



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



Gute Arbeit, Herr Doktor!

Feedback oder Bonus:
Was die ärztliche Leistung
beflügelt

GESUNDHEIT GLOBAL
Wem internationale
Impfkampagnen nützen

PFLEGE LOKAL
Wie Deutschlands erstes
Demenzdorf läuft

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Aids bleibt eine große Aufgabe

Arzneimittel und Aufklärung halten das Immunschwäche-Virus HIV in Schach. Also alles bestens? Nein, sagt **Ulrich Heide**. Der Vorstand der Deutschen Aids-Stiftung will den Zugang zu Informationen und Therapien weiter verbessern.

Vor mehr als 30 Jahren erschütterte das Immunschwäche-Virus HIV die vermeintliche Gewissheit, dass die Zeit tödlich verlaufender Infektionskrankheiten zumindest in den reichen Industriestaaten vorbei sei. Damals hatten Erkrankte nach der Diagnose Aids eine durchschnittliche Überlebenszeit von zehn bis zwölf Monaten, unabhängig davon, wo sie lebten. Da sich die meisten Menschen mit HIV bei uns und anderen westlichen Staaten durch Sex zwischen Männern oder intravenösen Drogengebrauch infizierten, warfen HIV und Aids auch gesellschaftspolitische Fragen auf. Neben dem physischen Tod drohte der soziale Tod durch Ausgrenzung und Stigmatisierung. Staat, Selbsthilfe und Zivilgesellschaft starteten deshalb in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre Kampagnen zur Aufklärung und gegen Diskriminierung. Diese Arbeit zeigte rasch Erfolge. Die Infektionszahlen in Deutschland blieben niedriger als zunächst befürchtet: Schätzungen gingen damals von rund 30.000 Infizierten aus. In den Folgejahren blieb diese Zahl stabil, da sich Neuinfektionen und Sterbefälle die Waage hielten. 1996 kam mit den ersten Kombinationstherapien der große medizinische Durchbruch. Seither nehmen Patienten gegen HIV mehrere Wirkstoffe gleichzeitig, um die Virus-Vermehrung zu verhindern. Die Lebenszeit mit HIV und Aids erhöhte sich deutlich. Immer mehr Menschen mit HIV sind erwerbstätig und können dies auch auf viele Jahre bleiben.

Also alles bestens? Nein. Von der besseren Behandelbarkeit der Krankheit profitieren nicht alle in gleichem Maße. Nach vielen Jahren Behandlung nehmen Nebenwirkungen und Begleiterkrankungen zu: Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, neurologische Schädigungen, Osteoporose. Und HIV/Aids ist weiterhin nicht heilbar. Geht der Arbeitsplatz verloren, steigt das Verarmungsrisiko. Dies gilt besonders bei Menschen mit kurzer Erwerbsbiografie und in anderen schwierigen Lebenslagen wie bei Migrantinnen und Migranten oder allein-

erziehenden Müttern. So wenden sich über 2.000 Menschen mit HIV/Aids Jahr für Jahr mit Hilfsanfragen an die Deutsche Aids-Stiftung.

Mit über 80.000 hat die Zahl der Menschen mit HIV/Aids in Deutschland einen vorläufigen Höchststand erreicht. Sie wird bei jährlich rund 3.000 bis 3.500 Neuinfizierten und rund 500 Todesfällen weiter steigen. Angesichts dieser Entwicklung bleibt also noch viel zu tun: in der Primärprävention, da jede Generation neu aufgeklärt werden muss, in der

Viren lassen sich durch Landesgrenzen nicht aufhalten.

sozio-materiellen Unterstützung Betroffener und in der Zurückweisung jeder Form von Diskriminierung. Vor 20 Jahren beschränkte sich die Einführung der Kombinationstherapien zunächst auf Menschen mit HIV und Aids in den Industriestaaten mit entwickelten Sozialsystemen. Die Masse der Infizierten in Entwicklungsländern – aber auch in Ländern Osteuropas – hatte keinen Zugang zur Behandlung. Aber auch hier gibt es Fortschritte. Laut Weltgesundheitsorganisation haben aufgrund internationaler Hilfen (beispielsweise vom Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria) weltweit knapp 40 Prozent der Menschen mit HIV/Aids Zugang zu Therapien. Diese Therapien müssen, einmal begonnen, lebenslang fortgesetzt und finanziert werden. Unzureichende Begleitung der Behandelten kann zu mangelnder Compliance und damit zu Resistenzbildungen führen. Dies betraf nicht nur die Lebenschancen einzelner Menschen mit HIV/Aids in Afrika oder Asien. In einer globalisierten Welt lassen sich Viren – und dies gilt selbstverständlich auch für resistente Viren – nicht durch Landesgrenzen aufhalten. Zugang zu Information, Präventionsmitteln und Therapie für alle Menschen, die von HIV bedroht oder bereits mit HIV infiziert sind, ist und bleibt also eine nationale und eine internationale Aufgabe. Dabei dürfen Menschen, die ohne legalen Aufenthaltsstatus bei uns leben, nicht vergessen werden. Andere europäische Länder wie Frankreich und Großbritannien handeln entsprechend – im wohlverstandenen eigenen Interesse. ■



Dr. Ulrich Heide, geboren 1953, ist seit 1996 Geschäftsführender Vorstand der Deutschen AIDS-Stiftung. Heide studierte Erziehungswissenschaften, Geschichte und Evangelische Religionslehre. 1983 promovierte er an der Universität Bonn zum Doktor der Erziehungswissenschaften. Heide arbeitete zunächst als Medienpädagoge. 1982 bis 1986 war er als Referatsleiter für audiovisuelle Medien in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter anderem für die Filmproduktion der Behörde zuständig. Vom Mai 1986 bis zum August 1987 war Ulrich Heide Geschäftsführer des Landesverbandes der Grünen in Nordrhein-Westfalen.

Kontakt: vorstandssekretariat@ aids-stiftung.de

Machen statt meckern



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Als meine Großtante Wilma vor mehr als 20 Jahren starb, erkannte sie ihre eigenen Kinder schon lange nicht mehr. Ihre beiden Söhne hatten sich zuvor nach Kräften bemüht, die demenzkranke Mutter in den eigenen vier Wänden zu versorgen. Doch das ließ sich nicht lange verwirklichen: Zu anspruchsvoll war der alltägliche Umgang mit der Krankheit. Die letzten

Jahre hat Tante Wilma in einem Heim verbracht – ein geeignetes zu finden, war damals schwierig.

Auch heute ist die Situation für Angehörige nicht einfach. Doch die Zahl der Unterstützungsangebote hat deutlich zugenommen. Zugleich haben Politik, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen auf den wachsenden Bedarf nicht nur quantitativ reagiert, sondern neuen Betreuungsformen eine Chance gegeben – Wohngemeinschaften für Demenzkranke waren zeitweise regelrecht en vogue.

Zu den nicht alltäglichen Projekten zählt das erste Demenzdorf Deutschlands in Tönebön am See. Im März 2014 eröffnet, leben dort mittlerweile etwa 50 Frauen und Männer. Bei ihrem Besuch in Tönebön war meine G+G-Kollegin Änne Töpfer ange-tan „von der Kontaktfreude vieler Bewohner und der Offenheit der Mitarbeiterinnen“. Fotograf Werner Krüper sei sogar gleich „zum Liebling der alten Damen“ avanciert.

Das Demenzdorf stößt indes nicht überall auf Gegenliebe. Zu wenig Inklusion, zu viel Abschottung lautete der Vorwurf schon kurz nach dem Start. **Ich empfehle einen anderen Umgang mit solchen Konzepten: unaufgeregtes Ausprobieren!** Angesichts einer steigenden Zahl von Demenzkranken sind wir gut beraten, neue Wege zu versuchen – nicht blindlings, aber aufgeschlossen. Sonst stecken wir bald in einem Reformstau fest.

In diesem Sinne Ihr



Hat das Demenzdorf in Tönebön mit aufgebaut: Altenpflegerin Kerstin Stammel (re.) im Gespräch mit G+G-Redakteurin Änne Töpfer.

MAGAZIN

12 SCHWACHSTELLEN DER ARBEITSGESUNDHEIT

Befragungen zeigen: Ein Drittel der Erwerbstätigen führt gesundheitliche Beschwerden auf den Job zurück. Ihr Wunsch: betriebliche Gesundheitsförderung.

Von Klaus Zok und Mareen Pigorsch

14 VON WEGEN ALTES EISEN

Mit über 50 Jahren dem geistigen und körperlichen Abbau ein Schnippchen schlagen – das gelingt mit dem Programm „Rundum fit – auch im Kopf“ aus Bayern.

Von Thomas Hommel

16 PATIENTEN ZIEHT ES NICHT INS AUSLAND

Von der Patientenmobilitäts-Richtlinie hatte sich die Europäische Kommission viel versprochen. Doch die bisherige Bilanz ist ernüchternd.

Von Nils Franke

17 „DIE SPRACHE IST EINE HERAUSFORDERUNG“

An der Valckenburgschule in Ulm haben Flüchtlinge eine Ausbildung in der Pflege begonnen. Abteilungsleiter Heiko Michael Wahl sieht gute Berufschancen für die Absolventen.

30

Unter der Lupe: Was die Impfallianz Gavi bewirken kann



TITEL

18 DOKTOREN ZWISCHEN HERZ UND KNETE

Geld erzieht Erwachsene. Dieser Logik folgt die Ärztevergütung seit Jahren. Doch finanzielle Anreize führen nicht unbedingt zu einer besseren Versorgung.

Von Stephan Feldmann



18

Aus dem Gleichgewicht: Was in der vertragsärztlichen Vergütung zu kurz kommt

THEMEN

24 GESCHÜTZTE FREIHEIT

Raus zum Gemüsebeet, rein in den Clubraum, rüber ins Nachbarhaus – das Demenzdorf Tönebön am See bietet den Bewohnern Platz zum Laufen.

Von Anne Töpfer (Text) und Werner Krüper (Fotos)



24

Bei der Gartenpflege: Wie Menschen im niedersächsischen Demenzdorf Tönebön am See leben

30 GROSSE SPENDER FÜR DEN KLEINEN PIEKS

Die Weltgesundheitsorganisation hat wenig Geld, um Menschen vor Infektionskrankheiten zu schützen. Private Sponsoren der Impfallianz Gavi helfen aus.

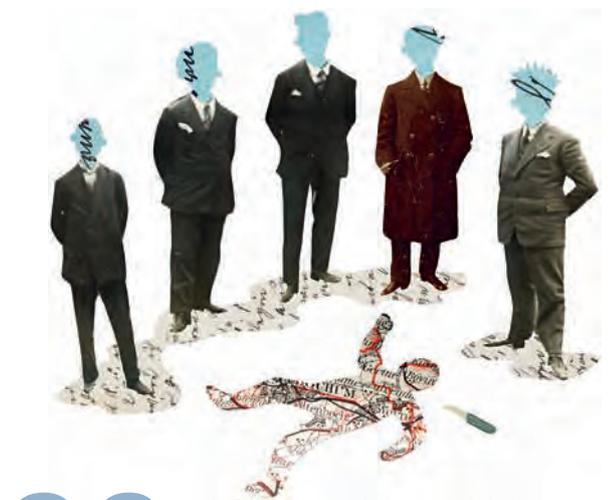
Von Jens Holst

36 HERR R. UND SEIN GESPÜR FÜR MORD

Buchpremiere: Der Ex-AOK-Chef Herbert Reichelt hat seinen ersten Krimi vorgelegt. G+G präsentiert exklusiv einen Auszug, hat mit dem Autor über Hintergründe gesprochen und lädt zum Gewinnspiel ein.

