



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

PFLEGEQUALITÄT

Neuer Test schafft Transparenz

DEPRESSION

Online-Training für die Seele



Hören nach Maß

Wie die Technik hilft,
wenn die Ohren nachlassen

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

Tel. 030/34646-2309
030/34646-2312
030/34646-2655
030/34646-2298
Fax: 030/34646-2507

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

Tel. 0711/2593-231
Fax: 0711/2593-100

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

Tel. 089/62730-226
Fax: 089/62730-650099

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

Tel. 0421/1761-549
Fax: 0421/1761-540

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

Tel. 06172/272-161
Fax: 06172/272-139

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

Tel. 0511/8701-10123
Fax: 0511/285-3310123

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

Tel. 0800/265 080-41469
Fax: 0800/265 080-22926

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund
presse@nw.aok.de

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

Tel. 040/2023-1401
Fax: 040/2023-1409

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

Tel. 06351/403-419
Fax: 06351/403-701

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg
presse@san.aok.de
andreas.arnsfeld@san.aok.de

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Soziale Ungleichheit verringern

Prävention für ältere Menschen muss eine lebensweltorientierte, kommunale Strategie sein, meint Diakonie-Präsident **Ulrich Lilie**. Das geplante Gesetz sei daran zu messen, ob es soziale Unterschiede im Gesundheitszustand abbaue.

Alten Menschen geht es in Deutschland insgesamt gesehen so gut wie nie zuvor. Allerdings bestehen innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe enorme soziale und gesundheitliche Unterschiede. Die Gesundheits- und Sozialwissenschaften haben drastische Belege für einen engen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Lebensbedingungen und Lebenserwartung sowie Gesundheitszustand bis ins hohe Alter gefunden. Bei älteren Menschen, die unter schlechten sozioökonomischen Bedingungen leben, treten chronische Erkrankungen und Behinderungen früher auf. Sie sind in ihrer Mobilität eher eingeschränkt und haben schlechtere Chancen zur Teilhabe.

Für die Präventionspolitik möchte ich deshalb vier Punkte hervorheben. Erstens muss die gesundheitliche Ungleichheit stärker als bisher politisches Thema werden. Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich stärker auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten. Aber sie können strukturell bedingte soziale Ungleichheit nicht kompensieren. Die beste Prävention ist deshalb eine Politik, die soziale Ungleichheit verringert und für alle Menschen Teilhabe sowie soziale Sicherheit garantiert. Die Präventionspolitik kann hier an die Tradition Rudolf Virchows anknüpfen, der zur Bekämpfung von Epidemien Demokratisierung und Sozialpolitik empfahl.

Zweitens sollten wir die Prävention viel glaubwürdiger und umfassender als bislang auf Lebenslagen und Settings beziehen. Noch dominieren verhaltenspräventive Programme, die einzelne Elemente aus dem Lebensstil herausgreifen, vom Lebenszusammenhang abkoppeln, erzieherisch ausgerichtet und oft auch moralisch aufgeladen sind. Ein umfassender Bezug auf Lebenslagen bedeutet auch zu akzeptieren, dass Menschen selbst entscheiden, wie sie leben wollen. In der Prävention für Senioren liegt der Fokus gegenwärtig oft auf den jungen Alten, die aktiv und gesund altern wollen. Dieser Ansatz greift zu kurz. Auch chronisch kran-

ke, pflegebedürftige und behinderte Menschen sind als Partner in die Prävention einzubeziehen.

Als dritten Aspekt möchte ich die Bedeutung der Kommune beziehungsweise des Stadtteils hervorheben. Gesundheitsförderung für ältere Menschen muss, so hat es vor sieben Jahren der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen gefordert, eine lebensweltorientierte, auf den Stadtteil bezogene Strategie sein, die kommunalpolitisch verantwortet wird. Zu denken ist an die Verkehrs- und Wohnraumpolitik sowie die Gestaltung öffentlicher Räume, die nicht dem Verwertungskalkül des Marktes ausgeliefert sein sollten. Die gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensumfeldes ist nur dann möglich, wenn sie politikfeldbeziehungsweise sektorenübergreifend erfolgt.

Auch die älteren Bürgerinnen und Bürger müssen die Chance haben, ihre Interessen einzubringen. Gesundheitsförderung sollte Gegenstand lokaler Bündnisse werden, Möglichkeiten der Begegnung, des sozialen Austauschs und der Teilhabe schaffen, Multiplikatoren einbeziehen, nachhaltig finanziert sein und zusammen mit der Analyse des Bedarfs, der Planung und Gewährleistung der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur gedacht werden. Als Gemeinschaftsaufgabe angesehen kann sie die Akteure zugleich darauf verpflichten, in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich präventiv zu handeln.

Vor diesem Hintergrund ist – viertens – ein Präventionsgesetz danach zu beurteilen, ob es sektorenübergreifend angelegt ist und eine an der Verringerung sozialer Ungleichheit orientierte Prävention stärkt. Dafür sind kluge und unbürokratische Regeln festzulegen, die beschreiben, wie sich die Verantwortlichen vor Ort auf Ziele verständigen und in ihrer Arbeit miteinander kooperieren können – und diejenigen einbeziehen, die von der Prävention profitieren sollen. Nur so kann die praktische Arbeit den heterogenen Bedürfnissen älterer Menschen mit sinnvollen und wirksamen Präventionsangeboten entsprechen. ■

Prävention mit Fokus auf junge Alte greift zu kurz.



Pfarrer Ulrich Lilie, 57, ist seit Juli 2014 Präsident der Diakonie Deutschland. Die Diakonie ist die soziale Arbeit der evangelischen Kirche und betreibt unter anderem rund 4.500 Altenhilfe-Einrichtungen. Ulrich Lilie war zuvor Theologischer Vorstand der Graf-Recke-Stiftung in Düsseldorf, eine der ältesten diakonischen Einrichtungen Deutschlands mit 1.500 Mitarbeitenden. Zu seinen neben- und ehrenamtlichen Aufgaben gehörte die Vorstandstätigkeit im Evangelischen Krankenhausverband Rheinland-Westfalen-Lippe (1996 bis 2011). Ulrich Lilie ist verheiratet mit der Pfarrerin Kirsten Lilie. Das Ehepaar hat vier Kinder.

Kontakt: diakonie@diakonie.de

Ein Handwerk fürs Hören



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Für meine fast 80-jährige Mutter ist der Gang zum Hörgeräte-Akustiker schon zur lieben Gewohnheit geworden. Etwa alle drei Monate stattet sie einem Fachgeschäft in der Nähe von Hannover einen Besuch ab und lässt ihre Hörhilfen unter die Lupe nehmen. Batterie-wechsel, Reinigung, Funktionskontrolle – der Meisterbetrieb hat ihr Vertrauen: „Dort geht es nie hektisch zu.

Und wenn mal etwas geändert werden muss, erklärt mir der Inhaber alles ganz in Ruhe.“

In Deutschland bieten etwa 5.500 Fachgeschäfte für Hörgeräteakustik ihre Leistungen an. Zu den rund 13.000 Beschäftigten dort gehört Christiane Rode. Sie hilft im brandenburgischen Bad Liebenwerda zumeist älteren Frauen und Männern, die ihren Mitmenschen nur mit Mühe lauschen können.



Wenn die Ohren Probleme machen, hilft sie weiter: Hörgeräte-Akustikerin Christiane Rode aus Bad Liebenwerda.

G+G-Autor Ulrich P. Schäfer und Fotograf Marc-Steffen Unger haben Christiane Rode bei der Arbeit über die Schultern geschaut und dabei nicht nur viel über ein spannendes Gesundheitshandwerk, sondern auch Interessantes über den menschlichen Körper gelernt. Oder wussten Sie, dass wir mit dem Schädelknochen hören? Weil der Verlust der Hörfähigkeit meist ein schleichender Prozess ist, hat Ulrich P. Schäfer nach dem Besuch in Bad Liebenwerda zu Hause gleich einen Online-Hörtest gemacht. „Bei mir war alles in Ordnung!“, meldet er sichtlich erleichtert.

Dass die Versorgung mit den kleinen technischen Wunderwerken eine gesundheitspolitische Dimension hat, versteht sich bei mehreren Millionen Betroffenen von selbst. Wir haben deshalb zusätzlich Statements von unterschiedlichen Seiten eingeholt, damit Sie, liebe Leserinnen und Leser, die Diskussion um den Milliardenmarkt der Hörgeräte nicht nur vom Hörensagen kennen.

In diesem Sinne Ihr

MAGAZIN

12 DER REFORMZUG KOMMT INS ROLLEN

Mehr Patientensicherheit, weniger Sektorengrenzen: Im geplanten Versorgungsstärkungsgesetz steckt viel Potenzial, aber auch manch kritischer Punkt.

Von Ralf Breitgoff

14 DÄNEN FINDEN DATEN DUFTE

Ob elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen oder Klinikplanung – Dänemark hat Deutschland einiges voraus, wie eine Studienreise deutlich machte.

Von Bettina Nellen

16 DER PFLEGE DEN RÜCKEN STÄRKEN

Gute Nachrichten für Pflegebedürftige: Der erste Teil der Pflegereform verbessert die Leistungen. Auch soll bald der neue Pflegebegriff kommen.

Von Thomas Hommel

18 OPERATION AN HAUT UND GLIEDERN

Mehr Klasse, weniger Masse: Folgt die anstehende Krankenhausreform dieser Formel, kann der Strukturwandel gelingen, so Experten auf einer Tagung.

Von Thomas Hommel

19 „INKLUSION IST BEI UNS ALLTAG“

Firmen gewinnen viel, wenn sie Behinderte einstellen, sagt Sibille Windhof vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Ein Pluspunkt: Das Arbeitsklima verbessert sich.

G+G-Umfrage:

Wie macht sich Schwarz-Rot?

Ein Jahr nach der Bundestagswahl wollen wir Antworten auf diese Frage – und zwar von Ihnen! Wer bei unserer Leserumfrage mitmacht, kann ein iPad mini gewinnen. Und sollte der beigelegte Fragebogen schon vergriffen sein: Unter

www.kompart.de

geht das Ganze auch digital.





20

Beobachtet: Akustikerin Christiane Rode schreibt gutes Hören ganz groß

TITEL

20 HIGHTECH FÜRS OHR

Wissen und Einfühlungsvermögen gefragt: Ein Besuch bei Hörgeräte-Akustikerin Christiane Rode zeigt, wie knifflig es ist, Hörhilfen individuell anzupassen. Von Ulrich P. Schäfer (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos)

THEMEN

28 MEHR TRANSPARENZ IN DER PFLEGE

Fast alle Pflegeheime bekommen gute oder sehr gute Noten. Doch das bisherige Bewertungssystem spiegelt die tatsächliche Qualität nur bedingt wider. Von Heidemarie Kelleter und Nadine-Michèle Szezan

36 ONLINE-TRAINING FÜR DIE SEELE

Raus aus der Depression: Erste Hilfe kann das in Australien seit Jahren eingesetzte Online-Programm MoodGYM bieten. Die deutsche Version ist im Test. Von Astrid Maroß

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Hilfe beim Suizid erlauben?
- 11 **Kommentar** Pflegeausbildung: Spezialisten für alle Fälle
- 42 **Recht** Europa: Geld zurück nach Operation im Ausland
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Apotheker stärken Heilberufler-Rolle
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



28

Entwickelt: Neue Sicht auf die Qualitätsprüfung in Pflegeheimen



36

Vorgestellt: Das Online-Programm MoodGYM gegen Depression

SEHSCHWÄCHE

Bildung schadet den Augen

Wer länger lernt, braucht eine stärkere Brille. Diese Schlussfolgerung ziehen Autoren einer aktuellen Studie der Universitätsmedizin Mainz. Ein hoher Bildungsgrad und viele Schuljahre gingen mit häufigerer und stärkerer Kurzsichtigkeit – im Fachjargon Myopie – einher, so berichten die Wissenschaftler in der Fachzeitschrift „Ophthalmology“. Mögliche Ursachen seien Lesen, der Blick auf den PC und ein Mangel an Tageslicht. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft rät Schülern und Studenten daher zu Lernpausen für die Augen und regelmäßigem Aufenthalt im Freien. Die Mainzer Forscher untersuchten die Sehkraft von 4.658 Menschen im Alter von 35 bis 74 Jahren. Dabei erwiesen sich mehr als die Hälfte der Hochschulabsolventen als kurzsichtig, während bei den Probanden ohne höhere Schulbildung nur jeder Vierte von Sehschwäche betroffen war. „Ursache dafür ist vermutlich die Naharbeit, die den Alltag von Studierenden bestimmt“, sagte der Direktor der Mainzer Augenklinik und Initiator der Studie, Professor Dr. Norbert Pfeiffer. ■

OPPOSITION

Pflege-Bahr fristet Nischen-Dasein

Nach Ansicht der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen erweist sich der 2012 eingeführte Pflege-Bahr als Ladenhüter. Das Versorgungsmodell habe sich in der Praxis „als genau der Unsinn erwiesen, als den wir ihn schon vor seiner Einführung bezeichnet haben“, kritisierte



Beim Lesen und Schreiben sollten Brillenträger ab und an mal eine Pause machen – das entlastet die Augen.

die pflegepolitische Sprecherin der Grünen, Elisabeth Scharfenberg. Gerade einmal 500.000 Pflege-Bahr-Verträge seien bislang abgeschlossen worden. „Allein in 2013 sollten es aber nach Vorstellung der damaligen schwarz-gelben Koalition eigentlich schon 1,5 Millionen Verträge sein. Selbst diese kleine Zielgröße wurde also weit verfehlt.“ Der Pflege-Bahr sei ein „Nischenprodukt“ für einkommensstarke Haushalte. ■

MEDIEN

Einfluss auf Suizide

Auf die gewichtige Rolle der Medien bei der Suizidprävention hat das Nationale Suizidpräventionsprogramm, eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, hingewiesen. Anlass ist die vermutete Selbsttötung des US-Schauspielers Robin Williams im Spätsommer dieses Jahres. Untersuchungen zeigten, dass der Suizid prominenter Persönlichkeiten weitere Suizide zur Folge ha-

ben könne, so die Experten. Einen großen Einfluss auf diese Entwicklung habe die Art und Weise der Berichterstattung in Medien. Besonders häufig werde bei Folgesuiziden die gleiche Methode angewandt, wenn diese zuvor in Berichten ausführlich beschrieben sei, unterstreicht die Initiative. Sie hat daher Empfehlungen für Journalisten zusammengestellt. Im ungünstigen Fall könne der Suizidort zur Gedenkstätte werden, die Nachfolgesuizide stimuliere. ■

FACHGESELLSCHAFTEN

Mehr tun gegen Ebola

Die Gesellschaften für Tropenmedizin, für Epidemiologie und für Public Health haben ein stärkeres Engagement Deutschlands im Kampf gegen die Ebola-Seuche ausgesprochen. Die Epidemie breite sich rasant aus, zugleich sei die Versorgung anderer Krankheiten kaum noch möglich, heißt es in einer gemeinsamen Erklärung. Neben den am meisten betroffenen Ländern Liberia, Sierra Leone und Guinea bestehe die konkrete Gefahr der Ausbreitung auf Nachbarländer wie die Elfenbeinküste und Ghana. Kurzfristig benötige die Region massive finanzielle, medizinische und logistische Unterstützung, um die akute Epidemie einzudämmen und die Versorgung anderer Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose oder HIV aufrechtzuerhalten. „Daran anschließend ist eine nachhaltige Unterstützung der Gesundheitssysteme unbedingt notwendig, um Ebola und vergleichbare Epidemien zukünftig besser zu kontrollieren und die grundlegende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.“ ■

kurz & bündig

+++ ORGANSPENDEN: Einheitliche Datenerhebung und -erfassung im Transplantationswesen nutzt den Patienten. Das ist das Ergebnis eines vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens für ein Nationales Transplantationsregister. In Deutschland warten derzeit etwa 12.000 Menschen auf ein neues Organ. **+++ OPERATIONEN:** Ärzte in deutschen Krankenhäusern führen immer mehr Operationen durch: 2013 lag die Zahl chirurgischer Eingriffe laut Statistischem Bundesamt bei 15,8 Millionen. Im Vergleich zu 2005 ist dies ein Plus von rund 30 Prozent. **+++ OBDUKTIONEN:** Nur etwa drei Prozent aller Verstorbenen werden hierzulande von Pathologen oder Rechtsmedizinern obduziert. Die Folgen seien eine ungenaue Statistik über Todesursachen sowie eine hohe Dunkelziffer unentdeckter Kapitalverbrechen, kritisierten Experten anlässlich des ersten Internationalen Pathologie-Tages in Berlin.



Aller guten Dinge sind drei

Das G+G-Probeabo – für alle, die mitreden wollen

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

KONGRESS Routinedaten für mehr Qualität

Wie kann die Messung der Behandlungsqualität von Kliniken mithilfe von Routinedaten weiter verbessert werden? Dieser Frage gehen Experten beim 4. QMR-Kongress zu Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten nach, der am 4. und 5. Mai 2015 in Potsdam stattfindet. Veranstalter sind der AOK-Bundesverband, die Initiative Qualitätsmedizin und das Fachgebiet „Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ der TU Berlin. Ein Schwerpunkt ist der Einsatz von Peer Review-Verfahren, also die Einbeziehung unabhängiger Experten. Sie ermöglicht eine gezielte Optimierung von

Zitat des Monats

Ich will, dass es in fünf Jahren normal ist, dass an jeder Universität ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin ist und dass dies ein starkes Fach an den Universitäten ist.

Hermann Gröhe, Bundesgesundheitsminister

Behandlungsprozessen und führt nachweislich zu erheblichen Verbesserungen der medizinischen Ergebnisse. Referenten aus Deutschland, der Schweiz und Österreich berichten über aktuelle Entwicklungen in der Methodik und vor allem im Praxiseinsatz der Qualitätsmessung sowie die Umsetzung von Schritten zur Qualitätsverbesserung. Besonderer Fokus liegt auf der Qualitätsbe-

trachtung über den Klinikaufenthalt hinaus. Dazu stellt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) Hintergründe und den derzeitigen Stand seines Verfahrens zur „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) vor. Für Frühbucher gilt bis zum 8. März 2015 eine ermäßigte Anmeldegebühr. ■

MEHR INFOS:
www.qmr-kongress.de

chen Gebührenordnung abzurechnen. Allerdings fühlten sich Patienten im Sprechzimmer oft unter Druck gesetzt und schlecht aufgeklärt, kritisieren Verbraucherschützer. Auch der vorgeschriebene Vertrag oder die Rechnung würden häufig vergessen. Solche Erfahrungen können Patienten auf einem Formular jetzt mit persönlichen Angaben oder anonym schildern. ■

MUSKULATUR Anzug schützt vor Überlastung

Stark belastende Bewegungsabläufe in körperlich anstrengenden Berufen bergen ein erhebliches Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen, die sich vor allem in der zweiten Lebenshälfte bemerkbar machen können. Mit der Entwicklung eines Sensoranzuges soll das jetzt gestartete Forschungsvorhaben „Sensoranzug zur individuellen Rückmeldung körperlicher Aktivität“ – kurz SIRKA – helfen, Überbelastungen zu erkennen und alternative Bewegungsmuster aufzuzeigen. Integrierte Miniatursensoren messen dabei die Bewegungen seines Trägers und weisen unmittelbar auf schädigende Bewegungen hin. Den Anzug testet das Entwicklerteam um die Münsteraner Firma Budelmann Elektronik beispielsweise für den Einsatz bei Schweißern und Ausrüstern im Schiffbau und bei Rettungssanitätern. Das Verbundprojekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit 1,1 Millionen Euro im Rahmen seines Förderschwerpunktes „Mensch-Technik-Interaktion im demografischen Wandel“ gesponsert. Das Gesamtvolumen des Vorhabens liegt bei knapp 1,9 Millionen Euro. ■

Köpfe und Karrieren



+++ VYTENIS POVILAS ANDRIUKAITIS, 63, hat in der neuen Europäischen Kommission das Ressort Gesundheit und Lebensmittelsicherheit übernommen. Der Chirurg war von 2012 bis Juni 2014 Gesundheitsminister Litauens. Seit 1990 gehörte er der sozialdemokratischen Fraktion im litauischen Parlament an. Als neuer EU-Gesundheitskommissar ist Andriukaitis unter anderem für das Europäische Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle verantwortlich.

Der Bereich Arzneimittel fällt nach wie vor in seine Zuständigkeit. Die Zulassung von Medizinprodukten jedoch ist nun der EU-Kommissarin für Binnenmarkt, Industrie und Unternehmertum, Elzbieta Bienkowska, unterstellt.

+++ STEPHAN BAUMANN, 50, steht für weitere drei Jahre als Bundesvorsitzender an der Spitze des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB). Der Diplom-Betriebswirt, Mitgesellschafter mehrerer stationärer Pflegeeinrichtungen sowie kaufmännischer Geschäftsführer der Unternehmensgruppe GESBE, einer Trägergemeinschaft von Facheinrichtungen für die stationäre Pflege und Betreuung von Menschen in Essen und Wuppertal, bekleidet dieses Amt seit 2007. Stellvertretende VDAB-Vorsitzende ist weiterhin Petra Schülke. Der Verband vertritt die Interessen von mehr als 1.400 privaten Einrichtungen der ambulanten und stationären Alten- und Behindertenhilfe.



VERBRAUCHERSCHUTZ IGeL-Ärger loswerden

Unter www.igel-aerger.de können Patienten neuerdings Beschwerden über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) loswerden. Die Verbraucherzentralen haben das Portal gestartet, um „Missstände rund um die Extras in Arztpraxen und Kliniken aufzudecken und abzustellen“. IGeL-Angebote wie die Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung oder die Bachblütentherapie gehören nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen, Patienten müssen diese Leistungen selber zahlen. Ärzte und Kliniken müssen Patienten im persönlichen Gespräch über Nutzen und Risiken der IGeL aufklären und ihnen die Kosten schriftlich auflisten. Die Zusatzleistung muss vertraglich vereinbart sein und ist auf Basis der ärztli-

Hilfe beim Suizid erlauben?

Anders als in Belgien oder in den Niederlanden ist die aktive Sterbehilfe in Deutschland verboten. Selbst die Beihilfe zum Suizid, die nach dem Gesetz straffrei bleibt, ist Medizinern hierzulande untersagt. Muss sich das ändern?



DR. CAROLA REIMANN, stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion: Berufsrechtliche Vorgaben der Ärztekammern führen zu Rechtsunsicherheit und schaffen eine absurde Situation: Sterbenskranke, suizidwillige Menschen können nicht offen über ihre Ängste mit denjenigen sprechen, denen sie vertrauen und die die Lage fachlich am besten beurteilen können. Stattdessen wenden sie sich womöglich in ihrer Not an Sterbehilfevereine und medizinische Laien

ohne Kontrolle und Standards. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Deshalb plädiere ich für eine zivilrechtliche Regelung, die den ärztlich assistierten Suizid unter strengen Voraussetzungen ermöglicht und Rechtssicherheit schafft.

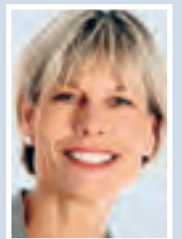
DR. HARALD TERPE, Mitglied der Grünen-Bundestagsfraktion und Obmann im Gesundheitsausschuss: Der assistierte Suizid darf nicht zu einer regelmäßigen Dienstleistung werden. Vielmehr müssen wir andere Hilfsangebote ausbauen. Ich schlage vor, die Beihilfe zum Suizid nicht generell zu verbieten, die geschäftsmäßige Suizidhilfe aber schon. Damit wird die Tätigkeit von Organisationen wie „Sterbehilfe Deutschland“ unterbunden. Auf der anderen Seite halte ich eine strafrechtliche Verfolgung von Angehörigen und anderen nahestehenden Menschen, die aus altruistischen Motiven heraus handeln und sich in einer persönlichen Ausnahmesituation befinden, für unangemessen.



DR. KLAUS REINHARDT, Vorsitzender der Ärztevereinigung Hartmannbund: Nein. Die Angst vieler Menschen vor dem letzten Leid besteht, weil nicht bekannt ist, was heute schon möglich und legitim ist: Es ist dem Arzt erlaubt, dem Sterbenden beizustehen. Er darf ihm mit allen Möglichkeiten der modernen Medizin helfen und dabei in Kauf nehmen, dass durch Schmerzvermeidung eine Lebensverkürzung eintritt. Die Palliativmedizin verbessert sich ständig. Diese

Entwicklung voranzutreiben ist Aufgabe unserer Gesellschaft, denn so kann in einer höchstindividuellen Situation zwischen dem behandelnden Arzt und seinem Patienten vertrauensvoll Hilfe gefordert und geleistet werden.

PROFESSOR DR. BETTINA SCHÖNE-SEIFERT, Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Münster: Ja, Ärzte sollten unheilbar kranken Patienten – rechtssicher und ohne Versteckspiel – Hilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung leisten dürfen. Natürlich nur dann, wenn es mit ihrem eigenen Gewissen vereinbar ist. Das in Deutschland formal bestehende Recht auf freiverantwortlichen Suizid ist für viele Patienten ein Scheinrecht, wenn sie dabei keine Hilfe erhalten dürfen. Sie erleben ihre letzte Lebensphase subjektiv als immense Verletzung ihrer Würde. Aber sie können den Tod von eigener Hand nicht herbeiführen oder nur unter unmenschlichen Umständen: einsam und gewaltsam.



