zellmann.

TITEL

22 ERSTE HILFE FÜR DEN NOTFALL

Immer mehr Patienten suchen die Notaufnahmen der Kliniken auf. Gegen den drohenden Kollaps hilft, die ambulanten und stationären Kapazitäten zu vernetzen.

Von Michael Slowik und Jürgen Malzahn

28 „NOTFALLVERSORGUNG AUS EINEM GUSS“

Volle Notaufnahmen, überlastete Mediziner, genervte Patienten: Die Notfallversorgung entwickelt sich mehr und mehr zum Notfall. Welche Gegenmittel helfen könnten, diskutierten Experten beim G+G-Gespräch.



22

Analyse: Was in der Notfallversorgung schief läuft und was sich dagegen tun lässt

THEMEN

34 MENSCH ODER MASCHINE?

Gesundheits-Apps, Telemedizin, elektronische Patientenakte – bei allem digitalen Fortschritt dürfen Gesundheitsdaten nicht zur Handelsware verkommen.

Von Dirk Heckmann

40 „PATIENTEN STIMMEN MIT DEN FÜSSEN AB“

Die Krankenhausplanung an der Qualität ausrichten, Praxen und Kliniken stärker verzahnen – Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg hat klare Vorstellungen, wie sich die Versorgung verbessern lässt.



RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Erste Hilfe: Wer kann stabile Seitenlage?
- 13 **Kommentar** Schweigen ist nicht Gold
- 42 **Recht** Alternativmedizin: Arzt muss Risiken bedenken
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Digitale Potenziale für die Medizin
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

28

G+G-Gespräch: Ferdinand Gerlach, Wolfgang Trenner, Stefan Poloczec und Martin Litsch über neue Wege in der Notfallversorgung (v.l.o.)

GEBURTSHILFE Mehr Geld für Hebammen

Die Honorare der freiberuflichen Hebammen steigen rückwirkend zum 15. Juli 2017 um 17 Prozent. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband und die drei Hebammenverbände vor der Bundesschiedsstelle verständigt. Zudem soll die klinische Geburtenbetreuung durch freiberufliche Beleghebammen mehr persönliche Zuwendung ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband sei auch bereit, das Angebot der Hebammenverbände anzunehmen, gemeinsam entsprechende Konzepte zur Weiterentwicklung der klinischen Geburtenbetreuung durch freiberufliche Beleghebammen zu erarbeiten, hieß es in einer Pressemitteilung des Verbandes. ■

KRANKENKASSEN Unterstützung bei Behandlungsfehlern

Das Gros der Versicherten weiß, dass sie von ihrer Kasse im Falle eines vermuteten Behandlungs- und Pflegefehlers Unterstützung erhält. Das geht aus einer YouGov-Umfrage hervor, die der AOK-Bundesverband zum Internationalen Tag der Patientensicherheit am 17. September veröffentlicht hat. 60 Prozent der Befragten ist bekannt, dass Kassen verpflichtet sind, Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen wegen eines vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlers zu unterstützen. Zwei Drittel aller Befragten sind zudem darüber informiert, dass die Unterstützung der Kassen kostenfrei ist. 70 Prozent halten die Verpflichtung der Kassen zur Unterstützung ihrer Versicherten



Nachwuchssicherung: Honorare der freiberuflichen Hebammen steigen rückwirkend zum 15. Juli.

für sehr wichtig oder äußerst wichtig. An der Online-Umfrage nahmen 1.816 gesetzlich Krankensicherte teil. Unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung, die erst 2013 mit dem Patientenrechtegesetz als Verpflichtung für die Kassen formuliert wurde, bietet die AOK ihren Versicherten bereits seit mehr als 17 Jahren individuelle Hilfe an. Dieses Angebot wird auch intensiv genutzt: So sind im Rahmen des professionellen Behandlungsfehler-Managements der Gesundheitskasse allein 2016 insgesamt 15.104 neue Fälle von vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern gemeldet worden. Die Unterstützung betroffener Versicherter erfolgt etwa durch Einholung gutachterlicher medizinischer Bewertungen für die Verhandlungen. ■

MEHR INFOS:
www.aok-bv.de > Presse

ERNÄHRUNG Zucker und Salz reduzieren

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat ihre Regeln für eine ausgewogene Ernährung überarbeitet. Zu bevorzugen seien Gemüse, Obst

und Vollkornprodukte. Wichtig seien auch ausreichend Milchprodukte und Fisch, ergänzt durch wenig Fleisch. Besonders zuckergesüßte Lebensmittel und Getränke sowie salzreiche Produkte seien zu vermeiden, so die Experten. Sie raten zudem, viel Wasser zu trinken. Auch andere kalorienfreie Getränke wie ungesüßte Tees könnten zur Flüssigkeitszufuhr beitragen. Abgerundet werden die zehn Regeln durch den Hinweis, Lebensmittel schonend zuzubereiten, sich für das Essen Zeit zu nehmen und ausreichend Bewegung von mindestens 30 Minuten in den Alltag einzubeziehen. ■

MEHR INFOS:
www.dge.de

SEXUALITÄT Internetseite will aufklären

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat ein Online-Portal zur Aufklärung über sexuell übertragbare Infektionen und andere Themen rund um Liebe und Sexualität gestartet. Das Portal richtet sich an junge Erwachsene, aber auch an Fachkräfte. Es informiert über Themen wie Online-Dating, die richtige Kondombenutzung oder zu sexuell übertragbaren Infektionen. Auch Fragen zur sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität greift die Seite auf. ■

MEHR INFOS:
www.liebesleben.de

kurz & bündig

+++ HILFE ZUR PFLEGE: Hilfeleistungen nach Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) sind vergangenes Jahr um 4,5 Prozent auf 29 Milliarden Euro gestiegen. Laut Statistischem Bundesamt entfielen davon 16,5 Milliarden Euro auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (plus 5,3 Prozent zum Vorjahr). Für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurden 6,1 Milliarden Euro ausgegeben (plus 2,4 Prozent), für die Hilfe zur Pflege 3,8 Milliarden Euro (plus 6,4 Prozent). **+++ KASSENRESERVEN:** Die gesetzlichen Krankenkassen haben im 1. Halbjahr 2017 einen Überschuss von rund 1,41 Milliarden Euro erzielt. Der Überschuss des 1. Quartals in Höhe von 612 Millionen Euro hat sich somit mehr als verdoppelt. Damit steigen die Finanzreserven der Kassen bis Mitte 2017 auf rund 17,5 Milliarden Euro.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

FACHKONGRESS Sportverletzungen ernst nehmen

Unfallchirurgen und Orthopäden haben davor gewarnt, Muskelverletzungen beim Sport auf die leichte Schulter zu nehmen und so eine langwierige Verletzung zu riskieren. „Viele Sportler machen den Fehler, die Schmerzen in der Muskulatur lange zu ignorieren“, sagte Professor Dr. Thomas Vogl, Leiter des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, bei einem Fachkongress für Unfallchirurgie und Orthopädie in Berlin. „So kann sich eine kleinere Verletzung – wie etwa eine Zerrung – verschlimmern und den Sportler für Wochen oder gar Monate außer Gefecht setzen.“ Auch wer seine Muskeln regelmäßig überlastet oder alte Verletzungen nicht richtig auskurieren, riskiere nachhaltige Schäden. Schon ein Muskelkater sollte Anlass sein, die Belastung bei der nächsten



Trainingseinheit etwas zu verringern, ergänzte Kongresspräsident Professor Dr. Ingo Marzi. „Schmerzen sind ein Zeichen, dass der Muskel sich noch erholt: Wer zwischen den Trainingseinheiten

Zitat des Monats

Künstliche Intelligenz ist besser als natürliche Dummheit.

Hans Matthöfer (1925–2009),
Gewerkschafter und Politiker

nicht ausreichend pausiert, erhöht sein Risiko auf eine Zerrung oder sogar einen Muskelfaserriss.“ Den Experten zufolge entstehen neun von zehn Muskelverletzungen im Sport. ■

NIEDERSACHSEN Streit um Pflegekammer

Mit scharfen Worten hat der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) das Vorgehen bei der Errichtung einer Pflegekammer in Niedersachsen kritisiert. Pflegeunternehmen würden unter Verweis auf das Landeskam-

mer der Gründung einer kostenpflichtigen Zwangskammer gemacht“, so bpa-Landesvorsitzender Karsten Neumann. Der bpa vertritt in Niedersachsen eigenen Angaben zufolge über 1.200 Betriebe. Seit Jahren wendet sich der bpa gegen die Verkammerung der Pflegeberufe. Die Kammer belaste Pflegekräfte finanziell und schaffe nur Bürokratie, so das Argument. Befürworter einer Pflegekammer, wie sie Rheinland-Pfalz 2016 etabliert hat, sehen darin hingegen die Möglichkeit, der Pflegeprofession mehr Gewicht in politischen Fragen zu verschaffen und berufsinterne Angelegenheiten verbindlicher zu klären. ■

SELBSTZÄHLERLEISTUNG Prostata-Ultraschall kritisch bewertet

Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung von Prostatakrebs, die in Arztpraxen als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten werden, hat der IGeL-Monitor als tendenziell negativ bewertet. Damit schätzt die Informations-Plattform des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes den Schaden dieser Untersuchung höher ein als ihren Nutzen. Zwar gebe es keine Studien, die den Nutzen oder Schaden von Prostata-Ultraschall zur Krebsfrüherkennung konkret

untersuchen würden, so die Wissenschaftler. Auch sei Ultraschall selbst nicht schädlich. Doch könnten Ultraschall-Untersuchungen indirekt Schäden verursachen. Dazu zählten Fehlalarme, die zur Entnahme von Gewebeprobe und möglichen Komplikationen führen können, sowie Überdiagnosen und Übertherapien. Diese möglichen indirekten Schäden hätten dazu geführt, die Untersuchung kritisch zu bewerten. Laut Statistischem Bundesamt ist Prostatakrebs mit rund 14.000 Todesfällen bei Männern die zweithäufigste Krebstodesursache nach Lungkrebs. ■

MEHR INFOS:
www.igel-monitor.de

ÜBERGEWICHT Immer mehr Kinder haben Fettleber

Nach Angaben der Deutschen Leberstiftung leiden immer mehr Kinder an einer Fettleber. „Es gibt dringenden Handlungsbedarf, die Zahlen sind alarmierend“, sagte Professor Dr. Ulrich Baumann, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover anlässlich des Weltkindertages am 20. September. Einem Report der Gesellschaft der Europäischen Gastroenterologen von 2016 belegt, dass mittlerweile jedes zehnte in Europa von einem Arzt behandelte Kind eine nicht-alkoholische Fettleber habe. Ähnlich besorgt zeigt sich die WHO. Ihren Angaben zufolge ist in Europa mittlerweile jedes dritte Kind im Alter zwischen sechs und neun Jahren krankhaft zu dick und damit anfällig, eine nicht-alkoholische Fettleber zu entwickeln. ■

mergesetzt „gezwungen“, Informationen zu Namen, Anschriften oder Geburtsdaten „auch gegen den erklärten Willen der Pflegenden“ herauszugeben. „Unsere Mitglieder werden zu Handlangern

Wer kann stabile Seitenlage?

Nur jeder fünfte Bundesbürger traut sich laut einer Umfrage überlebensnotwendige Hilfe bei Unfallopfern zu. Wie lassen sich Erste-Hilfe-Kenntnisse in der Bevölkerung auffrischen?



DR. RUDOLF SEITERS, *Präsident des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)*: Die meisten von uns haben einen Erste-Hilfe-Kurs bereits in der Fahrschule absolviert. Leider verblasst dieses Wissen nach kurzer Zeit. Daher gilt: Erste-Hilfe-Kenntnisse unbedingt regelmäßig auffrischen, am besten alle zwei Jahre. Das DRK bildet jährlich mehr als eine Million Menschen in Erster Hilfe aus. Rotkreuz-Kurse finden in jeder Region statt. Diese Lehrgänge sind teilnehmerorientiert,

praxisnah und spannend. In neun Unterrichtseinheiten ist alles dabei, was man wissen sollte. Außerdem setzen wir uns seit Jahren dafür ein, Erste Hilfe schon in Schulen zu lehren.

FRANZ MÜNTEFERING, *Präsident des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB)*: Erste Hilfe ist kinderleicht – und rettet Leben.

Jeder sollte mindestens über ein Grundwissen verfügen und dieses regelmäßig auffrischen. Der ASB bietet dazu bundesweit Kurse an, die in eintägigen Veranstaltungen die wichtigsten Kenntnisse vermitteln und bereits bekanntes Wissen festigen. Im vergangenen Jahr haben wir so 351.500 Menschen fit in Erster Hilfe gemacht. Das genügt uns aber nicht. Daher bauen wir unser Angebot kontinuierlich aus und setzen uns darüber hinaus dafür ein, Erste Hilfe in den Lehrplan der Schulen aufzunehmen. Denn wer Erste Hilfe von klein auf lernt, wird sie später um so sicherer anwenden können.



ACHIM HAAG, *Vizepräsident der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG)*: Nichts zu tun, ist unmenschlich. Ich will damit sagen, dass selbst derjenige, der von sich selbst behauptet, er könne nicht helfen, eine entscheidende Maßnahme ergreifen muss: einen Notruf an Feuerwehr oder Polizei abgeben. Allein damit lässt sich manches Leben retten. Wir verlangen von niemandem, in unbekannte oder gefährlich anmutende Gewässer zu springen und sich selbst

in Gefahr zu bringen. Einfache Hilfsmaßnahmen wie Rettungsring oder schwimmfähige Gegenstände einem Hilfesuchenden zuzuwerfen, kann vor allem der in Not Geratene erwarten. Leben zu retten, macht auch ein wenig stolz.

DR. JAN BAUS, *Notarzt und Leiter des Zentrums für Notfalltraining am Unfallkrankenhaus Berlin*: Wichtig ist vor allem, schon von früh an Erste-Hilfe- und Wiederbelebungs-

Kenntnisse zu vermitteln, so wie es Experten seit Langem fordern. Zwei Schulstunden pro Jahr ab der siebten Schulklasse aufwärts – das wäre ein guter Anfang. Und warum strahlt man nicht im Fernsehen rund um quotenträchtige Sendungen Infofilme zum Thema Reanimation aus, so wie früher „Der 7. Sinn“ zur Verkehrssicherheit? Besser kann man ein vorwiegend älteres Millionenpublikum, das am ehesten mit Herz-Kreislauf-Versagen konfrontiert ist, kaum erreichen. Spätestens im Rahmen der Pflegeberatung sollte ein kostenloser Auffrischungskurs Pflicht sein.



AKTIONSTAG Glücksspielsucht nimmt weiter zu

Vor den Risiken von Glücksspielen und deren Suchtpotenzial hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gewarnt. Eine aktuelle Repräsentativbefragung unter 16- bis 70-Jährigen in Deutschland zeige, dass etwa 456.000 Menschen ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhal-



ten aufweisen, sagte die Leiterin der Bundeszentrale, Heidrun Thaiss, anlässlich eines Aktionstages zum Thema Spielsucht Ende September. Wer einmal in die Glücksspielsucht gerate, habe mit vielen Problemen zu kämpfen. Diese reichten von Auseinandersetzungen im Familien- oder Freundeskreis bis hin zu finanziellen Schwierigkeiten. ■

MEHR INFOS:
www.aktionstag-gluecksspiel-sucht.de

SCHMERZTHERAPIE Ausschreibung von Cannabis

Die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin-

produkte (BfArM) eingerichtete Cannabis-Agentur hat den Anbau in Deutschland und die Lieferung von Cannabis zu medizinischen Zwecken im Umfang von rund 6.600 Kilogramm innerhalb von vier Jahren ausgeschrieben. Es gehe um insgesamt zehn Lose zu je 200 Kilogramm mit unterschiedlichen Laufzeiten, heißt es in einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linksfraktion. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/13634

UMFRAGE Gewalt ist Teil des Pflegealltages

Gewalterfahrungen gehören in Deutschland zum Pflegealltag. Das legt eine aktuelle Umfrage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung unter 400 Pflegefachkräften und Pflegeschülern nahe. Dabei gab ein Drittel der Befragten an, häufig zu erleben, dass Maßnahmen gegen den Willen von Pflegebedürftigen stattfinden. Jeder Zehnte beobachtete andere Formen von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen. Jede siebte Pflegekraft berichtete, selbst schon Opfer von Gewalt geworden zu sein. Bei der Aufarbeitung derartiger Erfahrungen gibt es der Studie zufolge in den Pflegeeinrichtungen Defizite. Zwar berichtete knapp die Hälfte der Befragten, dass es in ihren Einrichtungen Anlaufstellen gebe, um Fälle von Gewalt zu melden. Allerdings äußerten vier von fünf Pflegekräften, dass diese selten bis nie aufgearbeitet werden. ■

MEHR INFOS:
www.dip.de

KINO

Horrorfilm erzürnt Klinikclowns

Als „unerträglich“ haben Klinikclowns die Neufilmung des Romans „Es“ des US-amerikanischen Autors Stephen King bezeichnet. Der Film war kürzlich in die deutschen Kinos gekommen. Das Clown-Monster „Pennywise“ sei mit seinem Sadismus das abgrundtief Böse schlechthin, so Kathrin Schnelle, Vorsitzende des Vereins Klinikclowns Hamburg. Dieses „Zerrbild des Clowns“ erschwere die Arbeit der Klinikclowns. Diese sind auf Kinderstationen, aber auch auf Erwachsenenstationen unterwegs. Die Clowns des Hamburger Vereins hatten 2016 mehr als 1.500 Einsätze. In „Es“ kämpfen sieben Außenseiterkinder in einer US-Kleinstadt gegen einen mörderischen Clown – gespielt von Bill Skarsgård – und ihre eigenen Ängste. ■

PFLEGE

Portal zu Demenz und Migration

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat eine neue Webseite freigeschaltet, die wichtige Hinweise in verschiedenen Sprachen bereithält und sich gezielt an Migrantinnen und Migranten richtet. Per Internet erhielten alle in der Beratung und der Altenhilfe Tätigen auf dieser Seite Informationen über Themen wie Migration, Demenz und Kultursensibilität. In Deutschland leben derzeit etwa 18,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund – mehr als 1,8 Millionen sind älter als 65 Jahre. ■

MEHR INFOS:

www.demenz-und-migration.de

Köpfe und Karrieren

+++ CLAUDIA MIDDENDORF, 48, ist neue Beauftragte der nordrhein-westfälischen Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten. Die Sozialpädagogin und CDU-Politikerin nimmt die beiden bislang getrennten Ämter in Personalunion wahr. Ihre politische Karriere begann 1999 im Rat der Stadt Dortmund, dem sie vier Jahre lang angehörte. In den nordrhein-westfälischen Landtag zog sie erstmals im Jahr 2009 ein. Seit 1998 ist sie Beisitzerin im Landesvorstand der Christlich Demokratischen Arbeitnehmerschaft Nordrhein-Westfalen.

+++ KLAUS MÜLLER, 46, bleibt bis zum Jahr 2024 Vorstand des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv). Er bekleidet dieses Amt seit 2014. Zuvor war er acht Jahre lang Vorstand der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Bevor er für die Verbraucherschutzorganisationen tätig wurde, gehörte er von 2005 bis 2006 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Kieler Landtag an und war von 2000 bis 2005 Umwelt- und Landwirtschaftsminister des Landes Schleswig-Holstein. Zwischen 1998 und 2000 hatte der Grünenpolitiker ein Bundestagsmandat.



+++ CHRISTOPH RADBRUCH, 62, leitet als Vorstandsvorsitzender den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) auch in den nächsten vier Jahren. Der Theologe und Vorstandsvorsitzende der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg hat dieses Amt seit 2015 inne. Zudem gehört er dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft an. Ihm zur Seite steht als wiedergewählte DEKV-Vizevorsitzende Andrea Trenner, Ordensoberin des Johanniterordens in Berlin. Neue DEKV-Direktorin ist die 43-jährige Diplom-Politologin Melanie Kanzler. Sie trat die Nachfolge von Pastor

Norbert Groß an, der die Verbandsdirektion seit dem Jahr 1999 innehatte. Zuvor war Melanie Kanzler für den Pharmakonzern Pfizer in Berlin tätig.

+++ FRANZ WAGNER, 60, Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, hat für die kommenden vier Jahre die Präsidentschaft des Deutschen Pflgerates (DPR) übernommen. Er folgt auf Andreas Westerfellhaus, der acht Jahre lang an der DPR-Spitze stand. Franz Wagner ist Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe und Master of Science in Nursing. Von 2005 bis 2009 war er Vizepräsident des Weltverbandes der Pflegeberufe und seit 2006 DPR-Vizepräsident. Neue Vizepräsidentinnen des Pflgerates sind Irene Maier und Christine Vogler. Den Deutschen Pflgerat gibt es seit 1998. Unter seinem Dach haben sich mehr als 15 Berufsverbände des Pflege- und Hebammenwesens zusammengeschlossen.



+++ TORSTEN RANTZSCH, 50, Diplom-Kaufmann und Krankenpfleger, ist erneut zum Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) gewählt worden. Der Pflegedirektor und Vorstandsmitglied am Universitätsklinikum Düsseldorf führt den Verband seit 2014. Dem VPU-Vorstand gehört er seit 2009 an. Stellvertretender VPU-Vorstandsvorsitzender ist Reiner Schrüfer, Pflegedirektor am Universitätsklinikum Erlangen.

+++ RAINER BRÜDERLE, 72, hat erneut die Präsidentschaft des bpa Arbeitgeberverbandes der privaten Pflegewirtschaft übernommen. Der Diplom-Volkswirt trat dieses Amt erstmals 2015 an. Bevor er sich in der Pflegewirtschaft engagierte, war der FDP-Politiker von 2009 bis 2011 Bundeswirtschaftsminister und anschließend zwei Jahre lang Vorsitzender der FDP-Bundestagsfraktion. Dem Bundestag gehörte er von 1998 bis 2013 an. Vizepräsident des bpa Arbeitgeberverbandes ist Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste.





Ihr Einsatz ist
unbezahlbar.
Deshalb braucht
sie Ihre Spende.



seenotretter.de

S
GUMAR®

SERVICESTELLEN Nachfrage nach Terminen steigt

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen stoßen offenbar auf große Resonanz, wie Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) belegen. Seit April 2017 verhalten die Servicestellen demnach 51.500 Patienten zu Terminen bei Fachärzten oder Psychotherapeuten. Im ersten Quartal, in dem nur Facharzttermine vermittelt wurden, waren es 28.000 Patienten. Etwa 40 Prozent der im zweiten Quartal vermittelten Termine entfallen auf Psychotherapeuten. Die KBV geht davon aus, dass die Servicestellen bis Jahresende insgesamt 180.000 Termine vermitteln werden. 2016 waren es 120.000. Die Servicestellen können bei Psychotherapeuten ausschließlich mit Erstgesprächen im Rahmen einer Psychotherapeutischen Sprechstunde und für Akutbehandlungen weiterhelfen. ■



Servicestellen vermitteln auch Termine bei Psychotherapeuten.

HAMBURG Krankenmobil für Obdachlose

Die Caritas in Hamburg hat ein neues Krankenmobil für Menschen ohne Obdach eingeweiht. Seit 1995 ist die Arztpraxis in den Straßen der Freien- und Hansestadt unterwegs, um obdachlosen

Menschen eine kostenlose Grundversorgung anzubieten. Wegen der intensiven Nutzung war bereits das zweite Fahrzeug aufgebraucht und musste nun ersetzt werden. Monatlich finden 500 bis 600 Behandlungen statt. Ein anonymes Spender hat das neue Fahrzeug finanziert. ■

HONORARE Ärzte bekommen eine Milliarde mehr

Die Honorare der niedergelassenen Ärzte in Deutschland steigen im nächsten Jahr um rund eine Milliarde Euro. Für extrabudgetäre Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen wird mit einem Plus von 400 Millionen Euro gerechnet. 50 Millionen Euro sollen die Ärzte bekommen, um ihr Praxispersonal weiter zu „stärken“. Auf diese Summen hat sich der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBM) geeinigt. In dem Gremium sind je drei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes sowie drei unparteiische Mitglieder vertreten. Der stellvertretende Vorstandschef des GKV-Spitzenverbandes, Johann Magnus v. Stackelberg, sprach von einer „maßvollen Entscheidung“, die sowohl den Interessen der Ärzte als auch denen der Beitragszahler gerecht werde. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Digitalisierung führt auch zum Wandel der Unternehmenskultur“



Ein Thema des neuen Fehlzeiten-Reports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist die Digitalisierung in Unternehmen. Dazu Fragen an **Alexander Schirp**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost.