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Antibiotika-Resistenz: Wehrlos gegen Keime?
- 11 **Kommentar** Flüchtlingspolitik: Phlegmatiker am Werk
- 42 **Recht** Anspruch auf Hilfsmittel präzisiert
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Weniger kann mehr sein
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



36

Auf Spurensuche: Was sich der frühere AOK-Chef Herbert Reichelt für seinen ersten Krimi ausgedacht hat

OSTEOPOROSE**Bewegung fördert Knochenaufbau**

Zu wenig Bewegung in Kindheit und Jugend erhöht das Osteoporose-Risiko im Alter. Die Knochenmasse werde in den jungen Jahren aufgebaut, Sport spiele dabei eine entscheidende Rolle, heißt es in einer Studie, die anlässlich des Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie im Oktober in Berlin vorgestellt wurde. Allein in Deutschland leben rund sieben Millionen Menschen mit Osteoporose. „Damit zählt das Leiden weltweit zu den zehn wichtigsten Volkskrankheiten – und das hängt nicht nur mit der demografischen Entwicklung zusammen“, sagte Professor Dr. Karsten Dreinhöfer, Vizepräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie. Kinder bewegten sich heute immer weniger. „Das ist eine der Hauptursachen, warum sie nicht genügend Knochen substanz aufbauen.“ Die „Peak bone mass“, die maximale Knochenmasse, werde meist zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr erreicht. Danach gehe es abwärts: Ab dem 40. Lebensjahr liege der normale Knochenabbau bei einem Prozent pro Jahr. ■

AUSSCHUSS**Motor für Innovationen**

Der sogenannte Innovationsausschuss, der ab dem kommenden Jahr über die Vergabe von Geldern aus dem im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verankerten Innovationsfonds entscheiden soll, steht: Mitte Oktober fand in Berlin die konstituierende Sitzung des Gremiums statt. Der Ausschuss ist dem



Hängepartie mit Hüftschuttfaktor: Wer sich als Kind viel bewegt, beugt Osteoporose im Alter vor.

Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) angegliedert. Von 2016 bis 2019 stehen jährlich bis zu 300 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds bereit. Mit 225 Millionen Euro sollen neue Versorgungsformen, mit dem Rest die Versorgungsforschung gefördert werden. Die Mittel stammen je zur Hälfte aus Beitragsgeldern der gesetzlichen Krankenkassen sowie aus dem Gesundheitsfonds. Verwaltet wird das Geld vom Bundesversicherungsamt. Der Innovationsausschuss werde Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds festlegen und über Förderanträge entscheiden, teilte der GBA mit. Bei der Entscheidung über geeignete Projekte soll ein Expertenbeirat den Innovationsausschuss beraten. Die im Ausschuss vertretenen Verbände konnten dazu persönliche Vorschläge einreichen. Laut GBA entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit bis Ende des Jahres über die Zusammensetzung der Expertenrunde. ■

MEHR INFOS:

www.g-ba.de > Presse

und nicht mit Antibiotika behandelt werden könnten. Patienten werde gezeigt, was sie selbst tun könnten, um ihre Erkältungsbeschwerden mithilfe bewährter „Hausmittel“ zu lindern. Antibiotikaresistenzen waren auch Thema beim G7-Gipfel sowie beim World Health Summit in diesem Herbst in Berlin. ■

Siehe auch Rundruf auf Seite 9.

REGISTER**Künstliche Gelenke auf dem Prüfstand**

Eine verpflichtende Teilnahme am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) haben die Gesellschaft für Endoprothetik und der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) gefordert. Mit dem Register lasse sich die Versorgungsqualität beim Einsatz künstlicher Gelenken prüfen und verbessern. Bisher pflegten aber nur die Hälfte aller infrage kommenden Kliniken ihre Daten ein. Der Aufbau des EPRD geht auf die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie zurück. Vorangetrieben hat die Fachgesellschaft das Register gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband, dem Verband der Ersatzkassen, dem BVMed und dem BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit. ■

KAMPAGNE**Antibiotika gezielter einsetzen**

In Hessen haben Ärztekammer und -verbände sowie verschiedene Experten-Netzwerke zur Bekämpfung resistenter Keime eine gemeinsame Kampagne zum Einsatz von Antibiotika gestartet. Das Projekt „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ richte sich insbesondere an Patienten, hieß es. Es informiere über Atemwegsinfektionen, deren Auslöser und Behandlungsmöglichkeiten. Dabei solle deutlich gemacht werden, dass 80 Prozent der Atemwegsinfektionen durch Viren verursacht seien

kurz & bündig

+++ DIABETES: Bundesweit leben derzeit knapp 30.500 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren mit Diabetes Typ 1. Jährlich erkrankten etwa bis 2.300 junge Menschen neu daran, teilte die Deutsche Diabetes Gesellschaft mit. Diabetes Typ 1 sei damit die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter. **+++ KLINIKEN:** Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betragen laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2014 rund 81,2 Milliarden Euro – 4,1 Prozent mehr als 2013. Umgerechnet auf rund 19 Millionen Patienten, die 2014 vollstationär behandelt wurden, lagen die stationären Krankenhauskosten demnach je Fall bei durchschnittlich 4.239 Euro. In Sachsen-Anhalt waren die Ausgaben mit 3.808 Euro am niedrigsten, in Hamburg mit 4.893 Euro am höchsten.



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

PROSTATAKREBS Große Unterschiede bei Komplikationen

Das Prostatakarzinom ist mit 26 Prozent der Neuerkrankungen der häufigste Krebs bei Männern in Deutschland. Im Falle einer Operation stehen die Patienten meist vor der Frage, welche Klinik die geeignete für den betreffenden Eingriff ist. Antworten darauf bietet der AOK-Krankenhausnavigator, der bei der Suche einer passenden Klinik hilft. Die Qualitätsergebnisse auf der Grundlage des QSR-Verfahrens – also der Qualitätssicherung mit Routinedaten – stehen ab sofort auch für die Radikale Prostatektomie, die Entfernung der Prostata bei Prostatakarzinom, als auch für die operative Behandlung des Benignen Prostatasyndroms, der gutartigen Vergrößerung der Prostata, zur Verfügung. Für die Ergebnisse des Krankenhausnavigators zum Benignen Prostatasyndrom wurden mit dem QSR-Verfahren über

Zitat des Monats

Ich brauch kein Antibiotika, ich brauch kein Penicillin, ich kauf mir ein Pfund Schweinefleisch, da ist schon alles drin.

Aus: Adolf Eichenseer (Hrsg.):

Das große bairische Gstanzbuch, Volk Verlag 2014

44.100 Fälle der Jahre 2011 bis 2013 aus über 420 Kliniken ausgewertet. Die Gesamtkomplikationsrate lag bei diesen Fällen bei insgesamt 17,9 Prozent. Gleichwohl bestehen große Schwankungen zwischen den Häusern. Beim besten Viertel der Krankenhäuser traten bei höchstens 13,2 Prozent der Patienten Komplikationen ein. Bei dem Viertel der Kliniken mit den höchsten Komplikationsraten waren mindestens 22,5 Prozent der Patienten betroffen. ■

MEHR INFOS:

www.gesundheitsnavi.de

ARZNEI- UND HEILMITTEL Rahmenvorgaben vereinbart

Die Verhandlungen über die Rahmenvorgaben für Arzneimittel und Heilmittel für das nächste Jahr sind abgeschlossen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband gehen im Arzneimittelbereich von einer Steigerung des Ausgabenvolumens in Höhe von 3,7 Prozent beziehungsweise rund 1,2 Milliarden Euro aus. Da Faktoren wie Alter und Versichertenanzahl regional zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen verhandelt würden, handele es sich bei der genannten Summe um keine abschließende Größe, hieß es. Auch bei den Heilmitteln rechnen KBV und GKV-Spitzenverband im kommenden Jahr mit einer Steigerung des Ausgabenvolumens von 3,7 Prozent (rund 195 Millionen Euro). ■

RICHTLINIE Mehr Flexibilität in der Psychotherapie

Einzel- und Gruppentherapie können künftig auch in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Psychotherapie miteinander kombiniert werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit einer Ände-

rung der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen. Die Kombination war bisher schon in der Verhaltenstherapie möglich. Bei den anderen Verfahren war sie nur mit Ausnahmen möglich. Die Richtlinie regelt zudem den Fall, dass Einzel- und Gruppentherapie bei verschiedenen Psychotherapeuten stattfinden. Sofern der Patient einverstanden ist, stimmen diese die Behandlung miteinander ab. Der GBA will binnen vier Jahren prüfen, ob infolge des flexiblen Einsatzes beider Therapieformen die Zahl der Gruppentherapien steigt und sich Wartezeiten verkürzen. ■

EUROPA Sicherheitslogo für Online-Apotheken

Ab sofort müssen Internethändler von Arzneien das im Juni eingeführte EU-Logo verpflichtend auf ihre Seite stellen. Dies sieht eine Verordnung der EU-Kommission vor, mit der neue technische Anforderungen zur Überprüfung der Echtheit von Online-Apotheken in den 28 EU-Mitgliedstaaten etabliert werden. Klicken Nutzer von Online-Apotheken auf das Logo, werden sie direkt zur Internetseite der nationalen Arzneimittelbehörde weitergeleitet. In Deutschland wird das Register vom Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) geführt. Das DIMDI stellt eine Liste zugelassener Online-Apotheken bereit. Die EU-Kommission empfiehlt Nutzern von Online-Apotheken, den Kauf dort abzubrechen, wenn die Apotheke nicht auf der Liste erscheint. ■

MEHR INFOS:

www.dimdi.de > **Arzneimittel**
> **Versandhandels-Register**

Köpfe und Karrieren



+++ MELANIE LEONHARD, 38, ist neue Hamburger Senatorin für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Die Sozialdemokratin folgt auf Detlef Scheele, der als Vorstand zur Bundesagentur für Arbeit wechselte. Dr. Leonhard studierte Sozial- und Wirtschaftsgeschichte mit den Nebenfächern Politik und Geografie. 1999 trat sie in die SPD ein und gehörte von 2004 bis 2011 der Bezirksversammlung Harburg an. Mitglied der Hamburger Bürgerschaft ist sie seit 2011.

+++ JÖRG WIECZOREK, 52, leitet weiterhin als Vorstandsvorsitzender den Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH). Der Geschäftsführer der Hermes Arzneimittel GmbH führt den Verband seit 2014. Mitglied im BAH-Vorstand ist er seit 2013. Ihm zur Seite stehen als stellvertretende BAH-Vorsitzende weiterhin Dr. Andreas Karwatzki von der Mundipharma GmbH sowie Dr. Traugott Ullrich von der Dr. Willmar Schwabe GmbH. Neu im Kreis der Stellvertreter ist Michael Becker von der Pfizer Consumer Healthcare GmbH.



Wehrlos gegen Keime?

Gefährliche Antibiotika-Resistenzen nehmen zu, so die Warnung von Wissenschaftlern und Gesundheitsexperten anlässlich des siebten World Health Summit in Berlin. Was also ist zu tun?



HERMANN GRÖHE, Bundesgesundheitsminister: Jährlich sterben weltweit 700.000 Menschen an resistenten Keimen. Aber nur ein Viertel der Staaten haben Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen ergriffen. Mit der neuen Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie gehen wir voran und haben das Thema gleichzeitig auf die internationale Agenda gesetzt. Mit der Berliner Erklärung, die ich mit Amtskollegen aus sieben führenden Industriestaaten unterzeichnet habe, wollen wir die Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen durch mehr Präventions- und Hygienemaßnahmen bekämpfen, den sachgerechten Einsatz in der Human- und Tiermedizin fördern und die Forschung vorantreiben.

PIA ZIMMERMANN, pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Die Linke: Es ist gut, dass Antibiotika-Resistenzen endlich eine angemessene Aufmerksamkeit erhalten. Trotzdem zeigen die (geplanten) Maßnahmen, dass hier vor allem Symptomtherapie betrieben wird. Nach wie vor fehlt der politische Wille, eine der Hauptursachen, nämlich die unsachgemäße Antibiotikagabe in der Nutztierhaltung, wirklich anzugehen. Auch sind die Bemühungen, in der Ärzteschaft auf die Beachtung von Resistenzentwicklungen hinzuwirken, wenig erfolgreich. Und nicht zuletzt erweist sich die kommerzielle Pharmaforschung auch hier wieder einmal als wenig bedarfsgerecht.



BIRGIT FISCHER, Hauptgeschäftsführerin beim Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa): Schon heute entwickeln Pharma-Unternehmen erfolgreich neue Antibiotika. Doch es werden noch weit mehr gebraucht. Ihre Entwicklung ist allerdings schwer finanzierbar, da sie möglichst wenig eingesetzt werden sollen. Öffentlich-private Partnerschaften können ein Teil der Lösung sein. Aber auch bessere Marktbedingungen wie Kostenerstattung für ihren stationären Einsatz und internationale Absatz-Zusagen für resistenzbrechende Neuentwicklungen können beitragen. Zugleich muss man verantwortungsvoll mit den vorhandenen Antibiotika umgehen. Denn für kein Geld der Welt kann man auf Knopfdruck neue erfinden.