DROGENPOLITIK Keine Freigabe von Cannabis

Die Bundesregierung sieht keinen Anlass dafür, ihre gegenwärtige Drogenpolitik zu korrigieren. Die Regelungen im Betäubungsmittelrecht – Handlungsverbote, Straf- und Bußgeldbewährung – sowie die generalpräventiven Regelungen seien für den Schutz der Bevölkerung im Allgemeinen wie auch des Einzelnen wichtig, heißt es in einer



UMFRAGE Zweitmeinung erwünscht

Viele Bundesbürger möchten im Krankheitsfall die Meinung eines zweiten Arztes einholen oder haben dies schon getan, so eine Umfrage der Asklepios Kliniken Hamburg und des Instituts für Management- und Wirtschaftsforschung unter 1.000 Teilnehmern. Jeder zweite Befragte hat demnach schon einmal eine Zweitmeinung eingeholt. Mehr als 90 Prozent der Befragten, die dies noch nicht getan haben, würden es künftig tun oder zumindest erwägen. Eine zweite ärztliche Meinung wünschen sich die Befragten bei schweren Krankheiten wie Krebs, neurologischen Erkrankungen und Herzleiden. Jedoch wissen laut Studie ein Viertel der Deutschen gar nicht, dass sie das Recht auf eine kostenlose Zweitmeinung haben. ■

ÜBERGEWICHT Gefahr für Schwangere

Starkes Übergewicht in der Schwangerschaft erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und die Herzsterblichkeit betroffener Frauen. Das zeigt eine schottische Studie. Die Erkenntnis könne Bedeutung für künftige Präventionsstrategien haben, so die Studienautoren. Das Forscherteam hatte die Gesundheitsdaten von Frauen ausgewertet, die zwischen 1950 und 1976 ihr erstes Kind geboren haben. Die Gesamtmortalität in der Gruppe der Frauen, die bei der ersten pränatalen Untersuchung einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 oder mehr aufwiesen, war im Vergleich zur Gruppe mit normalem BMI stark erhöht. ■

Antwort auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke. Die Fragesteller hatten sich nach den Konsequenzen der von ihr als „Verbotspolitik“ bezeichneten Regelungen im Betäubungsmittelrecht erkundigt. Eine Freigabe des Freizeitgebrauches von Cannabis wie in zwei Bundesstaaten der USA oder in Uruguay, lehnt die Regierung weiter ab. Im Gegensatz zu anderen Ländern verfolge man einen „starken gesundheitspolitischen Ansatz“, führe also keinen „Krieg gegen Drogen“. ■

**MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/2937**

UMWELT
Ofenrauch belastet Innenräume

Luftverschmutzung schadet nicht nur Menschen, die in Großstädten leben. Weltweit atmet vielmehr mehr als jeder Dritte auch im eigenen Zuhause schlechte Luft ein, die beim Verbrennen von Kohle oder pflanzlichen Brennstoffen entsteht. Fast drei Milliarden Menschen vor allem in Asien und Afrika seien dadurch ernststen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, berichten Wissenschaftler im britischen Fachjournal „The Lancet Respiratory Medicine“. Sie nutzten Holz oder Kohle zum Kochen, Heizen und als Lichtquelle. Diese Brennstoffe würden oft im offenen Feuer oder in einfachen Öfen verbrannt, sodass die Luft in wenig belüfteten Räumen stark verschmutzt sei, schreibt das Team um Stephen Gordon von der Liverpool School of Tropical Medicine in Großbritannien und William Martin von der Ohio State



Ausgezeichnet: Für sein Foto „Das Strom-Phantom“, erschien im „Spiegel“ im September 2013, hat der Berliner Fotograf Stefan Boness, der als freier Fotograf auch für das Magazin G+G arbeitet, den Journalistenpreis 2014 der Agentur für Erneuerbare Energien erhalten. Das Bild zeigt Europas größtes Dünnschicht-Solkraftwerk im brandenburgischen Templin. Boness habe es geschafft, eine derartige Anlage „spannend zu visualisieren“, lobte die Jury.

University in den USA. Der Rauch enthalte neben Ruß auch andere, für den Körper schädliche Verbindungen. Analysen in Indien hätten zudem gezeigt, dass in manchen

Gebieten die Luft im Haus schlechter sei als draußen. Die Verschmutzung lag dort demnach dreimal höher als in einer typischen Straße in London und damit über den

empfohlenen Grenzwerten der WHO. Schätzungen zufolge seien 2010 etwa 3,5 bis vier Millionen Menschen wegen Luftverschmutzung in Haushalten verstorben. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Nicht jedes Krankenhaus in Deutschland muss alles machen“

Bund und Länder haben sich ein ehrgeiziges Ziel gesetzt: Gemeinsam wollen sie die Krankenhausversorgung reformieren. Dazu Fragen an **Georg Keppeler**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK NordWest.

G+G: Herr Keppeler, wo drückt der Schuh in der Krankenhausversorgung aus Sicht der Patienten und Versicherten am meisten?

KEPPELER: Wir haben insgesamt zu viele Krankenhausbetten und gleichzeitig sehr unterschiedliche Qualitäten. Beides ist für Patienten und Beitragszahler nicht akzeptabel. Notwendig ist daher eine Krankenhausplanung, die eine abgestimmte Aufgabenteilung zwischen den einzelnen Kliniken vorsieht.

G+G: Wie könnte das denn konkret aussehen?

KEPPELER: Notwendig ist eine gute flächendeckende Grundversorgung und eine qualitätsorientierte Bündelung von Schwerpunkten. Es macht keinen Sinn, wenn jedes Krankenhaus in Deutschland alles macht. Wir benötigen sehr rasch verbindliche Qualitätsvorgaben, um den nötigen Strukturumbau zu beschleunigen. Wir dürfen nicht länger

überflüssige Betten subventionieren, sondern müssen eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung erreichen.

G+G: Was braucht es dafür?

KEPPELER: Von den beteiligten Akteuren erwarte ich mutige und vor allem konsequente Entscheidungen, die zu mehr Qualität für den Patienten, aber auch zu weniger Kliniken führen müssen. Mehr Transparenz über die angebotenen und erbrachten Leistungen ist dabei unentbehrlich. Wichtig ist auch: Zusätzliches Geld darf künftig nicht mehr in ineffiziente Strukturen fließen. Insbesondere die Länder müssen endlich wieder ihren gesetzlichen Investitionspflichten in einem angemessenen Umfang nachkommen.

Siehe auch Bericht auf Seite 18.

Spezialisten für alle Fälle

Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege sollen in einem Beruf zusammengefasst werden. Das Vorhaben habe Charme, sei aber behutsam umzusetzen, empfiehlt **Susanne Werner**.



UM KNIRPSE KÜMMERN SICH in den ersten Lebenswochen Kinderkrankenpflegerinnen. Altenpfleger betreuen Hochbetagte am Lebensende. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind dann gefragt, wenn Patienten in den Jahren zwischendrin leiden. Bislang lassen sich die vielfältigen Aufgaben der professionellen Pflege in drei unterschiedlichen Ausbildungen

lernen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig wollen dies ändern. Die Gesundheits- und Krankenpflege, die Kinderkranken- und Altenpflege sollen in einer generalisierten Ausbildung zusammengeführt werden. Für das Jahr 2015 ist ein entsprechender Gesetzentwurf vorgesehen. Ist das Vorhaben sinnvoll? Ist die professionelle Pflege in den verschiedenen Phasen des Lebens tatsächlich gleich?

Nein, bestimmt nicht. Alle drei Berufe haben jedoch einen gemeinsamen Fundus an Wissen und Können. Wenn aus Kindern, Erwachsenen und Senioren Patienten werden, dann brauchen sie gleichermaßen eine pflegerisch-emotionale Zuwendung und eine gute medizinisch-pflegerische Versorgung. Gute Pflege sollte beides leisten können. Aber gute Pflege braucht auch Spezialwissen. Den üblichen Kinderkrankheiten ist anders zu begegnen als der drohenden Sturzgefahr im Alter. Und Menschen in psychischen Krisen erfordern einen anderen pflegerischen Umgang als Patienten auf der Intensivstation oder Senioren in der häuslichen Pflege. Die Sektoren und Diagnosen machen den entscheidenden Unterschied. Die Gesellschaft erwartet dennoch, dass die Pflege an all ihren Einsatzorten topfit ist. Skeptiker fürchten, dass drei Jahre für eine solch umfassende Pflegeausbildung nicht reichen und in der Folge die Inhalte verflachen.

Angesichts der breiten pflegerischen Tätigkeit ist dies eine berechtigte Warnung. Der Einstieg in eine generalistische Pflegeausbildung darf daher nicht als Schmalspur anlegt werden, um schnell Fachkräfte auf den Markt zu bekommen und so die Furcht vor einem wachsenden Pflegenotstand zu bannen. Eine Verschmelzung der drei Ausbildungen muss das Tätigkeitsfeld der professionellen Pflege in allen Sektoren attraktiver machen. Dazu gehört auch, dass die künftigen Pflege-Generalisten nach drei Jahren selbst Spezialisten sind – und zwar solche, die über Sektorengrenzen und Diagnosen hinausblicken. ■

Susanne Werner lebt und arbeitet als freie Journalistin in Berlin.

TABAKKONSUM

Raucher anfälliger für Rheuma

Zigarettenrauch verschlimmert eine Rheumaerkrankung nicht nur, er scheint sogar Rheuma auszulösen. „Dass Rauchen Rheuma verschlimmert, wissen wir seit längerem, dass es die Krankheit nach neuesten Erkenntnissen sogar auszulösen scheint, sollte vor allem Betroffene dazu bringen, sofort auf Zigaretten zu verzichten, auch wenn es sehr schwer fällt“, sagte Professor Dr. Ulf Müller-Ladner, Direktor der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie an der Keckhoff Klinik in Bad Nauheim, anlässlich eines Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin Ende Oktober in Wiesbaden. Sei Rheuma ausgebrochen, verlaufe es bei Rauchern zudem wesentlich aggressiver. Sie müssten mehr Medikamente einnehmen als Nichtraucher, um entzündliche Symptome zu lindern. Zuletzt hatte auch eine schwedische Studie ergeben, dass das Risiko, an Rheuma zu erkranken, bei Rauchern doppelt so hoch ist wie bei Nichtrauchern. Entscheidend sei sowohl die Menge der Zigaretten als auch die Anzahl der Jahre, über die geraucht werde. ■

NIEDERLASSUNG

Ärzte zieht es aufs Land

2012 und 2013 ließ sich mehr als jeder zehnte Mediziner (11,5 Prozent) in Deutschland in einer Region mit weniger als 5.000 Einwohnern nieder. Damit hat sich der Wert seit 2010/2011 nahezu verdoppelt. „Die Zahlen zeigen, dass die Politik mit der Aufhebung

der Residenzpflicht 2012 einen Schritt in die richtige Richtung unternommen hat“, analysierte Georg Heßbrügge, Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik bei der apoBank. Zumeist stünden Landpraxen wirtschaftlich gut da. Dessen ungeachtet bleibe die Versorgungssituation in ländlichen Regionen problematisch, so Heßbrügge. Denn nach wie vor ließen sich insgesamt zu wenige Hausärzte nieder. So liegt ihr Anteil unter den Existenzgründern laut Analyse bei 26,6 Prozent, unter den Vertragsärzten jedoch bei 44,2 Prozent. ■

PFLEGE

Kommunen in der Pflicht

Wie verschiedene Angebote der Altenpflege und der Pflegeversicherung enger miteinander verzahnt werden können und die Planungs- und Steuerungskompetenz der Kommunen in der Pflege gestärkt werden kann, soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege herausfinden. Den Gemeinden komme eine Schlüsselrolle zu, wenn es darum gehe, den Alltag der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einfacher zu bewältigen, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe anlässlich der konstituierenden Sitzung des Gremiums in Berlin. Oft seien es einfache Dinge wie die Begleitung beim Gang auf den Friedhof oder in den Supermarkt, die das Leben der Pflegebedürftigen erleichterten. „Deshalb ist auch die Unterstützung von Nachbarschaftshilfe und Ehrenamt vor Ort von entscheidender Bedeutung“, betonte Gröhe. ■

Der Reformzug kommt ins Rollen

Mehr Patientensicherheit, weniger Sektorengrenzen: Der AOK-Bundesverband bescheinigt dem Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz viel Potenzial. Kritisch sieht er jedoch, dass Ärzte in einigen Regionen pauschal mehr Geld bekommen sollen. **Von Ralf Breitgoff**

Zum dritten Mal seit 2007 unternimmt eine Bundesregierung den Versuch, die flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau zu sichern. Das Bundesgesundheitsministerium hat Mitte Oktober den Referentenentwurf für das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) vorgelegt. In einer ersten Bewertung gibt sich der AOK-Bundesverband vorsichtig optimistisch. Das Bemühen, die Situation in strukturschwachen Gebieten zu verbessern, sei erkennbar, kommentierte der Vorstandsvorsitzende, Jürgen Graalman, die Pläne des Bundesgesundheitsministers. Andererseits müsse aber auch der Abbau der anerkannten Überversorgung konsequent angegangen werden.

Neu sind die Ziele des Gesetzes nicht. Bereits 2007 ermöglichte eine Große Koalition im Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz, dass Vertragsärzte außerhalb ihres Arztsitzes Zweigpraxen eröffnen,

Teilzeitarbeit ausüben und Ärzte sich über Orts-, Praxis- und Fachgebietsgrenzen hinweg zusammenschließen. 2009 fiel endgültig die Altersbeschränkung für alle Vertragsärzte. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 schließlich sollte Unterversorgung im ambulanten Bereich beseitigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) musste unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung die Bedarfsplanung überarbeiten. Die neue Bedarfsplanung gilt seit 2013.

Zweitmeinung schützt. Im jetzt vorgelegten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bauen Union und SPD auf eine Reihe von Einzelmaßnahmen. Die Alterung der Gesellschaft, neue Möglichkeiten der Behandlung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts sowie unterschiedliche Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen verursachten den gesetzgebe-

rischen Handlungsbedarf, heißt es in der Begründung.

Die schnellere Terminvergabe beim Facharzt, der Rechtsanspruch auf ärztliche Zweitmeinung bei planbaren Operationen, neue Regeln für den Einsatz von Medizinprodukten – all das findet sich im Entwurf wieder. Die Wartezeiten im fachärztlichen Bereich zu verkürzen und dabei die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stärker in die Pflicht zu nehmen, sei richtig, findet Graalman und ergänzt: „Das unterstreicht nochmals den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, den sie laut Gesetz zu erfüllen haben.“ Und die Zweitmeinung schützt aus AOK-Sicht vor unnötigen Eingriffen.

Bewegung bei Medizinprodukten. Als „längst überfällig“ bezeichnet der AOK-Bundesverband ein systematisches, obligatorisches und fristgebundenes Verfahren zur Bewertung von Medizinproduk-

Mehr als nur ein Landarztgesetz

Ausgewählte Inhalte aus dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)

- Ausbau strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)
- Stärkere Anreize zur Niederlassung in strukturschwachen Gebieten
- Schärfere Regeln für Nachbesetzung von Arztsitzen bei Überversorgung
- Förderung von Praxisnetzen
- Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft
- KV-Servicestellen zur Vergabe von Facharztterminen
- Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung bei planbaren Operationen
- Neue Regeln für den Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten
- Bessere Überleitung vom Krankenhaus zum Hausbeziehungsweise Facharzt (Entlassmanagement)
- Regressausschluss der Gesetzliche Krankenversicherungen gegenüber freiberuflichen Hebammen
- Regionale Anhebung der ambulanten Vergütung auf den Bundesdurchschnitt (Konvergenz)
- Mehr Gestaltungsmöglichkeiten und Entbürokratisierung bei Selektivverträgen
- Innovationsfonds: 300 Millionen Euro im Jahr für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung
- Bessere Anbindung von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an die ambulanten Angebote
- Anspruch auf zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Prävention für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen
- Regionalisierung Wirtschaftlichkeitsprüfungen Arzneimittelbereich
- Schaffung Medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen
- Gesetzliche Festlegung der Höhe des Apothekenabschlags

ten der höchsten Risikoklassen, wie Herzkatheter, künstliche Hüft- und Kniegelenke, Brustimplantate, Herzschrittmacher oder implantierte Defibrillatoren. „Für diese Verbraucherschutzmaßnahme machen wir uns auf europäischer Ebene seit Jahren stark“, betont Graalman. Seit zwei Jahren bastelt die EU an einer Verordnung. Weder die zentrale staatliche Zulassung für Hochrisiko-Medizinprodukte noch die Verpflichtung zu hochwertigen klinischen Studien fanden eine Mehrheit. Jetzt ergreift die Bundesregierung immerhin eine erste nationale Initiative. „So kommen wir zwar zunächst nur einen kleinen Schritt weiter“, urteilt der AOK-Verbandschef, „aber wenigstens ist der Stillstand überwunden.“ Noch überzeugender wäre die Neuregelung, wenn die Bewertung für alle Medizinprodukte der Klassen IIb und III gelte, und nicht nur für diejenigen, für die ein Krankenhaus ein zusätzliches Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beantragt habe.

Sinnvolle Anreize für Landärzte. Auch strukturell will die Bundesregierung die Versorgungslandschaft verbessern. Dabei geht es vor allem um die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor sowie die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von stationärer zur ambulanten Versorgung. „Dass es Krankenhäusern jetzt erst möglich wird, Arzneimittel und sonstige Leistungen für bis zu einer Woche zu verordnen, zeigt einmal mehr, dass die Kooperation zwischen Ärzten und Krankenhäusern noch immer nicht zufriedenstellend funktioniert“, kritisiert Graalman die aktuelle Situation. „Daher sind die jetzigen Konkretisierungen erfreulich.“

Der Gesetzentwurf setzt zudem sinnvolle Anreize für Ärzte, sich in strukturschwachen Gebieten niederzulassen. So sollen künftig Landkreise und Städte auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) betreiben dürfen. MVZ in kommunaler Trägerschaft könnten Versorgungslücken schließen und überdies die sektorenübergreifende Versorgungsplanung beflügeln, so die Einschätzung. Dazu gehöre aber in jedem Fall auch, Nachbesetzungsanträge in übersorgten Regionen künftig abzulehnen. Der AOK-Bundesverband fordert hier Nachbesserungen vom Gesetzgeber.



Schwarz-Rot hat die Gesundheitsreform aufs Gleis gesetzt.

Freiräume erweitert. Die Allgemeinmedizin soll in der Aus- und Weiterbildung künftig stärker berücksichtigt werden. „Allerdings muss die Weiterbildung in den Praxen endlich so zeitgemäß gestaltet werden, dass sie den Ärzten sinnvoll erscheint“, warnt Jürgen Graalman. Zu wenig Geld sei nicht der Grund für die häufigen Abbrüche von Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Regierungspläne sehen außerdem einen Innovationsfonds zur Förderung insbesondere von sektorenübergreifenden Versorgungsformen und für die Forschung in diesem Bereich vor. Der Fonds soll beim GBA angesiedelt sein und mit jährlich 300 Millionen Euro von Kassen und Gesundheitsfonds gefüllt werden. Ergänzend will die Große Koalition die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitern, innovative Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Das Ziel: mehr Versorgungseffizienz und -effektivität. „Der Gesetzgeber hält Wort“, lobt der AOK-Chef. Hemmnisse würden abgebaut, Freiräume erweitert.

Mittel in Strukturen investieren. Kritisch sieht der AOK-Bundesverband den Plan, in einigen Regionen die ärztlichen Vergütungen ohne Not pauschal zu erhöhen. Es sei abwegig, die ambulante Gesamtvergütung schematisch in allen KV-Bezirken gleichzumachen, wenn in einigen KV-Bereichen ein größerer Teil der Versorgung tatsächlich im Krankenhaus erfolge. Dort, wo die Krankenkassen

alterstandardisiert geringere Krankenhausaufgaben aufweisen, seien heute die ambulanten Ausgaben je Versicherten entsprechend höher. Die Unterschiede in der Gesamtvergütung hätten gute – strukturelle – Gründe. Erkenntnisse über unbegründete Unterschiede müssten auf belastbarer Datenbasis belegt werden, bevor gesetzgeberisch einem von einigen Akteuren gefühlten Unterschied nachgegeben werde. „Im Übrigen ist es besser, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, die Mittel in bessere Versorgungsstrukturen zu investieren, als einfach nur pauschal mehr an die Ärzte auszuschütten“, bekräftigt Graalman.

Ein weiteres Manko des Gesetzentwurfs ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die Neuregelung der Hebammenhaftung. „Um eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen auch in Zukunft sicherzustellen, werden Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen beschränkt“, heißt es in der Gesetzesvorlage wörtlich. „Selbstverständlich liegt uns die Zukunft der Hebammen am Herzen, aber diese Regelung ist der völlig falsche Weg“, erwidert Jürgen Graalman. „Es kann doch nicht sein, dass das Risiko der privaten Haftpflichtversicherung auf die Beitragszahler der GKV übertragen wird.“ ■

Ralf Breitgoff ist stellvertretender Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

Dänen finden Daten dufte

Während in Deutschland die elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen nur schleppend Einzug hält, treibt Dänemark konsequent eine nationale E-Health-Strategie voran. Auch bei der Klinikplanung setzt das Königreich bemerkenswerte Akzente. **Von Bettina Nellen**

Mit rund sechs Millionen Einwohnern gehört Dänemark zu den kleinen europäischen Ländern. Die Herausforderungen, die das Königreich im Gesundheitswesen zu bewältigen hat, unterscheiden sich aber nicht grundsätzlich vom großen Nachbarn Deutschland: demografischer Wandel, sich ändernde Krankheitsbilder mit immer mehr chronisch Kranken, medizinisch-technischer Fortschritt und begrenzte Budgets. Die eingeschlagenen Wege, hierfür Lösungen zu finden, sind beeindruckend. Davon konnten sich die Teilnehmer einer Studienreise nach Kopenhagen überzeugen, die der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) in Kooperation mit dem Schweizer Forum Managed Care und Healthcare Denmark organisiert hatte.

Unter dem Motto „frühe Diagnose, bessere Behandlung und mehr Lebensjahre für alle“ stehen die Pläne für eine neue dänische Gesundheitsstrategie, die Per Okkels, Staatssekretär im Gesundheitsministerium, den Besuchern vorstellte. Die Pläne setzen auf einer Reihe bereits bestehender Strategien auf, die die Verbesserung der Versorgungsqualität und der psychischen Gesundheit, der Transparenz insbesondere in Bezug auf die Ergebnisqualität, die Digitalisierung des Gesundheitssektors, partizipative Patientenbeteiligung und Stärkung des primären Sektors zum Ziel hat.

Gerangel um Investitionsfonds. So sieht sich das dänische Gesundheitsministerium vor allem als Treiber eines notwendigen strukturellen Wandels. „Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung werden immer weniger akzeptiert“, sagt Nanna Skovgaard, Referatsleiterin für Krankenhausinvestitionen und Informations- und Kommunikationstechnologie im Kopenhagener Gesundheits-

ministerium. 2008 packte ihr Ministerium 5,5 Milliarden Euro in einen nationalen Investitionsfonds, um die Krankenhausstrukturen des Landes zu verändern. Da die Krankenhausplanung in der Verantwortung der fünf Regionen Dänemarks liegt, treten sie bei der Bewerbung um die Gelder aus diesem Fonds in Konkurrenz. Bevor das Geld fließt, müssen sie dem Ministerium einen detaillierten Plan vorlegen, der aufzeigt, in welche Krankenhäuser investiert werden soll, welche geschlossen werden und welche sich spezialisieren sollen.

Bettenabbau bis 2020. Übergeordnetes Ziel ist die weitere Reduktion der Krankenhäuser. Und das, obwohl bereits von 1999 bis heute die Zahl der Kliniken von 98 auf 40 reduziert worden ist. Das Geld wird auch an Effizienzziele gekoppelt, die da lauten: 50 Prozent mehr ambulante Versorgung, Krankenhausbetten um 20 Prozent und die Aufenthaltsdauer auf im Schnitt drei Tage reduzieren. Das soll bis

2020 erreicht sein. Einfach sei das Ansinnen nicht gewesen. „Es gab einen massiven öffentlichen Aufstand“, sagt Skovgaard. „Aber das liegt glücklicherweise hinter uns.“ Wenn Veränderungen anstünden, träfen diese in der Regel nicht auf Begeisterung. Wichtig sei daher vor allem, die Ausgangsthese richtig zu formulieren. Skovgaard: „Wir haben nicht gefragt: ‚Wollen Sie ein Krankenhaus ganz in Ihrer Nähe?‘ Wir fragen: ‚Möchten Sie in einem Krankenhaus behandelt werden, in dem Ihre Erkrankung noch nie behandelt wurde?‘ Da rückt der Aspekt ‚schnelle Erreichbarkeit‘ auf der Prioritätenliste dann eher nach unten.“

Möglichst kurz in der Klinik. Auch für Hans Erik Henriksen, Geschäftsführer von Healthcare Denmark, einer öffentlich-rechtlichen Partnerschaft, die sich der Förderung zukunftsweisender Lösungen für das dänische Gesundheitswesen verschrieben hat, ist klar: „Wenn wir so weitermachen wie bisher, werden wir bald

Ein Vergleich in Zahlen

Jahr 2011	Dänemark	Deutschland
Einwohner	5,8 Millionen	81,4 Millionen
Durchschnittliche Lebenserwartung	79,9 Jahre	80,8 Jahre
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt	10,9 Prozent	11,3 Prozent
Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011	4.448 US-Dollar	4.495 US-Dollar
Zahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner	3,5	3,8
Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner	15,4	11,4
Zahl der Arztbesuche pro Kopf	4,7	9,7
Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner	4	8
Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus	4,5 Tage	9 Tage

Quelle: OECD, Health at a Glance 2013

nicht mehr genug Geld haben, um die Versorgung auf heutigem Niveau sicherzustellen.“ Daher lautet das Ziel: Krankenhauseinweisungen vermeiden. Und wenn diese sich nicht vermeiden ließen, müsse zumindest die Verweildauer sinken. Dies funktioniert aber nur, wenn gleichzeitig in die Qualität der Versorgung und in den niedergelassenen Bereich investiert würde. „Seit 1997 haben sich die ambulanten Operationen bereits mehr als verdoppelt“, so Henriksen. Inwieweit sie sich im selben Zeitraum im stationären Bereich verringert haben, war nicht in Erfahrung zu bringen.