G+G: Herr Schirp, unsere Arbeitswelt digitalisiert sich zusehens. Was bedeutet das für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)?

SCHIRP: Die digitale Transformation ist für Betriebe und Firmen eine Herausforderung. Digitalisierung kann viele positive Aspekte beinhalten – indem Beschäftigte etwa von eintönigen und körperlich belastenden Arbeiten entlastet werden. Gleichzeitig stehen die Beschäftigten vor der neuen Aufgabe, diese Prozesse zu managen und kontinuierlich zu optimieren.

G+G: Digitalisierung löst auch Sorgen aus. Wie damit umgehen?

SCHIRP: Die Sorgen müssen ernst genommen werden. Für Beschäftigte bietet mobiles Arbeiten einerseits die Chance, Arbeitsleben und private Anforderungen besser unter einen Hut zu bekommen, etwa wenn Kinder betreut oder Angehörige gepflegt werden müssen. Andererseits darf ständige Erreichbarkeit nicht zur Überlastung führen.

Führungskräfte wiederum müssen Mitarbeiter auch über räumliche und zeitliche Distanz erfolgreich und gesund führen. Mit der Digitalisierung geht somit auch ein Wandel der Unternehmenskultur einher.

G+G: Wie engagiert sich die AOK Nordost in puncto Prävention 4.0?

SCHIRP: In unserer BGF-Beratung spielt das Thema mittlerweile ebenfalls eine große Rolle. Ende September haben wir unsere Netzwerkkonferenz klein- und mittelständischer Betriebe unter den Titel „Arbeit 4.0 trifft Gesundheit 4.0“ gestellt, bei der in Potsdam über 60 Firmen mit am Tisch saßen. Vorgestellt wurde etwa das Digital Labor des Unternehmerverbandes Berlin-Brandenburg, mit dem wir für und mit Firmen in der Hauptstadtregion alle Felder unternehmerischen Handelns auf die digitale Transformation hin prüfen und dazu beraten.

Schweigen ist nicht Gold

Wenn Ärzte und Patienten miteinander reden, geht es um ein hohes Gut. Deshalb sind beim Thema Kommunikation in Klinik und Praxis beide Seiten in der Pflicht, meint **Falk Osterloh**.



KOMMT ES IM MENSCHLICHEN MITEINANDER zu Streitigkeiten oder zu Fehlern, sind häufig Mängel in der Kommunikation die Ursache. Im Gesundheitswesen ist das besonders problematisch, da Fehler hier den Genesungsprozess beeinträchtigen oder sich sogar zu einer Gefahr für das Leben des Patienten entwickeln können.

Zumeist werden Ärztinnen und Ärzte in die Pflicht genommen, wenn es darum geht, ein offenes und ehrliches Gespräch mit dem Patienten zu ermöglichen. Das ist richtig so, denn schließlich nehmen Mediziner aufgrund ihres Wissensvorsprungs in diesem Gespräch eine besondere Position ein. Doch auch der Patient muss seinen Teil dazu beitragen, dass die Kommunikation mit dem Arzt gelingt. Wenn er nicht ebenso offen und ehrlich über sich und seine Krankheiten spricht, kann auch das gravierende Folgen für ihn und seine Gesundheit haben.

Um eine gute Kommunikation mit seinem Arzt zu erreichen, muss der Patient die Wahrheit sagen, wenn er etwa gefragt wird: Wieviel rauchen und trinken Sie? Nehmen Sie Ihre Tabletten regelmäßig ein? Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu denen, die Ihnen verschrieben wurden? Der Arzt braucht diese Informationen, um seine Diagnose stellen zu können. In diesem Zusammenhang sollte übrigens die Gesundheit des Patienten höher bewertet werden als seine Datenhoheit. Eine elektronische Patientenakte ist nur dann sinnvoll, wenn sie alle Informationen vollständig umfasst und der Patient keine Daten vorenthalten kann.

Außerdem sollte der Patient dafür sorgen, dass er Antworten auf alle seine Fragen erhält – indem er sie beispielsweise vor dem Gespräch aufschreibt. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten sich nicht trauen, alle Fragen zu stellen, die sie haben – entweder aus Respekt vor dem Arzt oder vor seiner möglicherweise zur Schau gestellten Arbeitsfülle. Nicht gestellte Fragen – zum Beispiel über die Nebenwirkungen von Arzneimitteln – können jedoch dazu führen, dass der Patient seine Medikamente nicht oder nur unregelmäßig einnimmt. Und auch das kann seine Gesundheit beeinträchtigen. Zu den Aufgaben des Arztes gehört es allerdings, eine Gesprächsatmosphäre zu erzeugen, in der sich der Patient ermutigt fühlt, seine Fragen zu stellen. ■

Falk Osterloh ist gesundheitspolitischer Redakteur beim Deutschen Ärzteblatt.

STUDIE

Deutschland altert gesünder als früher

Herzinfarkt, Schlaganfall und Lungenkrebs treten seltener und später im Laufe des Lebens auf als das früher der Fall war. So lautet ein erstes Ergebnis des seit 2013 laufenden Projektes „Morbiditätskompression“ der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Das Projekt wird von der AOK Niedersachsen und vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur gefördert. Für ihre Untersuchung werten die Forscher Daten von drei Millionen Menschen aller Altersgruppen aus und vergleichen diese über einen Zeitraum von zehn Jahren. Fazit: „Wir werden gesünder alt“, so Professor Dr. Siegfried Geyer, Leiter des Projektes und der Medizinischen Soziologie der MHH. Einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Lungenkrebs bekämen heutzutage 22 Prozent weniger Männer als noch vor zehn Jahren – und die Betroffenen seien dann rund ein Jahr älter als früher, durchschnittlich 66 Jahre. Das Risiko, an einer dieser Krankheiten zu sterben, sei ebenfalls um 22 Prozent gesunken. Diabetes mellitus Typ 2 dagegen hat den Forschern zufolge zugenommen – vor allem bei den unter 40-Jährigen. „Allerdings kann man diese Erkrankung besser behandeln als früher.“ ■

EVALUATION

Auswirkungen der Pflegebegutachtung

Umsetzung und Folgen der Pflegereform werden nach Angaben der Bundesregierung systematisch überprüft. In einer „umfassenden begleitenden wissenschaftlichen

Evaluation“ gehe es unter anderem um das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, heißt es in der Antwort auf eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Die Evaluation solle Erkenntnisse zu der Frage liefern, inwieweit die beabsichtigten Wirkungen vor allem des zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetzes eingetreten seien. Überprüft würden dabei Vorbereitung und Umsetzung sowie die Ergebnisse des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Ferner gehe es um die finanziellen Auswirkungen der beiden Gesetze auf andere Leistungsträger, vor allem die für die Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache 18/13582

PATIENTENSICHERHEIT

Offenes Gespräch verhindert Fehler

Viele Behandlungsfehler sind auch auf schlechte Kommunikation zurückzuführen. Darauf hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit anlässlich des 3. Internationalen Tages der Patientensicherheit am 17. September hingewiesen. „Ob als Arzt oder als Patient: Wer im Gesundheitswesen sichere Gespräche führen möchte, sollte nie voraussetzen, dass eine Kommunikation bereits stattgefunden hat“, sagte Professorin Dr. Annegret F. Hannawa, Kommunikationsexpertin an der Universität Lugano. Ärzte sollten nachfragen, ob Patienten am Ende des Gesprächs alles verstanden hätten. ■

Siehe auch Kommentar auf dieser Seite.

Onlinetraining hilft bei Elternstress

Streitereien, Wutanfälle: Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung strapazieren die Geduld von Müttern und Vätern. Hilfe bietet der „ADHS-Elterntainer“ – jetzt erweitert um Lernvideos zur Beziehungsstärkung. **Von Astrid Maroß**

Montag morgen, viertel vor sieben: Der achtjährige Tim sollte jetzt ins Bad, sich waschen und anziehen. Eben hat ihn seine Mutter geweckt. In einer dreiviertel Stunde muss sie Tim in die Schule fahren und dann ins Büro. Sie hofft, dass heute mal alles glatt geht. Aber es ist wie fast jeden Morgen: Tim schnappt sich seine Legosteine, fängt an zu spielen und vergisst die Welt um sich herum. „Tim, wie oft habe ich dir schon gesagt, dass morgens keine Zeit zum Spielen ist. Du musst dich jetzt fertig machen, beeil dich“, ermahnt ihn seine Mutter. „Ja, ja“, antwortet Tim – und spielt weiter. „Tim, hör jetzt sofort auf zu spielen. Ich sag’ es nicht noch einmal!“ Sie ist wütend. „Wenn du dich nicht sofort für die Schule fertig machst, bekommst du drei Tage Fernsehverbot.“ „Du bist so unfair!“, entrüstet sich Tim.

„Blöde Mama“, ruft er, geht ins Bad und knallt die Tür zu.

Erziehung macht oft Probleme. Tims Mutter fühlt sich hilflos und überfordert. Gleichzeitig nagt das schlechte Gewissen an ihr, dass sie es nicht schafft, mit mehr Geduld auf Tim zu reagieren. Tim hat die Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung). „Die Entstehung von ADHS hat nichts mit erzieherischem Versagen zu tun“, sagt Professor Manfred Döpfner, Leitender Psychologe an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Köln. „Eltern mit hyperaktiven Kindern müssen eine viel höhere Erziehungsleistung erbringen als andere Eltern, denn ihre Kinder reagieren sehr

heftig auf Fehler.“ Alle Familien kennen Phasen, in denen es bei der Erziehung von Kindern Schwierigkeiten gibt. Bei Kindern mit ADHS sind solche Erziehungsprobleme jedoch allgegenwärtig. Für Eltern bereitet die zeitintensive und kräftezehrende Betreuung permanent Momente von Frust, Selbstzweifel und Wut. Im Alltag fällt es den Kindern mit ADHS beispielsweise schwer, die Hausaufgaben zu erledigen. Sie lassen sich leicht ablenken, stören oft die Abläufe in der Familie. Einige sind aufsässig und befolgen Anweisungen nicht. Kritik und Strafen führen oft dazu, dass die Situation eskaliert und ein Machtkampf stattfindet.

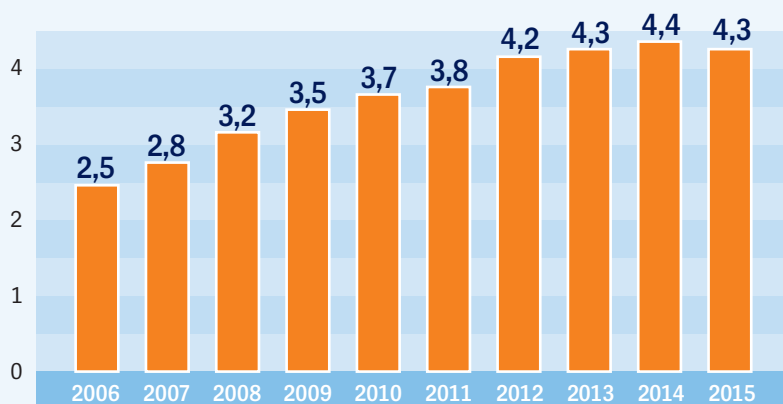
Selbsthilfestrategie ergänzt Therapie.

Mit einem soliden Wissen über ADHS können Eltern Konflikte und Belastungen besser bewältigen. Der ADHS-Elterntainer, ein psychoedukatives Online-Programm, unterstützt sie dabei. Die AOK bietet dieses für alle frei, anonym und kostenlos im Internet zugängliche Online-Training bereits seit über einem Jahr an. Seit Oktober 2017 steht es in optisch überarbeiteter und inhaltlich erweiterter Fassung zur Verfügung. Der Elterntainer vermittelt einfache verhaltenstherapeutisch basierte Methoden zur Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, zur Verbesserung problematischer Erziehungssituationen und zur elterlichen Stressreduktion.

ADHS-Experte Manfred Döpfner hat den Elterntainer in Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband entwickelt. Das Online-Programm beruht auf den Selbsthilfefverfahren, die Döpfner mit seinem Team in den vergangenen 20 Jahren in der Praxis erarbeitet, erprobt und evaluiert hat. Das Konzept hat vier Säulen: Informationen zum Krankheitsbild, Beziehungsstärkung zwischen Eltern

Zappelphilipp in der ärztlichen Diagnostik

Anteil der AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren mit ärztlich dokumentierter ADHS (in Prozent)



Mehr als vier von 100 Kindern haben im Jahr 2015 die Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) erhalten. Die Auswertung der ärztlichen Abrechnungsdaten zeigt eine kontinuierliche Zunahme dieser Diagnose seit 2006: Damals stellten Ärzte bei 2,5 Prozent der Kinder ADHS fest.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 2017

und Kind, Selbstfürsorge und Methoden zur Verbesserung konkreter schwieriger Situationen.

Kinder profitieren von klaren Strukturen.

Die Basis jeder Veränderung ist ein guter emotionaler Kontakt zum Kind – das kann nicht oft genug betont werden. Eltern können lernen, wie sie trotz aller Schwierigkeiten eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufrechterhalten und für sich selbst Phasen der Ruhe und Entspannung in den Alltag einbauen. Kinder mit ADHS profitieren von klaren Strukturen und Orientierung, verlässlichen Regeln und gleichmäßigen Abläufen. Solche Regeln geben sowohl dem Kind als auch den Eltern einen sicheren Rahmen. Aber es steckt auch viel Kompetenz der Eltern darin, das anzubieten. Wie ein solcher Rahmen errichtet werden kann, vermittelt der Elterntainer. Das Online-Training könne eine spezifische ADHS-Therapie mit ihren individuellen Komponenten sehr gut ergänzen, sagt Manfred Döpfner. Dies sei der entscheidende Vorteil von Selbsthilfestrategien.

Großes Interesse am Online-Angebot.

Das Interesse am ADHS-Elterntainer ist groß: Seit August 2016 haben rund 40.000 Nutzer das Programm genutzt. In der jetzt freigeschalteten Neufassung sind zu den bisherigen Lernvideos zu typischen Situationen aus dem Familienalltag vier weitere hinzugekommen. Diese neuen Kurzvideos illustrieren speziell die Aspekte, die für eine Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung wichtig sind. Das Kind erlebt sich oft als nicht gut genug – weil es häufig Anlass zu Beschwerden, Ausgrenzung, schlechten Schulleistungen, Streit und Konfliktgesprächen, Therapien sowie Meckern und Stöhnen der Eltern gibt. Es leidet oft an Selbstwertproblemen. Manchmal glauben die Kinder, dass ihre Eltern sie nicht mehr lieben, und die Eltern sehen nur noch die Schwierigkeiten und Defizite an ihrem Kind und zweifeln an ihrer Fähigkeit, dem Kind ihre Liebe zu zeigen. Gerade deshalb ist eine gute Beziehung wichtig, um gemeinsam allen Herausforderungen zu trotzen und positive Veränderungen herbeizuführen. Die Videos aus dem ADHS-Onlineprogramm greifen diese Zusammenhänge auf und stellen sie für Eltern nachvollziehbar dar.



Trösten, schimpfen oder abwarten? Den Umgang mit schwierigen Situationen können Eltern einüben – um eine Eskalation zu vermeiden.

Klinische Studie startet. Die Kölner ADHS-Experten Professor Manfred Döpfner und Dr. Julia Plück evaluieren den ADHS-Elterntainer im Rahmen einer vom Innovationsfonds geförderten großen klinischen Studie. Ziel der randomisierten Studie mit drei Untergruppen ist es unter anderem herauszufinden, inwieweit der Online-Elterntainer zusätzlich zur Standardversorgung dazu beitragen kann, die ADHS-Symptome des Kindes zu vermindern. Weitere Forschungsfragen lauten: Lässt sich das durch eine zusätzliche telefonische Motivation und Unterstützung bei der Anwendung der Methoden weiter steigern? Wie verhalten sich die Ergebnisse im Vergleich zu herkömmlichen Elterntainer-Gruppen? Weitere Ziele sind, Aussagen zu Akzeptanz und Nutzung des Programms bei Eltern und Behandlern zu treffen. Inwieweit verbessert sich das Erziehungsverhalten der Eltern? Nimmt der Stress bei ihnen ab? Wie wird die psychosoziale Beeinträchtigung und Lebensqualität des Kindes beeinflusst?

Eltern suchen niedrigschwellige Hilfe.

In die Studie eingeschlossen werden knapp 500 Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren mit der Diagnose ADHS, die von Kinderarztpraxen vermittelt werden. „Wir hoffen, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte sich das Programm selbst anschauen und Eltern, die davon profitieren könnten, dazu anregen, es zu nutzen und zu der Teilnahme an unserer

Studie zu motivieren“, so ADHS-Expertin Manfred Döpfner. Die Studie läuft über einen Zeitraum von 36 Monaten, um nicht nur kurzfristige Effekte beschreiben zu können. Bisherige Rückmeldungen zum Online-Trainer waren äußerst positiv. Insbesondere die einfache, anonyme und für alle Interessenten freie Nutzbarkeit des Angebots spricht dafür, dass sich der ADHS-Elterntainer gut in eine Sprechstunde integrieren und sich das Internet als Ergänzung der klassischen Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfewege nutzen lässt.

Eltern suchen selbstbestimmte und niedrigschwellige Hilfe auch im Internet. Der ADHS-Elterntainer wird zeigen, ob er nicht nur diese Bedürfnisse trifft, sondern auch effektive Hilfe leisten kann. ■

Dr. Astrid Maroß, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ist Referentin für medizinische Grundsatzfragen in der Stabsstelle Medizin des AOK-Bundesverbandes. **Kontakt: Astrid.Maross@bv.aok.de**

Lese- und Webtipps

- www.adhs-elterntainer.de
- Astrid Maroß: **Ruhig Blut bei Trotzkopf und Zappelfilipp**. In: G+G 12/2016, Seite 27–30
- **Forschungsprojekt WASH** der Universität Köln: Evaluation eines web-assistierte Selbsthilfe-Trainings für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. **Mehr Infos: adhs-wash@uk-koeln.de**

Patientenakte im Pilotbetrieb

Mit zwei Pilotprojekten in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin startet die AOK ihr digitales Gesundheitsnetzwerk. Der Datenaustausch zwischen Patienten, Ärzten und Kliniken soll damit leichter und effizienter werden. **Von Thomas Hommel**

Mancher kennt das: Verlässt man nach einer Operation das Krankenhaus und soll sich anschließend beim Hausarzt vorstellen, dann kann es sein, dass man eine dicke Mappe mit Befunden, Röntgenbildern, Medikationsplänen und mehr mit in die Praxis schleppt. Bequem ist das nicht – und effizient sicher auch nicht.

Abhilfe verspricht die Digitalisierung, genauer gesagt der elektronische Datenaustausch zwischen Patienten, Ärzten und Kliniken. Der freilich kommt in Deutschland nur schleppend in Gang. Einen großen Schritt will die AOK-Gemeinschaft deshalb mit ihrem digitalen Gesundheitsnetzwerk machen. Mit zwei Piloten soll das Vorhaben in Kürze in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin beginnen.

Auf einen Blick. Im Kern werden Patienten, niedergelassene Ärzte und Kliniken miteinander vernetzt und können medizinische Informationen austauschen. Das Netzwerk bietet eine digitale Akte. In dieser können teilnehmende Patienten ihre vom Arzt in Praxis oder Klinik bereitgestellten Informationen jederzeit einsehen und anderen Ärzten zur Verfügung stellen. „Der sektorenübergreifende Austausch soll die optimale Behandlung der Patienten unterstützen und zu mehr Patientensicherheit führen“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, bei der Vorstellung des Projektes. Ziel sei ein bundesweites Angebot für die AOK-Versicherten, das regional unterschiedlich ausgestaltet sein könne.

Das Projekt in Mecklenburg-Vorpommern startet im November mit zwei Kliniken und dem Ärztenetz „HaffNet“. Etwa 8.000 AOK-Versicherten stehen im Gesundheitsnetzwerk zunächst vier Anwendungen zur Verfügung: das Aufnahme- und Entlassmanagement in den beteiligten Kliniken, der Austausch von

Dokumenten zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten, die Möglichkeit zum Hochladen eigener Dokumente sowie die Option, selbst erhobene Vitaldaten und Messwerte in die eigene Akte einfließen zu lassen und behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Ziel ist ein bundesweites Angebot, das regional unterschiedlich ausgestaltet sein kann.

Zum Jahreswechsel folgt der nächste Schritt: Gemeinsam mit der privaten Sana Kliniken AG und dem kommunalen Klinikkonzern Vivantes startet das AOK-Netzwerk dann in Berlin in die Pilotphase. Beteiligt sind neun Kliniken und 13 Medizinische Versorgungszentren von Vivantes sowie das Sana-Klinikum Lichtenberg. Zusammen versorgen sie jährlich etwa 114.000 AOK-Versicherte, die künftig die digitale Akte nutzen können.

Keine Insellösung. Vivantes habe schon vor über drei Jahren begonnen, seine IT-Architektur zu modernisieren und die digitale Zusammenarbeit mit Dritten voranzutreiben, sagte Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung des Klinikverbundes. Die bei Vivantes etablierte Infrastruktur basiere auf der gleichen Methodik wie das AOK-Netzwerk und ermögliche somit die Vernetzung. Mit der Digitalisierung erhielten Patienten mehr Einblick in ihre Gesundheitsdaten. „Sie werden damit auch in die Lage versetzt, noch stärker als bisher über Behandlungsoptionen mit zu entscheiden.“ Auch die Sana Kliniken AG hat bereits digitale Konzepte getestet und umgesetzt.

Als deutschlandweiter Partner wolle die private Klinikgruppe bei der Erweiterung des Netzwerkes in andere Regionen mitwirken, betonte Vorstand Dr. Jens Schick: „Wichtig ist uns, dass es sich um ein offenes Netzwerk handelt, an das weitere Akteure angebunden werden können.“

Die AOK verfolge bei der Umsetzung ihres Netzwerkes keinen zentralen Ansatz wie bei der gematik, betonte AOK-Chef Litsch. „Wir brauchen Ökosysteme statt Monokultur.“ Je nach regionaler Situation könnten unterschiedliche Anwendungen mit verschiedenen Partnern umgesetzt werden. Diese Lösungen ließen sich aber jederzeit an die Telematik-Infrastruktur „andocken“.

Besonderes Merkmal des AOK-Netzwerkes sei die dezentrale Datenhaltung, die vor Datendiebstahl schütze, sagte Christian Klose, AOK-Projektleiter für das Gesundheitsnetzwerk. „Die Daten bleiben bei dem Arzt oder bei der Klinik, wo sie jeweils erhoben werden.“ Die AOK habe keinen Zugriff darauf. Der Patient entscheide, welcher Arzt und welche Klinik welche Informationen einsehen dürfe. „Die Datenhoheit liegt beim Patienten.“

Breite Akzeptanz. Bei gesetzlich Versicherten stößt die Idee der digitalen Gesundheitsakte auf Zustimmung, wie aus einer YouGov-Umfrage für den AOK-Bundesverband hervorgeht. Danach halten es 82 Prozent der befragten Versicherten für sinnvoll, dass medizinische Daten in einer solchen Akte gespeichert werden, sodass Ärzte und Kliniken sie abrufen und sich einen Überblick über den Gesundheitszustand verschaffen können. 78 Prozent würden eine solche Akte selber nutzen. ■

MEHR INFOS:

www.aok-gesundheitsnetzwerk.de

Anlaufstelle bei ethischen Fragen

In Krankenhäusern ist eine Ethikberatung längst gang und gäbe. Aber in der ambulanten Versorgung fehlen vielerorts solche Angebote. In Hessen will ein Modellprojekt in zwei Regionen diese Lücke schließen. **Von Silke Heller-Jung**

Bei der Versorgung schwerstkranker Patienten stehen oft verschiedene Handlungs- und Behandlungsoptionen zur Verfügung. Damit nimmt aber auch die Zahl der ethischen Konflikte zu: Sind lebensverlängernde Maßnahmen in der letzten Lebensphase noch im Sinne des Betroffenen? Soll eine weitere Chemotherapie begonnen oder eine Sonde zur künstlichen Ernährung gelegt werden? Die Entscheidung darüber, was das Beste ist, stellt Patienten, Angehörige, Ärzte und Pflegefachkräfte häufig vor schwer zu beantwortende Fragen. „Wenn dann zum Beispiel der behandelnde Arzt etwas anderes befürwortet als der Patient, kann das zu Konflikten führen“, weiß Ärztin Kornelia Hoppi Götze vom Verein „Ambulante Ethikberatung in Hessen“. Und wenn der Betroffene seinen Willen selbst nicht mehr äußern könne, dann sei es „ein Riesenproblem, wenn vorher nie darüber gesprochen worden ist.“

Um in solchen Situationen Hilfe anzubieten, hat die Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit weiteren Partnern im Juli 2016 den Verein gegründet. „Es bedarf einer Anlaufstelle für ethische Fragestellungen, an die sich alle Betroffenen wenden können – ob Patienten, Ärzte, Pflegekräfte oder Angehörige“, begründete der Präsident der hessischen Landesärztekammer, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, die Initiative.