PHILIPP FRISCH, Leiter der Medikamentenkampagne von *Ärzte ohne Grenzen in Deutschland*: Erstens sind Antibiotika gezielter und sparsamer einzusetzen. Zweitens müssen neue, wirksame Substanzen erforscht werden. Doch Patente funktionieren hier nicht als Anreiz. Zum einen ist die Entwicklung dieser Substanzen für die Pharmaindustrie nicht lukrativ genug, zum anderen ist die Gefahr von Überverwendung aufgrund des Gewinnmaximierungsdrucks zu hoch. Was wir brauchen, ist eine stärker öffentlich finanzierte, international koordinierte Forschung, die sich am medizinischen Bedarf und nicht am Markt orientiert. Ein gutes Mittel dafür wäre ein internationaler Forschungsfonds. Dieser wird von den Industriestaaten bisher leider blockiert.



HOSPIZE Grünen-Anfrage zu Arznei-Resten

Die Bundestagsfraktion der Grünen will wissen, was mit nicht verbrauchten Medikamenten in Hospizen geschieht. In einer Anfrage an die Bundesregierung beziehen sich die Grünen auf den Diözesan-Caritasverband Köln, der moniert, dass Hospize verpflichtet seien, Arzneimittel verstorbener Patienten zu vernichten. Der Caritasver-



band fordere, so die Grünen, dass Ärzte unverbrauchte und ungeöffnete Medikamente weiter verordnen dürfen. Die Regierung verweist in ihrer Antwort darauf, dass es in der Arzneimittelversorgung eine klare gesetzliche Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Apothekern gebe. Die meisten Arzneien unterlägen der Apothekenpflicht. Die Abgabe sei den Apotheken vorbehalten. Ein ärztliches Dispensierrecht sowie die Errichtung einer ärztlichen Hausapotheke seien nicht vorgesehen. Dies gelte auch für ärztlich verantwortete Arzneimittelvorräte in Heimen und Hospizen. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/6241

ONLINE-PLATTFORM Austausch zu Schwerverletzten

Mehr als 130 Behandlungszentren in Deutschland sind inzwischen über das internetbasierte Netzwerk Telekooperation in der Medizin (TKmed®) miteinander verbunden. Unfallchirurgen und Radiologen tauschen über das Netzwerk lebenswichtige Informationen aus. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat das Netzwerk, das bundesweit Röntgenaufnahmen, CT- und MRT-Bilder sowie Patientenbefunde und Arztbriefe übermittelt, im Jahr 2012 eingerichtet. Auch im Ausland zeigten immer mehr Unfallchirurgen Interesse an der Nutzung des Netzwerks, so die Fachgesellschaft. ■

MEHR INFOS:
tkmed.org/home

LEITFADEN Hygienefahrplan für Therapeuten

Für psychotherapeutische Praxen ist jetzt erstmals ein Hygiene-Leitfaden erschienen. Entwickelt worden ist er vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Nach Angaben der Initiatoren beinhaltet der Leitfaden Informationen über Hände- und Flächendesinfektion und die Desinfektion von Medizinprodukten wie Biofeedbackgeräte. Außerdem erfahren Psychotherapeuten, wie sie einen praxis-spezifischen Hygieneplan erstellen und umsetzen. ■

MEHR INFOS:
www.kbv.de > Presse

AUSBILDUNG

Studium läuft
Lehre den Rang ab

Wenn sich der Trend zum Studium aus den vergangenen zehn Jahren ungebrochen fortsetzt, werden 2030 nur noch etwas mehr als 400.000 junge Menschen eine betriebliche Ausbildung beginnen. Das sind rund 80.000 weniger als heute, was einen Rückgang um 17 Prozent bedeutet. Dies geht aus einer Studie der Prognos AG im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hervor. Trotz des demografischen Wandels und der deshalb sinkenden Zahl an Schulabgängern werden die Hochschulen demnach kaum Studienanfänger einbüßen. Vor zwei Jahren habe Deutschland eine Zäsur in der nachschulischen Bildung verzeichnet, so die Stiftung. 2013 hätten erstmals mehr junge Menschen ein Studium als eine duale Berufsausbildung begonnen. Nur acht



Campus statt Fabrikhalle: Studiengänge mit Praxisbezug sind unter Abiturienten sehr beliebt.

Jahre zuvor hätten rund 350.000 Studienanfängern noch 520.000 Auszubildenden gegenübergestanden. „Diese Entwicklung scheint vorerst unumkehrbar“, lautet das Fazit der Studie. ■

MEHR INFOS:
www.bertelsmann-stiftung.de > Presse

STUDIE

Beruf entscheidet
über geistige Fitness

Wer im Beruf gefordert wird, bleibt im Alter länger geistig fit, so das Ergebnis einer Untersuchung von Wissenschaftlern der Uni Leipzig. „Die Studie macht deutlich, dass die Art der Arbeitsaufgaben

während unseres Berufslebens einen wichtigen Einfluss auf die geistige Leistungsfähigkeit im Alter hat, möglicherweise sogar noch einen wichtigeren Einfluss als Bildung“, so Dr. Francisca S. Then vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health an der Medizinischen Fakultät der Uni Leipzig. Die Forscher untersuchten rund 1.000 Senioren acht Jahre lang, wobei sie die Probanden auch auf ihre geistige Leistungsfähigkeit testeten. Die Forscher wollten wissen, wie sich das Berufsleben der Studienteilnehmer gestaltet hatte. Dazu fragten sie nach Dingen wie Strategieentwicklung, Konfliktbewältigung, Datenanalyse oder Konzentration auf Details. Fazit: Studienteilnehmer, die im Beruf hohe Anforderungen zu bewältigen hatten, schnitten auch im Alter bezüglich ihrer geistigen Fitness am besten ab und hatten die geringsten Abbaerscheinungen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Vor allem Demenzkranke profitieren vom neuen Pflegebegriff“

Eine neue Pflegeformel und mehr Beratung: Die Bundesregierung hat ihre zweite Pflegereform auf den Weg gebracht. Dazu Fragen an **Brigitte Baki**, Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Hessen.



G+G: Frau Baki, mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wird ab 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt. Was erwarten Sie als Versichertenvertreterin einer Pflegekasse davon?

BAKI: Eine Reform des Begriffs der Pflegebedürftigkeit stand schon lange auf der politischen Tagesordnung – wie auch auf der Forderungsliste der Pflegekassen. Endlich wird sie umgesetzt. Mit der Gleichbehandlung von somatischen, kognitiven und psychischen Einschränkungen können Pflegeleistungen ziel- und bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden – wovon vor allem Demenzkranke profitieren. Damit sollte es gelingen, die Pflegeversicherung in Deutschland umfassend zu modernisieren.

G+G: Das PSG II stärkt auch den Grundsatz „Reha vor Pflege“. Eine richtige Weichenstellung?

BAKI: Dieses Prinzip besteht eigentlich heute schon. Wir bewerten es positiv, dass „Reha vor Pflege“ jetzt mit noch mehr Nachdruck verfolgt

wird. Dazu soll der Medizinische Dienst künftig zur Anwendung eines bundesweit einheitlichen, strukturierten Verfahrens für die Rehabilitationsempfehlungen verpflichtet werden. Es sollte immer das Ziel sein, die Selbstständigkeit des Patienten zu erhalten und Pflegebedürftigkeit – wenn möglich – abzuwenden.

G+G: Die Pflegeberatung wird mit der Reform auf pflegende Angehörige ausgeweitet. Was tut die AOK Hessen in diesem Bereich heute schon?

BAKI: Wir bieten seit vielen Jahren umfassende Beratungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Mit hessenweit 26 zertifizierten Pflegeberatern machen wir den Betroffenen ein in dieser flächendeckendes Ausgestaltung einmaliges Angebot – kostenlos, individuell und auf Wunsch zu Hause. Immer stehen der einzelne Pflegebedürftige und seine spezielle Situation im Mittelpunkt. Wir planen zudem, 2016 an mehreren Standorten in Hessen Informationsveranstaltungen zu den gesetzlichen Neuregelungen abzuhalten.

Phlegmatiker am Werk

Der Flüchtlingsstrom nach Deutschland reißt nicht ab. Beim Zugang der Menschen zum hiesigen Versorgungssystem droht indes ein Flickenteppich, befürchtet **Florian Staeck**.



IN VIELFALT GEEINT – der Föderalismus in Deutschland ist seit 1949 ein Erfolgsmodell. Für den derzeitigen Umgang mit der Gesundheitskarte für Flüchtlinge gilt das allerdings nicht. Vielmehr droht ein Flickenteppich von unterschiedlichen Zugängen zur gesundheitlichen Versorgung – mal mit, mal ohne die Chipkarte.

Ende August gab Bundeskanzlerin Angela Merkel den Ton vor: Deutsche Gründlichkeit sei zwar „super“. Nun aber sei deutsche Flexibilität gefragt. Hier legen Gesundheitspolitiker jedoch mancherorts ein irritierendes Phlegma an den Tag. Wer als Asylbewerber krank wird, muss bei der Sozialbehörde zunächst einen Behandlungsschein beantragen. Der aber wird nur bei akuten Schmerzzuständen gewährt. Medizinisch ungeschulte Verwaltungsangestellte könnten schon längst von der Aufgabe entlastet werden, darüber entscheiden zu müssen, ob ein Arztbesuch angezeigt ist oder nicht. Gesundheitsökonominnen der Universitäten Heidelberg und Bielefeld haben dieses bisher geltende Verfahren anhand von Statistikdaten aus den vergangenen 20 Jahren untersucht und halten es für kostentreibend und kontraproduktiv: Die Pro-Kopf-Kosten für die medizinische Versorgung sind bei der Gruppe mit eingeschränktem Zugang um 376 Euro pro Jahr höher als bei jenen Flüchtlingen, die bereits Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben.

Auf kleinstaatliche Sonderwege sollte verzichtet werden.

Unter dem Druck der Verhältnisse schaffte das Bundesgesundheitsministerium Fakten, während aus der Unionsfraktion noch Widerstand kam: Das neue Asylpaket der Großen Koalition gibt einen Rechtsrahmen vor, damit die Länder die Gesundheitskarte einführen können – sie müssen es aber nicht. Manche Länder haben das bereits getan, andere zögern. Bayern hat erklärt, alles beim alten lassen zu wollen.

Wozu der Hickhack? An der Steuerfinanzierung der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen ändert sich durch die Gesundheitskarte nichts. Gleiches gilt für das per Gesetz eingeschränkte Versorgungsniveau. Doch in einzelnen Ländern, so in Hamburg, hat man sich bereits auf ein erweitertes Versorgungspaket unterhalb des GKV-Niveaus geeinigt.

Unterschiedliche Zugangswege, uneinheitlicher Versorgungsumfang für Flüchtlinge: Der Föderalismus könnte seine Stärke dann zeigen, wenn bei dieser nationalen Aufgabe auf kleinstaatliche Sonderwege verzichtet würde – getreu der Devise: In Vielfalt geeint. ■

Dr. Florian Staeck ist gesundheitspolitischer Redakteur bei der „Ärzte Zeitung“.