Portal für Patienten und Profis. Während in Deutschland die elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen nur punktuell und insgesamt schleppend Einzug hält, setzt Dänemark konsequent auf E-Health-Lösungen. Mit der „Nationalen Strategie zur Digitalisierung des dänischen Gesundheitswesens 2013 bis 2017“ haben sich die dänische Bundesregierung, die Interessenvertretung der Kommunen sowie die fünf dänischen Regionen darauf verständigt, die Digitalisierung landesweit und sektorenübergreifend voranzutreiben. Im Mittelpunkt steht das Internetportal sundhek.dk, das sich sowohl an die Bürger als auch an Angehörige der Gesundheitsberufe richtet. Das Portal bietet allgemeine Gesundheitsinformationen, Präventionsprogramme, Qualitätsdaten zu Krankenhäusern und ist gleichzeitig das Tor zu den persönlichen Gesundheitsdaten.

Neben dem Patienten können auch alle an seiner aktuellen Behandlung Beteiligten auf diese Daten zugreifen. Zu finden sind Informationen zur Krankengeschichte, zu Laborparametern oder der aktuelle Medikationsplan.

Das Portal erfreue sich großer Beachtung. Jeden Monat würden 1,5 Millionen Nutzer registriert, wovon 20 Prozent aus den Gesundheitsprofessionen kämen, sagt Morten Elbaek Petersen, Geschäftsführer von sundhed.dk. Ziel sei, ein transparentes Gesundheitswesen zu gestalten



Sie hat schon eine elektronische Patientenakte: Anders als viele Deutsche machen sich Dänemarks Einwohner wenig Sorgen um den Datenschutz im Gesundheitswesen.

und Patienten zu haben, die Verantwortung für sich übernehmen und sich gut informiert im Gesundheitswesen bewegen. Ob das Portal dieses Ziel tatsächlich erreicht, sei noch nicht bewiesen, man stelle aber eine Patientenzufriedenheit von über 90 Prozent fest, so Petersen.

Das Herzstück des Portals ist die gemeinsame Medikamentenakte. Zugriff haben alle an einer aktuellen Behandlung beteiligten Leistungserbringer einschließlich der Apotheker und natürlich die Patienten selbst. Der Patient kann auch jederzeit überprüfen, wer in seine Akte geschaut hat und ob derjenige dazu überhaupt berechtigt war. Bei Missbrauch erfolgen eine Anzeige mit anschließender Strafzahlung sowie die Meldung an die zuständige Gesundheitsbehörde.

Patientenakte erhöht Sicherheit. Ärzte bewerteten die Akte vor allem wegen der Patientensicherheit positiv, sagt Brigitte Drewes von der Nationalen E-Health-Behörde. Fügt ein Arzt oder Apotheker ein weiteres Medikament zu der Liste hinzu und dieses neue Medikament verursacht Wechselwirkungen mit einem Wirkstoff, den der Patient schon einnimmt, öffnet sich automatisch ein Fenster mit einer entsprechenden Warnung. Eine solche Warnung erfolgt auch bei falscher Dosierung oder Allergien. Ein Hauptmangel sei noch, dass der Erfolg des Projekts nicht überprüft werde. So könne nicht gesagt werden, wie viele Fehler vermieden werden konnten, bedauert Drewes.

In Deutschland ist zum jetzigen Zeitpunkt undenkbar, dass eine solche Bündelung intimster Patientendaten mit automatisierten Zugriffsrechten versehen etabliert würde. Und so wundern sich die Teilnehmer der Studienreise nach Dänemark, warum dies in Dänemark nahezu sang- und klanglos etabliert werden konnte, Petersen: „Ich denke, das hat etwas mit unterschiedlichen Mentalitäten zu tun. Die Dänen vertrauen ihrer Regierung und einer Technologie, die höchsten Sicherheitsstandards genügt.“

Inspiration für Deutschland. Blicke noch die Frage, ob diese Mentalität des Vertrauens und der Transparenz auch etwas mit der Größe eines Landes zu tun hat. Für Professor Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC e. V., steht jedenfalls fest: „Transparenz ist kein Ziel, sondern ein Werkzeug, um Dinge zu bewegen.“ Und ergänzt: „Studienreisen in andere Länder dienen vor allem der Inspiration und weniger einem direkten Vergleich.“ ■

Bettina Nellen leitet das Ressort Medizin und Wissenschaft im KomPart-Verlag.

Reha für Krebspatienten

Dänemark setzt bei der onkologischen Nachsorge auf integrierte Angebote, bei denen unterschiedliche Professionen eng zusammenarbeiten.

Mehr Infos dazu unter www.reformblock.de

Der Pflege den Rücken stärken

Bundestag und Bundesrat haben grünes Licht für das Pflegestärkungsgesetz Nummer eins gegeben. Im Gepäck: höhere Beiträge und mehr Leistungen. Die zweite Reform, die des Pflegebegriffs, soll bis zum Ende der Legislaturperiode folgen. **Von Thomas Hommel**

Hermann Gröhe mischte ein klein wenig Pathos in seine Rede an die Abgeordneten. „Unsere starke Gesellschaft“, erklärte der Gesundheitsminister in der abschließenden Aussprache des Bundestages über das Pflegestärkungsgesetz I, „kann das stemmen.“ Der CDU-Politiker spielte damit auf die Herausforderungen an, vor denen die soziale Pflegeversicherung steht: rasante Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, deutlich mehr Demenzkranke sowie ein überarbeiteter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der ohne höhere Beiträge nicht zu realisieren ist.

Die Worte des Ministers wirkten – zumindest in den Reihen der Großen Koalition: Mit den Stimmen von Union und SPD beschloss das Hohe Haus Mitte Oktober die erste Stufe der Pflege-reform. Kurz danach billigte auch die Länderkammer das Gesetz. Bis zuletzt war um Änderungen gerungen worden.

Während die Regierung ihr Pflegepaket als wichtige Weichenstellung für Pflegebedürftige wie pflegende Angehörige lobte, kritisierte die Opposition den Gesetzentwurf als ideenlos. Die Pflegeversicherung werde teurer, aber nicht besser mit dem Gesetz, sagte etwa die pflegepolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, Elisabeth Scharfenberg.

Erste Stufe gezündet. Höhere Beiträge und mehr Leistungen für die rund 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland – so lässt sich das Gesetz unterm Strich zusammenfassen. Schaut man sich die Paragraphen im Detail an, ergeben sich eine ganze Reihe von Änderungen, die ab 1. Januar 2015 wirksam sind. Dazu gehören unter anderem die folgenden Punkte:

► Die **Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung** steigen zum 1. Januar 2015 zunächst um 0,3 Prozentpunkte. Sie betragen ab dann 2,35 Prozent des Bruttoeinkommens. Kinderlose bezahlen 2,6 Prozent.

► Die **ambulanten und stationären Leistungen** zur Pflege werden im Schnitt um vier Prozent angehoben.

► 1,2 Milliarden Euro sollen pro Jahr in einen **Pflege-Vorsorgefonds** fließen, der für die geburtenstarken Jahrgänge – die Baby-Boomer – eingeplant ist.

► Ins Gesetz aufgenommen wurde auch die **Umwidmungsregelung**, für die sich die AOK nachdrücklich eingesetzt hatte. Danach können 40 Prozent der ambulan-

ten Pflegesachleistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote wie Einkaufshilfen oder Helfer für Botengänge und Betreuung verwendet werden.

► Die Leistungen der **Verhinderungs- und Kurzzeitpflege** können besser miteinander kombiniert werden. Statt vier Wochen sind bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr möglich, die Pflegekasse übernimmt dafür künftig bis zu 3.224 Euro (bisher bis zu 3.100 Euro). Künftig gilt dies in ähnlicher Weise auch bei der Verhinderungspflege: Wenn der pflegende Angehörige krank ist oder eine Auszeit braucht, wird eine Pflegekraft oder Vertretung benötigt. Diese sogenannte Verhinderungspflege soll künftig unter entsprechender Anrechnung auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden können statt bisher bis zu vier.

► 100 Millionen Euro werden für die **zehntägige bezahlte Auszeit** von der Pflege bereitgestellt, die Berufstätige in Anspruch nehmen können.

► Für stationäre Pflegeeinrichtungen werden **20.000 zusätzliche Pflegekräfte** finanziert.

► Kostenträgern haben das Recht, von den **Trägern von Pflegeeinrichtungen Nachweise** zu verlangen, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten in Höhe der tariflichen beziehungsweise kirchenarbeitsrechtlichen Entlohnung ankommen. Die Nachweispflicht gilt sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich.

► Der **Wohngruppenschlag**, den Pflegebedürftige erhalten, wenn sie eine Pflege-

Hilfe zur Pflege

In Deutschland können mehr als 2,6 Millionen Menschen wegen Krankheit oder Behinderung die alltäglichen Aufgaben nicht mehr selbstständig meistern. Pflegebedürftigen wird entweder in stationären Pflegeeinrichtungen oder ambulant Hilfe angeboten. Die 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung soll das Risiko der Hilfsbedürftigkeit zumindest teilweise abfedern. Mit einem Versichertenanteil von 50 Prozent unter den Pflegebedürftigen ist die **AOK die größte Pflegekasse Deutschlands**. Bundesweit hat sie rund 700 **Pflegeberater im Einsatz, die die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor Ort unterstützen**. Gleichzeitig baut sie ihre Online-Informationen wie den AOK-Pflegenavigator und das AOK-Pflegeportal weiter aus und engagiert sich in regionalen Projekten, um die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Versicherten vor Ort zu verbessern.

Weitere Infos: www.aok.de > Gesundheit > AOK-Pflegeportal

kraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei und höchstens zehn Pflegebedürftigen beschäftigen, wird auf 205 Euro im Monat erhöht. Zudem gibt es eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 Euro je Pflegebedürftigen, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe) für die Gründung einer betreuten Pflege-Wohngruppe, die einfacher in Anspruch genommen werden kann. Diese Leistungen stehen auch Personen in der sogenannten Pflegestufe 0 (insbesondere Demenzkranke) zur Verfügung.

► Der **Zuschuss für Umbaumaßnahmen** wird ebenfalls aufgestockt: Ambulant betreute Wohngruppen können künftig bis zu 16.000 Euro erhalten.

Stillstand beendet. Beim AOK-Bundesverband stießen die Änderungen größtenteils auf Zuspruch. Nach „langem Stillstand“ habe die Politik das Thema Pflege endlich angepackt und einige richtige Entscheidungen getroffen, kommentierte der Vorstandsvorsitzende des Verbandes, Jürgen Graalman. Entscheidend sei, dass das erste Pflegestärkungsgesetz mehr Geld ins Pflegesystem bringe. „Es begrenzt die Entwertung der sozialen Pflegeversicherung durch Inflation und schafft vor allem mehr Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Angehörige. Das ist wirklich wegweisend, weil damit die Flexibilität bei der Zusammenstellung von Pflegeleistungen erhöht wird.“

Leistungen individueller zugeschnitten. Ausdrücklich lobte Graalman, dass die Umwidmungsregelung ins Gesetz aufgenommen sei. „Pflegebedürftige können ihren Alltag dadurch individueller gestalten als heute und gleichzeitig mehr Leistungen einkaufen. So werden ihre Angehörigen entlastet und Pflegekräfte können sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren.“

Weiterer wichtiger Punkt aus Sicht der AOK: Die Träger der Pflegeeinrichtungen müssen künftig ihre Kalkulationsgrundlagen in den Preisverhandlungen mit den Pflegekassen offenlegen. Auch dies sieht Graalman positiv: „Mittel, die von den Kassen für Mehrleistungen und eine faire Entlohnung



Fitness fürs Alter: Die Bundesregierung sieht die soziale Pflegeversicherung mit ihrem aktuellen Reformgesetz nachhaltig gestärkt.

bereitgestellt werden, müssen auch wirklich bei den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften ankommen. Künftig müssen die Anbieter erläutern, wie sie die

Der neue Begriff von Pflegebedürftigkeit muss auf einem finanziell soliden Fundament stehen.

Mittel der Pflegeversicherung genau verwenden. Hier sorgt das Gesetz für mehr Transparenz.“

Mittel knapp bemessen. Den größten Sprung für die Pflegeversicherung bedeutet nach Einschätzung der AOK indes der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Dieser berücksichtigt auch kognitive Einschränkungen und macht die Pflegebedürftigkeit am Grad der Selbstständigkeit fest. Dies geschieht mithilfe eines neuen Begutachtungsverfahrens (NBA). Die bisherigen Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Deren Praktikabilität

wird derzeit in zwei Studien evaluiert. Ergebnisse sollen Anfang 2015 vorliegen.

Ziel müsse es sein, so Graalman, dass die von der Großen Koalition in Aussicht gestellte Finanzierungsgrundlage für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausreiche. Dazu sei im Jahr 2017 eine erneute Anhebung um 0,2 Beitragssatzpunkte vorgesehen. Die geplante Beitragsanhebung von insgesamt 0,5 Prozentpunkten sei viel Geld für die Beitragszahler. Ein Teil davon – jährlich ungefähr 2,4 Milliarden Euro – fließe in vorzuzogene Leistungsverbesserungen.

Zugleich verwies der AOK-Chef auf den Expertenbeirat, der – je nach Ausgestaltung – die jährlichen Mehrkosten wegen des neuen Pflegebegriffs auf zwei bis 6,8 Milliarden Euro geschätzt hat. 2017 stehe zudem eine weitere Leistungsdynamisierung an. Bereits die Dynamisierung im kommenden Jahr bedeute Mehrkosten von 900 Millionen Euro. Graalman: „Für die Jahrhundertaufgabe Pflege sind die Mittel also knapp bemessen. Deshalb ist die Enttäuschung vorprogrammiert, wenn bei der Pflege am Ende Ankündigungen und Finanzrahmen nicht zusammenpassen.“ ■

Operation an Haut und Gliedern

Weniger Standorte, mehr Qualität: Folgt die Krankenhausreform von Bund und Ländern dieser Formel, dann kann der überfällige Strukturwandel tatsächlich gelingen, so der Tenor einer Veranstaltung der AOK NORDWEST. **Von Thomas Hommel**

Die Uhr tickt. Viel Zeit hat die Arbeitsgruppe von Bund und Ländern nicht mehr. Bis Ende des Jahres soll sie Eckpunkte für eine Krankenhausreform vorlegen – und zwar eine, die diesen Namen verdient. So soll die Finanzierung der bundesweit rund 2.000 Kliniken neu gestaltet, das Krankenhausnetz am tatsächlichen Patientenbedarf ausgerichtet und die Qualität der Leistungen stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Wie aber gelingt das alles? Die AOK NORDWEST wollte es genauer wissen und machte die Krankenhausreform zum Schwerpunkt ihres diesjährigen AOK-Tages in Dortmund. Vor über 100 Gästen diskutierten Experten über das geplante Gesetz und die Herausforderungen, die in Nordrhein-Westfalen bestehen.

Nicht nach dem Prinzip Gießkanne. Ein Gebot der Stunde, betonte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, bestehe darin, „zusätzliches Geld für die Kliniken nicht mehr in ineffizienten Strukturen zu versenken. „Der Umbau ist angemessen und nachhaltig zu finanzieren“, mahnte der AOK-Chef.

Das geeignete Instrument dafür sei ein auf mehrere Jahre angelegter Strukturfonds, dessen Finanzmittel „zielgerichtet“ für gut arbeitende Häuser und nicht mehr „nach dem Gießkannenprinzip“ verteilt werden. Für schlechte Qualität dürfe es kein Geld mehr geben. Und würden vorgegebene Qualitätskriterien nicht eingehalten, müsse dem betreffenden Haus notfalls der Versorgungsauftrag entzogen werden.

Weitere Anfahrtswege für gute Qualität. Dass tendenziell weniger Krankenhäuser auch längere Anfahrtswege mit sich bringen, ist für den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK NORDWEST, Georg

Keppeler, in Kauf zu nehmen. „Höher spezialisierte Leistungen und komplizierte Eingriffe werden in Spezialkliniken oder Spezialabteilungen in Krankenhäusern der überregionalen Versorgung erbracht. Und dafür müssen die Patienten dann auch schon mal ein paar Kilometer zurücklegen.“ Die Kassen müssten den Mut haben, auch unpopuläre Entscheidungen mitzutragen – etwa wenn es um

Das Geld darf nicht mehr in ineffizienten Strukturen versenkt werden.

die Schließung von Häusern oder Abteilungen gehe. Keplers Pendant auf Arbeitgeberseite, Johannes Heß, kritisierte, dass sich inzwischen viele Kliniken auf zu vielen Spezialgebieten tummelten, „die sie qualitativ nicht ausreichend beherrschen“.

Werner Ernst, Geschäftsführer des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft Schmalleben, betonte, dass er mit Mindestmengen kein Problem habe. Sicherstellungszuschläge sieht er skeptisch. Erst müsse ein Krankenhaus alle anderen wirtschaftlichen Möglichkeiten ausgeschöpft haben, bevor derartiges infrage komme. „Sonst besteht die Gefahr, dass wir unwirtschaftliche Strukturen subventionieren.“

Professor Dr. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor der Uniklinik Münster, erhofft sich von den dem neuen Qualitätsinstitut einen anerkannten Standard in der Qualitätsmessung. Der fehle bislang. Obendrein sei Kooperation das Gebot der Stunde.

Lothar Riebsamen, krankenhauspoltischer Sprecher der CDU/CSU-Bundes-

tagsfraktion, rief die Länder auf, ihren Pflichten bei der Finanzierung von Klinikinvestitionen nachzukommen. Die Chancen dafür, einen Strukturfonds für den Umbau von Krankenhausstandorten beziehungsweise die Schließung von Kliniken aufzulegen, schätzt er als gut ein. Der Fonds sei notwendig, weil es Überversorgung im stationären Sektor gebe: Wenn der Fonds am Ende zwischen einer halben und einer Milliarde Euro schwer werden würde, wäre er nicht unzufrieden.

Bedarfsplanung verzahnen. Nordrhein-Westfalens Gesundheitsministerin Barbara Steffens erklärte, sie mache sich für eine Aufstockung der Landesmittel für die Kliniken stark. Mit Qualitätsvorgaben im neuen Krankenhausplan gehöre ihr Land in puncto Strukturqualität zu den Vorreitern, etwa was das Vorhalten von Fachärzten für spezielle Behandlungsangebote angehe.

Es nütze im Übrigen nichts, so die Grünen-Politikerin, nur mehr Geld in bestehende Strukturen zu pumpen. Auf Dauer helfe nur die stärkere Verzahnung ambulanter und stationärer Bedarfsplanung, um die Versorgung auch auf dem Land zu garantieren.

Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, sprach sich klar für einen Qualitätswettbewerb der Kliniken aus. Dieser Wettbewerb müsse aber von unabhängiger Seite auf methodisch sauberer Grundlange und mit transparenten sowie fairen Spielregeln stattfinden, betonte Brink.

Professor Dr. Wolfgang Greiner, Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit, betonte, die Große Koalition in Berlin habe die Chance, krankenhauspoltische Reformen wirklich durchzusetzen. Das „Zeitfenster“ für echte Veränderungen stehe derzeit weit offen. ■

„Inklusion ist bei uns Alltag“

Seit 2002 hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information 50 Menschen mit Behinderungen eingestellt. Vertrauensfrau **Sibille Windhof** findet, dass sich das Arbeitsklima dadurch positiv verändert.

Viele Unternehmen zahlen lieber eine Ausgleichsabgabe, als schwerbehinderte Menschen einzustellen. Warum macht es das DIMDI anders?

Windhof: Einerseits spricht jeder vom Fachkräftemangel. Auf der anderen Seite stehen viele schwerbehinderte Akademiker auf der Straße. Menschen mit Behinderungen leisten im Studium ungeheuer viel, beispielsweise Rollstuhlfahrer, die in der Uni viele Hindernisse zu bewältigen haben. Jemand der es schafft, trotzdem ganz normal zu studieren, zeigt viel Stärke, Zielorientierung und Durchsetzungsvermögen. Das sind alles Eigenschaften, die ein Arbeitgeber schätzt.

Inwiefern sind Menschen, die Sie beruflich fördern, behindert?

Windhof: Wie heißt es so treffend: Wir sind nicht behindert, wir werden behindert. Zum Beispiel Asperger-Autisten sagen: Wir haben eine andere Programmierung, unser Gehirn arbeitet mit einer anderen Vernetzung. Autisten brauchen eine klare Kommunikation. Ein Unternehmen kann sich gut darauf einstellen, wenn es um die Besonderheiten weiß. Im normalen Berufsleben scheitern Autisten aber oft. Jeder schwerbehinderte Mensch hat seine eigene Geschichte, seine eigene Krankheit. Einige Behinderungen sind für die Umwelt gar nicht sichtbar, wie beispielsweise Dialysepflicht. Wenn jemand nachts an Apparate zur Blutwäsche angeschlossen ist, weiß der Kollege am Nachbartisch vielleicht gar nichts davon.

Was heißt Inklusion bei Ihnen konkret?

Windhof: Es gehört zum Gesicht des DIMDI, dass Menschen mit und ohne Behinderung zusammenarbeiten. Inklusion

ist bei uns Alltag. Der eine braucht Aufmerksamkeit und hat großen Redebedarf, ein anderer möchte in Ruhe gelassen werden, der dritte braucht technische Hilfsmittel. Wir passen die Barrierefreiheit individuell an. Auch unser Intranet ist barrierefrei. Schwerbehinderte Menschen bekommen Angebote zur

Zu meinen Lieblingsaufgaben gehört das Planen neuer Schwerbehindertenprojekte. In einem Projekt konnten wir auf einen Schlag 13 Menschen mit Schwerbehinderung einstellen.

Was raten Sie Firmen, die bisher ihre Schwerbehindertenquote nicht erfüllen?



Unternehmen können nur gewinnen, wenn sie schwerbehinderte Menschen einstellen.

Sibille Windhof

Weiterbildung, räumlich barrierefrei, aber auch barrierefrei für Hörbehinderte beispielsweise. Da kann Einzelunterricht erforderlich sein. Die behinderten Kollegen sagen deutlich, was sie brauchen.

Welche Aufgaben übernehmen Sie als Vertrauensfrau?

Windhof: Die Arbeit ist ungeheuer vielfältig, das macht sie so schön. Ich werde in allen Angelegenheiten, die Schwerbehinderte betreffen, eingebunden. Wir sind ein relativ kleines Haus und können einfache Absprachen treffen. Ich stehe der Dienststelle und den Betroffenen zur Verfügung. Oft muss ich mich in neue Krankheitsbilder einarbeiten, um zu sehen, wie ich helfen kann. Ich recherchiere beispielsweise, wo es Unterstützung für einen Arbeitsplatz-Rollstuhl gibt. Ich muss wissen, welche Hilfsmittel es gibt.

Windhof: Sie können nur gewinnen, wenn sie Menschen mit Behinderungen einstellen, weil sich das Arbeitsklima positiv verändert. Unternehmen sollten sich beraten lassen und Netzwerke aufbauen. Die Ausgleichsabgabe ist dafür gedacht, Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Unternehmen können spezielle Projekte starten, beispielsweise einen barrierefreien Internetauftritt. Wenn sie dafür schwerbehinderte Menschen einstellen, bekommen sie Fördergelder und erschließen gleichzeitig einen neuen Kundenstamm. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Sibille Windhof ist Vertrauensfrau für schwerbehinderte Menschen beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).



Hightech fürs Ohr

Wie bitte? Horst Rudolf ist schwerhörig. Hörgeräte-Akustikerin Christiane Rode hat ihm Hörhilfen angepasst. Dafür zahlt der 76-Jährige pro Gerät zehn Euro und die Batteriekosten. Den Rest übernimmt seine Krankenkasse. Den Weg vom Hörtest bis zum digitalen Wunderwerk fürs Ohr verfolgt **Ulrich P. Schäfer**.

Fotos: Marc-Steffen Unger



Dass er im Alter schwerhörig geworden ist, wundert Horst Rudolf nicht. Er hat schon zu DDR-Zeiten so ziemlich alles gefahren, was beim Bau so anfällt. „Im Bagger saßen wir in der Kabine mit dem offenen Getriebe.“ Später kam der Autokran dazu, der Turmdrehkran und noch später schwere Lastwagen im Pendelverkehr zwischen Berlin und den brandenburgischen Baustellen. „Von Schallschutzkabinen konnten wir nur träumen. Die Kopfhörer zu tragen war lästig. An die Folgen hat keiner gedacht.“

Man kann sich an die Schwerhörigkeit gewöhnen. „Ich vergleiche das mit einem Orchester. Da merkt man nicht gleich, wenn die Pikkoloflöte fehlt. Aber dann fällt ein Instrument nach dem anderen aus“, sagt Christiane Rode, Hörgeräteakustikerin bei „Hörgeräte Mißbach“ im brandenburgischen Bad Liebenwerda. So geht Detail nach Detail verloren, wie bei Horst Rudolf: „Ich habe das selbst gar nicht gemerkt. Aber die Kinder haben mir gesagt: Mensch, Vati, geh doch mal zum Ohrenarzt.“

Mehr als zehn Millionen Menschen sind schwerhörig. Dr. Ulrike Oboril, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), kennt das aus ihrer Praxis: „Es gibt viele Patienten, die von sich aus die Anpassung von Hörgeräten wünschen, damit sie weiterhin möglichst gut am sozialen Leben teilnehmen können, aber es gibt auch eine sehr große Anzahl von Patienten, die ihre Schwerhörigkeit nicht bemerkt. Andere bemerken ihre Hörminderung, wollen aber kein Hörgerät tragen, zum großen Teil immer noch aus falscher Scham.“ Zwischen zehn und 15 Millionen Menschen in Deutschland, so sagen Studien, sind schwerhörig. Nur etwa drei Millionen tragen Hörgeräte.