Multiprofessionelle Beraterteams. Die ambulante Ethikberatung in Hessen wird derzeit in zwei Modellregionen angeboten: seit März 2017 im eher ländlich geprägten Landkreis Marburg-Biedenkopf, seit Mai auch in der großstädtischen Projektregion Frankfurt-Offenbach. Insgesamt 27 ehrenamtliche Ethikberaterinnen und -berater, darunter Ärzte, Pfleger, Juristen, Betreuer und Theolo-

gen, haben die vorbereitende Schulung absolviert; diese basiert auf einem bewährten Curriculum für die klinische Ethikberatung, das für den ambulanten Bereich angepasst wurde. Die multiprofessionelle Zusammensetzung der Beraterteams ist eine der Besonderheiten des

Je nach Fall entscheiden die Teams, in welcher fachlichen Konstellation sie zusammenarbeiten.

Projekts, betont Götze. Wird ein Gesprächswunsch an sie herangetragen, entscheiden die Teams, in welcher personellen und fachlichen Konstellation sie im jeweiligen Fall zusammenarbeiten.

Patientenwille im Blick. Ratsuchende bekommen möglichst zeitnah einen Termin für ein Gespräch, bei dem alle Beteiligten an einem Tisch sitzen. Zwei oder drei Ethikberater moderieren und protokollieren den strukturierten Beratungsprozess, in dessen Verlauf gemeinsam eine ethisch fundierte, am Patientenwillen

orientierte und für alle Beteiligten nachvollziehbare Lösung entwickelt werden soll. „Die Berater helfen, Konflikte zu verhindern oder zu lösen. Die Entscheidungsverantwortung verbleibt dabei beim Patienten oder seinem Betreuer und beim Arzt“, erklärt Götze, die das Projekt in Marburg leitet. Letztlich gehe es bei den Beratungen darum, dafür zu sorgen, „dass die Menschen so behandelt werden, wie sie es sich wünschen und wie es ethisch geboten ist.“

Die Reaktionen auf das neue Angebot sind durchweg positiv. Die Zahl der Beratungsgespräche ist zwar noch klein. Doch schon jetzt gibt es Anfragen aus anderen Regionen und Bundesländern, die ebenfalls ein solches Angebot aufbauen möchten. Auch unter den hessischen Ärzten stößt das Konzept auf großes Interesse. Wegen der starken Nachfrage bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen daher seit diesem Jahr eine Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“ an; der nächste Kurs startet im kommenden Jahr. ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.
Kontakt: redaktion@heller-jung.de

Regionale Initiativen und Projekte

Der 111. Deutsche Ärztetag hat bereits im Jahr 2008 beschlossen, dass die Landesärztekammern Angebote für eine ambulante Ethikberatung in Deutschland entwickeln sollen. **Doch bis heute gibt es noch keine flächendeckende Versorgung**, wohl aber etliche Initiativen und Projekte. Manche Ärztekammern, etwa die Bezirksärztekammern Trier und Rheinhessen, verfügen inzwischen über eigene Ethikkomitees. Auch der Arbeitskreis „Ethik in der Medizin“ der Sächsischen Landesärztekammer bietet niedergelassenen Ärzten kollegiale Unterstützung an. **Im Bereich der Altenhilfe und der Palliativversorgung wurden verschiedene Angebote für die Beschäftigten entwickelt**, etwa bei der „Hilfe im Alter“ der „Inneren Mission München“ und der Bremer Heimstiftung. Weitere Beispiele sind die Ethik-Komitees des Frankfurter „Netzwerks Ethik in der Altenpflege“ und das „Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen“. Zudem gibt es diverse regionale Angebote, die sich als Anlaufstelle für Ärzte, Pflegekräfte, Pflegebedürftige und Angehörige verstehen. Dazu zählen zum Beispiel das Ethiknetz Peine, das ambulante Ethikkomitee Ammerland/Uplengen und das Ethikkomitee für den Landkreis Nienburg/Weser.

Mondpreise durch die Hintertür

Der aktuelle Arzneiverordnungs-Report belegt: Der enorme Kostenanstieg für neue Medikamente ist ungebrochen. Grund: Pharmahersteller nutzen Schlupflöcher, um ihre Produkte zu Mondpreisen zu verkaufen. **Von Melanie Schröder und Carsten Telschow**

Frühe Nutzenbewertung und Erstattungsbeträge, die der GKV-Spitzenverband mit Pharmaherstellern für neue patentierte Medikamente aushandelt, sollen die Arzneimittelkosten der Krankenkassen eigentlich im Zaum halten. Dass dies nicht gelingt, belegt der neue Arzneiverordnungs-Report. Er zeigt auf, dass Hersteller durch geschickte Strategien nach wie vor Mondpreise erzielen. So schöpfen Hersteller neuer Medikamente häufig die Möglichkeit aus, im ersten Marktjahr vor Gültigkeit des ausgehandelten Erstattungsbetrages den Preis selbst festzulegen. Bei der Hälfte der bewerteten Arzneimittel liegt der Einstiegspreis im ersten Jahr des Markteintritts um mehr als 25 Prozent über dem später verhandelten Erstattungsbetrag. Allein die Mehrkosten der freien Preisbildung summieren sich bis zum Jahr 2016 auf 834 Millionen Euro.

Zuschnitt auf kleine Patientengruppen.

Nachdem die Zeit der Blockbuster, also innovativer Arzneimittel zur Behandlung von Volkskrankheiten wie Herz-Kreis-

Die Forschungs- und Entwicklungskosten sind deutlich niedriger, als Pharmafirmen behaupten.

lauf-Erkrankungen und Diabetes, bei denen hohe Umsätze vor allem über große Mengen erzielt wurden, weitgehend abgelaufen zu sein scheint, ist zu beobachten, dass viele Hersteller auf kleine Patientengruppen setzen. Für Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) werden hohe Preise eher akzeptiert, da sich die Forschungs- und Ent-

wicklungskosten nur auf eine kleine Patientengruppe umlegen lassen. Im Jahr 2016 war jeder dritte neue Wirkstoff gegen eine seltene Erkrankung. Die Krankheiten, für die Orphan Drugs zugelassen werden, ergeben sich immer häufiger erst durch eine geschickte Abgrenzung der Patientengruppen und unterteilte Indikationen – eine Strategie, die dem Hersteller einige Vorteile bringt. Der Zusatznutzen muss für Orphan Drugs nicht nachgewiesen werden. Auch ist ein Vergleich mit älteren Präparaten oft schwierig bis unmöglich. Zudem sind für Orphan Drugs die Anforderungen für die Zulassung geringer und deren Patente länger geschützt.

Indikationsgebiete ausgeweitet. Auch fällt auf, dass einige der einst für seltene Krankheiten zugelassenen Präparate keine Orphan Drugs mehr sind und sich zu Blockbustern entwickelt haben. Ihre Anwendungsgebiete sind längst ausgeweitet. So kommt beispielsweise das Präparat Revlimid®, einst zur Behandlung einer seltenen Blutkrebsform zugelassen, auch bei anderen Erkrankungen zum Einsatz. Dadurch gehört es inzwischen zu den zehn Arzneimitteln mit den höchsten Nettokosten. Für das gegen eine andere seltene Form von Blutkrebs zugelassene, umsatzstarke Glivec® hat der Hersteller den Orphan-Drug-Status zurückgezogen, nachdem das Therapiespektrum mehrfach ausgeweitet wurde. Meistens bleiben die Preise für Orphan Drugs aber selbst dann hoch, wenn sie für weitere Indikationen zugelassen werden. Entsprechend groß ist der Umsatz von Orphan Drugs. Er beläuft sich 2016 auf 1,3 Milliarden Euro. Ihr Anteil am Gesamtumsatz im GKV-Markt liegt bei rund vier Prozent – obwohl auf sie nur 0,05 Prozent aller Verordnungen entfallen.

Hochpreis-Arzneimittel immer teurer

Mindestbruttoumsatz je Verordnung in Euro des teuersten Prozents der Arzneimittel



Vor allem die hochpreisigen Medikamente treiben die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen weiter in die Höhe. Allein beim teuersten Prozent aller Medikamente hat sich zwischen 2006 und 2016 der Mindestbruttoumsatz je Verordnung vervierfacht. Er stieg von 946 auf 3.979 Euro. Der höchste Bruttoumsatz je Verordnung lag sogar bei 64.000 Euro – Tendenz weiter steigend.

Quelle: GKV-Arzneimittelindex

„Für eine gute Versorgung muss der Arzneimittelmarkt transparent sein“



Jürgen Klauber ist
Geschäftsführer im Wissenschaftlichen
Institut der AOK (WIDO)

Herr Klauber, welche inhaltlichen Akzente wollen Sie als neuer Mitherausgeber des Arzneiverordnungs-Reports (AVR) setzen?

Klauber: Das Wissenschaftliche Institut der AOK liefert seit der Erstausgabe die Daten für den

Arzneiverordnungs-Report. Wie Herausgeber Dr. Paffrath sehe ich meine Aufgabe in der fundierten statistischen und ökonomischen Analyse des Arzneimittelmarktes im Zusammenwirken mit der pharmakologischen Expertise der Mitherausgeber Professor Schwabe und Professor Ludwig sowie der Autoren. Entwicklungen gilt es früh zu erkennen und empirisch aufzubereiten. Für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung muss der Arzneimittelmarkt transparent sein.

Welche Reformbaustelle in der Arzneimittelversorgung sollte die neue Bundesregierung zuerst schließen?

Klauber: Die große Herausforderung ist, dem Trend zu hohen Preisen

bei patentgeschützten Arzneimitteln entgegenzuwirken. Nach wie vor ist Deutschland eines der ganz wenigen Länder in Europa, in dem die Pharmahersteller frei darin sind festzulegen, mit welchem Produktpreis sie im ersten Jahr in den Markt eintreten. Zudem ist problematisch, dass infolge beschleunigter Zulassungsverfahren auf europäischer Ebene immer öfter Arzneimittel in die Versorgung gelangen, deren Zulassungsgrundlage kritisch ist. Lässt sich dies auf europäischer Ebene nicht lösen, sollte über nationale Regelungen nachgedacht werden. Ein Regulierungsthema dürfte auch der hochpreisige Markt der Biopharmazeutika werden.

Vor 20 Jahren klagten Pharmahersteller gegen den AVR, um kritische Bewertungen zu verhindern. Ist das heute noch denkbar?

Klauber: Damals erschien der AVR mit geschwärzten Passagen. Markttransparenz auf diese Art und Weise zu verhindern, halte ich heute nicht mehr für möglich. Aber nach wie vor positioniert sich die Pharmabranche gegen Transparenz, wenn sie ihren wirtschaftlichen Zielen widerspricht. Im Vorfeld der jüngsten Arzneimittelreform trat sie vehement dafür ein, dass die zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband verhandelten Erstattungspreise für neue Präparate geheim gehalten werden. Ihrem Druck hat die Politik am Ende standgehalten – und das ist gut so. ■

Exorbitante Preissprünge. Bei den Arzneimitteln, die neu in den Markt kommen, handelt es sich aber nicht immer um neu entwickelte innovative Wirkstoffe, deren hohe Preise sich zum Teil durch Forschungs- und Entwicklungskosten erklären ließen. Stattdessen sind es oft altbekannte Präparate, die ursprünglich bei anderen Krankheiten angewendet wurden und deren Entwicklungskosten längst gedeckt sind. Auffällig ist, dass sie eine Renaissance gerade in Therapiegebieten erleben, die besonders hochpreisig sind. Ein Beispiel dafür ist der Wirkstoff Hydrocortison. Sein Anwendungsspektrum ist groß, und er kostet etwa 48 Euro pro Packung. Inzwischen wird der Wirkstoff zur Behandlung der Nebenniereninsuffizienz unter dem Namen Plenadren® zum stolzen Preis von 1.412 Euro vermarktet – ein Aufschlag von rund 3.000 Prozent. Weiteres Beispiel: der Wirkstoff Chenodeoxycholsäure, der einst verwendet wurde, um Gallensteine aufzulösen. Sein Preis pro Packung liegt bei rund 58 Euro. Seitdem der Wirkstoff auch zur Behandlung eines seltenen angeborenen Gallensteinleidens eingesetzt wird, kostet die Packung 27.513 Euro.

Ob solche exorbitanten Preissprünge gerechtfertigt sind, lässt sich zurzeit nicht

beurteilen. Denn erst seit Kurzem müssen auch ältere, aber für neue Indikationen zugelassene Wirkstoffe eine Bewertung des Zusatznutzens mit anschließender Preisverhandlung durchlaufen. Allerdings gilt dies nur in Ausnahmefällen.

Ansätze zur Auflösung. Um den Mondpreis-Strategien der Pharmaindustrie entgegenzuwirken, wäre es sinnvoll, den ausgehandelten Erstattungspreis für alle bewerteten Arzneimittel rückwirkend ab Markteintritt gelten zu lassen. Dies würde zu zurückhaltenden Preisforderungen der Pharmahersteller im ersten Jahr der Markteinführung führen. Die Strategie der Orphanisierung ließe sich aufbrechen, indem alle Orphan Drugs eine vollständige Nutzenbewertung durchlaufen. Gleiches muss auch für alle Indikationsausweitungen älterer Wirkstoffe gelten. Dann könnte auch bei allen Arzneimitteln über faire Preise verhandelt werden.

Überdurchschnittliche Pharmagewinne.

Dass niedrigere Preise durchaus möglich sind, liegt auf der Hand. Neueste Auswertungen der internationalen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young belegen, dass die Pharma- und

Biotechnologie-Branche im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen die mit Abstand höchsten Gewinnmargen erreicht. Und nach einer kürzlich im Journal of the American Medical Association veröffentlichten Studie liegen die Forschungskosten für neue Arzneimittel bei durchschnittlich 648 Millionen Euro und nicht, wie von der Pharmaindustrie behauptet, bei 2,7 Milliarden Euro.

Daher muss die Politik handeln, damit die oft überzogenen Arzneimittelpreise die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten nicht mehr über Gebühr strapaziert. ■

Melanie Schröder ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Arzneimittel des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). **Dr. Carsten Telschow** leitet den Forschungsbereich.

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

Lesetipp

Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter/Ludwig, Wolf-Dieter/Klauber, Jürgen (Hrsg.): **Arzneiverordnungs-Report 2017**. 870 Seiten. 59,99 Euro. Springer-Verlag, Heidelberg.

Mehr Speed fürs Digitale

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange. Doch bei der Vernetzung von Ärzten, Kliniken und Kassen klemmt es weiter. Bei der Suche nach Lösungen gerät die elektronische Gesundheitskarte ins Hintertreffen. **Von Thomas Rottschäfer**

Geht es um die Digitalisierung im Gesundheitswesen, ist das gevko-Herbstsymposium eine Art Seismograf. Beim zweiten gemeinsamen Kongress des AOK-Tochterunternehmens und der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Berlin hat das Instrument besonders heftig ausgeschlagen. In der Kritik stand dabei vor allem die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik). Weil auch fast zwei Jahre nach Inkrafttreten des E-Health-Gesetzes erste Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) weiter auf sich warten lassen, schwindet nicht nur bei den Krankenkassen endgültig die Geduld.

Für unabhängigen Träger. „Ich halte die Entscheidungsstrukturen in der gematik für gescheitert“, sagte der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. An Fristen glaube ohnehin keiner mehr. Die nächste Bundesregierung müsse deshalb sehr schnell die Strukturen reformieren. Litsch befürwortete zudem eine unabhängige Trägerschaft. So könne zum Beispiel eine Art Netzagentur viel besser übergeordnete Regeln für Datensicherheit und Interoperabilität setzen. Laut Litsch stellt die AOK den Aufbau einer gemeinsamen IT-Infrastruktur für das Gesundheitswesen nicht infrage. Sie

geht aber deutlich auf Distanz zu zentral vorgedachten Anwendungen. Produktentscheidungen dürfe man nicht länger einem sich gegenseitig blockierenden Kollektivsystem aus Ärzten, Kliniken und

Für mehr Schwung sind schlankere Entscheidungsstrukturen erforderlich.

Krankenkassen überlassen. Litsch: „Es ist nicht schlimm, wenn Organisationen nur der eigenen Technik trauen. Es muss aber möglich sein, sie zu vernetzen.“

AOK baut Gesundheitsnetzwerk auf. Aus Sicht von gevko-Chef Professor Guido Noelle wird die eGK wohl nur noch eine untergeordnete Rolle spielen: „Als Bürger und Patient möchte ich uneingeschränkter Zugang zu meinen Gesundheitsdaten haben – überall und jederzeit ohne zusätzliche Hardware oder Vier-Augen-Prinzip. So wie es mir laut Gesetz bereits zusteht.“ Die AOK-Gemeinschaft entwickelt deshalb ein eigenes Gesundheitsnetzwerk. In dessen Mittelpunkt steht eine elektronische Patientenakte, über

deren Inhalt und Verwendung der Versicherte entscheidet (*siehe dazu den Beitrag auf Seite 16*). Die Schnittstellentechnik dazu liefert die gevko.

Ärzte auf eigenem Kurs. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ändert ihren Digitalkurs: „Tanker kann man schwer wenden. Deshalb lassen wir jetzt erst einmal Beiboote zu Wasser“, bebilderte Dr. Florian Fuhrmann die Entwicklung. Die KV Telematik GmbH will nach Darstellung ihres Geschäftsführers unter anderem mit Start-Ups kooperieren, um digitale Anwendungen für Ärzte voranzubringen. Die KBV will nicht zuletzt am Ball sein, wenn künftig auch über Smartphone-Apps die Versorgung gesteuert wird. Aus Sicht der Ärzteorganisationen ist aber die elektronische Patientenakte das wichtigste anstehende Digitalprojekt. Entsprechend pochte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen beim gevko-Symposium auf eine Koordinierungsrolle für seine Organisation. Das stößt auf Kritik bei den Kassen. „Hier geht es nicht um Ärzteservice, sondern um einen gesetzlichen Anspruch auf mehr Patientensouveränität“, betonte Martin Litsch.“

Oliver Schenk bleibt angesichts der Parallelentwicklungen gelassen. „Wettbewerb ist gut. Daraus kann man lernen“, sagte der im Bundesgesundheitsministerium (BMG) für Gesundheitstelematik zuständige Abteilungsleiter beim gevko-Symposium. Im Übrigen halte das BMG am Aufbau einer flächendeckenden Telematikinfrastruktur fest. „Die elektronische Patientenakte muss in Husum wie in Görlitz funktionieren.“ ■

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

IT-Lösungen für den Informationsaustausch

Die AOK-Tochter gevko GmbH versteht sich als Motor einer patientenorientierten digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens. Geschäftsführer Professor Guido Noelle gehört zu einem Expertenteam, das für die gematik beurteilt, ob neue Anwendungen den gesetzlichen Vorgaben entsprechen und in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommen werden. Die gevko hat bereits zwei IT-Lösungen eingebracht. Dabei geht es um das Abbilden von Informationen zur Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in den Praxiscomputern der Ärzte und um die Umsetzung eines elektronischen Impfpasses in den Arztinformationssystemen.

Mehr Informationen zum diesjährigen Symposium: www.gevko.de

„Menschen kommen mit Chaos im Kopf“

Eine psychosoziale Ambulanz in Schweinfurt hilft Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten. Die Beraterinnen und Berater sind Laien, kennen aber Kultur und Sprache der Asylsuchenden. Dieser Ansatz hat sich bewährt, weiß Psychologin **Henrike Zellmann**.

Frau Dr. Zellmann, welche Vorteile hat der Einsatz von Laienberatern in der psychosozialen Hilfe für Asylsuchende?

Zellmann: Sie kennen die lokale Kultur und Sprache der Asylsuchenden. Häufig geht es zunächst darum, den Menschen Zeit zu geben für ein gutes Gespräch im vertraulichen Rahmen. In der Ambulanz für seelische Gesundheit in der Erstaufnahmeeinrichtung Schweinfurt arbeiten derzeit eine Iranerin, ein Syrer und ein Somali als Laienberater. Unser Ziel ist Prävention, damit sich psychische Störungen nicht manifestieren.

Welche Voraussetzungen bringen sie mit?

Zellmann: Die Berater leben seit mindestens zwei Jahren in Deutschland, haben einen sicheren Aufenthaltstitel, Orientierung im deutschen System und bringen psychische Stabilität mit. Einer unserer Mitarbeiter ist Journalist, einer Lehrer und eine Sozialarbeiterin. Wir arbeiten in unseren Projekten häufig mit Lehrern, weil diese oft Gespür für das soziale Miteinander haben. Neben drei Schulungsblöcken von insgesamt 20 Tagen werden die Berater in ihrer täglichen Arbeit supervidiert und fachlich unterstützt. Da geht es beispielsweise um Kommunikation und Gesprächsführungstechniken. Die Berater brauchen Grundlagenwissen über Sucht, Gewalterfahrungen, Schlafstörungen und Suizidalität, damit sie sich rechtzeitig an ihren Supervisor wenden.

Wer nimmt das Angebot an?

Zellmann: Unsere primäre Zielgruppe sind Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten, aber wir öffnen das Angebot für alle, die in der Aufnahmeeinrichtung in

Schweinfurt ankommen. Das Krankenhaus St. Josef betreibt dort eine medizinische Ambulanz, an die wir die Ambulanz für seelische Gesundheit angegliedert haben. Wer zur medizinischen Untersuchung kommt, erhält das Angebot eines Erstgesprächs bei uns. Dabei lernen wir die Familiensituation und die Flucht-

male Reaktion auf eine belastende Situation ist, und dass es möglich ist, damit klarzukommen. So können wir von der großen Irritation und den Ängsten viel abfangen. Die Säulen unseres Modells sind Psychoedukation und Ressourcenarbeit. Wir fragen: Wie habt ihr früher Probleme gelöst, wo liegen eure Stärken?



Die Asylsuchenden wissen zu schätzen, dass wir ihnen Zeit und Zuwendung schenken.

Dr. Henrike Zellmann

geschichte kennen. Danach finden dreimal 90 Minuten Gruppenberatungen mit sechs bis zehn Teilnehmern statt. Es ist schön zu sehen, wie sich die Menschen öffnen und gegenseitig unterstützen. Nach der Gruppenphase gibt es ein Einzel-Abschlussgespräch. Seit dem Start im Juni haben wir so rund 160 Menschen betreut. Viele Menschen kommen mit Chaos im Kopf: Sie sind beschäftigt mit der Situation in ihrer Heimat, machen sich Sorgen um ihre Familien und fragen sich, wie es hier für sie weitergeht.

Welche Rückmeldung bekommen Sie?

Zellmann: Kürzlich sagte ein Mann: Ihr wart die ersten, die gefragt haben, wie es mir geht. Die Asylsuchenden wissen zu schätzen, dass wir ihnen Zeit und Zuwendung schenken. Wir erklären ihnen, dass beispielsweise Schlafstörungen eine nor-

Wer finanziert das Projekt?