DATENBANK

Modelle fürs platte Land

Knapp 60 „Innovative Gesundheitsmodelle“ für den ländlichen Raum stellen sich in einer Datenbank vor. Darunter die Ärztegemeinschaft Schladen, in der Haus- und Fachärzte seit 2008 die Versorgung in einer ländlichen Region Südniedersachsens mit Filialpraxen sicherstellen. Oder die Bürgergemeinschaft Eichstetten, die sich um Demenzkranke kümmert. Das Projekt ist ein von der Robert Bosch Stiftung gefördertes Forschungsprojekt des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Ausführliche Beschreibungen der Modelle werden in der eigens dafür entwickelten Datenbank gesammelt und online unter www.innovative-gesundheitsmodelle.de zugänglich gemacht. ■

VERSORGUNG

Psychiatrieangebot für Flüchtlinge

Der Berliner Klinikkonzern Vivantes hat ein Zentrum für Transkulturelle Psychiatrie eröffnet. Nach Informationen des Konzerns stehen dort mehrsprachige Ärzte, Fachpersonal und Sozialarbeiter bereit. Neben Englisch und Französisch soll eine Behandlung auch in den Sprachen russisch, ukrainisch, polnisch, arabisch, serbokroatisch, griechisch, türkisch und Dari/Farsi möglich sein. Vor allem für die akute Versorgung von Flüchtlingen will das Klinikum Allgemeinmediziner und niedergelassene Kinderärzte mit einbeziehen. Nach Angaben von Chefarzt Professor Dr. Peter Bräunig wird es neben transkulturellen Akutsprechstunden auch eine um-

fassende familienmedizinische Versorgung geben, die somatische Bereiche einbezieht. „Dabei kommt uns unsere gute Vernetzung mit Haus- und Fachärzten, Kliniken und Institutionen im Bezirk zugute.“ Mit dem ZTP baut der Klinikträger sein psychiatrisches Angebot für Migranten weiter aus. Die Psychiatrische Institutsambulanz auf dem Gelände der früheren Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik versorgt bereits Menschen mit Migrationshintergrund. ■

VOLKSKRANKHEITEN

Viele Schlaganfälle wären vermeidbar

Nach Ansicht von Ärzten ließen sich etliche Schlaganfälle vermeiden. „Wir könnten 70 Prozent aller Schlaganfälle verhindern, wenn wir Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Diabetes richtig behandeln und einen gesunden Lebensstil führen“, sagte der Bielefelder Neurologe Professor Dr. Wolf-Rüdiger Schäbitz anlässlich des Welt-Schlaganfalltages am 29. Oktober. Zu einem gesunden Lebensstil gehörten eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Bewegung und der Verzicht aufs Rauchen. Weil auch das nicht immer vor einem Schlaganfall schütze, müssten Symptome rechtzeitig erkannt und sofort darauf reagiert werden. Typisch seien etwa extreme Kopfschmerzen, plötzlicher Schwindel, Lähmungen oder Gefühls-, Seh- sowie Sprach- oder Sprachverständnisstörungen. „Diese Symptome treten in der Regel schlagartig auf“, erläuterte Schäbitz, der auch Regionalbeauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ist. Bei Verdacht auf einen Schlaganfall gelte immer: „Sofort den Notarzt rufen.“ ■

Schwachstellen der Arbeitsgesundheit

Verspannungen, Rückenschmerzen oder Erschöpfung plagen rund ein Drittel der Erwerbstätigen, wie Mitarbeiterbefragungen zeigen. Viele sehen den Job als Grund für ihre Beschwerden und wünschen sich Rückenschulen und Entspannungskurse. **Von Klaus Zok und Maren Pigorsch**

Zu den zehn häufigsten gesundheitlichen Beschwerden, unter denen Mitarbeiter von Unternehmen in Deutschland nach eigenen Angaben leiden, gehören Verspannungen, Rückenschmerzen und Erschöpfung. Unter den Top Ten sind demnach gleichermaßen körperliche wie psychische Beeinträchtigungen. Bei allen genannten Beschwerden sieht die Mehrheit der Beschäftigten einen Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz. Das zeigen Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen aus den Jahren 2011 bis 2014, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) jetzt ausgewertet hat. Eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation erwarten viele der Befragten von Stressbewältigungs- und Entspannungskursen sowie Rückenschulen.

Perspektive der Mitarbeiter. Mitarbeiterbefragungen lassen sich zur Schwachstellenanalyse, Planung und Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements nutzen. Die AOK bietet Unternehmen die Befragungen in Kombination mit betriebsbezogenen Analysen zum Krankenstand, Gesundheitszirkeln und Arbeitssituationsanalysen an. Im Anschluss entwickeln AOK-Experten gemeinsam mit dem Unternehmen maßgeschneiderte, qualitätsgesicherte Gesundheitsangebote. Sie unterstützen die Unternehmen dabei, die Gesundheitssituation ihrer Mitarbeiter zu verbessern und damit die Krankenstände zu senken. Der vom WiDO in Zusammenarbeit mit Experten der AOK entwickelte, schriftliche Fragenkatalog misst mit über 200



Hoher Einsatz: Fast jede zweite berufstätige Frau klagt über Verspannungen.

standardisierten Fragen zentrale Indikatoren von Gesundheit und Krankheit am Arbeitsplatz aus der Perspektive der Mitarbeiter. Hieraus können Unternehmen einen eigenen Fragebogen zusammenstellen. Ein Marktforschungsinstitut erfasst die Daten, wertet sie aus und erstellt Ergebnisberichte.

Die Grundlage der aktuellen Datenanalyse bilden anonymisierte Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen, die im Rahmen des AOK-Service „Gesunde Unternehmen“ in den Jahren 2011 bis 2014 stattgefunden haben. Auch wenn die Daten nicht repräsentativ sind – dafür wäre eine Zufallsstichprobe Voraussetzung – lassen die Antworten von insgesamt 24.692 Mitarbeitern dennoch vielfältige Rückschlüsse auf deren Arbeitsbedingungen und Gesundheitsbelastungen zu. 60 Prozent der Befragten arbeiten in einem Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern. Am häufigsten vertreten

sind das verarbeitende Gewerbe mit 48 Prozent, das Gesundheits- und Sozialwesen mit 30 Prozent und die Öffentliche Verwaltung mit elf Prozent.

Job macht reizbar und müde. Mithilfe des WiDO-Fragenkatalogs lässt sich die Häufigkeit von insgesamt 22 gesundheitlichen Beschwerden abfragen. An der Spitze der Beschwerden, unter denen die Befragten nach eigenen Angaben „häufig“ oder „immer“ leiden, liegen Verspannungen und Rückenschmerzen (siehe Abbildung Seite 13). Es folgen psychische Beschwerden wie allgemeine Erschöpfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Lustlosigkeit. Auffällig ist das Ausmaß, in dem Beschäftigte Zusammenhänge zwischen ihren Beschwerden und dem Arbeitsplatz sehen. Insbesondere bei Verspannungen und Rückenschmerzen sowie bei Stresssymptomen wie Lustlosigkeit, Reizbarkeit, Nervosität, Unruhe

Webtipps

- <http://wido.de/mitarbeiterbefragung.html>
- www.gesunde-unternehmen.de

und allgemeiner Müdigkeit spielen aus Sicht der Befragten arbeitsbedingte Einflüsse eine große Rolle. Die Mehrheit der immer oder häufig von diesen Beschwerden Betroffenen sieht hier einen Zusammenhang mit dem Job.

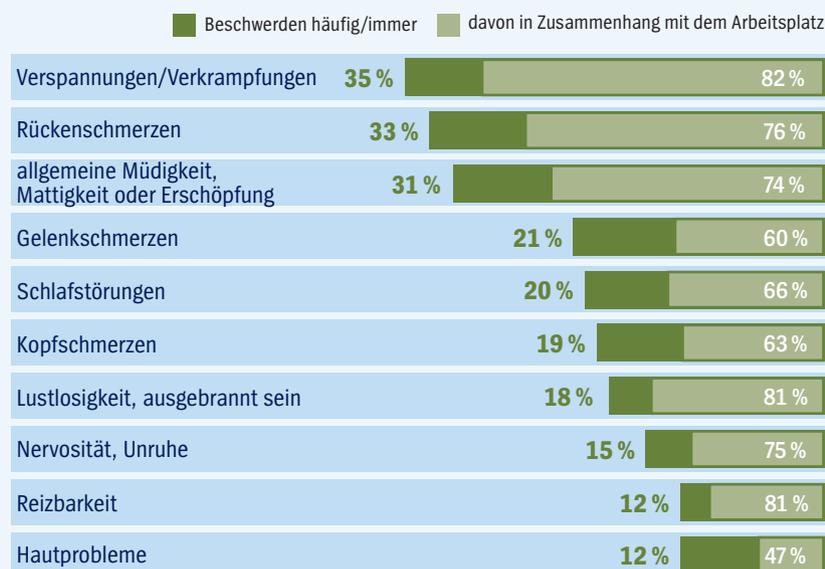
Frauen berichten öfter über Symptome.

Erwartungsgemäß nehmen physische Beschwerden wie Verspannungen, Rücken- und Gelenkschmerzen mit dem Alter zu. Dagegen sind Kopfschmerzen für unter 30-Jährige häufiger ein Problem als für über 50-Jährige (25 gegenüber 15 Prozent). Frauen berichten durchweg öfter als Männer, dass sie häufig oder immer unter den hier ausgewerteten zehn Beschwerden leiden. Der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern wird bei den Verspannungen deutlich. Während fast jede zweite Frau darüber klagt (47 Prozent), berichtet nur jeder vierte Mann, häufig oder immer unter diesen Beschwerden zu leiden (25 Prozent). Verspannungen und Rückenschmerzen werden von Frauen nicht nur häufiger genannt, sie sehen auch öfter als Männer einen Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz. Alle anderen Beschwerden werden dagegen zwar von den Männern seltener genannt, dafür aber öfter mit dem Arbeitsplatz in Verbindung gebracht. Getrennt nach Branchen sind muskuloskeletale Beschwerden im Gesundheits- und Sozialwesen am häufigsten vertreten (Verspannungen: 43 Prozent; Rückenschmerzen: 38 Prozent). Frauen fühlen sich auch hier deutlich mehr belastet (51 Prozent; 43 Prozent) als ihre männlichen Kollegen (27 Prozent; 29 Prozent).

Ansätze für Verbesserungen. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatz und Beschwerden zeigt sich auch darin, dass die Mehrheit der Befragten davon ausgeht, dass Veränderungen der Arbeitsbedingungen ihre Beschwerden verringern könnten. Auf die Frage „Was schlagen Sie zur Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Situation am Arbeitsplatz vor?“ geben die Beschäftigten im Durchschnitt drei Verbesserungsschläge an. Lediglich sechs Prozent der Befragten sind der Meinung, dass hier keine Verbesserungen nötig sind. Am häufigsten machen die befragten Beschäftigten zunächst Angaben, die die Führung und das Betriebsklima betreffen. Sie wünschen sich „mehr Einsatz der

Beschäftigte schieben Beschwerden oft auf den Job

„Unter welchen gesundheitlichen Beschwerden leiden Sie häufig oder immer? Haben Sie den Eindruck, dass diese Beschwerden mit Ihrer Tätigkeit oder Ihrem Arbeitsplatz zusammenhängen?“



Unter den zehn häufigsten gesundheitlichen Beschwerden von Arbeitnehmern in Deutschland sind viele psychische Symptome. Das hat eine Analyse von Mitarbeiterbefragungen aus den Jahren 2011 bis 2014 ergeben (Zahl der Befragten: 15.566 bis 21.941). Demnach gaben beispielsweise 20 Prozent der Beschäftigten an, häufig oder immer unter Schlafstörungen zu leiden. 66 Prozent von ihnen stellten einen Zusammenhang der Beschwerden mit dem Arbeitsplatz her.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2015

Vorgesetzten für die Mitarbeiter“ (38 Prozent) und eine „Verbesserung des Betriebsklimas“ (37 Prozent). An dritter Stelle wird der Wunsch nach Gesundheitskursen für Mitarbeiter genannt (30 Prozent). Hier ist das Interesse bei Frauen (35 Prozent) größer als bei Männern (25 Prozent).

Die Mehrheit der befragten Mitarbeiter macht konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsplatzgesundheit. Bei der Frage nach betrieblichen Gesundheitsangeboten favorisieren die Beschäftigten über alle Alters- und Geschlechtsgruppen hinweg arbeitsplatzbezogene Rückenschulungen (49 Prozent) und Angebote zur Stressbewältigung beziehungsweise Entspannung (51 Prozent). Frauen machen hier durchweg häufiger Angaben als Männer.

Beratung für einen gesunden Rücken wünschen sich 41 Prozent der Befragten. Ein Drittel fordert gesunde Kantinenangebote. Ferner favorisieren die befragten Beschäftigten Angebote zur Gymnastik und Bewegung am Arbeitsplatz sowie Programme zur Gewichtsabnahme (je-

weils 27 Prozent). Viele der Befragten interessieren sich für Angebote im Bereich Kommunikation und Führung (28 Prozent) – insbesondere die Altersgruppe zwischen 30 und 40 (36 Prozent), vermutlich da Mitarbeiter in diesem Alter vermehrt in Führungspositionen aufsteigen oder dies anstreben.