Im ersten Gespräch mit Patienten wie Horst Rudolf macht sich Ulrike Oboril ein Bild vom Ausmaß der Schwerhörigkeit. In einer lärmgeschützten Kabine durchläuft der Patient anschließend Tests zur Art der Schwerhörigkeit. Die Schallempfindungsschwerhörigkeit ist die häufigste Form einer Schwerhörigkeit und wurde früher als Innenohrschwerhörigkeit bezeichnet. Dabei sind in der Regel die hohen Frequenzen zuerst betroffen. Eine Schalleitungsstörung hat dagegen ihre Ursache im Mittelohr (meist Entzündungen, aber auch Verkalkungen der Gehörknöchelchen oder Tumore). Auch eine kombinierte Form

kommt vor. Fast immer können Hörgeräte helfen, Worte besser zu verstehen. Wenn die Entscheidung für oder gegen ein Gerät ansteht, versucht die Ärztin nicht, die Patienten zu überreden. Sie lässt ihnen Bedenkzeit, regt an, sich einmal beim Hörgeräteakustiker ein paar Geräte zeigen zu lassen und nach sechs Monaten die Tests zu wiederholen. Hinter dem Ohr? Oder lieber ein Im-Ohr-Gerät? „Das entscheidet der Patient. Manche Patienten spüren beim Im-Ohr-Gerät einen Druck, der schmerzhaft werden kann. Deshalb ist das Probetragen so wichtig“, betont die HNO-Ärztin.

Weitere Tests bei der Hörgeräteakustikerin. Aber noch sind wir nicht so weit. Vor dem Probetragen macht Hörgeräteakustikerin Christiane Rode weitere Tests. Die Firma Mißbach hat ihren Sitz im sächsischen Großenhain und verkauft Seh- und Hörhilfen in Brandenburg und Sachsen, in Radebeul, Finsterwalde, Doberlug-Kirchhain – und in Bad Liebenwerda. Der Kurort an der Schwarzen Elster, der knapp 10.000 Einwohner zählt, ist vor allem für sein Mineralwasser bekannt. Die Mißbach-Filiale in Bad Liebenwerda ist ganz der Hörgeräteakustik gewidmet. „Hier sind jetzt nicht gerade die modernsten Apparate“, sagt Christiane Rode fast entschuldigend. Aber die Apparaturen tun ihre Arbeit, und den Schwerhörigen in Bad Liebenwerda ist es lieber, am Wohnort versorgt zu werden, als den Weg nach Großenhain auf sich zu nehmen, wo am Hauptsitz die neuen Geräte blitzen.

Glut von Blut unterscheiden. Man weiß sich als Schwerhöriger durchaus zu helfen. Bei einem Wort wie Einkommensteuererklärung muss man nicht jede Silbe verstehen, um zu erkennen, was gemeint ist. Auch im ersten Teil des Freiburger Sprachtests, der bei der Hörgeräteversorgung zum Pflichtprogramm gehört, geht das noch: Für das Sprachaudiogramm spielt Hörgeräteakustikerin Christiane Rode mehrsilbige Zahlenworte auf einen Kopfhörer, die nachgesprochen werden müssen, wie „achtundzwanzig“ oder „vierundachtzig“. Der zweite Teil des Tests macht Schluss mit der Trickerei. Eine freundliche Stimme spricht zusammenhanglos einen Einsilber nach dem anderen, der Proband wiederholt, und die Akustikerin notiert, wie viele Wörter er erkannt hat. „Glut wird leicht mit Blut verwechselt, Erz mit Herz, Sand mit Rand“, berichtet sie. Sie spielt die Einsilber in drei verschiedenen



„Erz wird leicht mit Herz verwechselt.“ Hörgeräteakustikerin Christiane Rode notiert im Hörtest, wie viele Wörter Horst Rudolf erkennt. Außerdem verändert sie Tonhöhe und Schalldruck. Am Ende weiß sie, wie stark die Hörgeräte Herrn Rudolfs Hörvermögen korrigieren müssen.

Lautstärken vor, um die Verständlichkeit der Sprache zu testen. „Das ist eine wichtige Messung, um mit dem Kunden über die Möglichkeiten und Grenzen eines Hörsystems zu reden.“

In Dezibel messen wir den Schalldruckpegel, und zwar nicht linear, sondern logarithmisch: Zehn Dezibel mehr, und das Geräusch wird als doppelt so laut empfunden. 65 Dezibel erzeugt ein Fernseher auf Zimmerlautstärke (ein Meter vom Gerät entfernt gemessen), 80 Dezibel tosen auf der Hauptverkehrsstraße (im Abstand von zehn Metern). 65 Dezibel braucht man normalerweise auch, um einem Menschen einsilbige Worte verständlich zu machen. Horst Rudolf hat erst bei 80 Dezibel das Gesagte vollständig verstanden.

Luft und Knochen leiten den Schall. Vorm Sprachaudiogramm erstellt Christiane Rode ein Tonaudiogramm. Dabei geht es darum, bei welcher Lautstärke Horst Rudolf Töne in unterschiedlicher Höhe wahrnimmt. Christiane Rode beginnt mit einem Ton, der bei etwa 1.000 Hertz liegt, also 1.000-mal pro Sekunde schwingt. „Dieser Ton wird von den meisten Menschen als angenehm empfunden.“ Anschließend verdoppelt sie die Frequenz dreimal bis auf 8.000 Hertz. Danach beginnt sie wieder beim 1.000-Hertz-Ton, geht aber in die andere Richtung. Die Töne werden tiefer, sie halbiert die Frequenz dreimal bis auf 125 Hertz. In der Regel nehmen schwerhörige Menschen hohe Töne schlechter wahr als tiefe Töne. Der Proband sagt, ab welcher Lautstärke er einen Ton hören kann. So wird die „Hörschwelle“ festgelegt.

Wir hören mithilfe der Ohrmuscheln, die den Schall ans Mittelohr weiterleiten, über die sogenannte Luftleitung. Wenn die Töne aber laut genug sind, gibt sie unser Schädelknochen auch direkt ans Innenohr weiter, ohne den Umweg über Außen- und Mittelohr. Das ist die sogenannte Knochenleitung. Über

diesen Schallweg hören wir unsere eigene Stimme, während wir sprechen. Das ist der Grund, warum wir so verändert klingen, wenn wir uns vom Tonband hören. Damit sie auch das Knochenhören testen kann, lässt Christiane Rode Herrn Rudolf einen kleinen Lautsprecher direkt an sein Mastoid halten – das ist ein luftgefüllter Knochenraum hinter dem Ohr.

Termine im Stundenrhythmus. In Deutschland bieten etwa 5.500 Hörgeräteakustiker-Fachgeschäfte ihre Leistungen an – allesamt Meisterbetriebe. Sie haben 13.000 Beschäftigte, darunter rund 2.400 Auszubildende. Alle Hörgeräteakustiker zusammen erwirtschaften einen Jahresumsatz von 1,3 Milliarden Euro. Bundesweit ist der Trend zur Filialisierung nicht zu übersehen: Die Netze der großen drei der Branche (Kind, Geers und Amplifon) bestehen insgesamt aus 1.350 Fachgeschäften. Dennoch ist der kleine oder mittlere Betrieb (mit Filialen im Nachbarort) noch immer die Regel. Eine Kombination von Brillen und Hörgeräten wie bei der Firma Mißbach kommt häufig vor: In etwa 30 Prozent der Betriebe arbeiten Optiker und Hörgeräteakustiker gemeinsam.

Christiane Rode hat ihre Ausbildung zur Augenoptikerin zu DDR-Zeiten absolviert. Als ihr Chef sie nach der Wende fragte, ob sie sich zusätzlich als Hörgeräteakustikerin qualifizieren wolle, sagte Christiane Rode, damals 26, spontan ja. Den Beruf des Hörgeräteakustikers gab es in der DDR nicht. Hals-Nasen-Ohren-Ärzte verordneten damals die Produkte aus dem VEB Funkwerk Kölleda oder für kostbare Devisen importierte Geräte. Die Anpassung erfolgte in der Poliklinik oder auch an anderen Orten: „Wer in Großenhain ein Hörgerät verordnet bekam, konnte es sich im Gewerkschaftshaus abholen“, erinnert sich Christiane Rode. Die Ausbildung, die normalerweise drei Jahre dauert, absolvierte sie dank einer Sonderregelung für die



„Die Versicherten sollen profitieren“

Günter Güner ist Mitglied des Verwaltungsrates der GKV-Spitzenverbandes. Der Versichertenvertreter trägt selbst ein Hörgerät.

Für die Hörgeräte-Versorgung von gesetzlich Versicherten gelten neue Regeln. Was hat sich verbessert?

Günter Güner: Das Bundessozialgericht hat bereits Ende 2009 klargestellt, dass Krankenkassen Hörgeräte finanzieren müssen, die ein Hören ermöglichen, das dem eines Gesunden gleichkommt. Dies gilt auch, wenn der Festbetrag hierzu nicht ausreicht. Mit dem neuen Festbetrag, der deutlich erhöht wurde, wollen wir eine aufzahlungsfreie Versorgung sicherstellen. Zudem müssen die Geräte dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Frühere Untersuchungen zeigten, dass bisher nur rund 20 Prozent der Versicherten ein Hörgerät zum Festbetrag bekamen. Das belastete die Versicherten und war mit dem Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar. Notwendig ist nun, die Wirkung des neuen Festbetrages zu untersuchen. Es sollen die Versicherten von der Neuregelung profitieren, nicht die Leistungsanbieter.

Wo sehen Sie noch Verbesserungspotenzial?

Güner: Wünschenswert ist, dass die Kassen ihre Versicherten parallel zur Anpassung von Geräten beraten und so die Kaufentscheidung begleiten. Damit könnte dem Versuch der Akustiker begegnet werden, mehr als das Notwendige zu verkaufen. Auch sollte die Compliance bei Hörgeräten verbessert werden: Zu viele Geräte landen in der Schublade. Ein Fortschritt wäre außerdem, das oligopolistische Kartell der Leistungsanbieter auseinanderzunehmen. Schon das Kartellamt hat festgestellt, dass der Hörgeräte-Markt nicht von Wettbewerb geprägt ist, sondern von Absprachen und Intransparenz. Dieses Kartell müssten die Kassen mit entsprechenden Verträgen knacken.

Worauf sollten Patienten beim Kauf eines Hörgerätes achten?

Güner: Sie sollten nicht sofort eine Kaufverpflichtung eingehen und gegebenenfalls eine zweite Meinung einholen. Außerdem empfehle ich, ein Hörtagebuch anzulegen und aufzuschreiben, wie sich das zur Probe geliehene Hörgerät in unterschiedlichen Situationen bewährt: beim Fernsehen, in der Gaststätte mit vielen Nebengeräuschen, bei Vorträgen oder in Konzerten. Dann ergibt sich ein möglichst objektives Bild, und die Versicherten treffen ihre Entscheidung weniger nach der Freundlichkeit und Überredungskunst des Akustikers. Wenn es zum Festbetrag kein individuell geeignetes Hörgerät gibt, können die Versicherten zudem bei ihrer Kasse die volle Kostenübernahme beantragen. Außerdem rate ich zur Geduld, wenn das Hören mit dem Gerät zunächst Probleme macht. Hören ist nicht nur Schallempfang – das Gehirn verarbeitet den Schall. Schwerhörigkeit verändert den Verarbeitungsprozess. Mit einem Hörgerät müssen die Patienten das Hören neu lernen. ■

Die Fragen stellte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

neuen Bundesländer quasi auf der Überholspur: Schon 1991 legte sie nach zahlreichen Wochenendschulungen die Prüfung vor der Handwerkskammer ab. Im Jahr 1995 erwarb sie an der Akademie für Hörgeräte-Akustik in Lübeck, der zentralen Ausbildungsstätte der deutschen Hörgeräteakustiker, den „Großen Befähigungsnachweis“ – sie machte ihren Meister. Inzwischen ist sie Geschäftsführerin in Großenhain und Bad Liebenwerda. Eine Aufgabe, die ihr sichtlich viel Freude macht: „Das Schöne an diesem Beruf ist, dass er die Technik mit viel Arbeit am Menschen verbindet.“ Christiane Rode hat gut zu tun. Im Laden in Bad Liebenwerda arbeitet sie die Termine im Stundenrhythmus ab. So viel Zeit muss sie für eine gründliche Beratung auch ansetzen – wenn sie nicht zwischendurch noch von einem Batteriekäufer unterbrochen wird.

Hören muss trainiert werden. Die Daten aus den Tests mit Horst Rudolf sind Grundlage für die Einstellung seiner Hörgeräte. Dabei hilft eine Software. Die Hörgeräteakustikerin erarbeitet die Lautstärke und die Frequenzanpassung gemeinsam mit dem Kunden. Dafür braucht sie Wissen, Erfahrung und viel Einfühlungsvermögen. Der subjektive Eindruck ist wichtig. Christiane Rode nennt das den „Hörgeschmack“. Nach zwei Wochen wird nachjustiert. „Es ist sinnvoll, bei Erstbenutzern das Gerät nicht gleich auf volle Lautstärke einzustellen“, sagt die Akustikerin.

Horst Rudolf trägt seine Hörgeräte inzwischen tagsüber ständig. Manch anderer bewahrt sich die Geräte für besondere Gelegenheiten auf. Dann liegen sie bis zum nächsten Arztbesuch in der Schublade, und ihr Besitzer wundert sich, dass er auch mit Hörgerät nicht gut hören kann. Vor allem, weil er das Wichtige nicht aus den plötzlich wieder wahrnehmbaren Nebengeräuschen heraushört. „Das muss trainiert werden“, sagt die Akustikerin. Aber auch mit Training kann die ursprüngliche Hörfähigkeit oft nicht wiederhergestellt werden. Deshalb warnt sie ihre Kunden häufig vor zu großen Erwartungen. „Ich vergleiche den Hörnerv mit einer holprigen Landstraße. Da sind so viele Schlaglöcher drin, dass nicht alles glatt ankommt.“ Einem schwerhörigen Hörgeräteträger etwas aus dem Nebenraum zuzurufen, ist keine gute Idee.

Hightech und Handwerk. Die Arbeit des Hörgeräteakustikers besteht nicht nur aus intensiver Beratung und Hightech. Auch klassische Handwerksarbeit ist gefragt. Wenn die Schwerhörigkeit zum Beispiel so weit fortgeschritten ist, dass der Schall nicht, wie bei Horst Rudolf, durch einen dünnen Schlauch vom Hörgerät ins Ohr gelangt, wird eine Art Stöpsel – Verzeihung, eine Otoplastik – gebraucht, der den Gehörgang vollständig nutzt. Dann mischt Christiane Rode einen schnellhärtenden Füllstoff, mit dem sie einen Ohrabdruck nehmen kann. Das Ohrpassstück beeinflusst den Klang und den Tragekomfort. Stellt sich beim Anpassen später heraus, dass die Otoplastik trotz aller Sorgfalt beim Abdruck zu groß geraten ist, kann Christiane Rode sie noch von Hand korrigieren.

Programmieren für individuelle Nutzungen. Moderne digitale Hörgeräte wie die von Horst Rudolf verfügen über ein Multimikrofonensystem und einen Störschallmanager, und sie verarbei-



„Das Schöne an dem Beruf ist, dass er die Technik mit viel Arbeit am Menschen verbindet“, sagt Hörgeräteakustikerin Christiane Rode. Sie programmiert die Hörhilfen für Horst Rudolf mithilfe digitaler Technik so, dass er Gesprächen auch bei Nebengeräuschen folgen kann. Die Geräte verschwinden hinter den Ohren, wie der Blick in den Spiegel zeigt: „Sie sehen, dass Sie nichts sehen.“

ten den Schall auf vier Frequenzkanälen. Die Geräte können sehr individuell für verschiedene Nutzungen programmiert werden: Ob beispielsweise fürs Fernsehen, fürs Musikhören oder für Gespräche bei Störlärm – Knopfdruck am Gerät genügt. In der letzten Stufe stößt das kleine digitale Wunderwerk allerdings an seine Grenzen und muss wieder analog arbeiten: Die Töne werden wie herkömmliche Schallwellen weitertransportiert, über das Trommelfell und drei Knöchelchen, die rührend altmodische Namen tragen. Der Steigbügel ist der kleinste Knochen des Menschen, knapp über drei Millimeter groß. Hammer, Amboss und Steigbügel – das klingt mehr nach Postkutsche und Hufschmied als nach Kommunikation im 21. Jahrhundert. Kein Wunder, dass Christiane Rode beim Hörnerv an eine löchrige Landstraße denken muss.



Worauf Versicherte Anspruch haben. Fast 900 Euro zahlen die gesetzlichen Krankenkassen pro Hörgerät inklusive der Nachbetreuung für sechs Jahre, ärztliche Verordnung durch einen HNO-Arzt mit Kassenzulassung vorausgesetzt. Müssen beide Ohren versorgt werden, liegt der Betrag bei etwa 1.600 Euro. Gesetzlich Versicherte haben alle sechs Jahre Anspruch auf eine neue Versorgung – wenn die Schwerhörigkeit schlimmer wird, auch rascher. Sie müssen lediglich die gesetzliche Zuzahlung in Höhe von zehn Euro pro Hörgerät tragen sowie die Kosten für die Batterien, etwa sechs bis neun Euro pro Monat.

Jeder Hörgeräteakustiker hält auch Geräte vor, die Christiane Rode die „Hörgeräte des Herzens“ nennt. Sie wissen noch besser zwischen Sprache und Nebengeräusch zu unterscheiden, orten die Geräusche im Raum genauer und haben bis zu 36 Kanäle. Sie melden sich mit einer Ansage, wenn ein Austausch ansteht: „Batterie fast leer.“ Es gibt sie in anderen Farben als beige, grau und „Tabak“. Sie lassen sich über Bluetooth-Verbindung direkt mit dem Fernseher oder dem Telefon verbinden. Beidohriges Telefonieren – das können nur Besitzer solcher Hightech-Hörgeräte. Die haben dann vielleicht auch eine Fernbedienung. „Dazu rate ich zum Beispiel Lehrern, damit sie nicht vor der Klasse die Einstellung an ihrem Hörgerät ändern müssen.“ Die lässige Lehrkraft erledigt das mit einer Hand in der Hosentasche. Die Preise für solche Hightech-Hörsysteme reichen bis weit über 2.000 Euro – pro Ohr, versteht sich. Es gibt dabei ein Preisgefälle zwischen Stadt und Land.

Zweimal im Jahr zur ärztlichen Kontrolle. Auch nach dem Kauf steht Christiane Rode ihren Kunden mit Rat und Tat zur Seite. Zusätzlich rät sie ihnen, zweimal im Jahr einen Facharzt aufzusuchen. „Diesen Rat geben leider nicht alle Hörgeräteakustiker“, weiß HNO-Ärztin Ulrike Oboril. „Dabei verfügt nur ein Facharzt über die Erfahrung und das nötige Wissen, die Schwerhörigkeit medizinisch zu beurteilen und eventuelle Krankheitsprozesse im Gehörgang rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls zu behandeln.“

Horst Rudolf hatte in der Praxis den Rat mit auf den Weg bekommen, „nicht das erstbeste Gerät“ zu nehmen. Im Frühjahr probierte er in einer zwei Monate dauernden Testphase drei Hörgerätepaare aus, zwei zum „Nulltarif“ und ein teureres. „Das erste schepperte wie in einer Disco“, berichtet er. Deshalb hat er sich für das zweite System entschieden, für das er nur die gesetzliche Zuzahlung aufbringen musste – zehn Euro pro Ohr. Er ist nicht nur mit der Betreuung durch Christiane Rode sehr zufrieden, „die ist top und sehr gewissenhaft“, sondern auch mit den Hörgeräten. Man muss um ihn herumgehen, um sie hinter seinen Ohren zu entdecken. „Sie sehen, dass Sie nichts sehen“, hat Christiane Rode im Laden gesagt. Der 76-Jährige hat das gute Gefühl, jetzt über genau das richtige Maß an Hightech zu verfügen. Er telefoniert auch weiterhin mit nur einem Ohr. ■

Dr. Ulrich P. Schäfer schreibt regelmäßig für G+G.

Hören nach Maß – Was Patienten

Die Versorgungsqualität hat sich im eigenanteilsfreien Bereich deutlich verbessert. Hintergrund dafür ist eine Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2009, die Ende 2013 mit der Erhöhung der Festbeträge von der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt wurde. Der Versicherte erhält mehr Leistung und muss selbst weniger dafür ausgeben. Während der



„Anpassung ist individuell“

Marianne Frickel,
Präsidentin der Bundesinnung
der Hörgeräteakustiker

Dienstleistungsanteil des Hörgeräteakustikers schon heute bei rund 70 Prozent liegt, wird dieser in Zukunft noch weiter steigen. Denn eine Hörsystemanpassung ist immer eine individuelle Leistung. Hörsystemlösungen von der Stange gibt es nicht.

Die Stiftung Warentest hat im Oktober 2014 festgestellt, dass die Hörgeräteakustiker ihr Handwerk verstehen und die Versorgungszufriedenheit bei fast 75 Prozent liegt. Ähnliches stellte die Kassenärztliche Bundesvereinigung dieses Jahr schon fest. Das sehr gute Ergebnis gilt es weiter zu verbessern, auch wenn wir das „alte Gehör“ nicht wiederherstellen können. Handlungs- und Nachhilfebedarf besteht in der Endstigmatisierung der Hörsysteme: Diese sind heute nicht mehr groß, rosa und pfeifen.

Je früher sich Betroffene mit Hörsystemen versorgen lassen, umso besser, erfolgreicher und vor allem kürzer ist die Lernphase des besseren Hörens. Ein ergänzendes Hörtraining kann das „wieder hören Lernen“ positiv begleiten. Denn oftmals kommen die Patienten sehr spät zum Hörgeräteakustiker und haben in Teilbereichen das Hören der realen Geräusche und Töne schon verlernt. In erster Linie ist also der Patient selbst oder sein privates beziehungsweise berufliches Umfeld gefragt. Ein Hörtest beim Hörgeräteakustiker vor Ort ist in der Regel kostenlos und bringt Sicherheit. ■

Für Hörgeräte zahlen die Krankenkassen seit rund einem Jahr einen höheren Festbetrag. Dies ist für Menschen mit Hörschädigung, die Hörhilfen benötigen, eine lange überfällige Anpassung an den Bedarf. Die Folge ist ein spürbarer Anstieg der zuzahlungsfreien Versorgung, insbesondere bei der Erstversorgung – in manchen Regionen um bis zu 70 Prozent. Die hohen Zuzahlungen haben in der Vergangenheit viele Hörgeschädigte von einer notwendigen Hörgeräteversorgung abgehalten. Dies führte zu Erkrankungen wie Depressionen und zur Gefährdung von beruflicher Leistungsfähigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe. Arbeitsunfähigkeitszeiten, beruflicher Stillstand, Rehabilitationen, Umschulungen und Erwerbsunfähigkeit betreffen häufig Schwerhörige, die nicht rechtzeitig Hörhilfen bekommen.

Leider legen die Festbeträge nur den Höchstbetrag für die Hörgeräteversorgung fest. Entscheidend sind die Versorgungsverträge von Krankenkassen mit Leistungsanbietern, wie Hörgeräteakustiker und Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Ärzte. Hier ist die Tendenz, die Festbeträge zunehmend zu unterbieten. Dies kann aus Sicht des Deutschen Schwerhörigenbundes (DSB) nicht zu einer Verbesserung der Hörgeräteversorgung führen.

Der DSB hält sowohl die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Abschaffung der HNO-ärztlichen



„Arzt und Akustiker sollten kooperieren“

Dr. med. Harald Seidler,
Präsident des
Deutschen Schwerhörigenbundes

Kontrolle bei den meisten Wiederversorgungen mit Hörhilfen als auch den verkürzten Versorgungsweg (Abgabe der Hörgeräte in der HNO-Praxis) für falsch. Wir plädieren für einen kooperativen Versorgungsweg, bei dem qualifizierte HNO-Ärzte und Hörgeräteakustiker mitwirken. Nur so hat der Hörgeschädigte eine ausreichende Sicherheit, dass die angepasste Hörhilfe auch den geforderten Nutzen hat. ■

erwarten können

In der Hörgeräteversorgung hat der Gesetzgeber alle wesentlichen Rahmenbedingungen zugunsten der Patienten neu gestaltet. Die Praxistauglichkeit steht dabei im Vordergrund: Das Hörgerät soll den Nutzer in seinem Alltagsleben, also beispielsweise auch bei störenden Nebengeräuschen oder beim Telefonieren, bestmöglich unterstützen. Die Hilfsmittel-Richtlinie sieht jetzt eine



„Praxistauglichkeit steht im Vordergrund“

Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes

Versorgung mit Hörgeräten für beide Ohren als Regelfall vor. Im Hilfsmittelverzeichnis wurden die Mindeststandards auf den aktuellen Stand der Technik gebracht und veraltete Geräte aus dem Katalog gestrichen. Die Festbeträge wurden erheblich erhöht. Parallel haben die Krankenkassen mit den Hörgeräteakustikern vertraglich vereinbart, dass diese jedem Versicherten den medizinisch gebotenen, möglichst weitgehenden Ausgleich seiner individuellen Hörbehinderung aufzahlungsfrei anbieten müssen.