Zellmann: Ärzte ohne Grenzen und das Krankenhaus St. Josef teilen sich die Kosten für das erste Jahr. Wir hoffen, dass wir weitere Geldgeber gewinnen, damit das Modell weiterlaufen kann. Wir sind der Meinung, dass die öffentliche Hand in diesem Bereich mehr, auch finanzielle Verantwortung übernehmen sollte. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Dr. Henrike Zellmann ist klinische Psychologin und arbeitet bei „Ärzte ohne Grenzen“ in der humanitären Hilfe. Seit Februar 2017 übernimmt sie im Projekt „Psychosoziale Hilfe für Asylsuchende“ in Kooperation mit dem Krankenhaus St. Josef Schweinfurt Schulung und Supervision der Beraterinnen und -berater. Kontakt: Henrike.Zellmann@berlin.mfs.org



Erste Hilfe für den Notfall

Ob Schnupfen oder Schlaganfall: Immer mehr Menschen landen mit akuten Gesundheitsstörungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser – es droht der Kollaps. [Michael Slowik](#) und [Jürgen Malzahn](#) plädieren nicht nur deshalb dafür, ambulante und stationäre Notfallkapazitäten besser zu verbinden.

Rettungswagen auf Odyssee, genervte Patienten mit mehr oder minder schweren Erkrankungen, überforderte Teams, lange Wartezeiten – die Presseberichte über die Notaufnahmen der Krankenhäuser ähneln sich. Sie machen deutlich, dass die Notfallversorgung in Deutschland großen Reformbedarf hat. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz von Januar 2016 hat die Politik die Weichen für Veränderungen gestellt. Ärzteschaft, Krankenkassen, Kliniken und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen haben Konzepte zur Verbesserung der Notfallversorgung vorgelegt (*siehe Lese- und Webtipps auf Seite 27*).

So spricht sich beispielsweise die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für einen Abbau der Doppelstrukturen in der Notfallversorgung aus. Marburger Bund und KBV fordern in einem gemeinsamen Konzeptpapier eine Zentralisierung der Strukturen. Durch die Einrichtung gemeinsamer medizinischer Anlaufstellen am Krankenhaus sollen niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte besser zusammenarbeiten. Die Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst besteht aktuell nur für Vertragsärzte (sogenannte Kassenärzte). Nach Ansicht des Marburger Bundes muss es eine gerechte Verteilung der Zuständigkeiten geben. Daher sollten sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen der

Ärzteschaft vorsehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sieht die Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung bei den Ländern und fordert, Krankenhäuser dauerhaft zur Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung zu ermächtigen. Ambulante Notfalleistungen von Krankenhäusern sollen nach dem Willen der DKG direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abgerechnet werden, ohne Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ärzte und Kliniken streiten über Zuständigkeit. Die Analyse der Positionspapiere zeigt, welche Herausforderungen, Gemeinsamkeiten und Konflikte bei den Reformbestrebungen bestehen. So gibt es etwa Streit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern über die Zuständigkeiten und den Finanzierungstopf in der ambulanten Notfallversorgung. Die Krankenhäuser kritisieren etwa, dass die Vergütung von Leistungen für Patienten, die in den Notaufnahmen der Kliniken nur ambulant behandelt werden, nicht wirtschaftlich ist. Aus einer übergeordneten Perspektive betrachtet bleibt festzustellen: Die Standorte und Kapazitäten der Notfallversorgung werden derzeit nicht einheitlich und gemeinsam geplant. Es fehlt eine Definition von Zielgrößen, an denen sich ablesen lässt, wo eine durch Vertragsärzte betriebene Notdienstpraxis am Krankenhaus sinnvoll ist. Auch eine Steuerung der Patienten in die vorhandenen Notfalleinrichtungen findet nicht statt.

Kassenärztliche Vereinigungen sind gegenwärtig zudem in alleiniger Verantwortung für die Sicherstellung und Organisation des ambulanten ärztlichen Notdienstes zuständig. Die Länder wiederum haben bei der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung keine Aufgaben. Krankenhäuser sind somit frei von Planungsvorgaben in der ambulanten Notfallversorgung. Und die Notaufnahmen der Krankenhäuser versorgen in relevantem Umfang ambulante Notfallpatienten, die aus medizinischer Sicht im Rahmen des organisierten Notdienstes der kassenärztlichen Versorgung behandelt werden könnten.

Patienten gehen im Notfall gleich in die Klinik. Patienten können subjektiv nun einmal nicht wahrnehmen, dass die ambulante Notfallversorgung auf zwei Sektoren verteilt ist – den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahme des Krankenhauses. Sie gehen bei Bedarf meist direkt in die Klinik. Nach einer Umfrage von Wissenschaftlerinnen der Berliner Charité sahen sich über 90 Prozent der Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser selbst als Notfall an (Somasondaram et al. 2016: „Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung“). Nach Ergebnissen aus dem Krankenhaus-Report 2017 wählten unter den rund 20 Prozent der AOK-Versicherten, die im Laufe des Jahres 2014 die ambulante Notfallversorgung beanspruchten, 66 Prozent mindestens einmal die Notaufnahme eines Krankenhauses. Zugleich verschieben sich die Gewichte zwischen kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Notfallambulanzen der Kliniken. Waren

im Jahr 2009 die Anteile an der ambulanten Notfallversorgung zwischen Vertragsärzten und Notaufnahmen noch ausgeglichen, vergrößerte sich der Versorgungsanteil der Krankenhäuser bis zum Jahr 2014 auf 58 Prozent. Die Gesamtzahl der ambulant versorgten Notfälle in den Notaufnahmen der Kliniken stieg im Vergleich zum Jahr 2009 um 20 Prozent. Dem gegenüber steht ein Rückgang der in ambulanten Praxen versorgten Notfälle um rund zwölf Prozent. Der Patientenwunsch nach sofortiger Diagnostik und Therapie trifft auf eine regional unterschiedlich organisierte und intransparente ambulante Notfallversorgung. Statt die ambulante Notfallversorgung auf Basis eines gesundheitspolitischen Bekenntnisses zur Patientensteuerung verständlich und bundesweit einheitlich zu organisieren, herrscht eine zum Scheitern verurteilte strukturelle Beliebigkeit nach den Regeln von Angebot und Nachfrage. Aus Perspektive der Patienten kann sich die gegenwärtige Versorgungslandschaft deshalb nur verbessern.

Viele der Patienten in den Notaufnahmen haben keinen dringenden Behandlungsbedarf.

Reformen bleiben erfolglos. Die Defizite sind lange bekannt. Die Große Koalition hat in mehreren Reformen versucht, die

ambulanten und stationären Strukturen der Notfallversorgung zusammenzuführen, ohne dabei allerdings klare Regelungen vorzugeben. Der Erfolg blieb erwartungsgemäß aus. Ohne gemeinsame und verbindliche Planung und Steuerungskonzepte wird die Integration der ambulanten und stationären Notfallversorgung weiterhin nicht funktionieren.

Wenn die Versorgung von ambulanten und stationären Notfallpatienten sektorenunabhängig und einheitlich erfolgen soll, steht der Gesetzgeber in der nächsten Legislaturperiode vor neuen Herausforderungen. Es geht dabei auch um Kompetenzkonflikte zwischen Bund, Ländern und Kommunen. Die föderalen Strukturen und die sich daraus ergebenden Zuständigkeiten der Länder für die Krankenhausplanung und die Rettungsdienste machen ein abgestimmtes Bund-Länder-Gesetzgebungsreformwerk unverzichtbar. In der Notfallversorgung müssen bundesweit einheitliche und standardisierte Rahmenbedingungen etabliert werden. Strukturföderalismus mit landesrechtlichen Öffnungsklauseln ist kontraproduktiv.

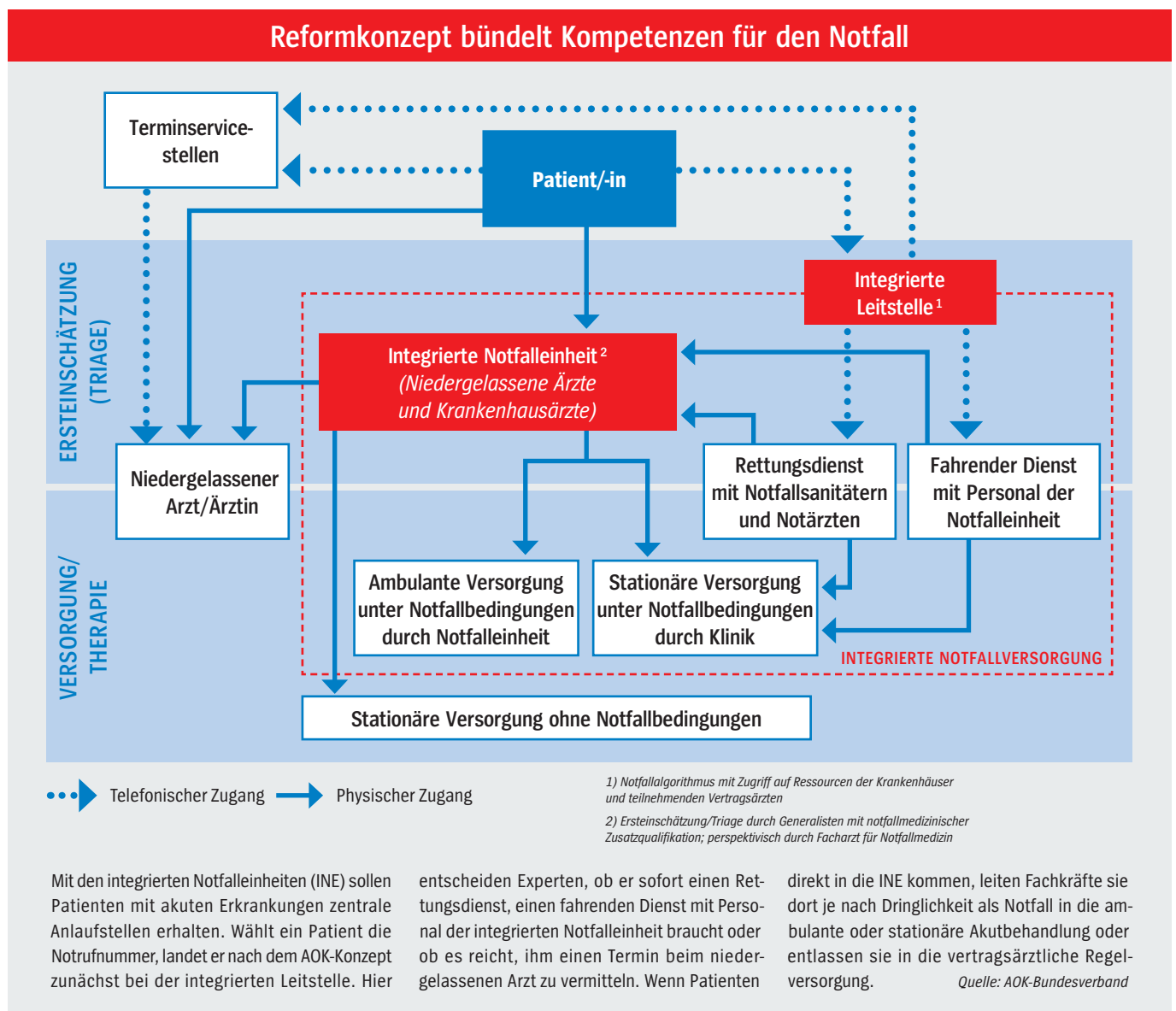
Frühzeitige Ersteinschätzung ist wichtig. Die Reform der Notfallversorgung muss das Ziel verfolgen, Patienten zur jeweils geeigneten Einrichtung zu navigieren und eine effiziente, effektive und qualitativ hochwertige Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit zu gewährleisten. Nach wissenschaftlicher Definition sind Notfallpatienten alle Menschen, „die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ (Behringer et al. 2013: „Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz“). Nach erfolgter Diagnostik können vier Fallarten unterschieden werden, die jeweils andere Versorgungsformen nach sich ziehen: der stationäre Notfall mit Lebensgefahr, der

ambulante Notfall nach Ausschluss von Lebensgefahr, der stationäre Akutfall ohne Lebensgefahr und der Bagatellfall, der keine medizinische Versorgung erfordert (siehe Glossar auf Seite 26). Ein frühzeitige Ersteinschätzung und Wegweisung der unterschiedlichen Notfallarten ist unabdingbar, da die Notfallversorgung kein eigener Versorgungssektor ist, sondern unterstützende und ergänzende Aufgaben sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung erfüllt.

Nach dem Versorgungsbedarf differenzieren. Derzeit hat ein Großteil der Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser keinen dringlichen Behandlungsbedarf. Sie könnten ihre Krankheiten von niedergelassenen Vertragsärzten während der regulären Öffnungszeiten der Praxen behandeln lassen. Für eine Aufklärung und Navigation von Patienten im Notfall ist daher eine Differenzierung nach dem Versorgungsbedarf unabdingbar. Dies ermöglicht eine bessere Planung und Organisation der

Kapazitäten. Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger erhalten dadurch mehr Transparenz über die Leistungsangebote und Versorgungsprozesse im Notfall.

Sachverständigenrat entwickelt Reformidee. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hatte bereits 2014 in einem Gutachten deutlich gemacht, dass eine Zusammenführung der drei Bereiche – Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Kliniken – die Notfallversorgung verbessern würde und vermeiden könnte, dass Patienten eine zu hohe Versorgungsstufe beanspruchen. Angesichts der Brisanz des Themas hat der SVR im September 2017 erstmals in seiner mehr als dreißigjährigen Geschichte unmittelbar vor einer Bundestagswahl im Rahmen eines „Werkstattgesprächs“ Einblick in seine weiterentwickelten Reformüberlegungen gegeben. Der SVR setzt dabei auf die Idee eines „integrierten Notfallzentrums“ –



Glossar

Notfall: Stationäre Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung im Krankenhaus erhalten. Davon abzugrenzen ist der ambulante Notfall nach entsprechender Diagnostik und sicherem Ausschluss von Lebensgefahr und stationärer Notfalltherapie. Der Patient kann in diesem Fall nach Hause entlassen oder in den vertragsärztlichen Bereich in den Regelöffnungszeiten überwiesen werden. Vom Notfall zu unterscheiden ist der stationäre Akutfall, gekennzeichnet durch eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit stationärem Behandlungsbedarf, aber ohne die Kennzeichen eines Notfalls. Es besteht hier aktuell keine Lebensgefahr und die Entwicklung eines lebensgefährlichen Zustands ist mittelfristig (in 24 bis 48 Stunden) nicht zu erwarten. Bei einem Bagatelldfall ist keine ärztliche Behandlung erforderlich.

Notfallversorgung: Die Versorgung von Menschen in lebensbedrohlichen Notsituationen sowie von Patienten mit dringlichem und nichtdringlichem Behandlungsbedarf ist eine staatliche Aufgabe. Die Organisation und Durchführung der Notfallversorgung ruht gegenwärtig primär auf fünf Säulen: ambulante Versorgung in den Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte, gesetzlich normierter ärztlicher Notdienst am Krankenhaus oder in der Arztpraxis des zuständigen Vertragsarztes, Rettungswesen, Notaufnahmen der Krankenhäuser als durchgehend geöffnete Ambulanzdienste und stationäre Notfallversorgung.

Rettungsdienst: In Notfällen gewährleistet der Rettungsdienst lebensrettende Maßnahmen und den Transport kranker und verletzter Personen zur Weiterbehandlung in Kliniken. Solche Einsätze werden oft von besonders ausgebildeten Notärzten geleitet. Die Planung des Rettungsdienstes, insbesondere die Zulassung der Rettungsdienstträger, erfolgt durch die Rettungsdienstgesetze auf Länderebene. Der Rettungsdienst ist flächendeckend verfügbar und erfüllt wichtige Aufgaben in der Versorgung von Notfällen.

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst: Der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst/ärztliche Notdienst wird in einer Praxis oder durch aufsuchende Bereitschaftsärzte bereitgestellt, um Menschen mit Erkrankungen, deren Behandlung nicht bis zum nächsten Werktag warten kann, auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten primär ambulant zu versorgen. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst/ärztliche Notdienst ist Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Daher ist jeder Vertrags(zahn)arzt zur Teilnahme verpflichtet. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die KVen verpflichtet, zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einzurichten oder Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einzubinden.

Notaufnahme: Die Notaufnahme ist eine Anlaufstelle im Krankenhaus zur Akutversorgung. Jedes Krankenhaus (außer Privatkliniken, Reha-Kliniken) verfügt über eine Notaufnahme, die meist rund um die Uhr geöffnet ist.

Ersteinschätzung/Triage: Einteilung der Patienten nach der Dringlichkeit. Grundlage sind Messungen beispielsweise von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung oder Herzfrequenz.

Quelle: AOK-Bundesverband, Wikipedia

eine von niedergelassenen Vertrags- und Krankenhausärzten betriebene eigenständige Versorgungseinheit. Sie soll die Versorgung von ambulanten und gegebenenfalls den Übergang von stationären Notfällen gewährleisten. Wegen der einheitlichen Strukturen würden die Patienten nach dem SVR-Konzept zur jeweils angemessenen Versorgungsstufe geleitet.

Ähnlichen Überlegungen folgt ein Reformmodell der AOK-Gemeinschaft. Danach werden die ambulanten und stationären Kapazitäten der Notfallversorgung künftig in integrierten Notfalleinheiten zusammengeführt (siehe Abbildung „Reformkonzept bündelt Kompetenzen für den Notfall“ auf Seite 25). Notfallpatienten haben damit eine zentrale Anlaufstelle. Nach dem Konzept arbeiten niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte in den integrierten Notfalleinheiten gemeinsam. In der Notfalleinheit entscheiden sie „an einem Tresen“ und gegebenenfalls nach anschließender Erstdiagnostik, ob der Patient mit ambulanten oder stationären Notfallkapazitäten zu versorgen ist oder in die vertragsärztliche Regelversorgung entlassen werden kann beziehungsweise ob er einen Termin mit einem Vertragsarzt benötigt. Alternativ erhält er eine reguläre stationäre Behandlung.

Kriterien für die Bedarfsplanung festlegen. Ein integriertes Konzept lässt sich nur einführen und etablieren, wenn der Sicherstellungsauftrag für die Organisation der (ambulanten) Notfallversorgung entsprechend angepasst wird. Ein System, in dem Krankenhäuser in einem Verantwortungsvakuum agieren und sich ärztlicher Notdienst der KVen und Kliniken nicht abstimmen, ist keine Basis für eine zukunftsfähige und zuverlässige Notfallversorgung. Einheitliche Rahmenbedingungen kann der Gesetzgeber mit einem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur ambulanten Notfallversorgung für Krankenhaus- und Vertragsärzte konkretisieren. Dieser Auftrag sollte auf der Grundlage einer neuen Notfallversorgungs-Richtlinie die Kriterien zur Feststellung des Bedarfs – beispielsweise Entfernungen, Notfallversorgungsregionen, Arzt-Einwohner-Relation, fachliche Qualifikation und zeitliche Verfügbarkeit – für die integrierten Notfalleinheiten festlegen. Die Richtlinie ist unter Beteiligung von DKG, KBV und Krankenkassen zu erarbeiten. Der Bedarf soll dann basierend auf den Kriterien in neu zu gründenden gemeinsamen Gremien auf Landesebene festgestellt werden. Dies garantiert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteure. Die Planungskriterien der Notfallversorgungs-Richtlinie müssen Spielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten auf der Ortsebene zulassen. Die einheitliche Grundstruktur muss jedoch erhalten bleiben. Die integrierten Notfalleinheiten des Reformmodells werden somit nicht Bestandteil der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung beziehungsweise der Krankenhausplanung der Länder sein. Mit dem Auftrag zur Erarbeitung eines gestuften Systems der Notfallstrukturen durch das Krankenhausstrukturgesetz werden für das Jahr 2018 erstmals Mindeststandards zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung definiert (Paragraf 136c Abs. 4 SGB V). Die Planung der integrierten Notfalleinheiten muss dieses Notfallstufenkonzept berücksichtigen, aber keineswegs muss jedes Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, eine integrierte Notfalleinheit erhalten.

Interessenausgleich auf Landesebene. Die Planung, Sicherstellung und Leistungserbringung ist bislang unterschiedlich geregelt. Ziel muss es sein, die Verantwortung in einem Interessenausgleichsausgleich der Akteure auf Landesebene zusammenzuführen und zu verschmelzen. Das Reformkonzept sieht vor, dass die neu zu gründenden gemeinsamen Gremien, die die Verantwortung für die Sicherstellung wahrnehmen, auch die Umsetzung und Standortfestlegung der integrierten Notfalleinheiten auf der Landesebene übernehmen. Die Gremien sollen mit Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhäusern und Kassen paritätisch besetzt sein. Die Länder übernehmen nach dem Reformkonzept die Rechtsaufsicht und können an den Beratungen des Gremiums beteiligt werden. Dieses „Drei-plus-eins-Modell“ ermöglicht landesindividuelle Lösungen und Kooperationen.

Ansprechpartner rund um die Uhr. Patienten wissen derzeit häufig nicht, welche Notrufnummer sie wählen sollen. Der telefonische Service des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117) ist in jedem Bundesland anders organisiert und zu unterschiedlichen Zeiten erreichbar. Ein Großteil der Bevölkerung hat keine Kenntnis über das Angebot. Der in der Bevölkerung besser bekannte Notruf (112) bedient nur den Service der Rettungsdienste und Feuerwehren. Deshalb sieht das Reformkonzept vor, die integrierten Notfalleinheiten um integrierte Leitstellen mit einer einheitlichen Rufnummer an sieben Tagen der Woche rund um die Uhr zu ergänzen. Die Leitstelle aus dem Konzept der AOK-Gemeinschaft ist die zentrale Kontaktstelle für die Anrufer und erfüllt die Funktion eines virtuellen Versorgungsnavigators, der Patienten zu den bedarfsgerechten Versorgungseinheiten steuert und disponiert. Die Leitstelle fragt den Bedarf standardisiert und strukturiert ab – auf Basis eines Abfragekatalogs zur Ersteinschätzung und mit entsprechend qualifiziertem Personal. In vielen europäischen Ländern, wie beispielsweise Dänemark, ist dieses Konzept seit vielen Jahren erfolgreich etabliert.

Neben diesen strukturellen Änderungen gilt es, Informationen über die Versorgungsangebote im Notfall („Wo gehe ich am besten hin?“) bereitzustellen und die Gesundheitskompetenz der Patienten zu verbessern. Dazu sollte eine umfassende Informationskampagne für die Versicherten auf den Weg gebracht werden. Mittelfristig könnte ein elektronischer beziehungsweise mobiler Navigator, beispielsweise eine App fürs Smartphone, dazu dienen, Patienten einen Überblick über alle Leistungserbringer in der näheren Umgebung mit den verfügbaren Servicezeiten zu geben.

Qualität im Rettungsdienst sichern. Eine ganzheitliche Reform der Notfallversorgung muss sich nicht zuletzt mit dem Rettungsdienst befassen. Er spielt eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Notfallpatienten und dem Transport in ein geeignetes Krankenhaus – das ist nicht immer das nächstgelegene. Die Qualitätssicherung im Rettungsdienst ist gegenwärtig lückenhaft und regional unterschiedlich. Routinedaten, also Abrechnungsdaten der Krankenkasse, werden dabei bisher kaum genutzt. Nach Angaben der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg sind über ein Viertel der mehrfach Verletzten („polytraumatisierten“) Patien-

ten zunächst nicht in ein für ihre Behandlung geeignetes Zentrum gefahren worden. Die einzelnen Rettungsdienstbereiche zeigten zudem große Unterschiede.

Die Verantwortung für die Organisation des Rettungsdienstes liegt auf der Kommunalebene. Kreise oder kreisfreie Städte können zusammen oder eigenständig den Rettungsdienst planen, betreiben beziehungsweise betreiben lassen und kontrollieren. Die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes sollte zukünftig mit Routinedaten erfolgen. Die Rettungsdienst-Einsatzdaten gehören zu den medizinischen Daten und müssen deshalb den Kostenträgern und Institutionen der Qualitätssicherung digital zur Verfügung stehen – in einem einheitlichen Format, über Datenverarbeitungsstellen. Neben dem Transport erfüllt der Rettungsdienst auch wichtige Aufgaben in der Ersteinschätzung und Erstversorgung der Patienten am Einsatzort. Daher sollte der Gesetzgeber den Kompetenzbereich der neu geschaffenen Ausbildungsberufe stärken. Die hochqualifizierten Notfallsanitäter sollten mehr Rechte für die unmittelbare Versorgung von Patienten erhalten. Dies kann auch derzeit noch notärztliche Tätigkeiten umfassen.