Gewinn für Betriebe und Mitarbeiter. Die Auswertung der Mitarbeiterbefragungen vermittelt ein gutes Bild davon, wie Erwerbstätige Arbeitsbedingungen beurteilen. Daraus ergeben sich vielfältige Ansätze, mit denen Unternehmen die gesundheitliche Situation ihrer Mitarbeiter nachhaltig verbessern können. Das lohnt sich sowohl aus wirtschaftlicher Sicht für die Betriebe wie auch individuell für jeden einzelnen Beschäftigten. ■

Klaus Zok ist im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) für den Bereich Marktanalysen/Mitarbeiterbefragungen zuständig.

Mareen Pigorsch arbeitet im WIdO als studentische Hilfskraft.

Kontakt: Klaus.Zok@wido.bv.aok.de

Von wegen altes Eisen

Über 50-Jährige können ihre mentale und körperliche Fitness nachhaltig stärken und sogar verbessern, wie eine aktuelle Auswertung des Programms „Rundum fit – auch im Kopf“ der AOK Bayern belegt. **Von Thomas Hommel**

Das Training der kleinen grauen Zellen beginnt mit einer vergleichsweise leichten Übung: „Kreisen Sie im Text alle ‚in‘ ein“, lautet die Bitte an die Teilnehmer des Kurses „Rundum fit – auch im Kopf“. Eine andere Aufgabe im Programm ist da schon schwieriger. Genannt werden soll die jeweilige Farbe, mit der die Worte gelb, orange, blau, rot und grün auf ein



Zug voraus: Mentales Fitness-Training ist ein Gewinn für ältere Menschen.

weißes Blatt Papier geschrieben sind. Das Knifflige: Die Worte sind alle in einer anderen Farbe notiert: gelb in oranger Farbe, blau in roter und so weiter.

Kurstunden für Kopf und Glieder. Aus der Taufe gehoben worden ist das Präventionsprogramm im Jahr 2008 von der AOK Bayern zusammen mit der Gesellschaft für Gehirntaining. Der Verein entwickelt seit 25 Jahren Konzepte für mentale Fitness. In acht Kurseinheiten, die sich an ältere Erwachsene richten und über einen Zeitraum von acht Wochen erstrecken, lernen die Teilnehmer des AOK-Angebots eine Menge über richtige Bewegung, gesunde Ernährung und men-

tale Fitness – und dass sich die Beschäftigung damit auch im Alter lohnt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gebe es trotz des demografischen Wandels „bislang nur wenige Angebote zur Gesundheitsförderung bei älteren Erwachsenen“, sagt Hubertus Råde, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Mit ihrem „Rundum fit“-Programm schließe die Gesundheitskasse die Lücke und schlüpfe zugleich in eine „Vorreiterrolle“, was das Angebot solcher Kurse für die Generation 50 plus angehe. „Zunehmend mehr ältere Menschen möchten aktiv etwas für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden tun“, betont auch die Bereichsleiterin für Gesundheitsförderung bei der AOK Bayern, Dr. Annette Scheder. Sie verweist auf Umfragen unter Seniorinnen und Senioren. Danach wollen die meisten von ihnen an erster Stelle geistig fit sein, gefolgt von dem Bedürfnis nach seelischem Wohlbefinden und dem Wunsch, körperlich gesund zu altern.

Nachhaltige Wirkung. Dass „Rundum fit“ nachhaltig wirkt, belegt eine kürzlich erschienene wissenschaftliche Studie mit 411 Teilnehmern aus 33 AOK-Direktionen im Freistaat. Für die Untersuchung wurde die „Verarbeitungsgeschwindigkeit

von Informationen“ als Parameter der mentalen Fitness gemessen. Die Ergebnisse der Teilnehmer von „Rundum fit“ wurden mit denen einer Kontrollgruppe verglichen – bestehend aus Menschen, die nicht am Programm teilnehmen. Es zeigte sich, dass diejenigen, die den Kurs durchlaufen haben, nicht nur ihre geistige Fitness deutlich und weit über die Kursdauer hinaus verbessern konnten.

Teilnehmer von „Rundum fit“ berichteten zudem von Fortschritten in den Bereichen Ernährung, Bewegung sowie Entspannung. Und sie betonten, mit der Teilnahme am Kurs etwas Nützliches für ihr Alter getan zu haben. Die Kontrollgruppe hingegen verbesserte sich im selben Zeitraum in ihrer mentalen Leistungstärke nicht.

Demenz vorbeugen. Die „Rundum-fit“-Teilnehmer selbst beschreiben sich nach Abschluss des Kurses als interessierter, vitaler, geistig leistungsfähiger und kommunikativer, wenn sie unter Menschen sind. Diese persönliche Einschätzung wird auch von objektiven Tests bestätigt: Werden die mentalen Fitnessübungen aus dem Kurs dauerhaft im Alltag trainiert, kann dies einer Altersdemenz zumindest vorbeugen. Weitere positive Effekte ergeben sich bei der Stressreduktion sowie der Selbstständigkeit im Alltag.

Das Programm der AOK Bayern fördere die geistige Leistungsfähigkeit, denn die Teilnehmer lernten dadurch einfache Übungen für den Alltag, „um sich selbst mental fit zu halten“, sagt Dr. Siegfried Lehr, Vorstand der Gesellschaft für Gehirntaining. Bei konsequentem Training der kleinen Zellen im Gehirn sei ein nachhaltiger Erhalt der mentalen Fitness und sogar eine wirksame Demenzprävention möglich, zeigt sich der Psychologe überzeugt. ■

Wer rastet, rostet

Dass sich der geistige Abbau bremsen lässt, wenn es älteren Menschen gelingt, sich gesünder zu ernähren, sich mehr zu bewegen und stärker auf Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen zu achten, legt eine Anfang des Jahres erschienene Studie finnischer und schwedischer Forscher nahe. Die im US-Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichte Untersuchung stützt die Vermutung, dass sich eine Demenzerkrankung über Lebensstiländerungen womöglich verhindern lässt. **Infos: www.thelancet.com**

WAS MACHT IHR, WENN EUER STÜRMER HIV HAT?

*Hoffentlich viele
Tore.*

**POSITIV
ZUSAMMEN
LEBEN.
WELT-AIDS-TAG.DE**



**AM 01.12. IST
WELT-AIDS-TAG!**

EINE KAMPAGNE VON



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

IN PARTNERSCHAFT MIT

Deutsche
AIDS-Hilfe

Deutsche
AIDS-Stiftung

Patienten zieht es nicht ins Ausland

Zur Knieoperation nach Deutschland, für die Zahnkrone nach Ungarn – Europas Bürger können sich in jedem Mitgliedsland der Staatengemeinschaft medizinisch behandeln lassen. Aber nur eine kleine Minderheit macht von ihrem Recht Gebrauch. **Von Nils Franke**

Vor vier Jahren trat die europäische Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Richtlinie 2011/24/EU) in Kraft. Die EU-Mitgliedsländer mussten sie bis 2013 in nationales Recht umsetzen. Sie regelt die Rechte von Patienten auf Kostenerstattung für planbare Gesundheitsleistungen, die sie in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Danach übernimmt die Krankenversicherung nur die Kosten, die auch im eigenen Land erstattet werden. Für planbare Behandlungen haben viele EU-Staaten Genehmigungsverfahren eingeführt, insbesondere für die Krankenhausbehandlung. Auch richteten die Mitgliedstaaten die in der Richtlinie vorgesehenen nationalen Kontaktstellen ein, die Patienten über mögliche Leistungen und die Kostenerstattung informieren.

Wenige Anträge der Bürger. Die Erwartung, dass die Patienten diese neue Wahlfreiheit intensiv nutzen würden, hat sich nicht erfüllt. Ein von der EU-Kommission vorgelegter Evaluationsbericht be-



legt, dass es in 17 Mitgliedsstaaten nur insgesamt 560 Anträge von Bürgern zur Auslandsbehandlung gab. 360 davon sind genehmigt worden. Und lediglich zwei Prozent der EU-Bürger waren im Ausland behandelt worden, weil sie dies tatsächlich so geplant hatten. Auch die Bundesbürger machen kaum von der Möglichkeit Gebrauch. Nach Angaben von Professor Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Leistungen im Ausland inklusive Notfälle zwar gestiegen. Aber sie machen nur

0,7 Prozent der GKV-Gesamtausgaben aus. So bleibt die tatsächliche Nutzung planbarer Gesundheitsleistungen im EU-Ausland weit hinter den Erwartungen zurück. Als Gründe nennt die Kommission die verspätete Umsetzung der Richtlinie in vielen Mitgliedstaaten und die geringe Kenntnis der Bürger von der Möglichkeit, sich die Behandlungskosten erstatten zu lassen. Weitere Ursachen aus Sicht der Kommission: unnötige Genehmigungshürden, die fehlende Bereitschaft der Patienten zu reisen, Sprachbarrieren sowie Preisunterschiede zwischen den Mitgliedstaaten.

Hürden für Patienten ärmerer Länder.

Für den Vertreter des AOK-Bundesverbandes in Brüssel, Evert Jan van Lente, ist die Inanspruchnahme von notwendigen Behandlungen im Urlaub zwar selbstverständlich. „Aber für planbare Versorgungsleistungen bleiben wir offenbar lieber zu Hause.“ Auch stellten die finanziellen Hürden ein großes Problem dar. Für Patienten in reicheren EU-Staaten wie Deutschland sei die Versorgung im eigenen Land gut und sie würden deshalb nicht ins Ausland reisen. Patienten aus den ärmeren EU-Staaten seien zwar daran interessiert, sich in Deutschland behandeln zu lassen. Weil aber deren Krankenkasse nur einen kleinen Teil der Kosten übernehmen würde, könnten sie sich die Auslandsbehandlung nicht leisten. Evert Jan van Lente: „Patienten in der EU haben erst wirklich eine Wahl, wenn sich die Gesundheitssysteme weitgehend angeglichen haben, und eine Inanspruchnahme im EU-Ausland ohne große Zahlungen möglich ist.“ Davon sind wir aber noch weit entfernt. ■

Auslandsbehandlung: Viele EU-Staaten verlangen Vorabgenehmigung

Keine Vorabgenehmigung	7
Nur für in einer detaillierten Liste aufgeführte Behandlungen	6
Für Übernachtung und hoch spezialisierte Leistungen	14
Für alle Leistungen, außer eine Konsultation eines Spezialisten jährlich pro Patient	1

Die EU-Mitgliedsländer können selbst festlegen, ob und wann eine Vorabgenehmigung der Auslandsbehandlung erforderlich ist. In sieben Staaten brauchen sich Versicherte eine Behandlung nicht genehmigen zu lassen, um die Kosten erstattet zu bekommen. In sechs Ländern gibt es eine detaillierte Liste der erstattungsfähigen Behandlungen. 14 Staaten verlangen eine Vorabgenehmigung, wenn für die Auslandsbehandlung eine Übernachtung erforderlich ist.

Quelle: EU-Kommission

Nils Franke ist freier Journalist und PR-Berater in Berlin. Kontakt: Franke@franke-strategie.de

„Die Sprache ist eine Herausforderung“

An der Valckenburgschule in Ulm haben kürzlich Flüchtlinge – vorwiegend junge Männer aus Syrien und Afghanistan – eine Ausbildung in der Pflege begonnen. Abteilungsleiter **Heiko Michael Wahl** sieht gute Berufschancen für die Absolventen.

Herr Wahl, Ihre Schule bietet seit diesem Schuljahr eine zweijährige Altenpflegehelfer-Ausbildung an. Wie sind die ersten Wochen gelaufen?

Heiko Michael Wahl: Die ersten vier Wochen waren sehr turbulent. Wir haben viel mehr Bewerber bekommen als erwartet. Anfang August gingen wir von zwölf Schülern aus. Ende des Monats waren es 33. Alle hatten einen Ausbildungsvertrag in der Tasche. Manche Pflegeeinrichtungen hatten sogar zusätzliche Ausbildungsplätze geschaffen. Ein solches Engagement von Seiten der Einrichtungen und der ehrenamtlichen Betreuer hatte ich in so kurzer Zeit nicht erwartet. Wir konnten eine zweite Klasse aufmachen.

Wie viele Flüchtlinge sind unter den Bewerbern?