Wichtig ist, dass diese Änderungen tatsächlich bei den Versicherten ankommen. Am mangelnden Geld kann es nicht liegen: Seit Einführung der neuen Festbeträge sind die AOK-Ausgaben für Hörgeräte um nahezu 70 Prozent gestiegen. Erste Untersuchungen zeigen, dass im Schnitt mittlerweile etwas mehr als die Hälfte der Hörgeräte aufzahlungsfrei abgegeben werden. Dabei unterscheiden sich die Anbieter allerdings erheblich. Akustiker mit „Nulltarifphilosophie“ versorgen mittlerweile 75 Prozent ihrer Patienten aufzahlungsfrei. Dass sich gut angepasste Nulltarifgeräte im Alltag bewähren, zeigt die hohe Zufriedenheit aller Kunden. Versicherte sollten darauf bestehen, ein optimal auf ihr individuelles Hörproblem eingestelltes, aufzahlungsfreies Gerät auszuprobieren. Ärgerlich ist, dass die verbesserte Kassenleistung fälschlicherweise oft als Zuschuss dargestellt wird, um Aufpreisgeräte zu verkaufen. ■

Mit den höheren Festbeträgen seit November 2013 hat sich die Versorgung unserer Patienten mit hochwertigen Hörgeräten teilweise verbessert. Sofern keine Sonderwünsche seitens des Patienten vorliegen, kann ein Großteil der Patienten mit einem Festbetragsgerät einen guten Ausgleich der Hörbehinderung erfahren. Allerdings beobachten wir, dass dabei regional starke Unterschiede bestehen. Bei einigen Hörgeräteakustikerfirmen leisten Kunden jedoch teilweise immer noch Zuzahlungen von mehreren tausend Euro. Dieses ist aus unserer Sicht kaum technisch, geschweige denn medizinisch zu begründen. In den Regionen, in denen Krankenkassen in Verträgen mit der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker darauf verzichtet haben, eine Kontrolluntersuchung nach Erstverordnung oder eine weitere Untersuchung bei Wiederverordnung von Hörgeräten durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt vornehmen zu lassen, beobachten wir weiterhin Fehlversorgungen und Komplikationen. Die im Juli 2014 verabschiedeten neuen Hilfsmittelrichtlinien, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beteiligung der Patientenvertreter erarbeitet wurden, geben den Weg einer Hörgeräteverordnung klar vor. Nur ein Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Facharzt für



„Zuzahlungen sind nicht zu begründen“

Dr. Dirk Heinrich, Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte

Phoniatrie und Pädaudiologie kann die dem Symptom Schwerhörigkeit zugrunde liegenden Erkrankungen erkennen, eine korrekte Indikation zur Hörgeräteverordnung stellen und zusammen mit dem Patienten entscheiden, wie seine individuelle Schwerhörigkeit am besten zu behandeln ist. Bei hochgradig schwerhörigen Patienten kommen hier zunehmend operative Verfahren zum Einsatz, über deren Indikation ebenfalls allein der Hals-Nasen-Ohren-Facharzt entscheiden kann. ■

Mehr Transparenz



Heime in Deutschland pflegen Menschen durchweg mit bester Qualität – das besagen zumindest die Noten, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen vergibt. Doch wenn fast alle eine Eins oder Zwei bekommen, ist Skepsis angebracht. [Heidemarie Kelleter](#) und [Nadine-Michèle Szepan](#) beschreiben ein neues Bewertungssystem für die stationäre Pflege, das Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Einrichtungen mehr Durchblick bringt.

in der Pflege

Das Prinzip wirkt zunächst überzeugend: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bewertet die Qualität von Pflegeeinrichtungen (siehe Kasten „Pflege nach Noten“ auf dieser Seite). Das soll Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Wahl eines Heimes erleichtern und die Einrichtungen motivieren, die Qualität zu verbessern. Doch die Pflegenoten stehen seit ihrer Einführung durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2009 in der Kritik. Das Problem: Fast alle stationären Einrichtungen erhalten beste Noten – im Jahr 2013 im bundesweiten Durchschnitt eine 1,2. In Baden-Württemberg und Sachsen liegt die Durchschnittsnote gar bei einer glatten Eins. 95,4 Prozent der Heime haben beim „Pflege-TÜV“ mit 2,0 oder besser abgeschnitten (siehe Tabelle „Pflegenoten zeigen kaum Unterschiede“ auf Seite 32). In seiner heutigen Fassung bietet das Bewertungssystem keine Orientierungshilfe – weder für die Pflegebedürftigen noch für die Heime. Aber auch für die Prüfinstanzen – MDK und Prüfdienst der privaten Krankenversicherung – und die Pflegekassen wie für die Politik hat das aktuelle Notensystem Grenzen. Das Pflegeneuausrichtungsgesetz, im Oktober 2012 in Kraft getreten, hat deshalb die Weichen für eine Reform gestellt. Umgesetzt ist bislang allerdings nichts.

Medizinischer Dienst bewertet Strukturen. Die Pflegenoten in ihrer heutigen Fassung dienen in erster Linie der Außendarstellung. Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Qualität lassen sich daraus nur begrenzt gewinnen. Informationen beispielsweise über die Zahl der Stürze von Bewohnern und Sturzfolgen erhalten die Heime nicht über die MDK-Prüfung. Vielmehr prüft der MDK, ob die Einrichtung ein individuelles Sturzrisiko erfasst hat. Die Prüfungen beziehen sich heute überwiegend auf die Struktur einer Einrichtung – beispielsweise Größe, Personal, Zimmer, Essensangebot – und auf dokumentierte Prozesse der Pflege und Betreuung wie eben beispielsweise die Sturzerfassung. Um Ergebnisse der Pflege, wie den Erhalt oder die Förderung von Selbstständigkeit, geht es im Pflege-TÜV dagegen nicht. Die Ergebnisse sind jedoch die entscheidende Kenngröße für das Heim, um die Qualität reflektieren zu können. Dass der MDK nach dem gegenwärtig gültigen Konzept vorwiegend Strukturen und Prozesse von Heimen prüft, widerspricht zugleich der Absicht des Gesetzgebers, Ergebnisindikatoren bei der Qualitätsbeurteilung gegenüber Struktur- und Prozessinformationen stärker zu berücksichtigen.

Aussagen zur Ergebnisqualität fehlen. Im internen Qualitätsmanagement der Heime ist das Vorgehen zur Erfassung von Risiken beschrieben. Danach richtet sich das Handeln der Mitarbeiter. Die nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege weisen explizit auf das prozesshafte Vorgehen hin. Welche Methoden und Materialien eine Einrichtung wählt, bleibt ihr überlassen. Interne Vorgaben sorgen dafür, dass die Mitarbeiter für jeden Heimbewohner zum Beispiel das Risiko für einen Sturz erfassen und dokumentieren. In der externen Prüfung durch den MDK ist das Transparenzkriterium 18 des Bereichs „Pflege und medizinische Versorgung“ (Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?) und 19 (Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?) unabhängig von der Zahl der Stürze erfüllt, wenn das Heim mit der Pflegedokumentation die Risikoeinschätzung und eine individuelle Sturzprophylaxe nachweist. Verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität liefert die so erfasste und bewertete Qualität weder für Pflegebedürftige auf der Suche nach einem Heimplatz noch für das interne Qualitätsmanagement. Eine stichtagbezogene Prüfung der Pflegedokumentation für einzelne Bewohner gibt keinen Aufschluss darüber, ob tatsächlich ein hohes Sturzrisiko besteht oder die geplante Prophylaxe einen Sturz wirklich verhindert.

Pflege nach Noten

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist von den Landesverbänden der Pflegekassen damit beauftragt, alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste auf deren Qualität hin zu prüfen. **Die Prüfer kommen unangemeldet und bewerten die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** der Einrichtungen nach einem einheitlichen Muster, der Qualitätsprüfungs-Richtlinie. Seit der Pflegereform 2008 werden die Ergebnisse anhand von Pflegenoten dargestellt – auch im Internet. Dies soll für mehr Transparenz im Pflegebereich sorgen und Pflegebedürftigen die Suche nach einem Pflegedienst oder Heim erleichtern. Umgangssprachlich hat sich dafür der Begriff „Pflege-TÜV“ eingebürgert.

Die AOK unterstützt ihre Versicherten bei der Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung mit einer eigenen Pflegeheim-beziehungsweise Pflegedienst-Suche im Internet. Die Pflege-Navigatoren informieren neben den Kontaktmöglichkeiten über das Leistungsspektrum sowie die pflegfachlichen Schwerpunkte der Einrichtungen. Zudem werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung angezeigt.

Quelle: AOK-Bundesverband

Wirksamkeit der Prophylaxe prüfen. Für die Ergebnisqualität ist es bedeutsamer, die Wirksamkeit der Risikoprophylaxe herauszustellen. Sie zeigt sich zum Beispiel nicht daran, wie häufig ein Heimbewohner stürzt, denn Stürze lassen sich bei erheblich kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen nicht immer vermeiden. Entscheidend ist vielmehr, inwieweit präventive Ansätze Stürze mit gravierenden Folgen wie behandlungsbedürftigen Wunden oder Knochenbrüchen verhindern. Hierzu sollte das Heim alle Sturzerfassungen im Zeitverlauf auswerten und für interne Reflexionen nutzen. Qualitätsverbesserungen werden erst über die Ergebnismessung für das Heim erkennbar.

Dass sich stationäre Pflegeeinrichtungen trotz einheitlich guter Pflegenoten in der Ergebnisqualität deutlich unterscheiden können, zeigt das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (EQisA)“ (siehe Kasten „Caritas und Uni Bielefeld messen Pflegeergebnisse“ auf dieser Seite). Seit 2012 erproben die Caritas Köln und die Universität Bielefeld in 145 Pflegeeinrichtungen dieses Konzept, das die Pflegequalität anhand von spezifischen Indikatoren misst und zudem den Ansatz bietet, internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfungen miteinander zu verknüpfen. Vor allem aber macht EQisA – anders als die Pflegenoten – Unterschiede deutlich. Beim Indikator

Caritas und Uni Bielefeld messen Pflegeergebnisse

Im Projekt EQisA „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ kooperieren der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln mit dem Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld und Pflegeeinrichtungen. Seit Januar 2012 setzen die Beteiligten ein Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität um. Das IPW hat das Konzept 2010 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums wissenschaftlich entwickelt. Das Pflegeeneuaustrichtungsgesetz nimmt Bezug auf das Modell.

Ergebnisindikatoren wie die in EQisA geben über die Versorgungsqualität zuverlässiger Auskunft als Kriterien zur Beurteilung von Prozessqualität. Für den Vergleich der Pflegequalität kommen 15 Gesundheitsindikatoren der Bereiche Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, sowie Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen in Betracht. Zu diesen Gesundheitsindikatoren gehören beispielsweise der Erhalt und die Förderung der Mobilität, die Vermeidung von Druckgeschwüren und die Vermeidung von Stürzen mit gravierenden Folgen. Beim EQisA-Projekt registrieren die Beteiligten die Aktivitäten von Heimbewohnern. Zusätzlich gibt eine Angehörigenbefragung Aufschluss über die gelungene Zusammenarbeit mit der Einrichtung. Die Daten werden in den Heimen alle sechs Monate erfasst, vom IPW ausgewertet und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Externe Experten stellen zudem in den Einrichtungen fest, ob die Ergebnisse richtig erhoben sowie nachvollziehbar sind und ob eine Beratung zur Verbesserung der Qualität sinnvoll ist. EQisA verknüpft somit die intern erhobene Ergebnisqualität mit einer externen Plausibilitätsüberprüfung. **So erhalten die geprüften Einrichtungen Feedback.**

Derzeit beteiligen sich bundesweit 145 stationäre Einrichtungen unterschiedlicher Träger mit 13.600 Bewohnern. Ein Beirat, in dem neben drei Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung auch Ministeriumsvertreter aus zwei Ländern und zwei Kassenvertreter der Bundesebene sitzen, begleitet das Projekt.

Heidmarie Kelleter

„Stürze mit gravierenden Folgen in sechs Monaten bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen“ lag in 120 der beteiligten Heime der Anteil der Bewohner, die einen solchen Sturz erlitten haben, zwischen null und 44 Prozent.

Gemeinsames Qualitätsverständnis als Basis. Eine punktuelle Weiterentwicklung des gegenwärtigen Pflege-TÜVs verbessert die Qualitätstransparenz kaum. Das zeigen aktuelle kasseninterne Auswertungen zu den Wirkungen der seit Beginn des Jahres 2014 neu aufgelegten Pflegenotensystematik für Heime. Nach wie vor beruht die Bewertung der Qualität auf Prozessen, sodass weiterhin 95 Prozent der Einrichtungen gute bis sehr gute Noten erhalten. Um die Qualität von Pflegeheimen vorwiegend anhand von Ergebnissen zu bewerten und die Einrichtungen miteinander vergleichen zu können, müssen neue Möglichkeiten der Qualitätsmessung in den Blick genommen und die Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

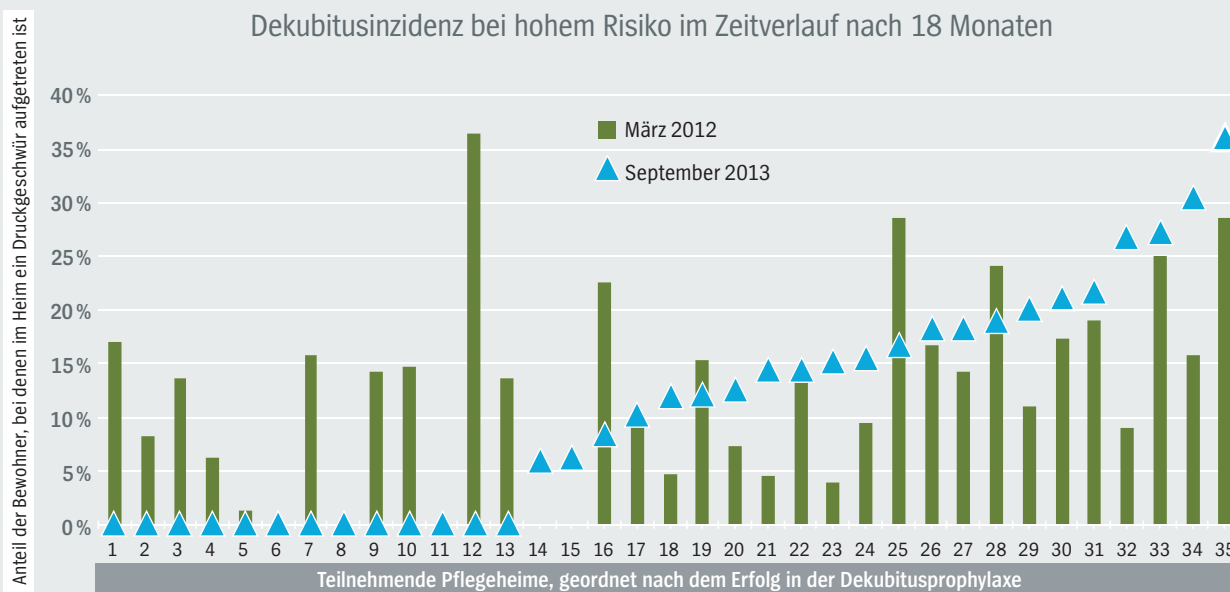
Bisher gibt es keinen Konsens darüber, was genau unter guter Pflege zu verstehen ist. Deshalb laufen in der Praxis internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfungen parallel oder die Heime richten ihr internes Qualitätsmanagement auf die MDK-Prüfungen aus. Grundlage der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Pflegeheimen muss ein von allen Seiten anerkanntes, wissenschaftlich fundiertes Qualitätsverständnis sein, dass sowohl im internen Qualitätsmanagement als auch in der externen Qualitätssicherung zur Anwendung kommt. Die vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und vom Kölner Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik erarbeiteten und in den Projekten „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (EQisA)“ und „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster (EQMS)“ weiterentwickelten Indikatoren eignen sich grundsätzlich für einen solchen Neuanfang in der Qualitätssicherung (siehe Web- und Lesetipps, *Wingensfeld et. al. 2011*).

Mit der Einführung von Ergebnisindikatoren muss das Ziel verbunden sein, den Heimen einen Maßstab zur Verfügung zu stellen, an dem sie ihre Bemühungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität ausrichten und stets aufs Neue reflektieren können. Zu flankieren wäre dieses Instrument mit einer externen Prüfung. Damit bekommen zum einen die Heime eine verlässliche Grundlage für ihre Evaluation des Pflegeprozesses an die Hand. Zum anderen vermindern sich die Akzeptanzprobleme der Kostenträger und Prüfinstanzen für die in den Einrichtungen erhobenen Informationen. Die damit gewonnene realistische Abbildung der vom Heim verantworteten Pflegequalität kann Grundlage für eine Beratung durch MDK-Prüfer sein.

Ansätze für Verbesserungen kommen von innen. Nur wenn alle Bewohner einbezogen werden, lässt sich die tatsächliche Qualität der Pflege eines Heimes ermitteln. Solche intern erhobenen Daten liefern viele Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung. So können die Einrichtungen beispielsweise mit Angehörigen und Ärzten in einen Dialog über ethische Fragen treten: Wenn Menschen mit einem Gurt im Stuhl fixiert werden, damit sie nicht aufstehen und stürzen können – was wiegt höher, ihre Sicherheit oder ihre Autonomie?

EQisA macht Qualitätsunterschiede sichtbar

Dekubitusinzidenz bei hohem Risiko im Zeitverlauf nach 18 Monaten



Wenn Heime Feedback zu ihren Ergebnissen erhalten, können sie die Qualität ihrer Pflege verbessern. Im Projekt EQisA wird das Neuaufreten eines Druckgeschwürs im Abstand von sechs Monaten bei jedem Be-

wohner erfasst. Bis zum letzten Erhebungszeitpunkt haben 13 von 35 Heimen über einen Zeitraum von 18 Monaten den Anteil ihrer Bewohner mit Dekubitus (Grad II) auf Null gesenkt.

Quelle: EQisA

Ansätze zur Qualitätsverbesserung können nur aus dem Heim selbst kommen und unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung. Selbstbewertete interne Pflegequalität ist kein Selbstzweck, sondern sollte der Wirklichkeit entsprechen. Die Daten sollten zudem plausibel sein. Deswegen sollten die intern gewonnenen Ergebnisse mit externer Plausibilitätsüberprüfung verknüpft und reflektiert werden, wie im Modellprojekt EQisA erprobt. Ein Ergebnis der Selbstbewertung wird daraufhin geprüft, ob es glaubwürdig und nachvollziehbar ist oder nicht. Den Prüfinstanzen käme damit eine neue, beratende Rolle zu, die jedoch zusätzliche Kompetenzen voraussetzt. Ein solcher Qualitätsdialog auf Augenhöhe wird weitere Qualitätsverbesserungen in den Heimen anregen. Zudem können Pflegende gezielt ihre Fachlichkeit einbringen.

Mehr Fachlichkeit und Wertschätzung. Ergebnisqualität wird durch kontinuierliche Verbesserung zum Konzept erfolgreicher Pflege und fördert nachhaltig die Lebensqualität von Heimbewohnern. Die Arbeit mit wissenschaftlichen Instrumenten motiviert die Pflegenden, weil sie deren fachliche Kompetenz erfordern und so das Selbstbewusstsein stärken. Wenn Pflegenden in ihrer Berufsrolle und ihrem Wissen ernst genommen werden, fühlen sie sich wertgeschätzt. Pflegeeinrichtungen sollten die Anwendung der wissenschaftlichen Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität gut vorbereiten und ihre Mitarbeiter entsprechend schulen, denn das Konzept ist bisher kein Bestandteil der Pflegeausbildung. In dem hier skizzierten Modell der Qualitätssicherung anhand von Ergebnissen hat die Förderung vorhandener Fähigkeiten bei Heimbewohnern hohe Be-

deutung. Das setzt eine Veränderung von Denk- und Handlungsmustern bei Pflegekräften und Prüfern voraus. Basis einer qualitätsgeleiteten Pflege ist die Abkehr von einer fast ausschließlich verrichtungsbezogenen Pflege (zum Beispiel die vollständige Übernahme von Waschen, Kämmen, Ankleiden durch die Pflege) hin zu einer personenzentrierten Pflege. Pflegekräfte sollten reflektieren, welche Fähigkeiten ein Pflegebedürftiger hat, wie sie diese fördern und erhalten können, damit er sich beispielsweise selbst das Gesicht waschen oder alleine essen kann. Dies gilt umso mehr bei kognitiv eingeschränkten Menschen.

Externe Prüfung stützt sich auf Qualitätsmanagement. Ergebnisindikatoren machen die Beurteilung von Prozessen und Strukturen der Heime nicht überflüssig. Für die Neuausrichtung der Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen bedarf es daher auch eines Konzeptes, das dafür sorgt, dass die Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in zentralen Versorgungsfeldern ineinandergreifen. Um solch ein Konzept erfolgreich umzusetzen, muss die Einführung von Ergebnisindikatoren für das interne Qualitätsmanagement begleitet werden durch eine Überarbeitung der Grundlagen für die externe Qualitätsprüfung. Sie sollte künftig neben den Ergebnissen die Prozesse prüfen.

Nimmt man die gegenwärtigen Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung und die daraus resultierenden Anforderungen für Veränderungen als Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung, müssen internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung so verknüpft sein, dass sie die Pflegequalität in den Heimen voranbringen. Dabei profitieren alle Beteiligten: Verbraucher, Heime, Prüforganisationen und Pflegekassen.

Wie könnte das Zusammenspiel im Regelbetrieb gestaltet werden? Ausgangspunkt im Verknüpfungsmodell ist das interne Qualitätsmanagement eines Heimes (siehe Abbildung „Intern messen – extern prüfen“ auf Seite 33).

Unabhängig davon, wie das interne Qualitätsmanagement aufgestellt ist, erfasst das Heim halbjährlich die Informationen für die Indikatorenerhebung aus der Routinedokumentation vollständig und methodisch richtig. Die verantwortlichen Mitarbeiter sind verpflichtet, dass die Daten regelgerecht aufbereitet werden und fristgerecht in einem festgelegten Standard an eine externe Stelle übermittelt werden.

Stichprobe gibt Aufschluss über Unstimmigkeiten. Diese externe Stelle – dabei könnte es sich zum Beispiel um die bereits genutzte Datenannahmestelle des Pflege-TÜVs handeln – ist für die statistische Prüfung der Daten verantwortlich. Sie prüft die vom Heim gelieferten Daten auf ihre Qualität und darauf, ob sie nachvollziehbar die Ergebnisse dieses Heimes abbilden. Wie das in der Praxis ablaufen kann, zeigt sich im Rahmen von EQisA. In diesem Projekt werden nach einer Datenerfassung durch bestimmte statistische Auswertungen die Angaben zu den Bewohnern auf ihre Stimmigkeit geprüft (Zuordnung, Auffälligkeiten, Fehler). Eine inhaltliche Prüfung erfolgt im Heim. Dazu

zieht das Institut für Pflegewissenschaften (IPW) an der Universität Bielefeld nach bestimmten Kriterien eine Stichprobe von sechs bis zehn Bewohnern (anonymisiert) aus der Gesamtheit. Experten prüfen die Daten dieser Stichprobe in der Einrichtung gemeinsam mit den Pflegekräften anhand der Routinedokumentation nach mehreren Methoden und reflektieren sie. Die Fragen lauten etwa: Hat ein mehrfach gestürzter Bewohner im fraglichen Zeitraum tatsächlich keine gravierende Folgen wie beispielsweise eine behandlungsbedürftige Wunde oder einen Knochenbruch erlitten? Dabei können die Prüfer die Bewohner einbeziehen, zum Beispiel um herauszufinden, wie mobil diese aktuell sind. Allerdings lassen sich zwischenzeitlich abgeheilte, früher erfasste Hautschäden oder Sturzfolgen nicht mehr beim Bewohner selbst prüfen, sondern müssen in der Dokumentation fachlich nachvollziehbar sein. Die Ergebnisse der Überprüfung der Stichprobe werden in einem Bericht dokumentiert und dem IPW sowie der Einrichtung übermittelt. Dieser kann mit dem für die Einrichtung vorliegenden Ergebnisqualitätsbericht abgeglichen werden.

Feedback an die Heime. Für den Fall, dass ein Heim nicht in der Lage ist, nach einer Prüfung plausible Datensätze für die Berechnung der Ergebnisindikatoren zu liefern, müssen rechtliche Grundlagen geschaffen werden. Die berechneten, als plausibel eingestuften Ergebnisindikatoren werden den Heimen halbjährlich übermittelt. Damit verfügen die Einrichtungen über eine Handlungsorientierung für das interne Qualitätsmanagement. Auch die Landesverbände der Pflegekassen erhalten die Ergebnisberichte halbjährlich. Beide Partner, sowohl das Heim als auch die Landesverbände der Pflegekassen, können die Ergebnisse nutzen, um Beratungsprozesse zwischen Heim und Prüfinstitution anzustoßen.

Die Pflegeergebnisse können Einfluss auf die Beauftragung der Prüfdienste für die externe Qualitätsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen haben. Erzielen Heime über einen längeren Zeitraum kontinuierlich gute Ergebnisse, könnte der Rhythmus für die Regelprüfung von jährlich auf beispielsweise alle zwei Jahre hochgesetzt werden. Umgekehrt könnten aber auch schlechte Ergebnisse in einzelnen Versorgungsbereichen Anlass sein, im Rahmen der externen Qualitätsprüfung einen Fokus auf das Prüftema zu legen, tiefer zu prüfen oder eine andere Prüfmethode (Anlassprüfung) zu wählen. Das Ziel muss dabei sein, das Heim bei der Analyse der Ursachen von Qualitätsmängeln zu unterstützen.

Medizinischer Dienst startet Qualitätsdialog. Im Rahmen des hier skizzierten neuen Konzeptes der Qualitätssicherung sollte grundsätzlich jährlich, wenn die internen Qualitätsergebnisse aus den Heimen vorliegen, eine Regelprüfung des MDK im Auftrag der Pflegekassen stattfinden. Die Werte für die Qualitätsindikatoren können ergänzende Hinweise für die externe Prüfung liefern. Im Fokus der externen Qualitätsprüfung stehen zum einen die Prozesse in den Bereichen, aus denen Ergebnisindikatoren vorliegen, um diese Erkenntnisse in der anschließenden Beratung des Heimes nutzen zu können. Zum anderen bildet die Qualitätsprüfung Versorgungsbereiche ab, die nicht

Pflegenoten zeigen kaum Unterschiede

	Anteil der Einrichtungen mit Note 2,0 oder besser	Durchschnittsnote
Baden-Württemberg	99,3%	1,0
Bayern	94,3%	1,1
Berlin	96,3%	1,2
Brandenburg	98,1%	1,2
Bremen	84,7%	1,4
Hamburg	94,7%	1,2
Hessen	96,6%	1,1
Mecklenburg-Vorpommern	96,3%	1,2
Niedersachsen	96,2%	1,1
Nordrhein-Westfalen	95,9%	1,1
Rheinland-Pfalz	87,7%	1,4
Saarland	96,7%	1,2
Sachsen	96,4%	1,0
Sachsen-Anhalt	95,5%	1,1
Schleswig-Holstein	88,7%	1,3
Thüringen	88,0%	1,3

Bewertung ohne Wert? Mehr als 95 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erhielten 2013 in den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die Note Zwei oder besser. In Baden-Württemberg und Sachsen lag die Durchschnittsnote sogar bei 1,0. Das macht die Suche nach einem geeigneten Heim für Pflegebedürftige und deren Angehörige schwer und hilft Heimen nicht bei der Weiterentwicklung der Qualität.