Gesetzgeber muss Reformauftrag erteilen. Ziel der Reform muss es sein, eine effiziente, am Patientenwohl orientierte Notfallversorgung sicherzustellen. Dabei darf es nicht um die Partikularinteressen der unterschiedlichen Beteiligten gehen. Vielmehr gilt es, alle Teile der Notfallversorgung – den Rettungsdienst, die Vertragsärzteschaft und die Krankenhäuser – in den Blick zu nehmen. Ein gesetzlicher Auftrag für ein solches ganzheitliches Vorgehen fehlt bisher. Die jetzt gewählte Regierung kann dies mit einem neuen Notfallversorgungsgesetz in der kommenden Legislaturperiode nachholen. ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband.

Michael Slowik ist Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation. **Kontakt: Michael.Slowik@bv.aok.de**

Lese- und Webtipp

- Hendrik Dräther/Tobias Schäfer: **Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014.** In: Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- www.dkgev.de > Positionen und Themen > **Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft** für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags vom 29.3.2017
- www.marburger-bund.de > Krankenhauspolitik > Mai 2017 > **Eckpunkte für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung 2017**
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Marburger Bund: **Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht – Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund vom 18.9.2017**, Download unter www.marburger-bund.de
- www.kbv.de > Aktuell > Politik > Positionen > Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung > **Eckpunkte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vom 29.3.2017**
- www.svr-gesundheit.de > Aktuelles > Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland: Folien und Audiomitschnitt des Werkstattgesprächs

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, geboren 1961, ist Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Der gebürtige Sauerländer studierte in Göttingen Medizin und in Hannover Public Health. Seine Karriere begann an der Medizinischen Hochschule Hannover. Dort leitete er von 1991 bis 2000 den Bereich Qualitätsförderung in der Allgemeinmedizin. 2001 wurde er Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel. 2004 ging er als Direktor an das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main.

Wolf-Dietrich Trenner, geboren 1956, engagiert sich als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie den Fachgruppen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, des AQUA-Instituts und des Instituts für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Der Vater einer taubblinden Tochter gründete den Verband der Eltern taubblinder Menschen und war Mitbegründer des Deutschen Behindertenrates.



Dr. med. Stefan Poloczak MPH, geboren 1968, ist seit 2011 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Berlin. Während seines Medizinstudiums an der Ludwig-Maximilians-Universität München engagierte er sich als Rettungsassistent, Leitstellenmitarbeiter und Ausbilder einer Hilfsorganisation. Nach dem Studium arbeitete er zunächst am Institut für Anästhesiologie des Westfalz-Klinikums Kaiserslautern und ging 1997 an die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Benjamin Franklin in Berlin. Zwischen 2000 und 2003 studierte er Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Technischen Universität Berlin. Anschließend war er drei Jahre lang Fachbereichsleiter Medizin der ADAC-Luftrettung München. 2007 wechselte er als Referatsleiter in die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und war dort unter anderem für die Notfallmedizin und den Katastrophenschutz zuständig.

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 (WiDO), dessen Leitung er später übernahm. 2002 wechselte er zur AOK Westfalen-Lippe. Von 2010 bis 2015 war er Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest, die aus der Fusion von AOK Westfalen-Lippe und AOK Schleswig-Holstein hervorgegangen ist.

„Wir brauchen eine Notfallversorgung aus einem Guss“

Überfüllte Notaufnahmen, überlastete Mediziner, genervte Patienten: Die Notfallversorgung entwickelt sich mehr und mehr zum Notfall. Welche Gegenmittel helfen könnten, diskutierten Experten beim G+G-Gespräch.

Zum Einstieg eine Frage an alle: In den Medien ist immer wieder zu lesen, dass Menschen mit Bagatellerkrankungen die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Haben Patienten heute keine Geduld mehr, um auf den Kassenärztlichen Notdienst zu warten oder sich am nächsten Tag ins Wartezimmer zu setzen?

WOLF-DIETRICH TRENNER: So einfach ist das nicht. Hier müssen wir unterscheiden, wer mit Patient gemeint ist. Der chronisch Kranke zum Beispiel kennt sich im Prinzip aus und weiß, wann er sich an wen wenden kann. Aber die Mutter, deren Kind plötzlich erkrankt, ist in einer ganz anderen Situation, hat Angst und sucht schnelle Hilfe. Und wenn die Hausarztpraxis geschlossen ist oder Ärzte keine Hausbesuche mehr machen – und das ist ja inzwischen fast durchgängig so –, dann muss ich als Patient sehen, wo ich behandelt werde. Und die Notaufnahme eines Krankenhauses ist dann das Naheliegendste.

FERDINAND GERLACH: Da gebe ich Ihnen recht, Herr Trenner. Wir können Patienten nicht über einen Kamm scheren. Dass wir hier differenzieren müssen, wissen wir aus Erhebungen von Notfalleinweisungen in Berlin, Schleswig-Holstein und Hamburg. Chronisch Kranke gehen noch die herkömmlichen Wege. Jün-

gere sowie Menschen, die aus anderen Gesundheitssystemen zu uns gekommen sind und die hiesigen Versorgungsstrukturen nicht kennen, gehen vermehrt in die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Außerdem gibt es Patienten, die überhaupt keinen Hausarzt haben. Hinzu kommt, dass viele Patienten gar nicht wissen, dass es einen ärztlichen Bereitschaftsdienst gibt. Das haben beispielsweise Befragungen in zwei Berliner Notfalleinweisungen ergeben. Auch aus Befragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wissen wir, dass heute weniger Menschen ihren Hausarzt ansprechen, weniger in die Praxen und mehr in die Klinikambulanzen gehen oder den Rettungsdienst rufen.

Welche Gründe hat das?

STEFAN POLOCZEK: Der Rettungsdienst wird nicht erst seit Kurzem stärker in Anspruch genommen. Das beobachten wir schon seit einigen Jahren. Die Ursachen liegen zum einen im demografischen und medizinischen Wandel. Die Menschen werden älter und leben länger zu Hause. Zugleich hat der medizinisch-technische Fortschritt dazu geführt, dass schwerkranke Patienten nicht mehr unbedingt stationär, sondern auch ambu-

lant betreut werden können. Keiner von uns hat zum Beispiel vor zehn oder 15 Jahren Menschen im Elektrorollstuhl und mit einer Heimbeatmungsmaschine im Supermarkt gesehen. Kommt es zu einer kleinen Störung, etwa zum Ausfall des Elektrorollstuhls, wird der Rettungsdienst gerufen. Zum anderen hat sich das Anspruchsverhalten infolge der elektronischen Medien geändert. Wenn ich via Smartphone zu jeder Zeit Essen, Akkuschauber oder sonstiges ordern kann, gehe ich eben auch ohne Umschweife in die Notaufnahme.

MARTIN LITSCH: Das ist richtig. Aber es kommt noch ein Aspekt hinzu: die unzureichende Gesundheitskompetenz der Versicher-



ten. Viele kennen den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht, wohl aber die Klinik-Notaufnahmen und den Rettungsdienst.

Erklären denn die Kassen das System der Notfallversorgung nicht gut genug?

LITSCH: Das Problem der gestiegenen Inanspruchnahme lässt sich nicht einfach dadurch lösen, dass wir als Kasse ein Programm für mehr Gesundheitskompetenz auflegen. Natürlich müssen wir das System der Notfallversorgung für die Versicherten transparent machen. Das allein reicht aber nicht. Wir müssen an die Strukturen ran. Wir brauchen eine klare und einfach strukturierte Versorgung für die Menschen im Notfall. Wir müssen weg von der komplizierten Multistruktur mit ambulanten Akutpraxen, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Not-

fallambulanzen der Kliniken und hin zu einer klaren, sozusagen in der Linie organisierten Versorgung. Zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung gibt es zu wenig Zusammenarbeit und Transparenz, oft herrscht Ineffizienz. Deshalb brauchen wir eine zentrale Anlaufstelle.

Aber derzeit haben wir für den Notfall die 112 des Rettungsdienstes und die 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes – zwei Telefonnummern und zwei Leitstellen. Ist das sinnvoll?

POLOCZEK: Ehrlich gesagt, ja. Denn es gibt viele Patienten, die sagen: Ich traue mich nicht, die 112 anzurufen. Auch andere Länder wie Dänemark und Großbritannien haben zwei Telefonnummern. Der Unterschied zu uns besteht aber darin, dass deren Leitstellen eng vernetzt sind. Und genau hier hat Deutschland ein Problem: Es fehlt an Vernetzung und Zusammenarbeit.

TRENNER: Das ist doch der Knackpunkt. Und die Patienten können nicht für das, was im Gesundheitswesen durcheinander, nebeneinander oder gar gegeneinander läuft, verantwortlich

“ Fast die Hälfte der Notaufnahme-Patienten wird stationär aufgenommen. Das ist im internationalen Vergleich eine außergewöhnlich hohe Quote.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach



gemacht werden. Ärzte und Kliniken haben ihre ökonomischen Interessen im Blick und Angst vor finanziellen Einbußen. Darum geht es ihnen und weniger darum, ob der Patient an die richtige Stelle kommt.

GERLACH: Und das liegt an den bestehenden Fehlanreizen. Beispielsweise ist der Rettungsdienst kein Leistungserbringer im Sinne des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Er bekommt nur dann seine Transportleistung bezahlt, wenn sie mit einer SGB-V-Leistung zusammen erbracht wird. Dadurch entsteht ein starker Anreiz, Patienten zur medizinischen Behandlung ins Krankenhaus zu bringen.

Und welche Fehlanreize sehen Sie bei den Krankenhäusern? Gibt es dazu Daten?

GERLACH: Ja. Nach dem Krankenhaus-Report 2016 wird rund die Hälfte der Patienten, die in die Notaufnahmen kommen, stationär aufgenommen. Das ist im internationalen Vergleich eine außergewöhnlich hohe Quote. Wir wissen, dass nicht wenige Patienten Kurzlieger und Ein-Tages-Fälle sind und wahrscheinlich nicht im Krankenhaus hätten bleiben müssen. Es gibt offenbar Versuche, auf diese Weise die Deckungsbeiträge bei vermeintlich unterfinanzierten ambulanten Einheiten zu erhöhen. Zum Schutz der Krankenhäuser ist aber auch zu sagen, dass eine Klinik einen Patienten, der über Brustschmerzen klagt,



Als Patient nehme ich längere Wege in Kauf, wenn ich weiß, dass ich in der entfernten Klinik besser versorgt bin als in der nächsten.



Wolf-Dietrich Trenner

nicht einfach nach Hause schicken kann. Sie muss abklären, ob eventuell ein Herzinfarkt dahintersteckt. Das geht in den jetzigen Versorgungsstrukturen nur mit einer stationären Aufnahme. Und kommt der Patient in ein kleines Krankenhaus und hat gerade ein Assistenzarzt Dienst, dann bleibt der Patient, bis am nächsten Morgen der Oberarzt kommt und die Diagnostik einleitet.

Sind für manche Kliniken die Notaufnahmen quasi zu Einweisungsstaubsaugern geworden?

GERLACH: Es gibt Hinweise darauf, dass eine Reihe stationärer Aufnahmen unnötig sind. Dies sagen übrigens auch viele, die in den Notaufnahmen arbeiten. Sie sind unzufrieden und überlastet. Und die Patienten sind frustriert, weil sie lange warten müssen.

Die Kassen beklagen die Kostensteigerungen in der Notfallversorgung. Wenn schon die Preise steigen, stimmt denn auch die Qualität?

LITSCH: Die Notfallversorgung ist nicht schlecht. Wir können sie aber besser und effizienter machen. Dafür brauchen wir eine Konzentration der Leitstellen und eine Vernetzung der Informationen. Wir müssen die Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus verbessern, einheitliche Struktur- anforderungen definieren und nach dem tatsächlichen Versorgungsbedarf differenzieren. Dazu gehört eine einheitliche Definition des Begriffs Notfall. Ist der Patient in Lebensgefahr und drohen schwere gesundheitliche Schäden? Ist es ein stationärer Akutfall, bei dem sich der Gesundheitszustand plötzlich verschlechtert hat und stationärer Behandlungsbedarf besteht, aber keine Lebensgefahr? Oder haben wir es mit einem Fall zu tun, der in den vertragsärztlichen Bereich überwiesen werden kann? Solch eine Einordnung ist erforderlich, um die hilfeschuchenden Patienten in die für sie richtige Versorgungseinheit zu bringen – je nach Fall ambulant oder stationär.

Wer soll diese Einteilung vornehmen?

LITSCH: Wir als AOK schlagen vor, die Versorgung in integrierte Notfalleinheiten zu überführen. Die Patienten haben dann eine zentrale Anlaufstelle für ihr medizinisches Behandlungsersuchen im Notfall. Diese integrierten Notfalleinheiten sollen niedergelassene Ärzte und Klinikärzte gemeinsam betrei-



ben. In der Notfalleinheit wird dann entschieden, ob der Patient ambulant versorgt werden kann oder stationär aufgenommen werden muss. Die integrierten Notfalleinheiten müssen natürlich flächendeckend verfügbar sein. Im Idealfall erfolgt die Einrichtung an einem regionalen Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung teilnimmt. In dünner besiedelten Regionen sollten diese Notfalleinheiten in zentralen Orten geplant und zugelassen werden.

Das hört sich ähnlich an wie das vom Sachverständigenrat kürzlich bei seinem Werkstattgespräch vorgestellte Konzept zur Neuordnung der Notfallversorgung.

GERLACH: Ja, ähnlich. Wir empfehlen voll integrierte, regionale Leitstellen, die über eine bundeseinheitliche Rufnummer erreichbar sind und je nach Patientenanliegen die individuell beste Versorgungsoption wählen. Das für viele Patienten unverständliche Nebeneinander verschiedener Rufnummern – die 112 für den Rettungsdienst und die 116117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst – soll entfallen. Die integrierten Leitstellen sollen eine telefonische Beratung durch geschultes Personal sowie durch erfahrene Ärzte anbieten. Je nach Bedarf erfolgt eine Terminvergabe in Praxen niedergelassener Ärzte oder in integrierten Notfallzentren. Auch Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Rettungsdienstesätze werden hier koordiniert. Wichtig ist die nahtlose Verzahnung der bislang drei getrennten Bereiche. Wir brauchen eine Notfallversorgung aus einem Guss, und müssen sie sektorenübergreifend ausgestalten. Die Notfallzentren sollen möglichst auch ambulante kinder- und augenärztliche Angebote sowie psychiatrische Kriseninterventionsdienste haben, idealerweise auch mit Zugang zu spezialisierten stationären Kapazitäten, etwa zur Behandlung von Schlaganfällen, Herzinfarkten oder Polytraumata.



Wir müssen weg von der komplizierten Multistruktur mit Akutpraxen, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Klinik-Notfallambulanzen.



Martin Litsch

Also nicht jedes Krankenhaus soll alles machen. Herr Trenner, was sagen Sie als Patientenvertreter dazu?

TRENNER: Eine Spezialisierung halte ich für vernünftig. Es kann nicht sein, dass an jeder Ecke ein Wald- und Wiesenkrankenhaus steht, das aber eben nicht das kann, was nun gerade gebraucht wird. Wir haben viel zu viele Kleinstkrankenhäuser und eine zu hohe Klinikdichte. Und ich bin mir gar nicht mal so sicher, dass Leitstellen tatsächlich wissen, wie die Häuser ausgestattet sind.

POLOCZEK: Strukturqualität kann ich abfragen. Kann fragen: Habt ihr einen Herzkatheterplatz? Ja, habe ich. Dann kann ich den Rettungskräften sagen: Da könnt ihr hinfahren. Wir in Berlin, aber auch in den anderen Ländern, haben die Regel, das nächste geeignete Krankenhaus anzufahren. Aber nicht nur die Entfernung ist entscheidend, beispielsweise bei einem Herzinfarkt-Patienten. Schaut man wirklich auf Qualität und Prozesse, ist wichtig zu wissen: Wie lang ist die Door-to-Balloon-Time eines Hauses für eine Herzkatheter-Untersuchung. Dann hätte ich als Rettungsdienst kein Problem zu sagen: Ich fahre zehn Minuten länger, weiß aber, der Patient kommt eine halbe Stunde früher dran. Dafür brauchen wir aber Prozessdaten. Und die zu bekommen, ist außerordentlich schwierig.

TRENNER: Und dann nutzt es auch wenig, die Rettungskette qualitativ zu verbessern, wenn diese vielen Kleinstkrankenhäuser die Versorgungsqualität nicht gewährleisten können. Und schon sind wir beim Thema Mindestmenge. Der Rettungsdienst fährt den Patienten sozusagen ins schwarze Loch. Und das ist höchst ärgerlich. Als Patient nehme ich längere Fahrzeiten gerne

in Kauf, wenn ich weiß, dass ich im weiter entfernten Krankenhaus besser versorgt werde als in dem nahegelegeneren.

GERLACH: Dazu gibt es auch Studien. Diese sagen ganz klar, dass bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma längere Transportwege in Kauf zu nehmen sind, wenn die Patienten dann gut versorgt werden.

LITSCH: Das Paradoxe in Deutschland ist ja, dass wir Herzinfarktverdachtsfälle in Krankenhäuser bringen, die keinen Herzkatheterplatz haben. Wo gibt es denn so was? Und damit Patienten nicht, wie Herr Trenner sagte, ins schwarze Loch gefahren werden, müssen die Kapazitäten der Leistungserbringer auch in der Leitstelle sozusagen aufblinken. Technisch ist das kein Problem.

GERLACH: Das ist der Vorschlag des Sachverständigenrates.

In einigen Staaten haben Rettungskräfte im Notfall mehr Entscheidungsspielraum. Zugleich haben wir hierzulande eine innerärztliche Diskussion um den Facharzt für Notfallmedizin. Brauchen wir eine andere Arbeitsteilung?

POLOCZEK: Von Seiten des Rettungsdienstes ein ganz klares Ja. Darauf zielt auch das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäter, das seit drei Jahren in Kraft ist und die Ausbildung bundeseinheitlich regelt – ein erster Schritt in die richtige Richtung. Wir müssen für nichtärztliches Personal mehr Kompetenzen einführen. Berlin geht diesen Weg mit dem neuen Rettungsdienstgesetz und der Delegation durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Einen Facharzt für Notfallmedizin halte ich ebenfalls für sinnvoll. Dieser muss sich sowohl in der Intensivnotfallmedizin als auch der Allgemeinmedizin auskennen.

LITSCH: Der Rettungsdienst spielt eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Notfallpatienten sowie beim Transport in ein geeignetes Krankenhaus. Daher ist eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Rettungsdienste erforderlich. Hochqualifizierte Notfallsanitäter sollten mittelfristig umfassendere Rechte für die unmittelbare Versorgung von Patienten erhalten. Dies umfasst auch Tätigkeiten, die derzeit noch Notärzten vorbehalten sind. Und via telemedizinischer Vernetzung ließe sich die Kommunikation zur Übermittlung von Anweisungen oder Absprachen für die Behandlung sichern.

GERLACH: Auch der Rat ist dafür, die Kompetenzen der Notfallsanitäter zu stärken. Diese müssen aber bundeseinheitlich sein. Was ein Notfallsanitäter darf oder nicht – zum Beispiel einen Zugang legen oder mit bestimmten invasiven Maßnahmen

eine Reanimation einleiten – ist derzeit von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt. Das gilt es zu überwinden. Denn der Transport eines Notfalls geht auch schon mal über Ländergrenzen hinweg. In den USA zum Beispiel ist die Notfallrettung auf die Paramedics abgestellt. Dort dürfen Rettungskräfte beispielsweise intubieren. Den mit einem Notarzt besetzten Rettungswagen gibt es dort nicht.

Und was hält der Sachverständigenrat davon, einen Facharzt für Notfallmedizin einzuführen?

GERLACH: Nicht empfehlenswert. Es gibt schon 82 Facharzt- und Zusatzbezeichnungen. Noch mehr brauchen wir nicht.

Um eine qualitativ hochwertige und zugleich effiziente Notfallversorgung zu erreichen, spielt die Bedarfsplanung eine große Rolle. Wer soll da zum Zuge kommen?

GERLACH: Aus Sicht des Sachverständigenrates sollen die Länder Standorte für die Integrierten Notfallzentren (INZ) festlegen, gegebenenfalls auch ausschreiben. So lässt sich die Balance zwischen Zentralisierung und Flächendeckung gewährleisten. Die INZ sollen durch einen extrabudgetären, aus ambulanten und stationären Budgets bereinigten, separaten Topf für sektorenübergreifende Notfallversorgung finanziert werden.

LITSCH: Dass allein die Länder einen Bedarfsplan für die Notfallversorgung erstellen sollen, sehe ich kritisch. Wichtige

“ Sanitäter brauchen mehr Kompetenzen. Und ich halte es für sinnvoll, den Facharzt für Notfallmedizin einzuführen. “

Dr. Stefan Poloczek

Fragen zur Sicherstellung und Steuerung blieben damit offen. Unser Vorschlag: ein gemeinsames Gremium aus Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene. Um zu gewährleisten, dass die Patienten an die richtige Versorgungseinheit gelangen, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss Planungs-Richtlinien erlassen, beispielsweise Strukturen, Qualifikation und Ausbildung des Personals vorgeben. Im Idealfall erfolgt die Einrichtung der integrierten Zentren, oder wie wir sie nennen, integrierten Notfalleinheiten, an ausgewählten und qualifizierten Standorten, möglichst an einem Krankenhaus vor Ort.

Föderale Eigenheiten, Intransparenz und mächtige Interessengruppen – kann eine Reform der Notfallversorgung überhaupt gelingen? Oder anders gefragt: Wo stehen wir in einem Jahr?

POLOCZEK: Es ist schon ein dickes Brett zu bohren. Und die vielen Player machen das Ganze nicht gerade leicht. Dass das Thema nicht nur von Insidern diskutiert wird, sondern inzwischen auch die Öffentlichkeit beschäftigt, ist schon ein großer Erfolg und lässt hoffen.

GERLACH: Politik, Krankenkassen und Praktiker haben erkannt, dass eine Reform der Notfallversorgung dringend geboten ist. Deshalb gehe ich davon aus, dass wir bereits im nächsten Koalitionsvertrag Einiges darüber lesen können. Und ich bin optimistisch, dass zumindest ein Teil der vom Sachverständigenrat präsentierten Empfehlungen umgesetzt wird. Schon 50 Prozent wären eine gute Quote. Mehr kann man als wissenschaftlicher Politikberater nicht erwarten. Die Notfallversorgung



könnte das erste, wirklich funktionierende Pilotprojekt für die sektorenübergreifende Versorgung werden.

LITSCH: Da stimme ich Professor Gerlach zu. Um eine sektorenübergreifende Notfallversorgung zu erreichen, muss die nächste Bundesregierung klare Kante zeigen und darf gegenüber Interessenvertretern nicht einknicken, weder auf regionaler noch auf Bundesebene.

TRENNER: In einem Jahr – das ist überaus ambitioniert. Ich würde mir wünschen, dass die Bundesregierung die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte, Kliniken und Krankenkassen dazu verpflichtet, die Notfallversorgung sektorenübergreifend zu strukturieren – und das innerhalb einer vorgegebenen Frist. Denn meine Erfahrung ist: Ohne Frist passiert nichts. ■

Die Fragen stellten Gabriele Hilger und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



Mensch oder Maschine?

Gesundheitsdaten sollten keine Handelsware sein, sagt [Dirk Heckmann](#).

In seinem Essay erläutert der Experte für Internetrecht seine Vision von „E-Health made in Germany“ – mit Technologien, die Fortschritte für die Gesundheit erzielen und dabei auf Überwachung und Auslese verzichten.



Gesundheits-Apps, Telemedizin, Videosprechstunde und elektronische Patientenakte: Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung in der Medizin verändern sich auch die Patientinnen und Patienten. Bewegen sie sich beispielsweise mit ihren Gesundheitsdaten heute eher im Internet als in eine Arztpraxis zu gehen? Oder zugespitzt gefragt: Bleiben wir Menschen oder werden wir zu Maschinen? Welche Rolle spielen Patientinnen und Patienten im Fokus eines digitalisierten Gesundheitswesens? Wie kann ein

IT-betriebenes und IT-getriebenes Gesundheitswesen ein menschliches Antlitz bewahren? Avanciert der Mensch im E-Health der nächsten zehn oder 20 Jahre zum reinen Datenlieferanten einer hocheffizienten Gesundheitsvorsorge? Big Data – Big Brother? Es geht dabei um mehr als technische Innovation zwischen Usability und Compliance, also Benutzerfreundlichkeit und Therapietreue. Es geht um ethische Grundfragen einer freiheitlichen Gesellschaft.