Wahl: Rund ein Drittel der Auszubildenden sind Flüchtlinge, vorwiegend junge Männer aus Syrien und Afghanistan. Andere sind schon länger in Deutschland. Die Altersspanne reicht von 23 bis 48 Jahren. Ungefähr 60 Prozent von ihnen sind Frauen. Insgesamt sind 24 Nationalitäten aus Afrika, Asien, Lateinamerika und Osteuropa vertreten.

Welche Voraussetzungen müssen die Bewerber mitbringen?

Wahl: Sie brauchen einen Hauptschulabschluss oder einen vergleichbaren Abschluss und Deutschkenntnisse, die der Stufe A2 des sechsstufigen europäischen Referenzrahmens für Sprache entsprechen. Und die Motivation muss stimmen.

Was unterscheidet die Ausbildung an Ihrer Schule von der üblichen einjährigen Ausbildung zum Altenpflegehelfer?

Wahl: Bei den pflegerischen Inhalten gibt es keine Unterschiede. Ansonsten gibt es im ersten Jahr statt einer, zehn Stunden Deutsch pro Woche. Hinzu kommen zwei Stunden Staatsbürgerkunde, damit sich die Schüler auf den Einbürgerungstest vorbereiten können. Im zweiten Jahr fällt die Staatsbürgerkunde weg. Deutsch

Wahl: Die größte Herausforderung ist die Sprache. Das merken wir nicht nur in der Schule, das merken auch die Betriebe. Dort helfen sich Ausbilder, Auszubildende und Patienten teilweise mit Englisch weiter. Von manchen Einrichtungen wissen wir aber auch, dass die fitteren Bewohner mit den Schülern Deutsch üben.



Die fitteren Bewohner üben Deutsch mit den Pflege-Schülern.

Heiko Michael Wahl

gibt es dann fünf Stunden pro Woche. Am Ende sollten alle ein fortgeschrittenes Sprachniveau – Level B2 – erreichen.

Wie findet man mit wenig Deutschkenntnissen ein solches Angebot?

Wahl: Wir haben mächtig die Werbetrommel gerührt und alle Stellen angeschrieben, die mit Migranten zu tun haben. Am Ende konnte sogar der Oberbürgermeister unsere Ausbildung. Mitarbeiter, Angehörige und ehrenamtliche Helfer kamen dann mit den Bewerbern. Stimmt die Voraussetzungen, gab es von unserer Seite eine schriftliche Zusage für einen Schulplatz und falls nötig noch eine Liste von Ausbildungsbetrieben.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Schüler, Schule und Einrichtungen während der Ausbildung?

Welche Perspektiven bieten sich nach einem erfolgreichen Abschluss?

Wahl: Die fertig ausgebildeten Pflegehelferinnen und -helfer können direkt arbeiten oder in das zweite Jahr der dreijährigen Altenpflege-Ausbildung einsteigen. Wer nach vier Jahren fertig ist, hat auch hier gute Aussichten. Für Altenpfleger und Altenpflegerinnen gibt es nach wie vor mehr offene Stellen als Bewerber. ■

Das Interview führte Karin Birk.

Zur Person

Heiko Michael Wahl ist seit 2009 Abteilungsleiter der Berufs- und Fachschule an der Valckenburgschule Ulm. Diese Einrichtung bietet als eine von acht Pilot-schulen in Baden-Württemberg eine zweijährige Ausbildung zum Altenpflegehelfer an und richtet sich vor allem an Migranten und Flüchtlinge.



Doktoren zwischen Herz und Knete

Geld erzieht Erwachsene. Dieser Logik folgt die vertragsärztliche Vergütung seit Jahren. Doch sorgt das Setzen finanzieller Anreize tatsächlich für eine bessere Versorgung? [Stephan Feldmann](#) hegt Zweifel – und plädiert für ein Honorarsystem, das auf heilberufliche Motivation setzt.

Für Erzieher in Kindertagesstätten und Eltern kleiner Kinder ist die Einhaltung der nachmittäglichen Schließzeiten Herausforderung und Ärgernis zugleich. Werden die Kinder zu spät abgeholt, müssen die Kita-Mitarbeiter länger arbeiten. Dies ist nicht nur hierzulande so, sondern auch in Israel. Dort nahmen zehn Kitas an einer Studie teil, um zu erproben, ob eine Strafgebühr die Pünktlichkeit der Eltern erhöhte. An sechs Kitas sollten Eltern, die ihre Kinder zu spät abholten, zehn Schekel (2,30 Euro) Strafe zahlen. Eine Kontrollgruppe musste keine Gebühr fürs zu späte Abholen entrichten. Nachdem fünf Wochen lang die Verspätungen erfasst wurden, setzte man ab der sechsten Woche die Strafgebühr an. In der Kontrollgruppe ohne Strafe blieben die Verspätungen erwartungsgemäß konstant, aber in den Kitas mit Strafzahlung nahmen sie deutlich zu (*Gneezy/Rustichini, 2000; siehe Kasten „Lese- und Webtipps“ auf Seite 23*) – ein bemerkenswerter Befund, der weltweit Beachtung fand. Widerspricht er doch nicht nur den Erwartungen der ökonomischen Theorie, sondern auch einer weit verbreiteten Sicht auf die Auswirkungen finanziellen Belohnens oder Strafens.

Innere Motivation unterschätzt. Finanzielle Belohnungen oder Bestrafungen zählen zu den Mitteln der extrinsischen Motivation (Handeln aufgrund äußerer Einflüsse). Extrinsische An-

reize müssen aber nicht finanzieller Natur sein. Auch rein verbale Interventionen wie Lob und Tadel fallen darunter. Im Unterschied dazu sind bei der intrinsischen Motivation keine äußeren Impulse erforderlich. Antriebskräfte sind hier die reine Lust an der Tätigkeit, die Freude am Beruf, das Aufgehen in einem Hobby bis hin zum inzwischen fast sprichwörtlichen Flow-Erlebnis (positives emotionales Erleben beim Arbeiten), aber auch moral-ethische Prinzipien.

Dass die Autoren der israelischen Studie die Form der finanziellen Sanktion als Motivationsinstrument für unpünktliche Eltern wählten, ist nicht verwunderlich. Denn die Erforschung und Theorieentwicklung zum ökonomischen Verhalten von Menschen konzentriert sich in erster Linie auf extrinsische, insbesondere monetäre Anreize. Mit dem nicht immer greifbaren, in mathematischer Hinsicht ungenauen Innenleben der Menschen sollen sich die Psychologen abquälen.

Die ökonomische Sicht auf die Antriebsstruktur des Menschen hat sich weitgehend durchgesetzt. Sie prägt inzwischen die allgemeine Auffassung von der Wirkung von Belohnungen und Strafen. Die Annahme, Menschen würden eine Tätigkeit häufiger und vor allem bereitwilliger unternehmen, wenn sie dafür auch mehr Geld bekommen, wird kaum angezweifelt. Dass aber Menschen aus innerer Motivation heraus agieren, wird vielfach noch ausgeklammert.

Glossar

Extrinsische Motivation

Handeln aufgrund äußerer Einflüsse, zum Beispiel monetärer Belohnungen oder Strafen. Dazu zählen aber auch positive und negative Sanktionen wie Lob oder Tadel.

Intrinsische Motivation

Ausübung einer Tätigkeit um ihrer selbst willen. Die Bedürfnisbefriedigung erfolgt bereits durch die Handlung an sich, nicht durch damit verbundene Ergebnisse oder äußere Einflüsse.

Meld-Score

Der Meld-Score (Model for end stage liver disease) beschreibt den Dringlichkeitswert für eine Lebertransplantation. Je höher der Meld-Score ist, desto größer ist die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient ohne Spenderorgan in den nächsten drei Monaten verstirbt.

Pay for Performance (P4P):

Häufig missverständlich mit leistungsorientierter Vergütung (besser ergebnisorientiert) übersetzt, verfolgt P4P das Ziel, die Vergütung an das Erreichen von qualitativen oder quantitativen Zielen zu knüpfen. Für die Abbildung von Qualitätszielen werden in der Regel messbare Indikatoren wie zum Beispiel Impfquoten oder Komplikationsraten verwendet.

Public Reporting/Public Disclosure

Veröffentlichung von gemessenen Indikatoren und Parametern, die Aussagen über Leistung und Qualität zum Beispiel eines Krankenhauses ermöglichen sollen. Die Veröffentlichung kann sich entweder auf einen eingeschränkten Adressatenkreis beziehen, beispielsweise vergleichbare Einrichtungen einer Region, oder uneingeschränkt über Medien oder Internet erfolgen.

Regelleistungsvolumina

Nach Paragraph 87b Sozialgesetzbuch V alter Fassung (gültig bis 31. Dezember 2011) wiesen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung den Ärzten arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) zu. Ein RLV ist die von einem Arzt oder einer Praxis insgesamt abrechenbare Menge an Leistungen, die mit einem festen Punktwert (ein in Cent bemessener Wert) vergütet werden. Für darüber hinausgehende Leistungen gibt es einen verringerten Punktwert. Die Regelleistungsvolumina berechnen sich aus einem durchschnittlichen RLV-Fallwert und einer RLV-Fallzahl – Größen, die aus der Abrechnung aus dem Vorjahr ermittelt sind. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012 hat der Gesetzgeber die Vorschriften zur Honorarverteilung deutlich reduziert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind teilweise zu anderen Methoden übergegangen, arzt- und praxisbezogene Budgets zu ermitteln.

Quelle: AOK-Bundesverband, DIMDI, InEK

Geld kann demotivieren. Dabei belegen inzwischen Studien, dass intrinsische und extrinsische Motivation auch einen negativen Zusammenhang haben. Ein von außen kommender (extrinsischer) Impuls kann bewirken, dass eine Tätigkeit, die bisher ihrer selbst willen (intrinsisch) unternommen wird, unterhöhlt oder verdrängt wird. Der Schweizer Psychologe Bruno Frey nennt dieses Phänomen „Verdrängungseffekt“. Dass dieser Effekt eintritt, belegt beispielsweise eine Studie mit Bewohnern eines Altenheims. Sie sollten mithilfe von Gutscheinen dazu bewegt werden, bestimmte Aufgaben zu erledigen. Aber schnell stellte sich heraus, dass die Begünstigten die Bereitschaft verloren, ohne Aussicht auf Gutscheine auch nur irgendetwas zu tun. Sie waren noch nicht einmal mehr bereit, zuvor gerne getätigte Arbeiten zu machen, wenn sie dafür keine Gutscheine erhielten.

Warum der Verdrängungseffekt eintritt, ist nicht eindeutig geklärt. Psychologen sehen einen wesentlichen Grund in dem subjektiven Gefühl, durch extrinsische Anreize fremdbestimmt und kontrolliert zu sein. Der empfundene Eingriff in die eigene Autonomie kann Reaktanzverhalten auslösen und sich in Auflehnung, Verweigerung oder demonstrativ konformen, aber tatsächlich obstruktiven Handlungen wie dem sogenannten Dienst nach Vorschrift äußern. Auch können extrinsische Anreize die Motivation negativ beeinflussen, wenn sie als ungerecht empfunden werden. In der Regel scheint es das Bedürfnis nach Autonomie und Fairness zu sein, dass viele Menschen durch das Versprechen auf zusätzliches Geld beeinträchtigt sehen. Diese Effekte wirken sich um so deutlicher aus, je komplexer und eigenverantwortlicher die ausgeübte Tätigkeit ist.