Quelle: AOK-Pflegeheimnavigator

Intern messen – extern prüfen



Wenn sich internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung ergänzen, erhöhen sich Qualität und Transparenz. Dazu erfasst die Pflegeeinrichtung zunächst für jeden Bewohner bestimmte Qualitätsindikatoren. Diese Daten fließen in die externe Qualitätssicherung der Pflegekassen ein. Je nach Ergebnis können Schwerpunkte, Häufigkeit und Tiefe der MDK-Prüfungen variieren. Darauf fußt die Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst (MDK). Im Qualitätsbericht informieren Heim, MDK und Pflegekassen gemeinsam über die Pflegequalität einer Einrichtung.

Quelle: AOK-Bundesverband

über die Ergebnisindikatoren erfasst sind (zum Beispiel Medikamentenmanagement, freiheitsentziehende Maßnahmen wie geschlossene Bettseitenteile, Hygienemanagement).

Im Anschluss an die Qualitätsprüfung vor Ort eröffnen Heim und MDK einen Qualitätsdialog in Form von Fallkonferenzen (beispielsweise wenn die Anzahl neu entstandener Druckgeschwüre in der Einrichtung hoch bleibt oder sich weiter verschlechtert). Ziel des Qualitätsdialogs ist es, dem Heim Hilfestellung bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität zu geben. Die Erkenntnisse aus der externen Qualitätssicherung und aus dem Qualitätsdialog münden in den Prüfbericht, der Maßnahmen und Empfehlungen formuliert und damit als Basis für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen genutzt wird. Wie im heutigen System erhält das Heim anschließend die Möglichkeit, Stellung zum Prüfbericht zu nehmen, bevor die Landesverbände der Pflegekassen gegebenenfalls einen Maßnahmenbescheid erlassen.

Der Qualitätsbericht fasst letztlich die Erkenntnisse aus dem internen Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung unter Ausweis der Quelle zusammen (wer hat was, wann und wo und mit welchen Instrumenten erfasst).

Konzept trägt neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff Rechnung. Die Große Koalition hat die Qualitätssicherung in der Pflege auf ihre Agenda gesetzt. Im Koalitionsvertrag hat sie angekündigt, die Qualitätssicherungsverfahren mit wissenschaftlichen Standards zu untermauern und sie dahingehend weiterzuentwickeln, dass die Qualitätsunterschiede der Pflegeeinrichtungen für die

Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in Zukunft deutlicher werden.

Mit der Implementierung des skizzierten Konzeptes würde die Qualitätssicherung auf pflegewissenschaftlich-fundierte fachliche Grundlagen gestellt. Es trägt dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit in vollem Umfang Rechnung. Die Erkenntnisse aus dem EQisA-Projekt zeigen, dass die Pflegequalität in den Heimen heterogener ist, als es die derzeitigen Pflegenoten vermuten lassen. Mit dem neuen Konzept ließen sich die vom Gesetzgeber definierten Anforderungen an die Darstellung von Qualitätsunterschieden füllen.

Was ist gute Qualität? Offen bleibt jedoch die Frage, nach welchem Maßstab gute Qualität zu definieren ist. Auch die Entwickler der hier beschriebenen Qualitätsindikatoren beantworten nicht die Frage, wie es beispielsweise zu bewerten ist, wenn fünf Prozent der Bewohner eines Heimes in den vergangenen sechs Monaten einen Sturz mit gravierenden Folgen erlitten haben. Bisher fehlen Orientierungswerte, anhand derer entschieden werden könnte, was ein gutes und was ein schlechtes Ergebnis ist. Solche Grenzwerte sind aber notwendig, um die Pflegequalität nach innen in die Pflegeeinrichtungen zu spiegeln wie auch nach außen darzustellen, um Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bei der Auswahl eines Heims eine verlässliche Entscheidungsgrundlage zu geben. Die Qualitätsergebnisse müssen nicht nur vergleichbar sein, sondern zudem verständlich und übersichtlich dargestellt werden. Gerade die für das interne Qualitätsmanagement sinnvollen Indikatoren zur Ergebnisqualität, wie beispielsweise die Entstehung von Druckgeschwüren bei hochgefährdeten Heimbewohnern (*siehe Abbildung „EQisA macht Qualitätsunterschiede sichtbar“ auf Seite 31*), müssen für Laien in ihrer Bedeutung nachvollziehbar sein.

Chance für neuen Umgang miteinander. Neue Konzepte der Qualitätssicherung können die Chance für einen Neuanfang im Umgang der Beteiligten untereinander sein. Heime, MDK und Pflegekassen sollten die bisher häufig vorherrschende Misstrauenskultur beenden. Nur in einem partnerschaftlichen Verhältnis werden Heime, Prüfer und Kassen die Pflegequalität in Deutschland voranbringen. ■

Dr. Heidemarie Kelleter ist Referentin für Qualitätsberatung beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln.

Kontakt: Heidemarie.Kelleter@caritasnet.de

Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband.

Kontakt: Nadine-Michele.Szepan@bv.aok.de

Lese- und Webtipps

- Wingenfeld et al. (2011): *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*, www.bmfsfj.de > Service > Publikationen
- www.aok-gesundheitsnavi.de > Pflege: Internetangebot der AOK zur Unterstützung der Suche nach einem Pflegeheim oder Pflegedienst
- Informationen des Medizinischen Dienstes: www.mds-ev.de > Themenfelder > Pflegenoten



GREIFEN SIE EIN. MIT IHRER UNTERSCHRIFT.

Jede dritte Frau wird Opfer von Gewalt – unabhängig von ihrer Herkunft, Religion und Kultur. Frauen werden misshandelt, weil sie Frauen sind. Gegen solche Menschenrechtsverletzungen setzt sich Amnesty International ein. Häusliche Gewalt darf nicht ungeahndet bleiben. Unterstützen Sie uns dabei, öffentlichen Druck aufzubauen und Unrecht anzuprangern. Mit Ihrer Unterschrift können Sie etwas verändern. www.amnesty.de/aktionen

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



Online-Training



Antriebs- und freudlos, erschöpft und wehmütig – eine Depression macht es schwer, den Alltag zu bewältigen. Erste Hilfe kann das in Australien entwickelte und dort seit Jahren erfolgreich eingesetzte Online-Programm MoodGYM bieten. Die deutsche Version des Programms ist im Test.

Hintergründe von [Astrid Maroß](#)

für die Seele

Viktoria sieht toll aus, ist talentiert und erfolgreich. Aber sie hat das Gefühl, dass die Leute eines Tages herausfinden, dass sie in Wirklichkeit dumm und gefühlsleer ist. Cyberman sieht gut aus, aber fühlt sich innerlich völlig zerrissen. Nullproblemo wiederum ist glücklich und liebt das Leben. Anne gilt als optimistisch und großzügig, gerät aber leicht aus dem Gleichgewicht, besonders bei Kritik. Miesepeter ist schüchtern und oft mürrisch und streitet über Nichtigkeiten. Aber er ist gewissenhaft und arbeitet hart. So beschreibt das Online-Selbsthilfeprogramm MoodGYM seine Protagonisten. Wer kennt solche Charaktere nicht? Sind wir nicht alle manchmal wie Viktoria und Nullproblemo oder manchmal wie Cyberman? Haben wir uns gestern nicht erst gefühlt wie Miesepeter? Sehen wir uns im Leben grundsätzlich häufiger so wie Anne oder doch eher wie Viktoria?

In ein und derselben Situation denken und fühlen Nullproblemo und Viktoria unterschiedlich. Wie ginge es mir, wenn ich in ihrer Lage wäre? Was könnte ich mir von den beiden abschauen oder besser nicht? Macht mich eine bestimmte Situation depressiv oder fühle ich mich deshalb schlechter, weil ich eine Situation auf eine bestimmte Art wahrnehme? Wie könnte ich das ändern? Fragen über Fragen. Die Antworten sind nicht leicht zu finden. Vor allem nicht, wenn man depressiv ist.

Gedrückte Stimmung, kaum Energie, wenig Freude, schlechte Konzentration, geringes Selbstwertgefühl und diverse körperliche Beschwerden – eine Depression zu haben, heißt, auf viele Hürden zu stoßen, bei sich selbst und in seinem Umfeld. Depression ist eine Krankheit. Wer darunter leidet, hat es besonders schwer, sich um professionelle Hilfe zu kümmern. Selbstzweifel und Antriebsmangel machen die ersten Schritte zur Behandlung mühselig.

Hausarzt spielt bedeutende Rolle. Oft ist dann der Hausarzt der wichtigste Ansprechpartner. Diese Hürde ist am einfachsten zu nehmen. Denn im besten Fall kennt man ihn schon lange.

Hausärzte leisten einen großen Anteil, Menschen mit depressiven Erkrankungen zu behandeln, zu begleiten und durch unser komplexes Versorgungssystem zu lotsen.

Nach AOK-Abrechnungsdaten wird pro Jahr bei über elf Prozent der Erwachsenen eine Depression diagnostiziert. Das entspricht mehreren Millionen Menschen in Deutschland. Bei der Mehrheit ist die Depression leicht bis mittelschwer ausgeprägt. Nur bei etwa einem Siebtel liegt eine schwere Depression vor. Für die diagnostische Einstufung gibt es Haupt- und Nebenkriterien. Zu den Hauptkriterien gehören gedrückte Stimmung, Antriebsmangel und Freudlosigkeit. Nebenkriterien sind zum Beispiel Konzentrationsmangel, vermindertes Selbstwertgefühl, pessimistische Gedanken und Appetitlosigkeit. Der Schweregrad bezieht sich letztlich auf die Anzahl von zutreffenden Haupt- und Nebenkriterien. Allerdings täuscht die fachliche Begrifflichkeit über eines hinweg: Subjektiv ist auch eine leichte Depression eine schwere Belastung. Zum Glück bilden sich leichte Depressionen in vielen Fällen ohne intensive medizinische Behandlung zurück. Dafür ist aber eine aufmerksame und stützende Begleitung durch den Hausarzt erforderlich.

Dass der Hausarzt eine wichtige Rolle spielt, belegt der Versorgungs-Report 2013/2014 (siehe Kasten Lese- und Webtipps). Danach wurden 79 Prozent der im Jahr 2010 erstmalig depressiv erkrankten AOK-Versicherten ausschließlich ambulant behandelt (siehe Grafik „Ambulante Behandlung dominiert“ auf Seite 38).

Lese- und Webtipps

- Klauber/Günster/Gerste/Robra/Schmacke (Hrsg.): **Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression.** Schattauer Verlag, Stuttgart.
- WIdO-monitor 1/2014: **Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden.** Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Kostenloser Download unter: www.wido.de > Publikationen > WIdOmonitor > Wahrnehmung ambulante Versorgung psychischer Probleme

Ambulante Behandlung dominiert



Das Gros der Patienten, die im Jahr 2010 erstmals an einer Depression erkrankten, ist ausschließlich ambulant behandelt worden (79 Prozent). Der Anteil der rein stationär versorgten Ersterkrankten lag bei zwölf Prozent und der ambulant sowie stationär Versorgten bei neun Prozent.

Quelle: Versorgungs-Report 2013/2014

Ein niedrighschwelliges Angebot. Eine Depression lässt sich neben aufklärender, stützender und aktivierender Beratung mit Psychotherapie und Antidepressiva behandeln. Von den psychotherapeutischen Methoden hat die kognitive Verhaltenstherapie die besten Wirksamkeitsbelege. Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie werden seit einigen Jahren in Online-Programmen für Depressionen genutzt. Die Programme bieten den Vorteil, dass sie niedrighschwellig sind. Betroffene müssen in der klassischen Versorgung Symptome und Einschränkungen selbst ansprechen und in der Lage sein, organisatorische Anstrengungen zu unternehmen, bis nötigenfalls fachärztliche oder psychotherapeutische Experten gefunden sind. Wartezeiten sind zu überbrücken. Was liegt also näher, den psychisch Erkrankten nicht nur zum Hilfesystem zu bringen, sondern ihm online zusätzliche Hilfe anzubieten? Ein wesentlicher Aspekt von Online-Angeboten für psychische Erkrankungen ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Denn gerade die Behandlung von Depressionen erfordert die aktive Mitarbeit der Betroffenen.

Selbsthilfe im Vordergrund. Niedrighschwellige Online-Angebote sind vor allem für Menschen mit leichteren Symptomen und Einschränkungen schnell nutzbar und haben ihre Wirksamkeit auf die gesundheitlichen Einschränkungen nachgewiesen. Sie können viele Betroffenen erreichen, um sie frühzeitig zu unterstützen. Online-Angebote können natürlich eine intensive und ausdifferenzierte Therapie nicht ersetzen. Sie können aber einer breiteren Gruppe von Menschen, die bisher nicht optimal erreicht werden, eine weitere Zugangsmöglichkeit zu Hilfe und Unterstützung eröffnen.

Wie bereits erwähnt, ist der Hausarzt Ansprechpartner Nummer Eins (siehe Grafik „Hausarzt hat Schlüsselstellung“ auf

Seite 41). Etwa zwei Drittel der ambulant behandelten Depressionen betreut ausschließlich der Hausarzt. Dieser hat aber wegen hoher Patientenzahlen pro Tag nur wenig Zeit für ein Gespräch. Angesichts des unglaublich breiten medizinischen Wissens eines Hausarztes sind psychotherapeutische Interventionen nur eine Facette seines Könnens. So ist es eine große Herausforderung, psychotherapeutische Interventionen in einer Sprechstunde umzusetzen, dazu noch in Kurzkontakten.

MoodGYM, ein Online-Programm zur computerbasierten kognitiven Verhaltenstherapie für Depressionen, kann hier unterstützend wirken. Das in Australien entwickelte Programm ist dort schon seit vielen Jahren etabliert und hat sich in der Praxis bewährt (siehe Kasten „Was ist MoodGYM?“). Es liefert Menschen, die depressive Symptome haben, eine Erklärung über mögliche Ursachen und bietet auf der Basis der kognitiven Verhaltenstherapie anschauliche Hilfe. Die Grundannahme dabei lautet: Die Art unserer Wahrnehmung und Interpretation von Situationen, also unsere Gedanken, beeinflussen unsere Gefühle. Aus unseren Gefühlen leiten wir meist unsere Reaktion ab. Und unser Verhalten hat immer eine Konsequenz – die wir wiederum interpretieren.

Größere Unabhängigkeit von Behandlungsterminen. Die Hilfestellung bei Depression lässt sich anschaulich aufbereiten und im Prinzip überall und jederzeit nutzen. Damit wird der Hilfesuchende unabhängiger von Behandlungsterminen und kann sich Themen in seinem eigenen Tempo und in seinen Tagesablauf passend erarbeiten. Der Hausarzt kann neben einer eventuellen medikamentösen Therapie Impulse für eine psychologische Auseinandersetzung mit der depressiven Symptomatik geben. Bei Folgekontakten kann er Themen aufgreifen, mit dem Patienten besprechen und ihn bei der Erarbeitung von ersten Schritten raus aus der Depression ermutigen. Auch wenn Hausarzt und Patient eine klassische Psychotherapie oder Facharztbehandlung geplant haben, kann ein Online-Programm helfen,

Was ist MoodGYM?

MoodGYM ist ein nicht-kommerzielles Internetprogramm zur Psychoedukation und Selbsthilfe für Menschen mit depressiven Symptomen. Es besteht aus **fünf Bausteinen**. Unter Verwendung von Grafiken und Online-Übungen vermittelt es **grundlegende Methoden und Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie**, einem anerkannten Behandlungsverfahren für Depressionen. Das Programm behandelt den Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen, den Umgang mit Stress und Trennungen und vermittelt Entspannungstechniken.

MoodGYM wurde von Wissenschaftlern des National Institute for Mental Health Research der Australian National University entwickelt und bereits 2001 eingeführt. Die deutsche Übersetzung von MoodGYM wurde unter der Leitung des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig in Deutschland erstellt und vom AOK-Bundesverband gefördert. Ab 2016 steht die deutsche Version von MoodGYM allen Patienten und Behandlern kostenfrei im Internet zur Verfügung. **Informationen sind in Kürze unter www.moodgym-deutschland.de abrufbar.**

eventuelle Wartezeiten sinnvoll zu überbrücken. Zwar haben die Wissenschaftler der Australian National University MoodGYM so konzipiert, dass es sich auch ohne ärztliche Begleitung einsetzen lässt. Studien belegen aber, dass die Einbindung von Online-Programmen in die professionelle Behandlung die Adhärenz (Therapietreue) und gewünschte klinischen Effekte steigern kann. Daher ist es sinnvoll, dass ein Arzt die Eignung des Programms für den jeweiligen Patienten einschätzt, ihn berät und motiviert.

Interaktive Übungen und Aufgaben. In fünf Modulen lassen sich mit MoodGYM Themen wie Gefühle, Gedanken, Veränderung, Stressmanagement und soziale Beziehungen interaktiv erarbeiten. Zudem vermittelt es Entspannungstechniken. Anhand zahlreicher Übungen und Aufgaben lernen Nutzer, negative und wenig hilfreiche Gedankenmuster zu erkennen und zu verändern. Alle Ergebnisse können im „Arbeitsbuch“ gespeichert und ausgedruckt werden. An verschiedenen Stellen wird der Nutzer aufgefordert, Begebenheiten aus dem eigenen Leben in die Übungen einfließen zu lassen. Ein großer Vorteil von MoodGYM: Es stellt komplizierte Sachverhalte einfach, kurz und verständlich dar.

Die anfangs schon genannten Charaktere Viktoria, Cyberman, Anne, Nullproblemo und Miesepeter führen Schritt für Schritt durch die Themen. Der Nutzer kann modellhaft die Denk- und Verhaltensmuster der verschiedenen Persönlichkeitstypen beobachten, bei Veränderungen begleiten und sich selbst dazu in Relation bringen. Spielerisch kann er an den Charakteren negative Denkmuster wie Übergeneralisierung oder Katastrophisierung erkennen und immer wieder in Bezug zum eigenen Erleben setzen. Ein Beispiel direkt aus MoodGYM: Nullproblemo und Victoria haben eine Autopanne auf dem Weg zum Kino, bevor sie am nächsten Tag nach Berlin fahren wollen. Nullproblemo findet das ziemlich ärgerlich, ist aber froh, dass ihm das an diesem Abend passiert ist und nicht während der Fahrt nach Berlin. Er überlegt sich, seine Freunde anzurufen, damit sie sich keine Sorgen machen, und dass sie sich besser zu einem anderen Zeitpunkt treffen. Anders Viktoria: Sie denkt sich, dass es das Schlimmste ist, was passieren konnte. Sie würde es ja nie hinbekommen, das Auto zu reparieren, und kennt auch niemanden, der ihr dabei helfen könnte. Am besten sie fährt gar nicht erst nach Berlin. Denn es wäre schrecklich, wenn ihr eine Panne in einer fremden Stadt passieren würde.

Training für positiveres Denken. MoodGYM nennt das die WIDIWIF-Strategie: Was ich denke, ist, was ich fühle. Das klingt sehr simpel, aber veranschaulicht die kognitive Verhaltenstherapie plastisch. Natürlich ist die Wirklichkeit nicht so einfach und im Verlauf einer Depressionsbehandlung kommen noch zahlreiche Aspekte hinzu. Aber vielen Menschen ist nicht klar, dass nicht primär die Umstände zu negativen Gefühlen führen, sondern ihre Art der Wahrnehmung. So kann schon eine neutralere Sicht auf die Dinge negative Emotionen ein wenig ausgleichen. Während einer Depression ist die Wahrnehmung in einer Weise verändert, dass andere als negative Interpretationsmöglichkeiten schwerfallen. Aber die MoodGYM-Protagonisten weisen auf die

Interview



„Patienten geben positive Rückmeldung“

Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller, MPH, leitet das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Was hat Sie, Frau Professorin Riedel-Heller, dazu bewogen, MoodGYM zu übersetzen und in der Praxis wissenschaftlich zu testen?

Steffi Riedel-Heller: Depressionen sind häufig und folgenswer. In einem guten Versorgungssystem sollte es so sein, dass Betroffene je nach Krankheitsschwere frühzeitig eine Behandlung mit der angemessenen Intensität bekommen. So können leichter Kranke gut beim Hausarzt behandelt werden, schwer Kranke müssen einen schnellen Zugang zum spezialisierten Hilfesystem bekommen. Menschen mit leichten und mittelschweren Depressionen einen weiteren Zugang zu Hilfe zu geben und sie dabei in ihren eigenen Möglichkeiten zu bestärken, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen, war ein wichtiger Impuls für das Projekt. Die Australier haben mit MoodGYM vorgemacht, wie es gehen kann. Als Wissenschaftlerin reizt mich natürlich zu überprüfen, wie das in unserem Versorgungssystem funktionieren kann.

Wie kommt das Online-Selbsthilfeprogramm bei den Hausärzten an?

Riedel-Heller: Wir sind überrascht, wie offen Hausärzte für neue Wege in ihren Behandlungskonzepten sind. Die wissenschaftliche Reputation der MoodGYM-Entwickler und die langfristig nicht-kommerzielle Einsatzmöglichkeit für alle Patienten, egal mit welcher Krankenversicherung, hat viele Ärzte überzeugt. Das macht die Handhabung in der Behandlungspraxis eben auch niedrigschwellig und einfach. Zudem garantiert MoodGYM ein hohes Maß an Anonymität für die Nutzer – ein großer Pluspunkt hinsichtlich des Datenschutzes. Ärzten ist wichtig, dass sie ihren Patienten nur Dinge empfehlen, hinter denen sie auch stehen können.

Wie schätzen Sie die Perspektive von MoodGYM in der ambulanten Versorgung ein?

Riedel-Heller: Ich kann mir vorstellen, dass Ärzte eine eigene Routine entwickeln werden, für welche Patienten MoodGYM geeignet ist, und wie sie es in ihre Behandlung integrieren. Dann wird mehr Zeit als bisher bleiben, um individuelle Fragen zu diskutieren. Neben Hausärzten können es ab dem Jahr 2016 auch Nervenärzte, Psychiater oder Psychotherapeuten einsetzen. Das Programm wird ja dann frei zugänglich sein. Das kann eine Ergänzung der laufenden Behandlung sein, oder in der Vorbereitung oder Nachsorge einer Therapie eingesetzt werden. Es haben sich schon mehrfach Patienten aus der Studie spontan bei uns gemeldet und positive Rückmeldungen gegeben. Das motiviert uns natürlich. ■

Die Fragen stellte Gabriele Hilger.



„Das Programm ist eine gute Ergänzung“

Dr. Thomas Lipp ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Leipzig.

Herr Dr. Lipp, Sie nehmen als Hausarzt an der MoodGYM-Studie teil. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen?

Thomas Lipp: Wir nehmen als Praxis gern teil, weil wir viele Patienten mit Depressionen betreuen. Bei einer ganzen Menge von ihnen ist eine psychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung nötig, aber da gibt es manchmal erhebliche Schwierigkeiten, zügig einen Termin zu bekommen. Mit MoodGYM können diese Patienten schon erste Schritte in diese Richtung gehen, und ich kann ihnen in meiner knappen Konsultationszeit mehr anbieten als vorher. Die Beschäftigung mit dem Programm hilft einigen Patienten, diese schwierige Lebensphase aktiver zu bewältigen und eigene Möglichkeiten kennenzulernen, zur Genesung beizutragen. Natürlich ist ein Online-Programm auch kein Wundermittel, aber eine gute Ergänzung.

Was berichten Patienten, die das Programm bereits durchlaufen haben?

Lipp: Ich dachte erst, dass Patienten den Computer als zu unpersönlich ablehnen würden. Aber zum einen ist die Nutzung des Internets für alle möglichen Lebensbereiche für viele schon Normalität. Zum anderen bleibt es ja bei der persönlichen Behandlung durch mich. So erleben die Patienten das auch – ich bin ihr Arzt und der Computer ist ihr Helfer. Gerade junge Leute wissen so eine zusätzliche Hilfe zu schätzen. Die Studie läuft ja, so dass viele Patienten erst mittendrin sind. Da bin ich auch gespannt auf den Verlauf und die Rückmeldungen.

Können Sie sich vorstellen, MoodGYM oder ein anderes Online-Angebot für Menschen mit leichten und mittelschweren Depressionen künftig einzusetzen?

Lipp: Ja, auf jeden Fall. Ich sammle Erfahrungen, in welcher Konstellation ich MoodGYM am besten einsetzen kann. Natürlich gibt es auch Menschen, zu denen das Programm nicht passt. Aber das erlebe ich jeden Tag in der Medizin, dass nicht alles bei jedem funktioniert. MoodGYM ist nicht in jedem Fall angezeigt, aber dann ist vielleicht auch kein anderes Online-Programm sinnvoll, sondern eine andere Behandlungsstrategie. So wie ich schon immer versuche, für jeden Menschen den besten Weg zu finden. Ich bin aber neugierig auf gute Online-Programme, auch für andere Krankheiten. Das persönliche Gespräch mit dem Patienten werden Online-Angebote meiner Meinung nach nie überflüssig machen. Bereichern können sie die Behandlung aber schon. ■

Die Fragen stellte Gabriele Hilger.

sogenannten „Denkfehler“ hin, machen Veränderung vor und ermuntern, den eigenen Weg zu finden. Die Nutzer können Veränderungsmöglichkeiten sehen und ins eigene Leben übertragen. Sobald ein Thema theoretisch und spielerisch erarbeitet ist, kann der Nutzer nach Entsprechungen in seinem Leben suchen und diese mittels Übungen verändern.