Kommunikation wird schneller und zielgenauer. Und auch um Sicherheit: Wie sicher sind unsere Gesundheitsdaten, wie sicher ist eine Telematik-Infrastruktur in einer Zeit, in der selbst und ausgerechnet der Deutsche Bundestag Opfer eines Hackerangriffs wird, wie Anfang 2015 geschehen? Welches Vertrauen darf ich in ein Parlament und ein Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik haben, die nicht einmal die eigene IT unter Kontrolle haben?

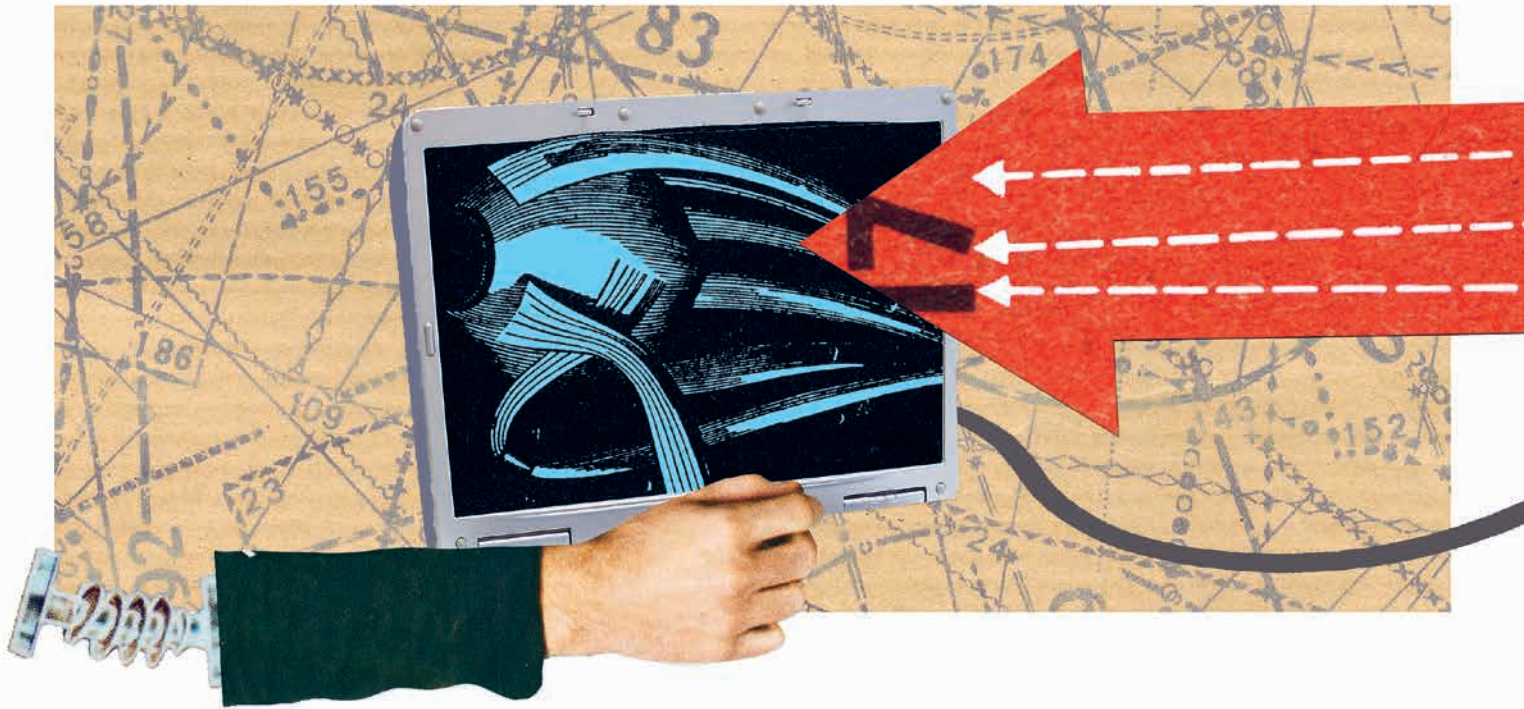


Aber keine Sorge: Ich bin nicht der juristische Bedenkenträger, der Ihnen die Laune mit Schreckensszenarien und einem erhobenen Zeigefinger verdirbt. Am Ende meines Artikels steht ein optimistischer Ausblick. Überhaupt sehe ich als Internetrechtler, der den Prozess der Digitalisierung wie kaum einer meiner Kollegen in Deutschland bereits seit dem letzten Jahrhundert beobachtet und teilweise auch mitprägen durfte und darf, den generellen Nutzen elektronischer Geschäftsprozesse. Letztlich ist es mit E-Health so wie mit E-Government, E-Business, Smart Home, intelligenten Energienetzen oder dem autonomen Fahren: Kommunikation und Steuerung werden schneller, zielgenauer und letztlich kostensparender, wenn sie intelligent gestaltet sind, den Akteuren einen unmittelbar einsichtigen, überwiegenden Nutzen bringen und gegenüber Angriffen und Manipulation ausreichend abgesichert werden. Man könnte ergänzen: Und wenn sie ethisch verantwortbar sind, also Antworten auf offene Fragen geben können.

Weit entfernt von der elektronischen Patientenakte. Auch im Gesundheitswesen kommt es entscheidend darauf an, dass genau jene Informationen, die ein Akteur (sei es ein Arzt, ein Apotheker oder auch ein Verwaltungsmitarbeiter) zur Aufgabenerfüllung braucht, rechtzeitig, vollständig und korrekt zur Verfügung stehen. Es ist dieser Teil eines elektronischen Gesundheitswesens, der durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (kurz: E-Health-Gesetz) im Januar 2016 eine Rechtsgrundlage erhalten hat und Fortschritt bedeutet: Die Digitalisierung mit den passenden Tools und Medien sorgt für eine hohe Übertragungsgeschwindigkeit, eine standardisierte Verarbeitung und erspart Redundanzen, wie man sie zum Beispiel von der herkömmlichen Patientenaufnahme kennt.

Wenn dort etwa die Empfangsstelle, das Help Desk auf der Station eines Krankenhauses, die Stationschwester, der Assistenzarzt und die Fachärztin jeweils die gleichen Fragen stellen, sieht man, dass diese Akteure zwar in standardisierter Form geschult, jedoch in keiner Weise vernetzt sind. Dabei betrifft dieser kleine Fall lediglich das Stammdatenmanagement und ganz wenige Falldaten. Wir sind noch weit entfernt von einer flächendeckenden medienbruchfreien elektronischen Aktenführung mit mobilem Datenzugriff und ausgeklügeltem Rollen- und Rechtemanagement.

Orientierungspunkte für eine E-Health-Strategie. Wie so etwas aussehen könnte, zeigt beispielsweise der Software-Anbieter Intersystems mit seiner Plattform „Health-Share Personal Community“. Wie die Zeitung „eGovernment Computing“ berichtete, aggregiert die Software „Daten aus allen relevanten Quellen in Echtzeit und erstellt auf Knopfdruck aktuelle, komplette Patientenakten. Über ein Portal können dann Patienten und autorisierte Angehörige die persönlichen Daten einsehen. (...) Die Plattform soll zudem Funktionen wie die Vereinbarung von Arztterminen, die Beschaffung rezeptpflichtiger Medikamente, die Kommunikation zwischen Patient und Gesundheitsdienstleister oder auch die medizinische Aufklärung für Patienten unterstützen. Dabei soll die intuitive Nutzeroberfläche die



Anwendung sehr einfach machen.“ Eingesetzt wird dieses System bereits vom Klinikbetreiber Hunterdon Healthcare System aus New Jersey, USA. Ob ein solches System nach deutschen und europäischen rechtlichen Standards und praktischen Vorstellungen umsetzbar wäre, bliebe zu diskutieren. Allemal bietet diese Diskussion aber interessante Orientierungspunkte für eine E-Health-Strategie.

Deutschland scheint zurückzuliegen. Zurück nach Deutschland, das im Vergleich zu anderen Ländern weit zurück zu liegen scheint: „Papierlose Klinik bleibt Vision“ titelte die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft Price Waterhouse Coopers. Die Studie der Europäischen Union „Benchmarking Deployment of EHealth-Services 2012-2013“ kritisierte gar unzureichende Datensicherheit: So sei die Verschlüsselung der gespeicherten Patientendaten nur in 40 Prozent der deutschen Kliniken üblich. 75 Prozent sicherten ihre IT nur mit einem Passwort. Nur 20 Prozent hätten ein redundantes Datensicherungssystem. Und in 33 Prozent der deutschen Kliniken erfolge eine Datenherstellung nach Systemausfall erst nach 24 Stunden.

Man kann sich bei diesem Befund nicht leicht herausreden, Regulierung und Umsetzung von E-Health brauche in Deutschland deshalb so lange, weil erst die offenen Fragen zum Datenschutz und zur IT-Sicherheit zu klären seien. Die Verlagerung elektronischer Patientenakten in die Cloud, also den onlinebasierten Speicher- und Serverdienst eines professionellen Healthcare-Anbieters, könnte im Gegenteil nämlich einen Sicherheitsgewinn bedeuten.

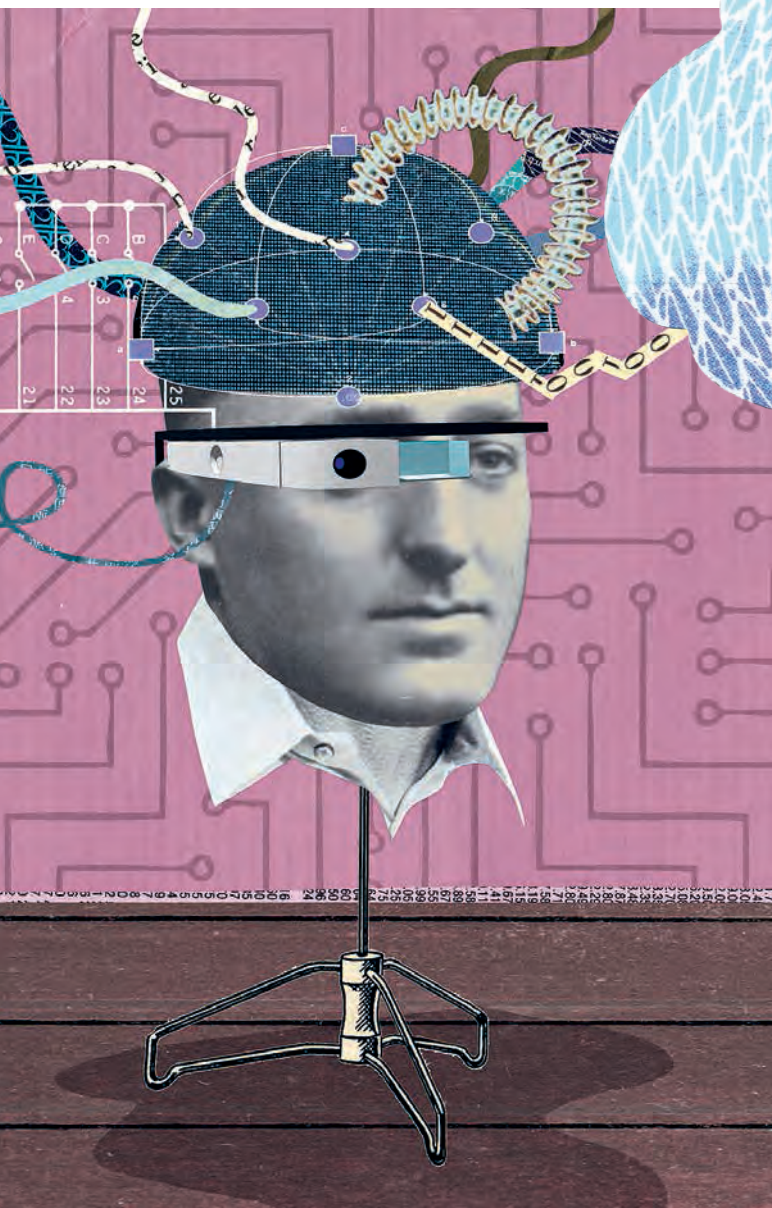
Fragen nach Kommerzialisierung und Determinierung. Ich möchte hier aber weniger auf die bekannten Streitpunkte der E-Health-Debatten der letzten zehn Jahre (elektronische Gesundheitskarte, Telematik-Infrastruktur und anderes mehr) eingehen. Was mich umtreibt sind Fragen, auf die das E-Health-Gesetz schon deshalb keine Antworten weiß, weil sie dort nicht einmal gestellt werden: Wie viel Kommerzialisierung und Determinierung darf mit der Entwicklung eines elektronischen Gesundheitswesens einhergehen? Damit trenne ich zwei Ebenen, die man pointiert mit Digitalisierung des Medizinischen einerseits und Medizinierung des Digitalen andererseits bezeichnen könnte: Auf der einen Ebene geht es um die Digitalisierung der medizinischen Informationen und Verfahren, was im 21. Jahrhundert eine Selbstverständlichkeit sein sollte. Auf der anderen Ebene geht es um die permanente digitale Erfassung des Lebensalltags, was vordergründig der Gesundheitsvorsorge zugeschrieben wird, weil ein hehrer Zweck mutmaßlich alle Mittel heiligt.

Gesundheitsbereich ist prädestiniert für Geschäftsmodelle. Zunächst zur Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Machen wir uns nichts vor: Wenn es einen Bereich gibt, der für Geschäftsmodelle aller Art geradezu prädestiniert ist, dann ist dies der Gesundheitsbereich. Wie viel der Mensch hier unreflektiert auszugeben und preiszugeben bereit ist, zeigt sich seit Jahrzehnten beim Thema Gewichtskontrolle und Diät. Wenn uns nun versprochen wird, mit Hilfe von Smartphones, Apps und weiteren technischen Spielereien gesünder zu werden und am Ende auch noch bei den Versicherungsprämien Geld zu

sparen, schnappt die Plug and Play Falle zu. Es wird bereits diskutiert, inwieweit die Unternehmen Apple und IBM mit dem E-Health-Software-Hersteller Epic die Organisation des amerikanischen Gesundheitssektors übernehmen könnten.

Einbußen an Freiheit und Privatheit. Verstehen Sie mich nicht falsch: Auch im Gesundheitsbereich gibt es legitime kommerzielle Interessen. Was aber den Gesundheitsdatenhandel im Smart Life zum Beispiel von dem Betrieb eines Fitnessstudios unterscheidet, ist der schleichende Verlust an Entscheidungsfreiheit und Privatheit durch Anpassung an vorgefertigte Ge-

sundheitsverhaltensstandards. Mich erinnert die Schaffung einer Gesundheitsdaten-Infrastruktur an die intransparente Tätigkeit von Geheimdiensten, die uns nach eigenem Bekunden ja auch nur Gutes tun wollen, nämlich Sicherheit gewährleisten. Der Preis hierfür, nämlich Einbußen an Freiheit und Privatheit, ist hoch, zumal die Gegenleistung nicht wirklich garantiert werden kann. Wie auch bei E-Health: Nicht alles, was unter diesem Label als gesundheitsfördernd angeboten wird, ist es wert, die Hoheit über unser gesundheitsrelevantes Verhalten an IT-Dienstleister abzutreten. Gesundheitsdaten sollten keine Handelsware sein.



Das Problem ist nicht, Maschinen zum Wohle des Menschen einzusetzen, sondern den Patienten dergestalt in das Gesundheitssystem einzubauen, dass er selbst zur Maschine wird.

Technischer Fortschritt verbessert Gesundheit. Die zweite ethische Grundfrage ist die nach der Determinierung des Menschen im digitalisierten Gesundheitswesen. Sie hängt mit meiner Ausgangsfrage zusammen: Mensch oder Maschine? Das ist nicht leicht, aber auf jeden Fall anders zu beantworten, als dies auf den ersten Blick nahe liegt. Es geht nämlich nicht darum, ob Maschinen und Informationstechnologien überhaupt eingesetzt werden sollen. Diese Frage wurde schon vor Jahrzehnten positiv beantwortet: Die Ausstattung hochmoderner Arztpraxen, Operationssäle und Intensivstationen zeigt uns zumindest in Deutschland und anderen modernen Ländern die Vorteile des technischen Fortschritts für Gesundheitsvorsorge und Lebensrettung. Was hier begonnen wurde, soll im Internetzeitalter fortgesetzt werden – durch Telemedizin, Teleoperationen und eine bessere Zugänglichkeit und Validität der maßgeblichen Gesundheitsdaten.

Internet der Dinge zeichnet Lebensalltag auf. Das Problem ist also nicht, Maschinen zum Wohle des Menschen einzusetzen. Sorgen könnte der Trend bereiten, den digitalisierten Patienten dergestalt in das elektronische Gesundheitssystem einzubauen,

dass er selbst quasi zur Maschine wird, um Risiken immer mehr zu minimieren. Anzeichen gibt es hierfür in mehrfacher Hinsicht, die Apple Watch – ein Gerät zum Aufzeichnen von Fitnessdaten fürs Handgelenk – markiert nur den Anfang. Im Internet der Dinge kann praktisch der gesamte Lebensalltag aufgezeichnet und ausgewertet werden, von smartem Geschirr über intelligente Kleidung bis zu in den Körper eingepflanzten Chips, die im Vorbeigehen ausgelesen werden. So entsteht ein lückenloses Gesundheitsprofil der Patienten, woran nicht nur Ärzte oder Krankenkassen, sondern auch Drittanbieter von gesundheitsnahen Produkten und Dienstleistungen ein Interesse haben werden. Wir werden zudem abhängig von der Funktionsfähigkeit dieser Technologien, ihrer Verfügbarkeit, Vertraulichkeit und Integrität. Als weitere Folge wäre eine Orientierung am „perfekten Menschen“ denkbar, der sich durch eine ganzheitlich und lückenlos erfasste Gesundheit auszeichnet. Wer nicht oder nur teilweise in dieses Raster passt, wird aussortiert: nicht durch physische Vernichtung, sondern durch Offenlegung menschlicher Schwächen und damit einhergehende soziale Bemakelung, Nachteile im beruflichen Fortkommen, schlechtere Versicherungsbedingungen und vieles mehr. Die ethische Frage ist: Wollen wir das wirklich?

Drei Thesen zu E-Health. In einem Gastbeitrag für die Frankfurter Allgemeine Zeitung warnte SPD-Politiker Martin Schulz, damals Präsident des Europäischen Parlaments, bereits 2014 vor der totalen Determination des Menschen in einem technologischen Totalitarismus, in dem E-Health und E-Commerce verschmelzen. Ich zitiere: „Wenn die Messung unseres Augenzwinkerns oder die Beschleunigung unseres Pulses beim Ansehen bestimmter Produkte in Echtzeit in die Datenbank von multinationalen Konzernen fließen, ist der neue Mensch nur noch die Summe seiner Reflexe, und er wird biologisch komplett determiniert.“ Das führt mich zu drei abschließenden Thesen und dem versprochenen optimistischen Ausblick.

1. E-Health hat eine helle und eine dunkle Seite. Die helle Seite betrifft die Modernisierung der Informations- und Kommunikationsstrukturen im Gesundheitswesen; die eingesetzten digitalen Medien und Geräte haben eine streng dienende Funktion zur Verbesserung der Geschäftsprozesse bei Patienten und Gesundheitsfürsorgern. Das ist zu begrüßen. Die dunkle Seite betrifft den entstehenden Markt mit IT-Produkten und Dienstleistungen, die auf die Erfassung und Vermessung des Menschen zielen; die eingesetzten digitalen Medien und Geräte haben eine beherrschende Funktion zur Verbesserung der geschäftlichen Erträge der IT-Anbieter. Das ist kritisch zu betrachten.

2. In einem freiheitlichen Gemeinwesen steht es grundsätzlich jedem frei, auch die dunkle Seite zu betreten. Es ist jedoch die Schutzpflicht des Staates, auf Risiken und Nebenwirkungen hinzuweisen. So mag es die Freiheit geben, sich für Unfreiheit zu entscheiden, sich determinieren und überwachen zu lassen. Dies darf aber nicht zu Lasten Dritter gehen. Das wiederum

Der Autor



PROF. DR. DIRK HECKMANN, geboren 1960, ist seit 1996 Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sicherheitsrecht und Internetrecht sowie Leiter der Forschungsstelle für IT-Recht und Netzpolitik For..Net an der Universität Passau. Der Lehrstuhl befasst sich unter anderem mit E-Government, E-Health, Smart Traffic, Datenschutz und Persönlichkeitsschutz im Internet. Aus seiner Feder stammt

der juris Praxiskommentar Internetrecht (5. Auflage 2017). Dirk Heckmann ist zudem nebenamtlicher Richter am Bayerischen Verfassungsgerichtshof. Seit 2007 nimmt er am IT-Gipfel der Bundeskanzlerin als Sachverständiger für Internetrecht teil. Im CSU-Netzrat ist er seit 2010 sachverständiges Mitglied. Seit 2014 ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Recht und Informatik. 2016 berief der Bundesverkehrsminister ihn in die Ethikkommission für autonomes Fahren. Im Wissenschaftlichen Beirat zur Begleitung der digitalen Transformation, den die AOK Nordost Ende 2016 gegründet hat, ist er Geschäftsführer.

Kontakt: heckmann@uni-passau.de

wäre in einem von der Mehrheit zugelassenen System permanenter Gesundheitsdatenerfassung unvermeidbar.

3. Das E-Health-Gesetz versucht nur die helle Seite zu regulieren, zu der etwa die elektronische Gesundheitskarte, digitale Patientenakten und die Telematik-Infrastruktur gehören. Regulatorische Ansätze zur Abgrenzung gegenüber der dunklen Seite sind nicht ersichtlich. Diese Diskussion ist aber zu führen, was zum Glück zunehmend geschieht.

Nicht perfekt – also menschlich. Und das weckt in mir Optimismus: Fast jede Veranstaltung, Diskussionsrunde oder Reportage über E-Health thematisiert im gleichem Atemzuge mit den Innovationen die hier angesprochenen kritischen Folgefragen. Auch die Krankenkassen blicken über den Tellerrand der Strukturreform hinaus. Wir stehen am Anfang dieser Entwicklung und können sie noch beeinflussen. Lassen Sie uns die helle Seite nutzen und ausbauen und von der dunklen Seite bewusst abgrenzen. Auch so lassen sich erhebliche Fortschritte für die Gesundheit erzielen. „E-Health made in Germany“ verzichtet nach meiner Vision auf totale Überwachung und Auslese, nutzt nicht alle Facetten der Digitalisierung und mag in den Augen mancher nicht perfekt sein. Nicht perfekt, das heißt: menschlich. ■

*Der Beitrag ist eine aktualisierte Fassung des Aufsatzes **Big Data: Mehr Maschine – weniger Mensch?**, erschienen im Jahrbuch für Recht und Ethik, Band 23, Verlag Duncker und Humblot.*

„Patienten stimmen heute schon mit den Füßen ab“

Nach fünf Jahren Opposition sitzt **Heiner Garg** in Kiel wieder auf der Regierungsbank. Für seine zweite Amtszeit als Gesundheitsminister hat er sich viel vorgenommen: Praxen und Kliniken sollen enger zusammenrücken, die Notfallversorgung effizienter werden und Krankenhäuser qualitätsorientierter arbeiten.

Herr Dr. Garg, wie fühlt sich so ein Comeback als Politiker an?

Garg: Gut! Es ist immer etwas Besonderes, mitgestalten zu dürfen. Hausintern war das für mich ein bisschen wie ein Klassentreffen.

Man kannte sich noch von früher?

Garg: Ja, viele. Und die meisten, die mich aus der ersten Amtszeit kennen, wissen, dass ich nicht zu denen gehöre, die beratungsresistent sind. Es ist ja das Schöne am Regieren, dass man auf ein unglaubliches Fachwissen seiner Mitarbeiter zugreifen kann. Entscheiden muss ich es am Ende natürlich selber.

Entscheidungen stehen an, zum Beispiel bei der ärztlichen Versorgung auf dem Land. Welche Konzepte haben Sie?