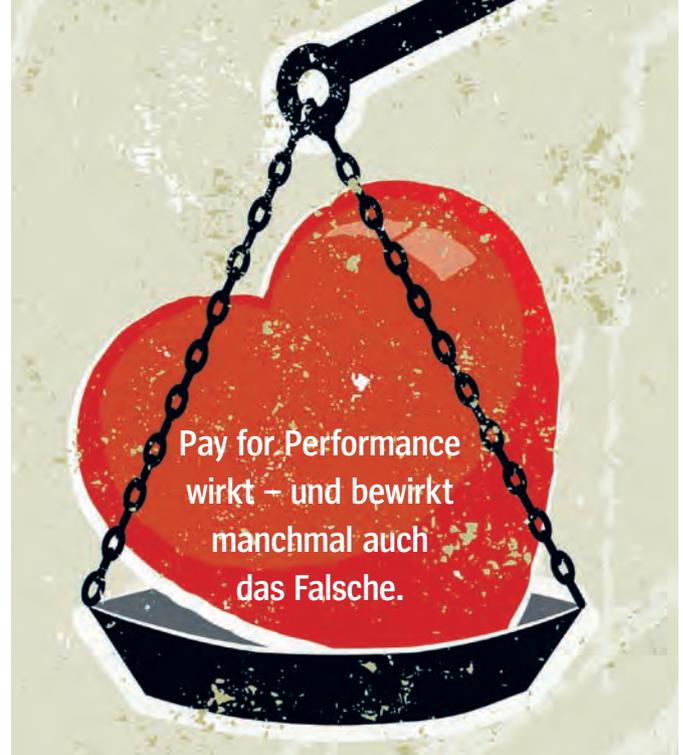
Reformen nach dem Prinzip Hoffnung. Eine Berufsgruppe, in der finanzielle Anreize sowie Verantwortung eine bedeutende Rolle spielen, ist die Ärzteschaft. Obwohl seit Langem bekannt ist, dass Verhalten und Entscheidungen bei Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verschiedenen Einflüssen unterliegen (siehe Übersicht „Was das Ärzteverhalten beeinflusst“ auf Seite 22), stand und steht in der gesundheitspolitischen Diskussion der finanzielle Anreiz im Mittelpunkt. Entsprechend gibt es ein unübersichtliches und teilweise widersprüchliches Geflecht ökonomischer Steuerungsmechanismen. Dazu zählen zum einen beabsichtigte Anreizsysteme wie Vergütungszuschläge für Leistungen, die Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen gemeinsam fördern möchten. Mehr Geld kann es beispielsweise für ambulante Operationen oder die medizinische Versorgung von Patienten in Pflegeheimen geben. Und mit jedem Reformgesetz treten neue Fördertatbestände in Kraft, mit denen die jeweilige Regierungskoalition hofft, Ärzte zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen. Und dabei geht es immer nur um Geld.

Honorsystem setzt unbeabsichtigte Anreize. Daneben gibt es aber implizite, nicht immer beabsichtigte Anreizwirkungen, die in der Ausgestaltung des Honorarsystems begründet sind und das Verhalten der Ärzte beeinflussen können. So belohnt tendenziell die Vergütung einzelner ärztlicher Tätigkeiten (Einzelleistungsvergütung) Mengenausweitungen. Demgegenüber fördern Pauschalhonorare eher eine Verknappung. Bestimmte Leistun-

gen zu erbringen, kann auch allein schon deshalb für Ärzte attraktiv sein, weil sie zu hoch bewertet sind – ein Verdacht der häufig im Zusammenhang mit außerordentlich häufig erbrachten ambulanten Operationen geäußert wird. Und die im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung hohe, unbudgetierte Vergütung von privatärztlichen Leistungen nach den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte wird als Ursache für die steigenden ärztlichen Umsätze mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sowie der Bevorzugung von Privatpatienten bei der Terminvergabe angesehen.

Finanzieller Nutzen beeinflusst Ärzteverhalten. Überspitzt formuliert lässt sich behaupten: Niedergelassene Ärzte sind von finanziellen Anreizen geradezu umstellt. Und so gibt es Belege dafür, dass sich Mediziner von monetären Aussichten statt von ihrer Berufsethik leiten lassen und Veränderungen in der Vergütung die Erbringung ärztlicher Leistungen beeinflussen. Gesundheitsökonomien jedenfalls sind sich weitgehend einig, dass Ärzte stark auf finanzielle Anreize reagieren. Ein bemerkenswertes Beispiel liefern Shah et al. im renommierten Journal of the American Medical Association (siehe „Lese- und Webtipps“ auf Seite 23). Sie untersuchten, inwieweit eine Belastungsuntersuchung bei Herzpatienten, teilweise verbunden mit einer Injektion radioaktiver Substanzen, mit der ärztlichen Vergütung zusammenhängt. Ergebnis: Die Ärzte stellten die Indikation deutlich häufiger, wenn sie die Untersuchung selbst machten und abrechneten, als wenn sie Patienten an einen anderen Arzt überwiesen. Die Autoren schlossen daraus, dass die Indikationsstellung nicht allein nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach finanziellen Kriterien erfolgte.

Ärzte machen Menge. Vergleichbare Studien gibt es für Deutschland zwar nicht. Dass aber finanzielle Kriterien auch hierzulande ärztliches Verhalten beeinflusst, zeigt beispielsweise die Honorarreform 2009. Trotz erheblicher Vergütungssteigerungen war die Ärzteschaft über die individuellen Auswirkungen verunsichert. Angesichts der von den Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichten Zahlen zu den Regelleistungsvolumina (siehe „Glossar“ auf Seite 20) befürchteten viele Ärzte erhebliche Honorarverluste. In der Folge entwickelte sich eine phänomenale Mengendynamik bei jenen Leistungen, die nicht der Mengengrenzung der Regelleistungsvolumina unterlagen. So stieg beispielsweise die Zahl psychosomatischer Gespräche binnen eines Jahres um 95 Prozent. Schenkt man dem damaligen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Dr. Andreas Köhler Glauben, nahmen jene Leistungen, die keiner Mengengrenzung unterlagen, im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr im Durchschnitt sogar um 280 Prozent zu. Dieser drastischer Anstieg lässt sich wohl kaum mit einer Zunahme der Morbidität oder mit dem medizinischen Fortschritt erklären. Ähnlich sehen es Vertragsärzte. So wies die KBV in ihrer offiziellen Stellungnahme zum Versorgungsstärkungsgesetz vom 19. Februar 2015 darauf hin, dass eine Vergütung ohne Mengengrenzung zur Leistungsausweitung führe und den Anreiz setze, die Abrechnungsmöglichkeiten über Gebühr auszunutzen. Nun wäre die Empfänglichkeit der Mediziner für finanzielle



Anreize für sich allein genommen kein Grund zur Besorgnis. Denn dies bedeutet zunächst ja nur, dass ihr Verhalten auf diese Weise steuerbar ist. Problematisch aber wird es, wenn medizinische Kriterien in den Hintergrund treten.

Vergütung an Qualität koppeln? Ein anschauliches Beispiel für das Dilemma finanzieller Anreize ist die sogenannte leistungsbezogene Vergütung (Pay for Performance, P4P). Ihr Grundgedanke: Den Arzt für erreichte Qualitätsziele zu entlohnen und nicht für einzelne Tätigkeiten. Hierbei werden wie unter einem Mikroskop die Wirkungen und Nebenwirkungen von Belohnungen sichtbar. So kann zum einen die Erkenntnis als gesichert gelten, dass Ärzte bei der qualitätsbezogenen Vergütung entsprechend des finanziellen Anreizes handeln. Deutlich wird dies beispielsweise in der Studie von Doran et al. (siehe „Lese- und Webtipps“ auf Seite 23) zum Projekt „Quality and Outcomes framework (QOF)“ des britischen National Health Service. Das Projekt koppelte erhebliche Vergütungsanteile an das Erreichen bestimmter Qualitätsziele. Damit sollte die Behandlung einiger chronischer Krankheiten, beispielsweise Diabetes, verbessert werden. Tatsächlich verbesserten sich diejenigen Qualitätsparameter, die mit einem finanziellen Bonus versehen waren.

Qualitätsziele zu niedrig gesteckt. Die Autoren der Studie relativierten diesen positiven Befund aber sogleich wieder. Denn die Ärzte konnten die Ziele leicht erreichen, weil sie nicht besonders hoch gesteckt waren. Zudem konnten die Mediziner Patienten mit mangelnder Therapietreue von der Zählung ausschließen. Und davon machten die Ärzte reichlich Gebrauch.

Besonders bemerkenswert war aber eine weitere Beobachtung: Neben den finanziell geförderten wurden noch weitere Qualitätsparameter gemessen, für die es aber keinen Bonus bei Zielerreichung gab. Dazu gehörten beispielsweise die Häufigkeit der Grippeimpfung bei Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen oder die Blutzuckermessung bei chronischen Herz-

Was das Ärzteverhalten beeinflusst

Finanzielle Anreize	Die Art der Vergütung (Einzelleistungs- oder Pauschalvergütung) sowie Unterschiede in der Honorierung von Leistungen beeinflussen Auswahl und Durchführung der erbrachten Leistungen.
Intrinsische Motivation und berufliches Selbstbild	Interesse und Freude an einer Handlung sind ein starker Anreiz für eine gute Leistung. Ärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer können durch ihren professionellen Anspruch an sich selbst und dem Wunsch, anderen durch gute Leistung zu helfen, motiviert werden.
Organisatorische Einflüsse	Unternehmenskultur, Managementansätze und die Organisation des Versorgungsablaufs (wie werden Behandlungen terminiert, welche Ressourcen stehen zur Verfügung, welchen Stellenwert hat Patientensicherheit?) können einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringung haben.
Politische Rahmenbedingungen	Übergeordnete Entscheidungsebenen beeinflussen zum Beispiel durch die Definition des Leistungskatalogs die Entscheidungen der Ärzte.

Quelle: Commonwealth Fund, *Incentives 2.0 – a synergistic Approach to provider Incentives*, 2014, eigene Darstellung

erkrankungen. Die dort beobachtete Leistung der Ärzte entwickelte sich schlechter als erwartet. Offenbar investierten die Mediziner ihre Zeit darin, die monetär geförderten Ziele zu erfüllen und finanziell „unattraktive“ Ziele zu vernachlässigen.

Solche strategischen Anpassungshandlungen sind nicht nur für das britische QOF-Projekt typisch, sondern kennzeichnen viele P4P-Projekte. Zu diesem Ergebnis kommt ein Sachstandsbericht des BQS Instituts für Qualität & Patientensicherheit im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2012 (siehe Veit/Hertle et al., 2012; Kasten „Lese- und Webtipp“ auf Seite 23).

Transplantationsskandal bringt Boni in Misskredit. Obwohl empirisch belegt ist, dass finanzielle Anreize nicht immer segensreich sind, werden sie im Grundsatz selten infrage gestellt. Allerdings sind sie infolge des Transplantationsskandals in die Kritik geraten. Anschaulich ist der Fall eines Chefarztes des Universitätsklinikums Göttingen, dessen Freispruch jüngst für Aufsehen sorgte. Zwar verneinte das Gericht eine Strafbarkeit, bestätigte aber den Sachverhalt: Um die Zahl der Leber-Transplantationen zu erhöhen, wurden in Göttingen offenbar Laborparameter und klinische Eigenschaften von Patienten, insbesondere der Dialysestatus, wiederholt manipuliert. Der Schweregrad der Lebererkrankung (Meld-Score, siehe „Glossar“ auf Seite 20) von Patienten stieg, und sie rückten auf der Warteliste für ein Spenderorgan weit nach oben. Bei anderen Patienten wurden Nebenerkrankungen verschwiegen, die zu einem Ausschluss von der Warteliste geführt hätten.

In der Anklageschrift fand insbesondere der Umstand Beachtung, dass die Universitätsklinik mit dem Arzt eine auf zwei Jahre befristete Bonusregelung vereinbart hatte. Er erhielt pro Kalenderjahr beginnend mit der 21. Lebertransplantation für jede weitere Verpflanzung bis zur Höchstgrenze von 60 Operationen eine Sonderzahlung von jeweils 1.500 Euro. Offenbar war die Übereinstimmung dieser Bonusregelung mit dem dann

tatsächlichen Betrieb des OPs verblüffend exakt. In den beiden Jahren, in denen die Bonusregelung galt, wurden in Göttingen 59 Lebern transplantiert. Danach sank ihre Zahl auf 31.

Ärztetag agiert widersprüchlich. Obleich diese Zahlen ein auffälliges Zusammenfallen von finanziellem Anreiz und tatsächlichem Handeln indizieren, ist dies selbstverständlich kein Beweis für die Kausalität. Ob es wirklich wegen des Bonus Manipulationen gab, ist lediglich ein Verdacht. Bewiesen ist das nicht. Für die Ärzteschaft aber reichte der Verdacht, um sich 2012 auf dem Ärztetag in Nürnberg gegen Bonuszahlungen im Krankenhaus auszusprechen: Zielvereinbarungen, die von einer Stückzahlen-Mentalität und nicht von medizinisch-qualitativen Kriterien getragen seien, seien mit der ethischen Verpflichtung des Arztes nicht zu vereinbaren. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, ging noch weiter, als er in einem Interview im Deutschen Ärzteblatt vom 2. Dezember 2014 die Meinung äußerte, dass die meisten finanziellen Anreize eine integrale Versorgung erschweren.