Ein gelegentlich anzutreffendes Missverständnis betrifft den manchmal verwendeten Begriff „Online-Therapie“: Es gibt zahlreiche Online-Programme für depressive Erkrankungen. Sie reichen von ausschließlich automatisierter inhaltlicher Darbietung ohne integriertes Feedback bis hin zu E-Mail-gestützten Angeboten, bei denen quasi eine schriftliche Psychotherapie stattfindet. Dazwischen gibt es eine Palette von Angeboten, die einen unterschiedlichen Grad an „menschlichem Input“ anbietet. Es liegt auf der Hand, dass komplett automatisierte Programme wie MoodGYM keine Therapie im eigentlichen Sinne sein können, wohl aber psychotherapeutisches Know-How zur Wissensvermittlung und Anleitung zum Selbstmanagement verwenden.

Mit vollautomatisierten Programmen lässt sich eine große Zahl an Menschen mit Themen erreichen, zu denen sie bisher möglicherweise keinen Zugang hatten. Die Inhalte können aber naturgemäß nicht so auf die individuelle Situation eines depressiven Menschen zugeschnitten sein wie in einem persönlichen Gespräch. Daher geht es bei MoodGYM vor allem um Psychoedukation und Anleitung zur Selbsthilfe in Ergänzung zur Behandlung durch den Hausarzt oder den Spezialisten für psychische Erkrankungen.

Belege für die Wirksamkeit. MoodGYM ist ein wissenschaftlich sehr gut evaluiertes Online-Programm, das mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden Menschen mit Depressionen unterstützt. Studien aus Australien haben gezeigt, dass Nutzer, die zwei oder mehr Bausteine von MoodGYM durchlaufen haben, ihre depressiven Symptome im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verringern konnten. Dieser Effekt war auch noch nach zwölf Monaten nachweisbar. Inzwischen wurde MoodGYM in mehr als 30 wissenschaftlichen Studien und Fachartikeln bei Anwendern in unterschiedlichen Situationen untersucht. Das Spektrum reichte von gesunden Schülern mit präventivem Ansatz bis zu Hilfesuchenden bei der Telefonseelsorge, von betrieblicher Gesundheitsförderung bis zu Zusatzangeboten bei medikamentös behandelten Menschen mit Depression. Je nach Ausgangslage, medizinischer Betroffenheit und Motivation profitieren die Anwender unterschiedlich. Auch im hausärztlichen Setting wurde MoodGYM bereits evaluiert. Dabei zeigte sich, dass sich die seelischen Belastungen bei Patienten, die MoodGYM nutzten, schneller und nachhaltiger zurückbildeten als bei Patienten der Standardversorgung.

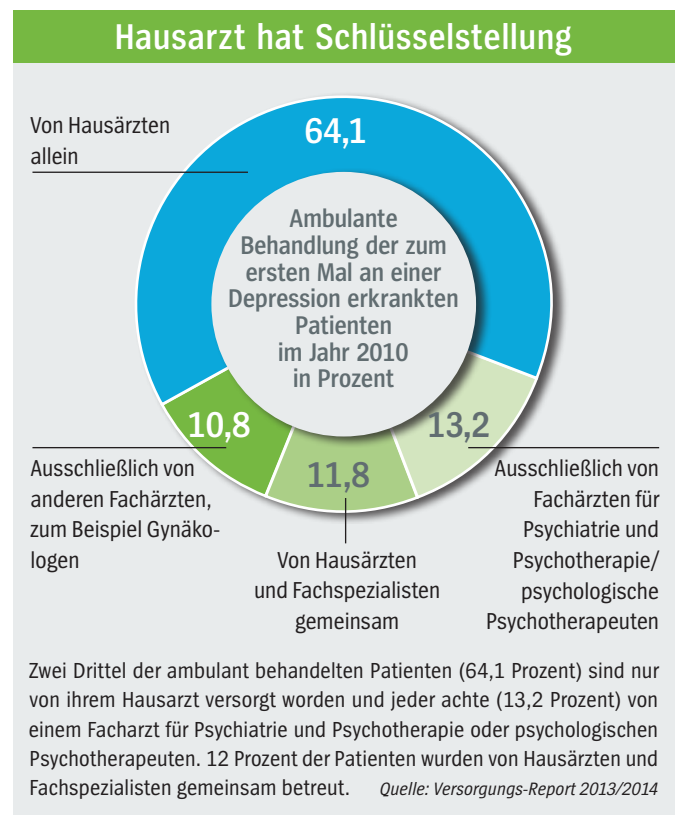
Deutsche Version im Test. Seit dem Jahr 2013 untersucht ein Team um Professorin Steffi Riedel-Heller, Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health an der Universität Leipzig, die Effektivität von MoodGYM, das Leipziger Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte übersetzt und an deutsche Gegebenheiten angepasst haben. Professorin Anette Kersting, Direktorin der Universitätsklinik für Psycho-

somatik und Psychotherapie Leipzig, hat als unabhängige Expertin für Verhaltenstherapie die übersetzten Programminhalte überprüft.

Differenziertes Studiendesign. In der Leipziger Studie wird nun die Wirksamkeit von MoodGYM in der hausärztlichen Behandlung von bis zu 65-jährigen Erwachsenen mit leichten bis mittelschweren Depressionen getestet. Untersucht wird mit hohem methodischem Standard, ob die begleitende Anwendung zusätzlich zur haus- und gegebenenfalls fachärztlichen Standardversorgung einen klinisch relevanten Nutzen hat. Teilnehmende Praxen sind mittels zufälliger Zuteilung entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Alle Praxen behandeln ihre Patienten wie gewohnt. Die Interventionspraxen bieten ihren Patienten im Gegensatz zu den Kontrollpraxen zusätzlich das MoodGYM-Programm an. Ziel ist es, insgesamt über 600 Patienten in die Studie einzubeziehen. Die Patienten werden nach einem halben Jahr wieder nach ihrem Befinden befragt. Neben der psychischen Symptomschwere werden auch Aspekte der Alltagsbewältigung, der Behandlungszufriedenheit sowie der Akzeptanz und Erwartungen hinsichtlich computerbasierter Unterstützung erhoben. So lässt sich herausfinden, ob Patienten von MoodGYM zusätzlich zur Standardbehandlung profitieren. Das ist auch ein Anliegen der AOK-Gemeinschaft, die diese Forschungsarbeit finanziell unterstützt. Die aufwendige Leipziger Studie wird einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Rolle von Online-Angeboten bei der Unterstützung depressiv Erkrankter zu definieren. Mit ersten Ergebnissen der Studie ist Ende 2015 zu rechnen.

Potenzial für breite Verfügbarkeit. Zum Stellenwert von Online-Angeboten bei psychischen Erkrankungen gibt es mittlerweile eine umfangreiche internationale Forschung. Das Potenzial ist unbestritten und der Zugang zum Internet weit verbreitet. Mehr als drei Viertel aller Deutschen surft im world wide web. Der Anteil der älteren Nutzer ist zwar etwas geringer, wächst aber schnell. Ältere Menschen mit Depression leiden oftmals an weiteren, zum Teil chronischen Erkrankungen, und die Umstände ihres Alltags spielen eine große Rolle bei ihrer Lebenszufriedenheit. Bei der Bewältigung ihres Lebens hat das Internet früher keinen dominanten Stellenwert gehabt, sodass der Online-Zugang zu dem schwierigen Thema Psyche für viele nicht auf der Hand liegt und vielleicht auch nicht angemessen ist. Ebenso sind bei der Internetverfügbarkeit bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Menschen in prekären finanziellen Situationen oder mit einfachem Bildungsgrad unterrepräsentiert. Diese sind aber für konventionelle fachärztliche und psychotherapeutische Therapieangebote ebenfalls schlechter erreichbar.

Individuelle Themen lassen sich in Online-Angeboten weniger aufnehmen als in einer Gesprächssituation. Da können Programme noch so als „maßgeschneidert“ beworben werden und viele Zusatzfunktionen haben. Der Wunsch, alles immer, überall und jederzeit lesen und konsumieren zu können, täuscht darüber hinweg, dass sich persönliche Veränderungen nicht mal eben beim S-Bahn-Fahren erledigen lassen. Daher kann man Programme wie MoodGYM auch nicht als Tool zum Durch-



klicken begreifen. Die Module müssen durchgearbeitet und können nicht einfach konsumiert werden. Es soll ja ein innerer Prozess entstehen, der nur durch Konzentration und Sicheinlassen gelingt.

Therapietreue im Blick. Alle Online-Programme für psychische Erkrankungen haben das Problem der Adhärenz: Viele Nutzer brechen vorzeitig ab. Ein Online-Angebot hilft aber denjenigen am meisten, die es bis zu Ende durcharbeiten. Unter Public-Health-Gesichtspunkten stellt sich die Frage, woran das liegt und wie sich das verhindern lässt – eine Frage, die sich im Übrigen auch bei konventionellen Behandlungsansätzen psychischer Erkrankungen stellt. Auch hier könnte die Leipziger Studie einen Beitrag leisten. Den australischen Entwicklern von MoodGYM jedenfalls ist es ein Anliegen, dass die evidenzbasierte fachliche Expertise von MoodGYM allen betroffenen Menschen weltweit niedrigschwellig und nicht-kommerziell zur Verfügung stehen kann. Damit unterscheidet es sich wesentlich von dem rasch wachsenden Segment kommerziell erhältlicher Programme. Ab 2016 wird das deutschsprachige MoodGYM allen Menschen im Internet zur Verfügung stehen: kostenfrei und frei von Bürokratie. Jeder Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeut kann dieses Programm dann den geeigneten Patienten empfehlen – Beginn: sofort, Kosten: keine. Das ist niedrigschwellig im ursprünglichen Sinne des Wortes. ■

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**

Geld zurück nach OP im Ausland

Krankenkassen in einem EU-Mitgliedsland dürfen die Rückerstattung der Kosten für eine Operation in einem anderen europäischen Mitgliedstaat nicht verweigern, wenn die Versorgungslage im eigenen Land einer adäquaten medizinischen Behandlung im Weg steht. Dies hat der Europäische Gerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 9. Oktober 2014
– C-268/13 –
Europäischer Gerichtshof

Den Stein ins Rollen brachte eine rumänische Staatsbürgerin. Sie leidet an einer schweren Erkrankung der Herzgefäße. Als sich ihr Gesundheitszustand verschlechterte, kam sie in eine Fachklinik in Temeswar (Rumänien). Die ärztlichen Untersuchungen führten zu der Entscheidung, eine Operation am offenen Herzen vorzunehmen. Da es an Medikamenten und an grundlegendem medizinischen Material fehlte, zu wenig Betten vorhanden waren und es sich um einen komplizierten chirurgischen Eingriff handelte, entschied sich die Patientin, in ein Krankenhaus nach Deutschland zu gehen, um sich dort operieren zu lassen. Die Kosten für die Herzoperation und für den postoperativen Krankenhausaufenthalt beliefen sich auf rund 18.000 Euro.

Kasse will nicht zahlen. Noch vor ihrer Abreise nach Deutschland hatte die herzkrankte Rumänin bei ihrem Krankenkassenversicherungsträger die Übernahme der Kosten für den Eingriff beantragt. Ihre Krankenkasse lehnte es jedoch ab, für die Kosten aufzukommen. Begründung der Kasse: Aus dem Bericht des behandelnden Arztes gehe nicht hervor, dass die beantragte medizinische Leistung in Anbetracht ihres gegenwärtigen Gesundheitszustandes und des Verlaufs der Krankheit nicht innerhalb eines angemessenen Zeitraums in Rumänien erbracht werden könne.

Daraufhin reichte die Patientin Zivilklage gegen ihre Krankenkasse ein und forderte Schadensersatz in Höhe der Behandlungskosten. Aufgrund der

schlimmen Bedingungen in dem rumänischen Krankenhaus habe sie sich entschlossen, diese Einrichtung zu verlassen und sich in Deutschland operieren zu lassen. Nachdem die erste Instanz ihre Klage abgewiesen hatte, legte sie Berufung beim rumänischen Landgericht in Sibiu ein.

Das Gericht setzte das Verfahren aus und legte den Rechtsstreit dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) zur Vorabentscheidung vor. Denn nach der Verordnung 1408/71/EWG kann einem Arbeitnehmer die Genehmigung erteilt werden,

zeitig erhalten kann (Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der EWG-Verordnung). Die rumänischen Richter wollten von ihren Luxemburger Kollegen wissen, ob einem Versicherten die für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland erforderliche Genehmigung auch erteilt werden muss, wenn der Eingriff im Wohnsitzland zwar rechtzeitig und aus fachlicher Sicht sachgemäß vorgenommen werden kann, es aber an grundlegenden Medikamenten und medizinischen Materialien fehle.

Gründe nicht unterschieden. Diese Frage hat der EuGH bejaht. In ihrer Begründung führen die Luxemburger Richter zunächst aus, dass eine vorherige Genehmigung dann zu erteilen sei, wenn die Behandlung – wie es im vorliegenden Fall unstreitig war – zu den Leistungen gehöre, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Versicherte wohnt. Weitere Voraussetzung: Der Versicherte kann in seinem Land die gleiche oder eine ebenso wirksame Behandlung nicht rechtzeitig erhalten. Bei der Beurteilung der Frage, ob eine ebenso wirksame Behandlung im Wohnsitzland rechtzeitig verfügbar ist, seien sämtliche Umstände zu beachten. Dazu gehörten nicht nur der Gesundheitszustand des Patienten zum Zeitpunkt des Antrags, das Ausmaß seiner Schmerzen oder die Art seiner Behinderung, die zum Beispiel eine Berufstätigkeit unmöglich mache oder außerordent-

Der Kostenträger muss sämtliche Umstände des konkreten Falles beachten.

sich in einem anderen EU-Mitgliedstaat medizinisch behandeln zu lassen. Dabei erhält er dort die erforderlichen Leistungen, als ob er in diesem Staat sozialversichert wäre. Die Kosten dafür trägt aber die heimische Versicherung. Diese darf die Genehmigung zur Versorgung im EU-Ausland nicht verweigern, wenn die benötigte Behandlung zu den nach den Rechtsvorschriften des Landes erfassten Leistungen gehört und wenn der Patient wegen seines Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufs die Behandlung im Inland nicht recht-

TIPP FÜR JURISTEN



Auswirkungen der Freizügigkeit auf die deutschen Sozialversicherungen, Einfluss der Europäischen Kommission auf die Sozialpolitik der Mitgliedstaaten – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Die Europäische Union, die Freizügigkeit und das deutsche Sozialleistungssystem“ am 23. und 24. Februar 2015 in Kassel. Veranstalter ist der Deutsche Sozialrechtsverband. Infos: www.sozialrechtsverband.de.

lich erschweren könne, und die Vorgesichte des Patienten. Auch das Fehlen von Medikamenten und grundlegendem medizinischen Material könne die Auslandsbehandlung begründen. Die Verordnung 1408/71/EWG unterscheide nicht, warum eine bestimmte medizinische Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden kann, so der Luxemburger Gerichtshof. Das Fehlen von Medikamenten und medizinischem Material könne eine wirksame und rechtzeitige Behandlung im Wohnsitzland unmöglich machen. Der EuGH stellte aber auch klar, dass dies „auf der Ebene sämtlicher Krankenhauseinrichtungen des Wohnsitzmitgliedstaats zu beurteilen ist“.

Prüfung muss alle Kliniken einbeziehen.

In diesem Zusammenhang wies der EuGH auf die Stellungnahme der rumänischen Regierung hin. Danach sei die Patientin berechtigt gewesen, sich an jede andere Gesundheitseinrichtung in Rumänien zu wenden, die über eine Ausstattung verfüge, die für den Eingriff erforderlich sei. Zudem habe Bukarest darauf hingewiesen, dass dem Bericht des behandelnden Arztes zu entnehmen war, dass dieser Eingriff innerhalb von drei Monaten habe durchgeführt werden müssen. Stehe also fest, dass es an Medikamenten und grundlegendem medizinischen Material mangelt, müsse das nationale Gericht prüfen, ob die Herzoperation innerhalb dieser Zeit in einem anderen rumänischen Krankenhaus hätte erfolgen können oder nicht. ■

Kommentar: Die Luxemburger Richter stellen mit ihrer Entscheidung klar, dass auch das Fehlen von Medikamenten und notwendiger medizinischer Ausstattung bedeuten kann, dass Patienten eine Krankenhausbehandlung im eigenen Land nicht rechtzeitig erhalten können. Ist das der Fall, dann muss die Behandlung im EU-Ausland genehmigt werden. Allerdings reichen Engpässe in einer einzelnen Klinik nicht aus. Vielmehr müssen alle infrage kommenden Krankenhäuser des Mitgliedstaats beurteilt werden.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
DATENSCHUTZ	Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes – Stärkung der Unabhängigkeit der Datenschutzaufsicht im Bund durch Errichtung einer obersten Bundesbehörde, Bundestags-Drucksache 18/2848	Umsetzung europarechtlicher Anforderungen; rechtlicher Status des/der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als eigenständige und unabhängige Bundesbehörde; weder Rechtsaufsicht durch die Bundesregierung noch Dienstaufsicht durch das Bundesinnenministerium; ausschließlich unter parlamentarischer und gerichtlicher Kontrolle; Wahl des/der Bundesbeauftragten durch den Bundestag; Vereidigung durch Bundespräsident/in; Dienstsitz in Bonn.	Der Bundesrat hat am 10.10.2014 keine Einwände erhoben. Erste Lesung im Bundestag war am 16.10.2014.
GESUNDHEITSBERUFE	Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 18/1581	Regelung der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsvoraussetzungen für die Erteilung der Berufsbezeichnung „Operationstechnischer Assistent“ (OTA); Dauer der Ausbildung: drei Jahre (Vollzeitform) oder höchstens fünf Jahre (Teilzeitform); staatliche Prüfung als Abschluss der Ausbildung; Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen.	Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.
PFLEGE-REFORM	Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz, PSG I) Bundestags-Drucksache 18/1798 Bundesrats-Drucksache 466/14	Anhebung des Beitragssatzes zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent; Erhöhung der Leistungsbeträge um 4 Prozent (2,67 Prozent für die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz neu eingeführten Leistungen); Ausbau der Unterstützungsleistungen (Kurzzeit-, Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege); zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. für Hilfe im Haushalt); Erhöhung der Zahl von Betreuungskräften in Pflegeheimen; Aufbau eines Pflegevorsorgefonds.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 17.10.2014. Der Bundesrat hat am 7.11.2014 zugestimmt.
PFLEGE/ERWERBSTÄTIGKEIT	Entwurf eines Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf Bundesrats-Drucksache 463/14	Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für eine bis zu zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation benötigten; Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten (ausgenommen davon Kleinbetriebe mit 15 oder weniger Mitarbeitern); Anspruch auf zinsloses Darlehen, um den durch die Gehaltsminderung beeinflussten Lebensunterhalt besser bewältigen zu können.	Der Bundesrat hat am 7.11.2014 Stellung genommen.

Stand: 7.11.2014



Internet-Tipp

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

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

NORDOST

Papierlose Verwaltung

Die AOK Nordost und die Rehabilitationsklinik am See im brandenburgischen Rüdersdorf haben nach einer erfolgreichen Testphase den Regelbetrieb zum elektronischen Datenaustausch aufgenommen. Rehabilitationsdaten sowie Rechnungen und andere Informationen werden ab sofort elektronisch an die Kasse übermittelt. „Der Start des elektronischen Datenaustausches ist ein Meilenstein auf dem Weg zu einer papierlosen Verwaltung. So schaffen wir es, unnötige Bürokratie abzubauen und Verfahrenswege zu verkürzen. Vor allem die Patienten profitieren von der schnellen und sicheren Datenübermittlung“, betonte die Unternehmensbereichsleiterin Rehabilitation der AOK Nordost, **Marina Otte**. „Ziel ist es, die elektronische Fallführung im Interesse der Versicherten zeitnah mit allen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf dem Gebiet der AOK Nordost umzusetzen“, so Otte. Auch der Geschäftsführer der



Papierberg ade: Die AOK Nordost nimmt jetzt auch im Rehabereich den Regelbetrieb zum elektronischen Datenaustausch auf.

„Klinik am See“ in Rüdersdorf, **Herrmann Buhler**, zeigte sich von der neuen Vereinbarung überzeugt: „Seit Jahren arbeiten wir auf den unterschiedlichsten Feldern eng mit der AOK Nordost zusammen. Durch den elektronischen Datenaustausch vernetzen wir uns jetzt noch enger.“ Möglich macht den schnellen Datenaustausch eine Rahmenvereinbarung zwischen den Leistungserbringern der Vorsorge und Rehabilitation, der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Bund von 2012. ■

NORDWEST

Komasaufen rückläufig

Das Rauschtrinken unter Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein ist erstmals seit Jahren rückläufig. Nach einer Auswertung der AOK NORDWEST wurden letztes Jahr 234 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 20 mit Alkoholvergiftung stationär behandelt – rund acht Prozent weniger als 2012. Die AOK warnte jedoch davor, die Statistik überzubewerten. „Es ist er-

freulich, dass die Zahlen insgesamt zurückgehen. Allerdings gibt es eine hohe Dunkelziffer. Denn nicht jeder Rauschtrinker landet auch im Krankenhaus. Deshalb dürfen wir nicht nachlassen, Kinder und Jugendliche über die Gefahren des Rauschtrinkens aufzuklären“, sagte AOK-Vorstandsvorsitzender **Martin Litsch**. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 20 Jahren sind betroffen. Hier ist die Zahl der Klinikeinweisungen am häufigsten. „Auch unsere aktuellen Erkenntnisse zeigen, dass zunehmend junge Erwachsene exzessiv trinken“, so **Dr. Regina Kostrzewa**, Geschäftsführerin der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH). AOK-Chef Litsch bezeichnete den Kampf gegen Komasaufen als gesamtgesellschaftliche Herausforderung, die nicht allein von den Kassen geschultert werden könne. Auch Lehrer, Eltern, Kommunen und Politik seien gefragt. Als positives Beispiel nannte Litsch das Präventionsprojekt „HaLT – Hart am Limit“, das von Kassen, LSSH, Sozialministerium und Suchtberatungsstellen ins Leben gerufen wurde. ■

AOK aktuell

Navigator jetzt auch mit Vergleich zur Blinddarm-OP

Die AOK hat ihren Krankenhausnavigator aktualisiert und erweitert. Ab sofort kann sich auf dem Online-Portal jeder über die Qualität der Kliniken bei der Entfernung des Blinddarms informieren. Außerdem wurden die Klinikergebnisse zu allen anderen bewerteten Operationen auf den neusten Stand gebracht. „Patienten können vor einem planbaren Eingriff die Behandlungsqualität von Kliniken vergleichen, einweisende Ärzte haben hier eine wissenschaftlich fundierte Basis für die Empfehlung eines Krankenhauses. Zudem nutzen viele Kliniken die Ergebnisse unserer Datenauswertungen schon seit Jahren für ihre Qualitätssicherung“, sagte AOK-Vorstand **Uwe Deh**. Bei der Entfernung des Blinddarms – der Appendektomie – gibt es oftmals genug zeitlichen Vorlauf, um sich im Internet zu informieren. „Diese Möglichkeit sollten Patienten nutzen“, betonte Deh. Es handele sich zwar um einen Routineeingriff, der in Deutschland

jedes Jahr knapp 140.000 Mal durchgeführt werde. Trotzdem könne es dabei zu Komplikationen kommen. Insgesamt traten bei 5,69 Prozent der behandelten Patienten nach der Operation Komplikationen auf – also bei jedem 18. Patient. So kam es zu ungeplanten Folgeeingriffen innerhalb von 90 Tagen (bei 3,63 Prozent der Patienten) oder es traten Komplikationen auf (bei 4,16 Prozent der Patienten) wie etwa ein Wiederaufreißen der Wunde, Infektionen oder Blutvergiftung. Der Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) liegen Daten von 103.000 AOK-Versicherten zugrunde, die von 2010 bis 2012 in 946 Kliniken operiert wurden. **Weitere Infos:** www.aok.de/krankenhausnavigator ■



IV-Vertrag zur Schlafapnoe

Ein neuer Vertrag der AOK Hessen mit dem Klinikum Werra-Meißner in Eschwege soll die Integrierte Versorgung von Patienten mit Atemstillständen in der Nacht, die sogenannte Schlafapnoe, verbessern. Die Patienten leiden unter ausgeprägter Müdigkeit, weil ihr Schlaf in der Nacht nicht erholsam ist. In Deutschland sind schätzungsweise ein bis zwei Prozent der Frauen und zwei bis vier Prozent der Männer im mittleren Lebensalter von Schlafapnoe betroffen. „Umso wichtiger ist eine frühzeitige, effektive und perfekt abgestimmte Behandlung wie in Eschwege“, sagte **Thomas Burmann**, zuständiger Hauptabteilungsleiter der AOK Hessen. Der Vertrag sieht kürzere Wartezeiten sowie engmaschigere Kontrollen des Gesundheitszustandes der betroffenen Patienten vor. „Wir sorgen für eine enge Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren, denn die Behandlungskette bei diesem Krankheitsbild ist groß“, so Burmann. Beteiligt sind neben einem Schlaflabor auch Praxisärzte und Sanitätshäuser. „Der Vertrag bringt uns alle ein gutes Stück näher zusammen, und am meisten profitieren die Patienten davon“, betonte der Geschäftsführer des Klinikums Werra-Meißner, **Professor Dr. Ulrich Vetter**. ■

NIEDERSACHSEN

Programm sorgt für mehr Therapieplätze

In Niedersachsen stehen seit Kurzem mehr Behandlungskapazitäten für die Therapie von Patienten zur Verfügung, die



Alarmsignal: Ständiges Schnarchen in der Nacht kann ein Hinweis auf Schlafapnoe sein.