Garg: Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen in Schleswig-Holstein ist auch auf dem Land gewährleistet. Sicher gibt es an der West- und Ostküste unseres Landes einzelne Regionen, wo man spürt: Die Demografie macht auch vor der Ärzteschaft nicht halt. Virulent werden solche Probleme, wenn Kassenarztsitze unbesetzt bleiben. Ich sage seit 15 Jahren: Der limitierende Faktor in der Versorgung sind weniger finanzielle Ressourcen. Limitierender Faktor sind personelle Kapazitäten. Das gilt im Übrigen auch für die Pflege.

Oft wird gefragt, wie Ärzte zu den Patienten kommen. Wird nicht auch umgekehrt ein Schuh daraus?

Garg: Denkverbote verbieten sich an der Stelle. Vor allem sollten sich die Kommunen stärker zusammentun und überlegen: Wie sind wir geografisch angeordnet? Was für Angebote, von der Arztpraxis über die Kita bis zur Schule, haben wir? Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2012 haben die

Kommunen mehr Möglichkeiten, Kassenarztsitze zu übernehmen. Wir im Norden zeigen übrigens, dass das geht. Praxen und Arztsitze im Ärztehaus Büsum gehören inzwischen einer 100-prozentigen Tochter der Gemeinde. Zudem spielt die Verzahnung von ambulant und stationär eine zentrale Rolle bei der Versorgungssicherung der Zukunft. Politik kann hier viel tun.

Was genau?

Garg: Sie muss Voraussetzungen schaffen, damit sich sektorenübergreifende Versorgung lohnt. Deshalb sind die kaum zueinander passenden Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich zu synchronisieren. Außerdem ist mit vorhandenen personellen Ressourcen schonender umzugehen.

Ein Therapieansatz, den CDU, FDP und Grüne in den Koalitionsvertrag hineingeschrieben haben, ist die Landarztquote: Bewerber, die sich verpflichten, als Allgemeinmediziner auf dem Land zu arbeiten, sollen demnach leichter einen Studienplatz bekommen. Fiel Ihnen die Zustimmung zu diesem Passus leicht?

Garg: Es gibt keine schwarze Landarztquote, keine gelbe Freiberuflichkeit und keine grüne Pflegekammer. Es gibt eine Jamaika-Gesundheitspolitik. Ich werde in Sachen Quote nichts tun, was gegen Verfassungsrecht verstößt. Das heißt: Erstens müssen verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Quote restlos ausgeräumt sein. Zweitens warte ich die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz zu dem Thema ab. Drittens tue ich nichts gegen den Willen der Selbstverwaltung.

Ein Thema seit Jahren ist die Notfallversorgung. Dabei geht es nicht um die eigentlichen Notfallpatienten, sondern um die, die



in der Notaufnahme erscheinen, obwohl sie keine Notfälle sind. Das blockiert die Versorgung echter Notfälle. Was ist zu tun?

Garg: Sobald das vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erarbeitende gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme – vorliegt, muss die entsprechende Ausweisung notfallversorgender Häuser im Landeskrankenhausplan erfolgen. Zweitens muss die Finanzierung sichergestellt sein. Das darf aber nicht auf eine bloße Umverteilung innerhalb eines Bundeslandes hinauslaufen. Zuschläge aus dem Stufenkonzept müssen zusätzlich ins Land fließen. Das Dritte ist der elektronische Kapazitätsnachweis. Er stellt sicher, dass der Rettungswagen über moderne Kommunikationsmöglichkeiten sofort die geeignete Klinik ansteuert.

Braucht es am Ende integrierte Notfalleinheiten, bestehend aus Ärzten und Kliniken?

Garg: Wir nennen das Portalpraxen und verstehen darunter die Möglichkeit, am Krankenhaus rund um die Uhr die klassische Triage, also die Sichtung von Patienten vorzunehmen und zu sagen: Das ist ein Notfall, das ist keiner. Das ist derzeit nur eingeschränkt möglich. Wir wollen eine entsprechende Änderung des Sozialgesetzbuches V, sodass wir einen 24/7-Betrieb solcher Portalpraxen ermöglichen können.

Zu überzeugen sind bei dem Thema auch die Kliniken, Ärzte und Krankenkassen.

Garg: Meine Partner in der Selbstverwaltung – Leistungserbringer und Kostenträger – haben mir versichert, dass sie die Notfallversorgung im Sinne einer intelligenten Steuerung der Patientenströme einvernehmlich lösen wollen und können.

Ein ebenso heißes, weil emotionales Eisen ist die Sicherstellung der Geburtshilfe im Land. Wie wollen Sie das Thema angehen?

Garg: Bei aller verständlichen Emotionalität sind auch Fakten wichtig: Rund 99 Prozent der Bevölkerung im Land erreichen eine Geburtsklinik oder eine Geburtshilfe innerhalb von 30 Minuten. Zu den Fakten gehört auch, dass wir in Schleswig-Holstein derzeit fünf Level-1-Perinatalzentren zur Versorgung von Frühchen haben und je drei weitere auf Level 2 und Level 3.

Zur Person

Dr. Heiner Garg (51) ist Mitglied des Landtages von Schleswig-Holstein und seit Juni 2017 Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren sowie stellvertretender Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein. Schon 2009 bis 2012 war er für das Ressort Gesundheit zuständig. Der in Freiburg geborene Diplom-Volkswirt ist seit 1990 Mitglied der FDP und seit 2011 Landesvorsitzender der Liberalen in Schleswig-Holstein. Dem FDP-Bundesvorstand gehört Garg seit 2013 an.

Hinzu kommen neun Geburtskliniken, die eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen.

Ein gutes Stichwort: Krankenhausstrukturen unter Qualitätsaspekten – wie wollen Sie das Thema in Schleswig-Holstein weiter voranbringen?

Garg: Wir brauchen eine Diskussion über Zentralisierung und Spezialisierung. Wir müssen uns ehrlich machen und zur Kenntnis nehmen, dass das nur begrenzt zur Verfügung stehende Fachpersonal optimal eingesetzt werden muss. Diese Diskussion wird nach wie vor nicht ehrlich genug geführt. Dabei wissen wir, dass Patienten heute schon mit den Füßen abstimmen, wenn sie wissen, dass ein Haus besonders gut ist bei bestimmten planbaren Eingriffen.

Hätten Sie denn den Mut, eine Station oder eine ganze Klinik wegen Qualitätsmängeln dicht zu machen?

Garg: Vor Ihnen sitzt ein Minister, der in seiner ersten Amtsperiode bereits ein Krankenhaus geschlossen hat. Den Mut muss Politik haben. Wir wollen ein Landeskrankenhausgesetz auf den Weg bringen, das sicherstellt, dass Qualität eine wichtige Rolle spielt bei der Planung der stationären Versorgung. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

Arzt muss alle Risiken bedenken

Alternative Behandlungsmethoden anzuwenden, ist rechtlich zulässig und kann nicht von vornherein als fehlerhaft gelten. Aber insbesondere bei schweren Eingriffen müssen Ärzte auch die Schulmedizin im Blick haben und die Folgen mit deren Therapiemöglichkeiten sorgfältig abwägen. Dies hat der Bundesgerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 30. Mai 2017
– VI ZR 203/16 –
Bundesgerichtshof

Vermeintlich sanfte Medizin ist in. Doch der Markt der Therapien, die nicht allgemein anerkannt sind, ist unübersichtlich und teilweise sogar unseriös. Kritiker bemängeln, dass alternative Behandlungsmethoden nicht auf wissenschaftliche Beweise setzen würden. Der Vorwurf: Ihre Wirkung entstehe oftmals nur durch Placeboeffekte. Alternative Behandlungsmethoden sind aber auch nicht ohne und können Patienten gesundheitlich schädigen. Dann stellt sich die Frage, ob ein Arzt dafür haftbar zu machen ist. So geschehen in einem zahnmedizinischen Fall, der dem Bundesgerichtshof (BGH) vorlag.

Backenzähne entfernt. Die Patientin litt an multiplen Schmerzen des Bewegungsapparates und unter emotionaler Erschöpfung. Sie hatte am 14. September 2006 den Vortrag des beklagten Zahnarztes besucht. Dieser warb – auch auf seiner Internetseite – für eine ganzheitliche Behandlung durch eine Beseitigung von Störfeldern im Kiefer, die er als Ursache von allgemeinen körperlichen Beschwerden sieht. Am nächsten Tag ließ die Patientin von ihm eine „Herd- und Störfeldtestung“ machen. Der Zahnarzt diagnostizierte „mehrfaches Zahnherdgeschehen mit Abwanderungen von Eiweißverfallsgiften in den rechten Schläfen- und Hinterkopfbereich und bis in den Unterleib“, ein „Kieferknochenendostrophiesyndrom“ und einen „stillen Gewebsuntergang im Knochenmark“. Er empfahl ihr, sämtliche Backenzähne operativ zu entfernen und den Kieferknochen

gründlich auszufräsen. Am 21. September 2006 ließ sich die Klägerin vom Beklagten unter Lokalanästhesie vier Zähne im rechten Oberkiefer entfernen und den Kieferknochen in diesem Bereich „gründlich“ ausfräsen. Am 7. November 2006 holte sie sich den Zahnersatz selbst in einem Zahnlabor ab, ohne dass eine Einsetzung, Anpassung oder Einweisung in

Alternativmediziner müssen auch die Schulmedizin im Blick haben, sagen die Bundesrichter.

den Umgang mit der Prothese erfolgte. Wegen Schwierigkeiten mit dem Zahnersatz wandte sie sich an einen anderen Arzt in ihrer Nähe, der sich sehr kritisch zur Behandlung durch seinen Kollegen äußerte. Am 17. November 2006 ging die Patientin zum letzten Mal zu dem erstbehandelnden Zahnarzt. Danach suchte sie andere Zahnmediziner auf.

Die Patientin verklagte schließlich den erstbehandelnden Zahnarzt. Sie warf ihm Behandlungs- und Aufklärungsfehler vor. Der Herd- und Störfeldtest sei für eine Diagnose völlig ungeeignet gewesen. Für das Ziehen der gesunden Backenzähne und das radikale Ausfräsen des Oberkiefers habe keine medizinische Indika-

tion bestanden. Außerdem habe der Zahnarzt nicht darüber aufgeklärt, dass nach der Kieferausfräsung eine Brücke oder Implantate nicht mehr eingesetzt werden könnten. Um Zahnersatz sicher abstützen zu können, müsste der Kieferknochen wieder umfangreich aufgebaut werden. Sie forderte vom Zahnarzt das bereits geleistete Honorar in Höhe von 1.187 Euro zurück. Zudem sollte er die Kosten für die Folgebehandlung in Höhe von 10.372 Euro tragen, mindestens 5.000 Euro Schmerzensgeld zahlen und für künftige Folgeschäden aufkommen.

Befunderhebung ungenügend. Das Landgericht gab der Patientin recht und verurteilte den Zahnarzt, das Honorar zurückzuerstatten, für die Kosten der Folgebehandlung 3.220 Euro und 15.000 Euro Schmerzensgeld zu zahlen. Er müsse auch für künftige Schäden aufkommen. Im Berufungsverfahren bestätigte das Oberlandesgericht (OLG) das Urteil, verringerte aber das Schmerzensgeld auf 12.000 Euro. Auch wenn die Klägerin die Außenseitermethode gewollt habe, sei dem Zahnarzt ein Behandlungsfehler und mangelnde Aufklärung zur Last zu legen, so das OLG. Angesichts des Beschwerdebildes hätte der Zahnarzt die Patientin darüber aufklären müssen, dass vor einem solchen „Radikaleingriff“ eine interdisziplinäre Befunderhebung und entsprechende Auswertung erforderlich seien. Stattdessen habe er sich nur auf die Zahnbehandlung konzentriert. Es sei

TIPP FÜR JURISTEN



Prozessuale Besonderheiten, besondere Krankheitsbilder der Zahnheilkunde, Umgang mit Krankenkassen – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Zahnarzt haftung“ am 9. Dezember in Frankfurt/Main. Veranstalter ist die Deutsche Anwaltakademie. Infos: www.anwaltakademie.de > Veranstaltungen > Seminare > Medizinrecht/Arztrecht

nachvollziehbar, dass die wegen ihrer multiplen Beschwerden in psychisch schlechter Verfassung befindliche Klägerin davon ausging, dass die „Radikalbehandlung“ notwendig sei, um ihre Leiden zu lindern. Dass die Patientin in die Behandlung eingewilligt habe, sei für die Haftung unerheblich.

Daraufhin legte der Zahnarzt Revision beim BGH ein. Die Bundesrichter hoben das Urteil auf und verwiesen den Fall an das OLG zurück. Begründung: Das OLG habe es unterlassen, einen mit der ganzheitlichen Zahnmedizin vertrauten Sachverständigen zusätzlich hinzuzuziehen. Dies sei aber erforderlich gewesen, da der vom Gericht beauftragte Sachverständige dargelegt habe, kein Kenner der Alternativmedizin zu sein.

Alternative Verfahren zulässig. Zugleich stellte der BGH aber klar, dass die Anwendung von nicht anerkannten Methoden grundsätzlich zulässig ist. Dass der Arzt nicht nach der Schulmedizin behandelt habe, sei nicht automatisch als Behandlungsfehler anzusehen. Die Anwendung einer Außenseitermethode setze allerdings eine sorgfältige und gewissenhafte medizinische Abwägung der Vor- und Nachteile voraus. Dabei müsse ein Arzt auch die Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten der Schulmedizin im Blick haben. Je schwerer ein Eingriff sei, um so höher seien die Anforderungen an die medizinische Vertretbarkeit der gewählten Therapiemethode. Weiterhin führte der BGH aus, dass nach den Feststellungen des OLG die radikale Behandlung schwerwiegende und irreversible Gesundheitsschäden verursacht habe (Verlust beziehungsweise Teilverlust der Kau- und Implantatfähigkeit). ■

Kommentar: Die im Arzthaftungsprozess zu klärenden medizinischen Fragen können Gerichte in aller Regel nicht beantworten. Sie sind auf medizinische Sachverständige angewiesen, die fundierte Sachkenntnisse sowie Erfahrung auf dem zu begutachtenden Gebiet haben. Dieser Rechtsstreit wird aber – auch mit einem neuem Sachverständigen – zugunsten der Patientin ausgehen müssen.

Anja Mertens ist Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin) im Justitiariat des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de



Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,
sich selbst zu helfen und aufrechter
durchs Leben zu gehen.

brot-fuer-die-welt.de/bildung
IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00



Würde für den Menschen.

Mitglied der **actalliance**

NORDOST

Hautkrebs-Screening häufig ungenutzt

Die Zahl der Hautkrebsfälle bei Versicherten der AOK Nordost hat sich in den letzten Jahren um ein Drittel erhöht. In der Altersgruppe ab 35 stieg der Anteil der an Hautkrebs erkrankten Versicherten zwischen 2008 und 2015 – von zwei auf 2,9 Prozent, wie das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost der AOK Nordost mitteilte. Obwohl 2015 fast ein Drittel aller Hautkrebsneuerkrankungen im Rahmen des Vorsorge-Screenings entdeckt wurde, nahm 2014/2015 nur jeder fünfte Versicherte das Angebot in Anspruch. Regional ist der stärkste Anstieg der Hautkrebsprävalenz seit 2008 bei den über 35-Jährigen mit 65 Prozent in Brandenburg zu verzeichnen. Im Küstenbereich Mecklenburg-Vorpommerns und in den Städten Rostock und Schwerin ist das Hautkrebsrisiko bei AOK Nordost-Versicherten aber insgesamt am höchsten. In Berlin, im Elbe-Elster-Kreis und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz ist es deutlich geringer. ■



Harmlos? Versicherte haben Anrecht auf Hautkrebs-Screening.

BUNDESVERBAND

Notfallversorgung neu aufstellen

Die Vorschläge des Sachverständigenrats zur Reform der Notfallversorgung in Deutschland sind beim AOK-Bundesverband auf Zustimmung gestoßen. „Alle Beteiligten sind sich einig, dass die Notfallversorgung neu aufgestellt werden muss“, sagte der Vorstandschef des Verbandes, **Martin Litsch**.

Zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung gebe es zu wenig Zusammenarbeit, oft seien Strukturen ineffizient. Vielen Patienten fehle die Orientierung zwischen den verschiedenen Anlaufstellen. „Jetzt liegen konstruktive Vorschläge auf dem Tisch, mit denen wir zu klaren Strukturen, einfachen Prozessen und klar definierten Zuständigkeiten kommen können.“ ■

Siehe auch Seite 28 bis 33.

NORDWEST

Info-Kampagne zur Organspende

In Schleswig-Holstein verharrt die Zahl der Organspender auf niedrigem Niveau, wie die AOK NORDWEST unter Verweis auf aktuelle Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) mitteilte. Laut DSO wurden im nördlichen Bundesland von Januar bis Juli 2017 lediglich zwölf Organspender gezählt. In den Vorjahren lag die Zahl der Spender in diesem Zeitraum zwischen acht und 14. Angesichts der rückläufigen Zahlen startete die AOK NORDWEST eine landesweite Kampagne zur Organspende. „Mit unserem Informationsangebot möchten wir den Menschen in Schleswig-Holstein helfen, eine souveräne Entscheidung zum Thema Organspende zu treffen“, sagte **Tom Ackermann**, Vorstandschef der AOK NORDWEST. Auch bundesweit ist die Zahl der Organspender weiter rückläufig: Gab es 2011 noch 1.200 Organspender, zählte die DSO 2016 nur noch 857 Spender – ein Rückgang um mehr als 28 Prozent gegenüber 2011. ■

AOK aktuell

Mit mehr Vernetzung gegen Kopfschmerz

Jeder zwölfte der 3,1 Millionen Versicherten der AOK PLUS in Thüringen und Sachsen leidet an Kopfschmerzen. Im vergangenen Jahr wurde laut Kasse bei 251.000 Patienten – darunter 43.000 Kinder und Jugendliche – Migräne oder ein anderer Dauerkopfschmerz diagnostiziert. Das waren 30.000 mehr als im Jahr 2015. Um der Volkskrankheit zu begegnen, startete die Gesundheitskasse bereits 2010 die „Kopfschmerztherapie PLUS“ mit dem Universitätsklinikum Jena. Seitdem hätten 1.507 Versicherte, die an Migräne oder anderen Dauerkopfschmerzen leiden, von der Behandlung im Mitteldeutschen Kopfschmerz-zentrum profitiert, teilte die AOK PLUS mit. Abhängig von der Schwere ihrer Er-

krankung erhalten die Kopfschmerzpatienten in Jena eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Therapie. „Mit dieser Behandlung können wir die Leidenskarriere unserer betroffenen Versicherten erheblich verkürzen“, sagte Vorstandsvorsitzender **Rainer Striebel**. „Wir vernetzen Schmerztherapeuten, Neurologen, Psychologen und Physiotherapeuten. Der Patient profitiert davon, indem er effektiv und an einem Ort behandelt wird. Wartezeiten für Fachärzte und unnötige Krankenhausaufenthalte fallen weg.“ ■



Eltern nutzen Kinderkrankengeld

Immer mehr Eltern in Bayern nutzen das Kinderkrankengeld. Während die AOK Bayern im Jahr 2012 insgesamt 50.884 Fälle verzeichnete, waren es vergangenes Jahr bereits 75.230 Fälle. Dies entspricht einem Zuwachs von knapp 50 Prozent. Auch die Zahl der Fehltage stieg in den vergangenen fünf Jahren von 117.343 (2012) auf 164.215 Tage (2016). Nach wie vor sind es vor allem die Mütter, die ihr krankes Kind pflegen. Allerdings wächst der Anteil der Väter, die das Kinderkrankengeld nutzen: Im Jahr 2016 waren es 19,5 Prozent (2012: 16,9 Prozent). Innerhalb Deutschlands gibt es große Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld. Vor allem in den ostdeutschen Bundesländern wird die Unterstützung der Krankenkasse genutzt. So lag der Anteil der AOK-Mitglieder mit Kinderkrankengeld in Sachsen im Jahr 2016 bei 8,8 Prozent, in Bayern dagegen nur bei 1,8 Prozent. Der Bundesdurchschnitt lag bei 2,8 Prozent. Grundsätzlich können Eltern für jedes gesetzlich versicherte Kind bis zum zwölften Lebensjahr bis zu zehn Arbeitstage im Jahr Kinderkrankengeld beziehen. ■

RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Start ins Berufsleben

Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland starten in diesem Jahr 55 Auszubildende ins Berufsleben. 14 der Neuen kommen aus dem Saarland. Insgesamt erlernen rund 100 Azubis den



Hatschi! Noch immer kümmern sich vor allem Frauen um das kranke Kind.

Beruf des Sozialversicherungsfachangestellten. Weitere Azubis werden als Kaufleute für Dialogmarketing, Kaufleute im Gesundheitswesen oder als Kaufleute für Büromanagement ausgebildet. Zwei Azubis erlernen den Beruf des Kochs. „Die jungen Erwachsenen können in mehreren Stationen die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder bei der AOK kennenlernen und sich für die Zeit nach der Ausbildung orientieren. So stellen wir uns als Gesundheitskasse auch vor dem Hintergrund der Demografie zukunftsicher auf“, sagte **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Der theoretische Teil der dualen Ausbildung findet im AOK-Bildungszentrum in Eisenberg/Pfalz in Kooperation mit der Berufsschule Donnersberg statt. In den vergangenen zehn Jahren schlossen im AOK-Bildungszentrum rund 500 junge Frauen und Männer ihre Ausbildung ab. Damit gehört die AOK zu einem der größten Ausbildungsbetriebe in Rheinland-Pfalz und im Saarland. ■

SACHSEN-ANHALT

Viele Beschäftigte haben Rücken

Einer Untersuchung der AOK Sachsen-Anhalt zufolge klagen nahezu alle Beschäftigten im Land über gesundheitliche Probleme. 85 Prozent der Untersuchten leiden demnach unter einem muskulären Ungleichgewicht. Ähnlich verheerend stellt sich die Stressbelastung dar. 90 Prozent der Beschäftigten geben an, Stress als Belastung zu empfinden. Als Ursachen werden starker Leistungsdruck, Monotonie, Über- aber auch Unterforderung genannt. Bei 40 Prozent der Beschäftigten hatte die Belastung bereits körperliche Folgen: Bei ihnen wurden Stresswerte wie ein erhöhter Blutdruck oder eine hohe Herzfrequenz gemessen. Betroffen sind der Untersuchung zufolge Beschäftigte aller Branchen. Hohe psychische Belastungen gibt es aber vor allem im verarbeitenden Gewerbe, in der Bau- und Verkehrsbranche sowie im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Gesund-

heitskasse verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dabei würden Fachleute zunächst die Situation am Arbeitsplatz analysieren und anschließend gemeinsam mit den Betrieben Konzepte für ein gesundheitsschonendes Arbeiten entwickeln. ■

Telegramm

+++ Laut AOK-Bundesverband ist der **Arbeitsausfall durch psychische Erkrankungen** in den vergangenen zehn Jahren mit 79,3 Prozent überproportional stark gestiegen. Mit 25,7 Tagen je Fall lagen die Ausfallzeiten 2016 an der Spitze aller Erkrankungen und dauerten mehr als doppelt so lange wie der Durchschnitt mit 11,7 Tagen je Fall. Dabei stieg sowohl die Zahl psychisch erkrankter Menschen insgesamt als auch die Ausfallzeit je Patient. +++ Auswertungen der AOK Bayern haben ergeben, dass der **Krankenstand der Auszubildenden im Freistaat** im vergangenen Jahr mit 3,6 Prozent deutlich niedriger war als der aller bayrischen erwerbstätigen AOK-Versicherten. Hier lag der Krankenstand bei 4,6 Prozent. Die Gesundheitskasse versicherte 2016 mit mehr als 146.000 Azubis 53 Prozent aller Lehrlinge in Bayern.