an einer Depression oder einem Burn-out-Syndrom leiden. Möglich macht dies ein 2013 gestartetes Programm der AOK Niedersachsen, das für zusätzliche Behandlungskapazitäten von Fachärzten und Psychotherapeuten sorgt – teils auch in den Abendstunden oder am Wochenende. Laut Gesundheitskasse ist die Struktur des Behandlungsprogrammes bundesweit einmalig, denn bereits über die hausärztliche Praxis werde eine intensiviertere Therapie sichergestellt. Falls erforderlich, erfolgt die Weiterbehandlung beim Facharzt oder Psychotherapeuten innerhalb von 14 Tagen. Bereits 702 speziell qualifizierte Hausärzte, 73 Fachärzte und 156 Psychotherapeuten beteiligen sich am Programm. ■

BAYERN

Reformbedarf bei Kliniken

Die Krankenhausversorgung in Bayern gehört nach Ansicht der dortigen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände (ARGE) dringend reformiert. Mehr Leistungstransparenz, eine verbesserte Versorgungsqualität und -struktur

sowie eine neu justierte Finanzierung seien dringend geboten, heißt es in einem Positionspapier, das die Kassenverbände Gesundheitsministerin **Melanie Huml** vorstellten. Den Versicherten im Freistaat stünden zahlreiche Krankenhausangebote zur Auswahl, so die Kassenverbände. Was den Häusern fehle, seien transparente und verständliche Informationen, die eine qualitative Leistungsbewertung ermöglichen. Qualitätsaspekte müssen laut ARGE auch fester Bestandteil der Versorgung und damit zum eigenständigen Planungskriterium werden. Kliniken, die definierten Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht genügten, sollten denn auch mit „hoheitlichen Konsequenzen“ rechnen. Behandlungserfahrung sei ein wichtiges Qualitätskriterium. Gleichzeitig gelte es, Fehlanreize durch falsch verstandene Mindestmengen abzubauen. Handlungsbedarf sehen die Kassenverbände auch mit Blick auf die duale Finanzierung. So müsse das Land seine Aufgabe bei der Investitionsförderung ernst nehmen, damit die Kliniken Innovationen nicht über Mengenausweitungen finanzieren müssten. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Bessere Versorgung bei Adipositas

Die AOK PLUS und die Uniklinik Leipzig haben den Vertrag „Leipziger Adipositasmanagement“ geschlossen. Der Vertrag setzt auf die fach- und sektorenübergreifende Versorgung. Die Koordination der Versorgung der Patienten liegt in den Händen speziell geschulter Case-Manager des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums Adipositas-Erkrankungen Leipzig. „Mit dem Angebot verbessern wir die Versorgung stark Übergewichtiger nachhaltig“, sagte der Vorstand der AOK PLUS, **Rainer Striebel**. Leider seien auch immer mehr Kinder und Jugendliche stark übergewichtig. „Daher sind wir froh, dass der Vertrag auch hier hochwertige und nachhaltige Behandlungsmöglichkeiten mit sorgfältiger dreijähriger Nachbetreuung durch die Case-Manager schafft. „Der Kampf gegen Adipositas erfordert multimodale Therapieprogramme, was mit dem Vertrag mit der AOK PLUS sichergestellt ist“, sagte **Professor Dr. Wolfgang Fleig**, Medizinischer Vorstand des Uniklinikums Leipzig. ■

Medizinethik Technik verändert das Denken

US-Firmen zahlen dafür, wenn junge Mitarbeiterinnen ihre Eizellen einfrieren lassen, die eigene Mutterschaft aufschieben und zunächst alle Energie in ihre Karriere investieren. Das sogenannte Social Egg



Freezing ist für Giovanni Maio eines der Verfahren, das dem Fortschritt in der Medizin zu verdanken ist und zu dem die Gesellschaft eine Haltung finden muss. Der Mediziner und Philosoph lehnt den medizinischen Fortschritt nicht rundum ab. In seinem lesenswerten Buch erkundet er vielmehr, wie diese Möglichkeiten unser

Denken verändern. Seine Diagnose: Insbesondere die Verfahren zur künstlichen Befruchtung können dazu verleiten, das Leben nicht mehr als Gabe und Geschenk zu sehen, das es in all seinen Ausformungen anzunehmen gilt. Das erfolgreiche Zusammenfügen von Samen und Eizellen erscheint vielmehr wie das Ergebnis eines ausgetüftelten Herstellungsprozesses. Die Gefahr liegt nicht in der Technik selbst, sondern darin, wie sehr deren Anwendung unser Denken und Fühlen verändert. Eine Medizin ohne Maß suggeriert, dass das Leben eine Ansammlung von Optionen ist, aus denen wir die bestmögliche Variante herausholen können. Das aber geht an den Grundfesten des Lebens vorbei. Giovanni Maio plädiert dafür, verstärkt Besonnenheit zu üben, um überwindbare Hindernisse von gegebenen Grenzen unterscheiden zu lernen.

Giovanni Maio: Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit.
2014. 217 Seiten. 17,99 Euro.
Trias Verlag, Stuttgart.

Digitalisierung Datensammlungen mit Plus und Minus

Die zunehmende Digitalisierung sorgt dafür, dass Unmengen an Daten in unterschiedlichsten Lebensbereichen erfasst werden. So gehen in jeder Minute beispielsweise rund 200.000 E-Mails um die Welt und hinterlassen Spuren im digitalen Netz. Die gigantischen Datensammlungen werden unser Leben grundlegend verändern – gerade auch im Gesundheitswesen. Gesammelt wird nicht nur in Kliniken oder Laboren. Auch die Einzelnen lassen sich tagtäglich vermessen: Immer mehr Menschen nutzen ihre Smartphones, um Blutdruck oder Puls laufend abfragen zu können. Experten schätzen, dass sich die Datenmenge etwa alle zwei Jahre verdoppelt. Der Begriff „Big Data“ beschreibt das Bündel an Methoden und Technologien, die das Erfassen, Speichern und Analysieren einer Vielzahl von unterschiedlich strukturierten Daten ermöglicht. Das Besondere von Big Data ist, dass nicht nur ein Blick zurück in die Vergangen-



heit gelingt. Die Technik verarbeitet die Informationen aus unterschiedlichen Quellen derart schnell, dass sie in „Echtzeit“ bewertet werden und als Simulationsmodelle in die Zukunft weisen können. Peter Langkafel, Mediziner und Informatiker, hat jetzt ein Buch herausgegeben, das über Big Data sachkundig informiert. Rund 30 Experten berichten darin, welche Potenziale und Risiken sie damit in Medizin und Gesundheitswirtschaft verbinden.

Peter Langkafel (Hrsg.): Big Data in Medizin und Gesundheitswirtschaft. Diagnose, Therapie, Nebenwirkungen.
2014. 284 Seiten. 69,99 Euro.
medhochzwei Verlag, Stuttgart.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ KRANKENKASSEN 2015	Neue Finanzarchitektur, Innovationsfonds, Qualitätsinstitut, qualitätsorientierte Vergütung	14.–15.1.2015 Berlin	Euroforum Deutschland SE Postfach 111234 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–3577 Fax: 02 11/96 86–4040 anmeldung@euroforum.com www.euroforum.de/krankenkassen
■ BMC-KONGRESS 2015: PATIENTENORIENTIERUNG – SCHLÜSSEL FÜR MEHR QUALITÄT	Reformbedarfe, Patientenorientierung, Health literacy, Shared Decision Making, Qualitätssicherung	20.–21.1.2015 Berlin	Bundesverband Managed Care Friedrichstraße 136 10117 Berlin	Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 bmcev@bmcev.de www.bmcev.de/kongress
■ KONGRESS PFLEGE 2015	Pflegequalität, Patientensicherheit, neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Pflegekammer	30.–31.1.2015 Berlin	Springer Medizin Organisation: Urban & Vogel GmbH Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87-5510 andrea.tauchert@springer.com www.heilberufe-kongresse.de > Aktuelle Veranstaltungen
■ KASSENGIPFEL 2015	Finanzierungsfragen, Vertragswettbewerb, AMNOG, Telemedizin, Dauerbaustelle Qualitätsoffensive	26.–27.2.2015 Berlin	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen
■ KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT 2015	Verbesserung der Gesundheitssituation, Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, gesellschaftliche Strategien	5.–6.3.2015 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 72 Fax: 0 30/44 31 90 63 amler@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de

Medizinische Versorgung Kompass im Gesundheitsmarkt

Die Deutschen suchen im Durchschnitt 17 Mal pro Jahr einen Arzt auf, schlucken rund 37,9 Billionen Tagesdosen an Medikamenten und leisten sich ein knapp 300 Milliarden Euro teures Gesundheitswesen. Dieses ist längst zu einem ökonomisierten Gesundheitsmarkt geworden. Der Patient muss sich wie ein Kunde orientieren und kompetent auswählen. Einige von ihnen wird das versichern und überfordern. Der Demograf und Epidemiologe Robin Haring richtet sich mit seinem Buch an jene, die



im Versorgungsdschungel die Orientierung verloren haben. Für sie hat er einen Kompass erstellt, damit sie bei der Suche nach Gesundheit nicht scheitern. Haring blickt politisch-pragmatisch hinter die Statistiken und hinterfragt den Nutzen von der gigantischen Sammlung an medizinischen Daten. In der Hightech-Diagnostik und -Medizin werden Unmengen an Daten gesammelt, verknüpft und ausgewertet. Dies beschleunigt und verändert die Erkenntnisprozesse in der medizinischen Behandlung. Die Mediziner können dann vornehmlich anhand von Grenzwerten entscheiden, was noch gesund oder bereits

krank ist. Und dennoch bleibt ein Dilemma. Moderne Diagnostik ermöglicht es zwar, gesundheitliche Risiken frühzeitig aufzudecken. Aber sie liefert keine endgültige Aussage über den jeweiligen Gesundheitsstatus. Schließlich ist es immer noch eine höchst subjektive Entscheidung des Patienten, ob das Zwicken in der Wade oder der Kopfschmerz am Morgen medizinisch behandelt werden muss oder nicht.

Robin Haring: Der überforderte Patient. Gesund bleiben im Zeitalter der Hightech-Medizin. 2014. 203 Seiten. 14,95 Euro. Verlag C. H. Beck, München.

Unfallstatistik Schicksale hinter den Zahlen

Jährlich sterben etwa 3.600 Menschen im Straßenverkehr und weitere 65.000 werden schwer verletzt. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat nun ein Buch herausgegeben, das über menschliche Schicksale hinter der Unfallstatistik berichtet. Angehörige erzählen von jenen Minuten, in denen sie eine schlimme Nachricht erhalten haben. Pia beispielsweise, eine junge Frau, beschreibt, wie sie sich am frühen Morgen ahnungslos von ihrem geliebten Volker verab-



schiedet und wenig später erfährt, dass ihr Freund auf der Autobahn verunglückt ist. Mit jeder Zeile wird deutlich, wie verletzlich das menschliche Leben ist und wie viel Dankbarkeit all jene verdienen, die dann vor Ort zur Stelle sind und helfen. Denn auch Katja, eine Ärztin in der Flugrettung, oder Mike, ein langjähriger

Polizist, und Evelyn, eine Autofahrerin, die bei einem Unfall Erste Hilfe leistete, kommen zu Wort.

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (Hrsg.): Jeden kann es treffen. Gesichter jenseits der Statistik. 2014. 72 Seiten. Kostenfreie Buchbestellung per E-Mail an office@dgu-online.de.

Zeitschriftenschau

■ Cannabis: Regelmäßiger Konsum führt oft zum Schulabbruch

Rauchen Jugendliche täglich Cannabis, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Schule erfolgreich beenden, um 63 Prozent niedriger als bei gleichaltrigen Nicht-Konsumenten. Zudem ist die Suizid-Gefahr siebenfach erhöht. Das Risiko eines späteren Umstiegs auf harte Drogen beträgt beinahe das Achtfache. Zu diesem Ergebnis kommt eine australische Untersuchung. Die Forscher hatten drei Studien aus Australien und Neuseeland mit Tausenden Teilnehmern ausgewertet, die im Alter zwischen 13 und 30 Jahren regelmäßig befragt wurden.

The Lancet Psychiatry 2014; 4: 286–293

■ Posttraumatische Belastungsstörungen: Neue Therapie anerkannt

Die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannte Methode Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen soll nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen werden. Kernstück von EMDR ist die Desensibilisierung. Dabei sollen sich die Patienten kurzzeitig an die traumatisierende Situation (Folter, Krieg, Vergewaltigung) erinnern. Zugleich erfolgt eine Stimulation beider Hirnhälften durch gesteuerte Augenbewegungen, Töne oder kurze Berührungen. Dadurch soll die belastende Erinnerung besser verarbeitet werden können. Das Bundesgesundheitsministerium muss dem GBA-Beschluss noch zustimmen.

www.g-ba.de > Beschlüsse, Beschluss vom 16.10.2014

■ Teenager: Kostenlose Verhütung senkt Abtreibungsrate

Die Zahl der Teenager, die ungewollt schwanger werden und abtreiben, ist in den USA höher als in anderen Industrieländern. Amerikanische Wissenschaftler untersuchten im Rahmen der Studie CHOICE, ob sich daran etwas ändert, wenn Mädchen kostenlos Verhütungsmittel (Hormonimplantat, Depotspritze, Pille, Hormonpflaster, Vaginalring) erhalten. An der fünfjährigen Studie nahmen 1.404 junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren teil. Ergebnis: Zwischen 2008 und 2013 war die Geburtenrate in der Studiengruppe um ein Fünftel und die Abtreibungsquote um ein Viertel niedriger als im US-Durchschnitt.

The New England Journal of Medicine 2014; 371: 1316–1323

■ Reizdarm-Syndrom: Kleie lindert die Symptome nicht

Ob die zusätzliche Einnahme von Ballaststoffen wie Kleie und Flohsamen beim Reizdarm-Syndrom helfen, ist umstritten. Eine Meta-Analyse von 14 randomisierten Studien ist der Frage erneut nachgegangen. In der Hälfte der Studien erhielten Patienten Kleie, in der anderen Hälfte Flohsamen. Ergebnis: Flohsamen linderten die Symptome und hatten keine unerwünschten Nebenwirkungen. Allerdings müssen, statistisch gesehen, sieben Patienten behandelt werden, damit einer von der Behandlung profitiert. In den Kleie-Studien konnte keine signifikante Verbesserung der Symptomatik festgestellt werden.

The American Journal of Gastroenterology 2014; 109: 1367–1374

Apotheker stärken Heilberufler-Rolle

Der demografische Wandel verändert die Gesundheitsversorgung. Die Apotheker stellen sich mit einer Zukunftstrategie darauf ein, deren Kernthesen Verbandschef **Friedemann Schmidt** erläutert. Das Konzept betont die Rolle der Branche in einem heilberuflichen Netzwerk.

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Der Anteil älterer Patienten mit mehreren, zum Teil chronischen Krankheiten wächst, es droht Fachkräftemangel, der finanzielle Druck steigt. Um auch in Zukunft eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung übernehmen zu können, müssen die öffentlichen Apotheken ihre heilberufliche Rolle ab sofort aktiv gestalten. Deshalb haben sich die Apotheker an einem mehr als zwölfmonatigen Leitbildprozess beteiligt, bei dem tausende Pharmazeuten im Internet diskutiert und kommentiert haben oder zu einer der zahlreichen Veranstaltungen gekommen sind.

Im September 2014 verabschiedete der Deutsche Apothekertag mit großer Mehrheit das Perspektivpapier „Apotheke 2030“ (Download: www.abda.de > Themen > Apotheke 2030). Von diesem Meilenstein gehen zwei wichtige Botschaften aus. Innerhalb der Apothekerschaft kann man sagen: Wir Apotheker haben es geschafft, unsere programmatische Grundausrichtung basisdemokratisch und diskursorientiert zu entwickeln. Unsere Botschaft in Richtung der Öffentlichkeit lautet: Apotheker übernehmen Verantwortung für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Zukunft.

Instrument für sichere Arzneimitteltherapie. Das Dokument enthält 30 Kernthesen. In der Rubrik „Leistungen und Angebote“ geht es um Themen wie Beratung, Arzneimitteltherapiesicherheit oder Prävention. Als eine der Zukunftsaufgaben sehen die öffentlichen Apotheken die Medikationsanalyse und das Medikamentenmanagement an, die wir als wesentliches Instrument für die sichere, wirksame und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie betrachten. Dabei wird die gesamte Medikation des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation, kontinu-

ierlich analysiert. Ziel ist es, arzneimittelbezogene Probleme zu vermeiden beziehungsweise zu erkennen und zu lösen. So lässt sich die Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie erhöhen. Im Rahmen dieses patientenindividuellen Medikationsmanagements sind die öffentlichen Apotheken auch konsiliarisch in Verordnungsprozesse und Therapieverläufe mit einbezogen. Art und Umfang der Einbindung der Apotheke sind abhängig vom jeweiligen Fall.

Als „Heilberuflicher Auftrag“ kann „Qualifikation“, aber auch „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ gelten. Wichtig ist, dass hier die öffentliche Apotheke im Fokus steht, nicht alle pharmazeutischen Tätigkeiten in anderen Bereichen wie der pharmazeutischen Industrie oder der Krankenhausapotheke.

Plädoyer für Einführung einer patientenorientierten Pharmazie.

Gesellschaft, Staat und Politik haben unsere „Perspektiven zur pharmazeutischen Versorgung in Deutschland“ zumeist positiv aufgenommen. Das Perspektivpapier enthält nicht zuletzt die zentrale Forderung nach der Einführung einer systematischen, in einem heilberuflichen Netzwerk organisierten, patientenorientierten Pharmazie. Der Ruf nach einem umfangreichen Medikationsmanagement hat dabei sogar eine gewisse Eigendynamik bekommen. Das Entscheidende ist, diesen Schwung zu nutzen.

Die nächsten Schritte werden wir jetzt angehen. Die eher allgemeinen, programmatischen Aussagen müssen in konkrete, politisch umsetzbare Vorhaben übertragen werden – wir bezeichnen das als strategische Umsetzung der Ziele des Perspektivpapiers. Drei Fragen stechen dabei heraus, die wir bereits auf dem Deutschen Apothekertag 2014 in München mit externen Experten diskutiert haben: Wie können wir ein systematisches Medikationsmanagement mit guter Datenbasis und definierten Schnittstellen zwischen allen Beteiligten implementieren? Welche Versorgungsstrukturen brauchen wir in Zukunft, um diese Aufgabe in einem demografisch veränderten Umfeld zu bewältigen? Was müssen wir bei Aus-, Fort- und Weiterbildung tun, um längerfristig genügend Apotheker und Apothekenmitarbeiter mit dem erforderlichen Wissen und Können zu haben? Wir werden Antworten auf diese Fragen finden und wollen die Zukunft entsprechend gestalten. ■

Diplom-Pharmazeut Friedemann Schmidt ist selbstständiger Apotheker in Leipzig, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer in Dresden und Präsident der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände in Berlin. **Kontakt:** presse@abda.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



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

Herausgeber AOK-Bundesverband
Redaktion Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
E-Mail: gug-redaktion@kompart.de
www.kompart.de
Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Änne Töpfer

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

Marketing 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 Daten-
banken und Mailboxen. Für unau-
gefordert eingesandte Manuskripte
und Fotos übernimmt der Verlag
keine Haftung.
Einzelpreis: 6,95 Euro
Jahresabo: 71,80 Euro
inkl. Porto
Kündigungsfrist 3 Monate
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-
preislise Nr. 16
vom 1.1.2014
ISSN 1436-1728



Dieser Ausgabe liegt ein
Flyer des Bundesverbandes
Managed Care e.V. bei.

G+G 10/2014

Lauter wilde Jungs

Weder Teufelszeug noch Allheilmittel

Vielen Dank für die gute Analyse zur Verordnung von Ritalin an Kinder und Jugendliche. Insbesondere die Ausführungen zu den Folgen einer frühen Einschulung von Kindern haben mich nachdenklich gestimmt. Durch Bekannte aus Berlin weiß ich, wie negativ die Auswirkungen einer Schulpolitik sein können, die Jungen und Mädchen in der Regel vor dem 6. Lebensjahr bereits einschulen will. Viele Kinder, die eigentlich noch in den Kindergarten gehören, sind mit dem Unterricht überfordert und entsprechend unkonzentriert bis zappelig.

Dass in einer solchen Situation Lehrer und Eltern über den Einsatz von Ritalin nachdenken, ist verständlich, aber dennoch falsch. Denn früher hat man solche Kinder einfach später – und sei es erst mit sieben Jahren – eingeschult. Geschadet für den weiteren Lebensweg hat das dem Nachwuchs nicht. Ob der Schulabschluss mit 15, 16 oder 17 vorliegt, ist herzlich egal. Doch diese Gelassenheit ist verloren gegangen. Stattdessen frönen wir dem Jugendwahn: Wer nicht mit Anfang 20 einen Hochschulabschluss und fünf Praktika im Ausland vorzuweisen hat, gilt – übertrieben formuliert – auf dem Arbeitsmarkt schon fast als schwer vermittelbar.

Auf der anderen Seite ist es genau so wichtig, den Einsatz von Ritalin nicht zu verteufeln. Gerade in der Pubertät kann

es nötig sein, Kindern mit ADHS Medikamente zu verordnen. Wer einmal erlebt hat, wie stark sich dadurch die soziale Integration und die schulischen Leistungen bei leidgeprüften Kindern verbessern können, hat kein Verständnis für hyperkritische Diskussion unter Überschriften wie „Die Kindheit wird medikalisiert“. Der gezielte und verantwortungsvolle Einsatz von Psychopharmaka gehört zu den Erfolgsgeschichten in der Medizin. Oder glaubt ernsthaft jemand, dass Menschen mit schweren Depressionen allein eine Psychotherapie hilft? Unterm Strich plädiere ich deshalb für eine weniger aufgeregte Diskussion. Ritalin ist weder ein Allheilmittel noch Teufelszeug, sondern ein Medikament, das nach gründlicher Abwägung bei Bedarf zum Einsatz kommen sollte.

Unabhängig davon sollten sich insbesondere die Behandler fragen, warum es eine so große regionale Variationsbreite bei der Verordnung des Wirkstoffs gibt. Hier scheint ein Mangel an Leitlinien und Therapiestandards vorzuliegen, den es zu analysieren und zu beseitigen gilt. Eine nüchterne, faktenorientierte Diskussion darüber verhindert am Ende auch Aufgeregtheit bei Therapeuten, Politik, Krankenkassen und Eltern. Hysterisch anmutende Debatten unter den Erwachsenen nützen den betroffenen Kindern und Jugendlichen ganz gewiss nichts, sondern tragen vielmehr zur ohnehin schon großen Verunsicherung der Jungen und Mädchen bei. Und das kann ganz am Ende doch nun wirklich niemand wollen.

A. M., Celle

BECKs Betrachtungen



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

Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann), Preise und Ausstellungen folgten. Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis in Gold. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf www.schneeschnee.de



Klinik-Management



Jürgen Klauber, Christian Günster,
Bettina Gerste, Bernt-Peter Robra,
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Versorgungs-Report 2013/2014

Depression

2014. 346 Seiten, 50 Abb., 78 Tab., kart.,
mit Online-Zugang
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A)
ISBN 978-3-7945-2929-2

• **Schwerpunktthema:**

Besonders relevant für die Gesundheitsversorgung

• **Versorgungs-Monitoring:**

Analysen zu häufigen Krankheiten und Therapien

• **Statistikteil:**

Nützliche und exklusive Daten als Diskussionsgrundlage

• **Internetportal:**

Umfangreiche Materialien auf www.versorgungs-report-online.de zum Herunterladen

Gesundheitsversorgung auf den Punkt gebracht

Der Versorgungs-Report 2013 widmet sich schwerpunktmäßig der Depression. Es ist die häufigste psychische Erkrankung, für die in jüngster Zeit oft das alarmierende Bild einer neuen Volkskrankheit gezeichnet wird. Das Buch beleuchtet dieses Krankheitsbild aus unterschiedlichen Perspektiven und liefert neue Erkenntnisse zu folgenden Punkten:

- Krankheitshäufigkeit, Versorgung mit Leistungen und Krankheitskosten
- Forschungsstand zum Thema Diagnose, Therapie und möglicher Angebote im Bereich Versorgung und Prävention
- Diskussion innovativer Versorgungsansätze
- Depression in der hausärztlichen Praxis
- Arzneimitteltherapie

Des Weiteren analysieren namhafte Experten aus Medizin und Versorgungsforschung im neuen „Versorgungs-Monitoring“ jährlich wiederkehrend die Gesundheitsleistungen und die Versorgungsqualitäten folgender Krankheiten und Therapien:

- Diabetes mellitus und Fußamputationen
- Herzinsuffizienz mit Blick auf Pharmakotherapie und hausärztliche Versorgung
- Muskuloskeletale Erkrankungen und Entwicklung von Operationshäufigkeiten in der Wirbelsäulenchirurgie
- Arzneimitteltherapie bei Älteren und Polypharmazie
- Herzkatheteruntersuchungen und Komplikationen



Jürgen Klauber, Max Geraedts,
Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2014

Patientensicherheit

2014. 528 Seiten, 83 Abb., 64 Tab., kart.,
mit Online-Zugang
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A)
ISBN 978-3-7945-2972-8

Bestellen Sie jetzt:

E-Mail: order@schattauer-shop.de

Fax: 0711 22987-85

Tel.: 0711 22987-69

www.schattauer-shop.de

Schattauer GmbH
Buch-Shop
Postfach 10 45 43
70040 Stuttgart • Deutschland

- ✓ 14 Tage Rückgaberecht
- ✓ Bezahlung gegen Rechnung
- ✓ Portofreie Lieferung innerhalb Deutschlands

Geschäftsführer: Dieter Bergemann, Dipl.-Psych. Dr. med.
Wulf Bertram, Jan Haaf, Registergericht Stuttgart HRB 3357



**„Jonas hält sich an keine feste Uhrzeit.
Und ich muss es auch nicht“**

Das kostenlose AOK-Baby-Telefon – 24 Stunden am Tag erreichbar.
Wir sind da, wenn's drauf ankommt. Deshalb zur AOK.

Gesundheit in besten Händen

www.zur-aok.de