**Soziale Ungleichheit
Bildung gleicht
Unterschiede aus**

Soziale Ungleichheit hat viele Wurzeln. Zum einen liegt sie in der Natur des Menschen, zum anderen wird sie durch Herkunft, Fähigkeiten und Zufälle geprägt. Der langjährige Berater der schwedischen Regierung, Per Molander, zerlegt in seinem Buch die



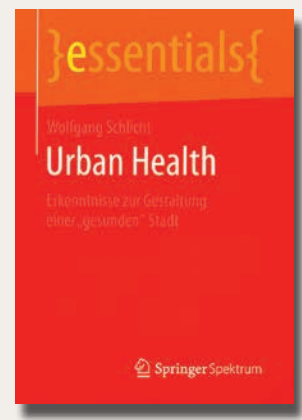
„Anatomie der Ungleichheit“. Der Verweis auf die natürliche ungleiche Ausstattung des Menschen reicht für ihn nicht, um das Ausmaß der sozialen Unterschiede zu erklären. Der materielle Erfolg basiert eben nicht nur auf den eigenen

Talenten. Egal, ob es um ein kindliches Murnelspielen oder eine Geldanlage geht – wer bereits zu Beginn mehr hat, verfügt auch über deutlich bessere Chancen, sein Hab und Gut zu vermehren, als jene, die mit wenig in der Hand starten. Weitere Ursachen von Ungleichheit sind für Molander die Mobilität der Bürger sowie deren Vertrauen in den Staat. In Ländern mit ungleicher Einkommensverteilung sind die Bewohner in der Regel weniger mobil. Das Ausmaß des Vertrauens in Staat und Gesellschaft ist hingegen hoch, wenn die Einkommensunterschiede niedrig sind. Um Ungleichheit zu bekämpfen, ist eine allgemein zugängliche und kostenfreie Ausbildung für alle Bürger das zentrale Instrument. Zum Bündel an Maßnahmen gehört für Per Molander zudem, das Gesundheitswesen, die Sozialversicherungen sowie Steuer- und Transferleistungen auf den Prüfstand zu stellen.

Per Molander: Die Anatomie der Ungleichheit. 2017. 224 Seiten. 24 Euro. Westend Verlag, Frankfurt am Main.

**Gesunde Stadt
Grünes Wohnumfeld
verlängert Leben**

Anfang des 19. Jahrhunderts lebten gerade mal drei Prozent der Weltbevölkerung in Städten. Bereits 2030 werden es weltweit rund fünf Milliarden Menschen sein, die in Städten zuhause sind. Die Urbanisierung ist ein globaler Trend. Das Leben in einer Stadt verspricht nicht nur Arbeitsplätze sowie eine gute öffentliche Infrastruktur, sondern es birgt auch Gefahren für die eigene Gesundheit. Schadstoffe in der Luft steigern beispielsweise das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden sowie an einer Demenz oder einer psychischen Störung zu erkranken. Wolfgang Schlicht, Professor an der Universität Stuttgart, widmet sich der Frage, wie Städte gestaltet sein müssen, damit sie nicht krank machen. Dabei geht es nicht nur um das Vermindern der Gefahren, die von einer engen Bebauung und einem dichten Straßennetz herrühren. Wolfgang Schlicht zeichnet vielmehr das große Potenzial nach, das mit einer gesundheitsbezogenen und



reflektierten Stadtplanung einhergeht. Er verweist dazu beispielsweise auf Studien, nach denen jeder zusätzliche Baum in einem Wohnquartier die Gesundheit der Anwohner steigert. Werden zehn Bäume zusätzlich gepflanzt, fühlen sich die Anwohner subjektiv um sieben Jahre jünger. Ein Wohnumfeld mit einer überdurchschnittlichen Vegetation mindert sogar die Gefahr von chronischen Krankheiten und steigert die Lebenserwartung um drei Jahre.

Wolfgang Schlicht: Urban Health. Erkenntnisse zur Gestaltung einer „gesunden“ Stadt. 2017. 52 Seiten. 9,99 Euro. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ REHAFORUM 2017</p>	<p>Sektorenübergreifende Versorgung, Versorgungsqualität, Digitalisierung in der Rehabilitation</p>	<p>6.–7.11.2017 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.mcc-seminare.de > Gesundheit</p>
<p>■ ZENTRALE NOTAUFNAHME: KONZEPTION, FINANZIERUNG UND PROZESSE</p>	<p>Sektorenübergreifende Neustrukturierung der Notfallversorgung, Abrechnung, Finanzierung</p>	<p>9.–10.11.2017 Hannover</p>	<p>WOKwissen Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 77 Fax: 0 30/49 85 50 78 info@wokwissen.de www.wokwissen.de > Veranstaltungen</p>
<p>■ BESCHWERDEMANAGEMENT IN DER KRANKENVERSICHERUNG (WORKSHOP)</p>	<p>Qualitätsgrundsätze, Einflussfaktoren des Beschwerdeverhaltens, Beschwerdecontrolling</p>	<p>13.11.2017 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88-336 Fax: 03 41/9 89 88-9301 pohl@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/beschwerde</p>
<p>■ 22. HANDELSBLATT- JAHRESTAGUNG „HEALTH“</p>	<p>Wettbewerb GKV/PKV, Morbi-RSA, Arzneimittelversorgung, Arztinformationssystem, Telemedizin</p>	<p>11.–12.12.2017 Berlin</p>	<p>Handelsblatt GmbH c/o Euroforum Deutschland SE Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86-3862 anmeldung@euroforum.com www.euroforum.de/health</p>
<p>■ BMC-KONGRESS 2018 „MANGED CARE IM DIGITALEN ZEITALTER“</p>	<p>Health Care Trends, Digitalisierung, innovative und vernetzte Versorgungskonzepte</p>	<p>23.–24.1.2018 Berlin</p>	<p>Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstr. 136 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/28 09-4480 Fax: 0 30/28 09-4481 events@bmcev.de www.bmckongress.de</p>

Organspende Fokus auf den Misständen

Ivonette Balthazar sorgte Ende September 2017 für Schlagzeilen. Die 67-Jährige hatte an einem Drei-Kilometer-Lauf in Rio teilgenommen. Im Ziel brach sie in Tränen aus und weinte aus Dankbarkeit. Der Brasilianerin war 2016 das Herz des tödlich verunglückten deutschen Kanuslalom-Trainers Stefan Henze eingesetzt worden, und der Lauf war ein erster Belastungstest. Nachrichten von glücklichen Menschen, die ein Spenderorgan erhielten, sind selten. Die Transplantationsmedizin in Deutschland steht seit dem



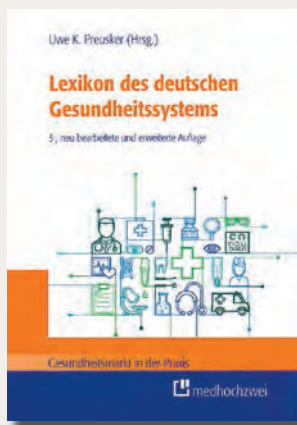
Skandal um gefälschte Krankenakten im Jahr 2012 unter Dauerverdacht. An mehreren Universitätsklinika waren damals Unregelmäßigkeiten aufgedeckt worden. In der Folge ging die Zahl der Organspender zurück. Dass der Bundesgerichtshof den damaligen Hauptangeklagten, einen Göttinger Transplantationsmediziner, im Sommer 2017 freigesprochen hat, sorgte für weniger Schlagzeilen. Lisa Meyer untersucht anhand des Organspendeskandals, wie Medien die Misstände im Gesundheitswesen darstellen und wie diese in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Die Berichterstattung konzentriert

sich demnach auf Missstände, ordnet diese unzureichend ein und berücksichtigt kaum andere Perspektiven. Mutmaßlich verantwortliche Akteure werden so leicht vorverurteilt.

*Lisa Meyer: **Gesundheit und Skandal**. 2017. 420 Seiten. 79 Euro. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.*

Nachschlagewerk 100 neue Begriffe in einer Legislatur

Das Pflegeberufegesetz ist ein neues Wort. Auch Terminservicestellen und Innovationsfonds kamen bislang nicht vor. Es fehlten die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die Pflegebedürftigkeit und die Präventionsstrategie. Rund 1.100 Stichworte erklärt das Lexikon des deutschen Gesundheitssystems, das nun in seiner fünften Auflage erschienen ist. Rund 100 neue Begriffe sind allein in der vergangenen Legislaturperiode hinzugekommen. Dies zeugt nicht nur von der Arbeit eines umtriebigen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe, sondern belegt auf Neue, dass das Gesundheitswesen ständigen Veränderungen und politischen Weiterentwicklungen unterworfen ist. Der 600 Seiten starke Band will dazu beitragen, dass sich



Profis wie Laien auch weiterhin im Gesundheitswesen mit all seinen Facetten und komplizierten Regelungen zurechtfinden. Dazu sind in die erklärenden Texte systematisch Querverweise eingearbeitet worden, sodass weitere wichtige ergänzende Schlagworte nicht vergessen wurden. Neben dem gedruckten Buch

steht eine Online-Version bereit, die laufend aktualisiert wird. Damit sind die Leser für die neuesten Entwicklungen bestens gewappnet.

*Uwe K. Preusker (Hrsg.): **Lexikon des deutschen Gesundheitssystems**. 5. Auflage. 2017. 603 Seiten. 98,99 Euro. Verlag medhochzwei, Heidelberg.*

Zeitschriftenschau

■ Neurodegenerative Erkrankungen: Krebsmittel zum Schutz des Gehirns?

Eine Genveränderung in Mikrogliazellen, den Immunzellen des Gehirns, kann Auslöser für eine schwere neurodegenerative Erkrankung sein. Dies wies ein internationales Forscherteam bei Mäusen nach. Ist das Gen BRAF schon in frühen Entwicklungsstadien der Immunzellen weit vor der Geburt verändert, vermehren sich Mikrogliazellen im Erwachsenenalter übermäßig, lösen Entzündungsreaktionen im Gehirn aus und führen zum Absterben von Nervenzellen. Gaben die Forscher den Tieren einen Hemmstoff gegen das veränderte Molekül BRAF ins Futter, traten die Schädigungen später und schwächer auf. BRAF spielt auch bei der Entstehung von Krebs eine Rolle. Dagegen gibt es klinisch zugelassene Hemmstoffe. Im besten Fall könnten Krebsmedikamente künftig auch bei bestimmten neurodegenerativen Erkrankungen eingesetzt werden, hoffen die Forscher. *Nature* 2017 (www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/full/nature23672.html)

■ Alkoholsucht: Achtsamkeits-Training senkt Verlangen

Schon ein kurzes Training in Achtsamkeit kann Trinker dazu bringen, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Dies fanden Forscher des University College London heraus. Für ihre Studie teilten sie 68 schwere Trinker – aber ohne diagnostizierten Alkoholismus – in zwei Gruppen auf: Die eine hörte eine elfminütige Achtsamkeits-Trainingseinheit vom Band und wiederholte die Übung zu Hause; die Kontrollgruppe lernte eine Entspannungstechnik. In der folgenden Woche tranken die Teilnehmer der Achtsamkeitsgruppe im Vergleich zur Woche vor der Studie 9,3 Einheiten weniger Alkohol (etwa 1,5 Liter Bier), während die Kontrollgruppe den Alkoholkonsum nicht signifikant reduzierte. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2017 (<https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx064>)

■ Typ-1-Diabetes: Immuntherapie lässt hoffen

Nach einer britischen Studie kann durch die Gabe eines Proinsulin-Peptids bei neu erkrankten Typ-1-Diabetikern eine Insulin-Restproduktion erhalten bleiben. Ähnlich wie bei einer Allergiebehandlung wurden die Patienten mithilfe einer Immuntherapie „hyposensibilisiert“. So sollen die T-Zellen – zuständig für die körpereigene Abwehr – von einer weiteren Zerstörung der Betazellen abgehalten werden. 27 Patienten nahmen an der Studie teil. Bei allen lag die Diagnose Typ-1-Diabetes nicht mehr als 100 Tage zurück. Die Forscher bildeten drei Gruppen: Eine Gruppe erhielt zwölf Injektionen des Proinsulin-Peptids – alle zwei Wochen eine –, die zweite alle vier Wochen eine Injektion (insgesamt sechs) und die dritte ein Placebo. Die Bilanz nach zwölf Monaten: In der Placebogruppe ohne Proinsulin hatte der Insulinbedarf stetig zugenommen. In den beiden Gruppen, die mit Proinsulin behandelt wurden, blieb der Insulinbedarf dagegen stabil. Dies spricht dafür, dass die Insulin-Restproduktion unter der Immuntherapie erhalten werden konnte. Komplikationen der Therapie wurden nicht beobachtet. *Science Translational Medicine*, online 9. August 2017 (<https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aaf7779>)

Digitale Potenziale für die Medizin

Ob bei der Analyse von Laborergebnissen oder in der medizinischen Forschung: Die Chancen der Digitalisierung liegen auf der Hand, meint **Peter Bobbert**. Der Internist empfiehlt Ärztinnen und Ärzten, sie im Sinne der Patienten zu nutzen.

Die Digitalisierung hat unsere Gesellschaft verändert. Wir alle nutzen ganz selbstverständlich die Möglichkeiten, die sich aus der elektronischen Vernetzung ergeben. Umso überraschender erscheint es, dass gerade im Gesundheitswesen, wo neue wissenschaftliche Erkenntnisse und technische Innovationen stets einen hohen Stellenwert haben, ein so großer Rückstand zu verzeichnen ist. In Arztpraxen und Krankenhäusern ist von der digitalen Revolution vergleichsweise wenig zu spüren.

Bisher hat die medizinische Welt die Möglichkeiten, die die Digitalisierung bietet, insbesondere dafür genutzt, analoge Prozesse und Tätigkeiten in digitale umzugestalten. So werden radiologische Bilder heute mehrheitlich nicht mehr gedruckt, sondern digital analysiert und beschrieben. Befunde, wie die aus Blutuntersuchungen, werden nicht mehr per Post versendet, sondern stehen nach Auswertung digital zur Abfrage bereit. Solche Umwandlungen von analog zu digital konnten insbesondere ärztliche Arbeitsprozesse in den letzten Jahren teils vereinfachen, teils auch beschleunigen. Revolutionär ist eine solche Entwicklung allerdings nicht.

Der Zug lässt sich nicht aufhalten. Somit stellt sich die Frage, welche Potenziale die Digitalisierung wirklich für die Medizin in sich trägt. Eine Antwort darauf sehen wir bereits in den Errungenschaften durch die Analyse des humanen Genoms, die ohne digitale Hilfe in dieser Form nicht möglich wäre. Auch die sogenannte künstliche Intelligenz wird der Medizin neue Möglichkeiten eröffnen. Die digitale Welt wird einen Wissenszuwachs bereitstellen, der den medizinischen Fortschritt massiv beschleunigen könnte. Zudem könnten dann Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Analysieren und Befunden von Labor- und Röntgenergebnissen digital ablaufen und damit bisher klassisch

ärztliche Tätigkeiten weitgehend ersetzen. Diese Entwicklungen, die bereits im Gange sind, bergen gleichermaßen Chancen wie Risiken. Es liegt vor allem in den Händen der Ärzteschaft, die Risiken der Digitalisierung zu erkennen und daraus die für die Patientenversorgung richtigen Schlüsse zu ziehen.

Vermeiden sollte es die Ärzteschaft aber tunlichst, die alten Schlachten noch einmal zu schlagen. Die Chancen der Digitalisierung liegen auf der Hand und Ärzte müssen sie im Interesse der Patienten verstärkt nutzen. Es wäre fatal, wenn sich die Ärzteschaft unter Verweis auf mögliche Gefahren des digitalen Fortschritts, wie fehlende Datensicherheit, ihrer eigenen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten berauben würde. Wer die Entwicklung nur bremsend begleitet, wie dies in den vergangenen Jahren oft geschehen ist, steht sich selbst im Wege: Der Zug der Digitalisierung lässt sich nicht aufhalten.

Medizinferne Unternehmen sammeln medizinische Daten. Inzwischen sorgen nicht-ärztliche Institutionen für wesentliche Veränderungen, die das medizinische Leben bereits heute beeinflussen. Entstanden ist zum Beispiel eine digitale Parallelwelt aus Websites, Foren und Apps, deren medizinischer Nutzen zumindest teilweise anzuzweifeln ist. Digitale Patientenforen, die Aufklärung und Hilfe versprechen, aber oft Patienten verunsichern, können ebenso problematische Folgen haben wie die teils atemberaubende Sammlung individueller und personalisierter medizinischer Daten durch medizinferne Unternehmen. Solche Entwicklungen sind kennzeichnend für einen größer werdenden Gesundheitsmarkt. Auf diesem Markt tummeln sich finanzstarke Unternehmen, deren wirtschaftliches Interesse darauf gerichtet ist, neue Marktanteile zu erobern – auch auf Kosten des bestehenden, weitgehend marktfernen Solidarsystems.

Gerade vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Verheißungen, die in der Digitalisierung liegen, sind ärztliche Kompetenz und Engagement bei der Beurteilung digitaler Prozesse wichtig. Wissend, dass nicht alle Fehlentwicklungen zu vermeiden sind, muss die Ärzteschaft auf allen Ebenen ihre Expertise einbringen und aktiv daran mitwirken, dass die Digitalisierung den Patienten, der ärztlichen Tätigkeit und der Medizin im Ganzen zum Nutzen gereicht. ■

PD Dr. Peter Bobbert ist Internist in Berlin, seit 2013 Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin und seit 2016 Mitglied im Bundesvorstand des Marburger Bundes.
Kontakt: www.marburger-bund.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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/PK-Photos
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

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-
preislise Nr. 19
vom 1.1.2017
ISSN 1436-1728



G+G 9/2017

Vital in virtuellen Arbeitswelten

Digitalisierung kommt mit weniger Radikalität

Fließbandarbeit contra Bürobildschirm – dieser Gegensatz wird im G+G Artikel proklamiert, ist aber so nicht zu halten. Freilich existieren Umbrüche solcher Art. So setzt zum Beispiel Audi seit 2016 auf fahrerlose Roboterwagen beim Karosserietransport. Die Entscheidung des Autobauers ist jedoch nicht etwa einem übermächtigen Digitalisierungsdruck geschuldet. Sie ist vielmehr Teil des komplexen Nutzenkalküls der integrierten Wertschöpfungskette. In anderen Firmen läuft es weniger virtuell: Erst langfristig wird zum Beispiel in Marketingabteilungen die Datenanalyse aufgrund der stärkeren Nutzung von Kundendaten forciert. Erst nach und nach gewinnt die Einsicht in der Personalabteilung an Bedeutung, Mitarbeiter bräuchten für die Überwachung digitalisierter Prozesse zusätzliche Qualifizierungsangebote. Einen wissenschaftlichen Beleg hierzu gibt ein aktuelles Projekt des mit der Evaluation von „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“ beauftragten Göttinger Instituts: „Anders als in der Debatte um ‚Industrie 4.0‘ proklamiert wird, verlaufen die derzeitigen Digitalisierungsprozesse in der industriellen Produktion offenbar nicht ‚revolutionär‘ und disruptiv, sondern folgen eher einer inkrementellen Entwicklung.“ (Mitteilungen aus dem SOFI, 26, 6/2017). Entsprechend langsam und schrittweise ändern sich die Belastungen für die Mitarbeiter. Zudem bleiben die Begriffe Arbeitswelt 4.0 be-

ziehungsweise Industrie 4.0 diffus. Vielleicht ist der deutlicher wahrzunehmende (und zu begrüßende) Trend das steigende Interesse am betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dies bestätigen eine gestiegene Zahl von Publikationen zum Thema und vermehrte Angebote von der Seite fortschrittlicher Arbeitgeber. Sie laden zu Sportkursen, Achtsamkeitstrainings oder Workshops zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit im Alter ein. Freilich auch im Hinblick auf Transformationstendenzen am Arbeitsmarkt. Auf der Mikroebene der Arbeitsfähigkeit bedeutet dies eine Orientierung am einzelnen Arbeitnehmer, an seinen individuellen Fähigkeiten und Befürchtungen in Bezug auf die neue Arbeitswelt. Die Digitalisierung kommt also – jedoch mit weniger Radikalität.

T. S., Berlin

G+G 9/2017

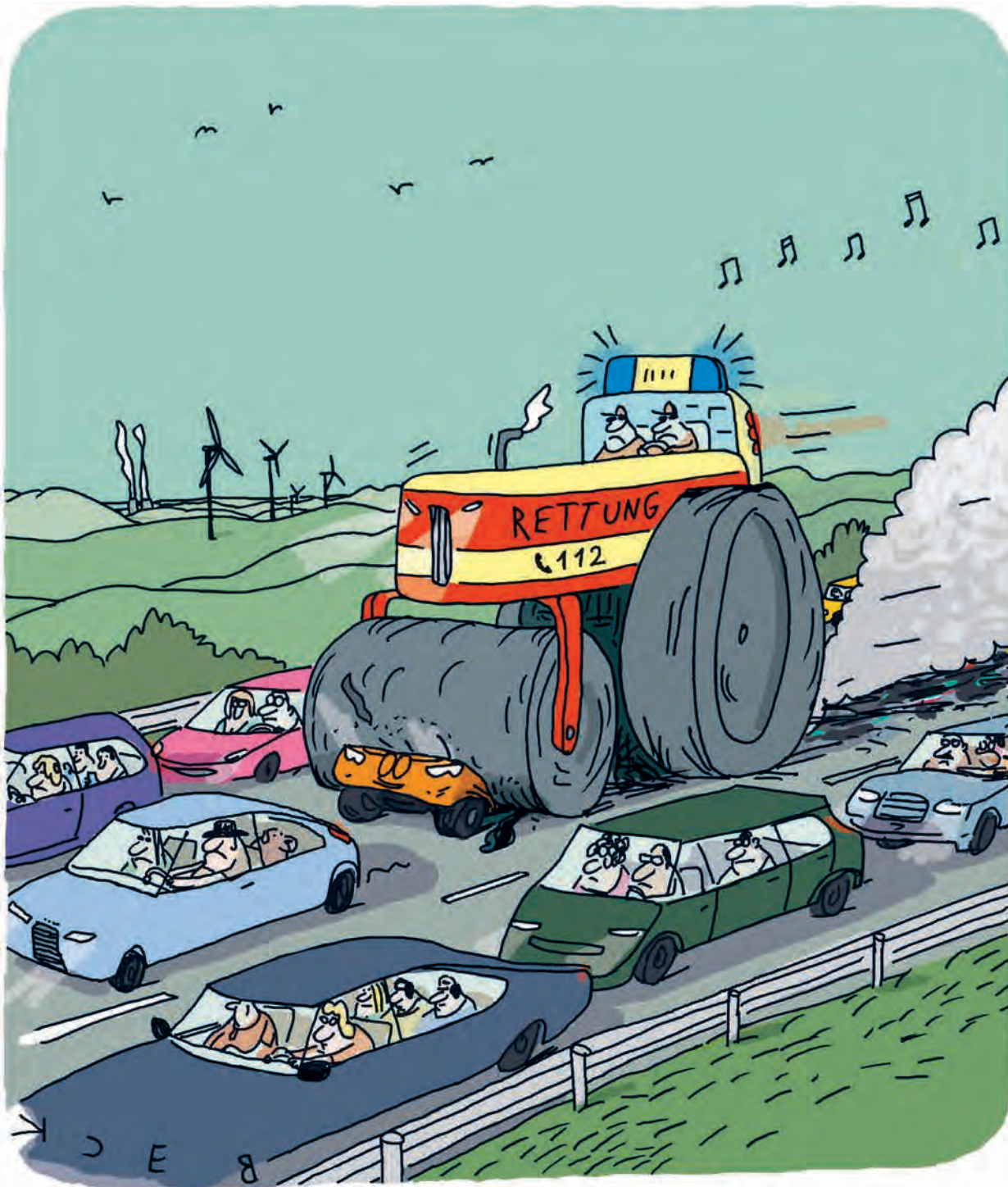
Willkommen im gelben Raum

Vorbildliche Einrichtung

Nach allem, was ich der Reportage über das simi in Hamburg-Alsterdorf entnehmen kann, ist das eine vorbildliche Einrichtung für Menschen mit Behinderungen. Die Ärzte kommen zum Patienten ins Behandlungszimmer und begegnen ihm auf Augenhöhe, sie arbeiten eng mit anderen Disziplinen zusammen, nehmen sich auch mal eine Stunde Zeit für einen Patienten, und die Ambulanz ist ins Krankenhaus integriert – das alles wünsche ich mir auch für Menschen ohne Behinderungen.

M. O., Köln

BECKs Betrachtungen



Wovon Rettungswagenfahrer träumen



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.

Wir sind da, wo jeder besonders ist

Wir sind da – mit starken Leistungen, Services und Gesundheitsangeboten für alle. Darauf vertrauen schon mehr als 25 Millionen Versicherte.

Gesundheit in besten Händen

aok.de