Zwar räumten Ärzte damit öffentlich ein, dass finanzielle Boni zu unethischem Handeln führen können. Aber konsequent war der Nürnberger Ärztetag nicht. Denn er forderte kurioserweise die Einführung der unbudgetierten Einzelleistungsvergütung für niedergelassene Ärzte – also ausgerechnet jene Form der Vergütung, die im Prinzip die gleichen Anreize setzt wie die geächteten Boni für Chefarzte und die „Stückzahlen-Mentalität“ belohnt. Finanzielle Anreize als unethisch zu verurteilen und zugleich die Einzelleistungsvergütung zu fordern, ist inkonsequent und trägt nicht gerade zur Glaubwürdigkeit bei. Denn warum sollten finanzielle Anreize bei Krankenhausärzten anders wirken als bei niedergelassenen Mediziner?

Praxen gehen selten pleite. Wie bei der Verteilung von Spenderorganen steht auch ein niedergelassener Arzt bei seiner Entscheidung, welche Leistungen er erbringt und welche nicht, vor einem

Allokationsproblem. Er muss seine Arbeitszeit so einsetzen, dass der maximale Nutzen entsteht. Finanzielle Anreize beeinflussen diese Entscheidung. Der wirtschaftliche Nutzen konkurriert mit dem Selbstverständnis des Arztes und seinem Ideal und können wegen der empfundenen Fremdbestimmung zum anfangs beschriebenen Verdrängungseffekt führen. Die Unsicherheit über die wirtschaftlich richtige Therapieentscheidung kann dazu dienen, Rationierung und damit unethisches Verhalten zu rechtfertigen. Vielleicht das prominenteste Beispiel für eine solche Rechtfertigungsstrategie ist die Behauptung einer betriebswirtschaftlichen Notwehrsituation. Vertreter ärztlicher Berufsverbände jedenfalls warnen immer wieder vor drohenden Insolvenzen, obwohl ein Blick in die Insolvenzstatistiken zeigt, dass Praxispleiten äußerst selten sind.

Aber was ist die Konsequenz aus all dem? Nimmt man die laufende Gesetzgebung zum Maßstab, liegt die Antwort in einem Ausbau bürokratischer Steuerung. Terminservicestellen und administrativ komplexe Zweitmeinungsverfahren sollen helfen, die Folgen dysfunktionaler Anreizstrukturen zu beheben – das eine, um gesetzlich Versicherten das Gefühl zu vermitteln, nicht länger gegenüber den für den Arzt lukrativeren Privatpatienten benachteiligt zu sein, das andere um zu verhindern, dass medizinisch nicht notwendige, aber wirtschaftlich attraktive Behandlungen erfolgen. Diese Maßnahmen bleiben letztlich Stückwerk.

Arbeitszeit statt Ausstattung honorieren. Konsequenter, aber politisch ungemein anspruchsvoller wäre es, auf finanzielle Anreize in der ärztlichen Vergütung weitgehend zu verzichten. Wenn der Arzt in wirtschaftlicher Hinsicht gegenüber verschiedenen Therapieoptionen indifferent ist und von einer Alternative keinen ökonomischen Vorteil hat, kann er wirklich frei aus intrinsischen Motiven entscheiden. Umsetzbar wäre dies durch eine konsequente Trennung der Honorierung der ärztlichen Arbeitszeit und der Vergütung für die technische und personelle Ausstattung einer Praxis. Dies würde erlauben, dass ein Arzt für die Zuwendung zum Patienten vergütet würde und nicht für einzelne Tätigkeiten. Auch müsste die finanzielle Privilegierung der Behandlung von Privatversicherten beendet und die Spielräume für die Abrechnung von IGeL-Angeboten beschränkt werden. Finanzielle Anreize sollte es nur für das wirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsverhalten geben.

Ergebnisberichte spornen an. Zudem müsste der Fokus auf die intrinsische Motivation gelegt werden. Dazu kann zum einen ein offenes, nicht unmittelbar mit Sanktionen belegtes Berichtswesen über die Ergebnisse ärztlicher Behandlungen beitragen (public reporting oder public disclosure; siehe „Glossar“ Seite 20). Beispiele, dass solche Informationen teilweise erstaunliche Ergebnisse hervorbringen, gibt es zuhauf – leider auch diesmal hauptsächlich aus dem angloamerikanischen Raum. So zeigt ein Projekt in Pennsylvania, dass die Einführung von „quality report cards“ – sie informieren Herzchirurgen über die Ergebnisse ihrer Eingriffe und die ihrer Kollegen – einen viermal höheren Einfluss auf die Ergebnisqualität haben als Erfolgsboni. Auch in der bereits erwähnten Arbeit von Doran et al. wurde konstatiert, dass die wesentlichen Qualitätsverbesserungen im

britischen QOF-Projekt bereits eingetreten waren, bevor es Prämien für die Zielerreichung gab. Bis dahin hatte man die Ärzte lediglich über die Ergebnisse unterrichtet. Und das war offenbar Ansporn genug.

Fehlerkultur motiviert. Daneben beeinflussen organisatorische Faktoren das intrinsische Verhalten von Medizinern – insbesondere in Krankenhäusern, aber nicht nur dort. So hat die Unternehmenskultur, zum Beispiel der Umgang mit Fehlern, Hierarchiestrukturen und Arbeitsorganisation, einen großen Einfluss auf die Arbeit der Ärzte und des nicht-ärztlichen Personals. Eine motivationsfördernde Umgebung zu schaffen, ist eine zentrale und permanente Herausforderung für Praxen und Kliniken.

Feld für die empirische Forschung. Die Strategie, stärker auf „weiche“, intrinsische Motivationsfaktoren zu setzen statt auf finanzielle Belohnungssysteme, betrifft alle Ebenen des Gesundheitswesens und ist ein steiniger Weg, für den zunächst einmal der Pfad der Erkenntnis gegangen werden muss. Zwar ist die wissenschaftliche Basis vorhanden, aber immer noch schmal – insbesondere in Deutschland. Projekte, wie das Breakthrough Health care opportunities program des Commonwealth Fund, das sich unter anderem mit nicht-monetären Anreizen beschäftigt, sind selten und hierzulande faktisch nicht existent. Aber eine hinreichende empirische Basis ist eine wichtige Voraussetzung, um politische Prozesse in Gang zu setzen.

Nicht nur deswegen sei vor Zuversicht auf eine kurzfristige Verbesserung gewarnt. Eine einmal zerstörte oder verdrängte Motivation ist nur auf lange Sicht wieder herzustellen. Als in den israelischen Kindergärten nach der Studie die Strafgebühr aufgehoben wurde, blieb die Häufigkeit der Verspätungen noch Monate lang auf dem hohen Niveau. ■

Stephan Feldmann ist Referent für Vergütung in der Abteilung Ambulante Versorgung des AOK-Bundesverbandes.
Kontakt: Stephan.Feldmann@bv.aok.de

Lese- und Webtipps

- Gneezy, U./Rustichini, A.: **A fine is a price.** Journal of legal studies 1/2000, Seite 29 ff.
- Shah, B./Cowper, P. et al.: **Association between physician billing and cardiac stress testing patterns following coronary revascularization.** Journal of the American Medical Association 2011; 306: 1993–2000.
- Doran, T./Valderas, J., et al.: **Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework.** British Medical Journal 2011; 342: d3590
- Veit, C./Hertle, D. et al.: **Pay-for-Performance im Gesundheitswesen.** Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012. BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit. Düsseldorf. www.bqs-institut.de
- Hertle, D./Veit, C.: **Pay for Performance – Wundermittel für mehr Qualität?** G+G 5/2013, Seite 32–37.
- Amelung, V./Jensen, S. et al.: **Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?** G+G-Wissenschaft 2/2013, Seite 7–15, www.wido.de > Publikationen

DEMENZ

Geschützte



Freiheit

Links oder rechts ums Rondell, zum Gemüsebeet, in den Clubraum oder einmal durch das Nachbarhaus: Die Pflegeeinrichtung Tönebön am See bietet Menschen mit Demenz Platz zum Laufen, damit sie seltener an ihre Grenzen stoßen. **Anne Töpfer** (Text) und **Werner Krüper** (Fotos) haben sich im ersten Demenzdorf Deutschlands umgeschaut.



Auf der Terrasse vorm Café raucht Frau Rust (*Name von der Redaktion geändert*) eine Zigarette. Die schlanke 51-Jährige mit dunkelbraunen, halblangen Haaren scheint in Gedanken versunken. Neben ihr sitzt Herr Jorek, ein drahtiger Mann von Mitte 70 mit grauem Bürstenschnitt. Er kommentiert halblaut, was sich auf dem Platz zwischen den vier eingeschossigen Häusern abspielt. Eine Dame in gepflegtem Outfit, vielleicht 75, läuft auf dem Rundweg, bleibt stehen. Sie wirkt ratlos, dreht sich um, geht zur Voliere, spricht mit den Wellensittichen, geht weiter, beugt sich zu den Rosen, zupft vorsichtig an den Blättern. „He“, versucht Herr Jorek sie zu stoppen. Zu seiner Nachbarin gewendet, stellt er fest: „Das ist ja blamabel. Sie ist gar nicht orientiert.“ Frau Rust entgegnet sanft: „Sie ist aber auch ein Menschenkind.“ Dann schweigt sie

wieder und schaut auf ihre Sandalen. „Ich brauche Ballerinas.“ Dazu hat Herr Jorek keine Meinung. Er erzählt lieber vom Sommerfest: „Das war richtig gut, da kann sich keiner beschweren. Wir haben Rock'n Roll getanzt, bis ich meinen Schuh verloren habe.“ Frau Rust lächelt in sich gekehrt.

Eine Viertel Stunde Glück. Frau Rust und Herr Jorek leben in Tönebön am See am Stadtrand von Hameln, weil sie zu Hause nicht mehr klarkommen. Wege nicht mehr finden, Schlüssel und Namen vergessen, Gesichter nicht zuordnen können. Die Wirklichkeit der anderen entgleitet ihnen nach und nach. Diagnose: Demenz. Beiden ist das Handicap in der Mittagsstunde am Töneböner Dorfplatz – ein teils gepflastertes, teils mit Blumen und Sträuchern bepflanztes Rondell in der Mitte der Häuser – kaum anzumerken. Entspannt unterhalten sie sich, so vertraut, als wären sie Kollegen, nur mal kurz vom Schreibtisch aufgestanden und auf eine Zigarette vor die Tür gegangen.

So viel Normalität wie möglich – das gehört zum Konzept der Einrichtung, die ihre Tore vor rund anderthalb Jahren geöffnet hat und inzwischen mit 44 Frauen und acht Männern voll belegt ist. Es gibt eine Warteliste. Kerstin Stammel, Altenpflegerin und Qualitätsmanagerin in der Tönebön Stiftung (siehe Kasten auf dieser Seite) hat das Demenzdorf mit geplant. Es ist das erste hierzulande, nachdem in Holland bereits vor vielen Jahren das Demenzdorf Hogewey öffnete. „Menschen mit Demenz merken im Anfangsstadium, wie sie die Orientierung verlieren. Wir versuchen den Alltag so zu gestalten, dass sie mit dieser Einschränkung leben können“, erläutert Stammel. Das heiße für viele Frauen: Haushalt, zum Beispiel Kartoffeln schälen, Wäsche aufhängen. „Wenn Sie einem hoch dementen Menschen einen Apfel und ein Messer in die Hand drücken, fängt er an, ihn zu schälen. Wenn dann jemand sagt: toll und danke, hat dieser Mensch eine Viertel Stunde Glück erfahren.“



„Hallo, kennen wir uns von irgendwoher?“ Tönebön-Bewohnerin Frau Pape ist wie ihr Nachbar im Demenzdorf tagsüber häufig auf den Wegen zwischen den Häusern zu treffen.

„Ich bin die Mutti fürs Haus“, sagt Betreuungsassistentin Elke Wiegand (rechts). „Sie macht das sehr gut“, findet Frau Walter, die in der Villa Ziegelhof in Tönebön am See lebt. Sie probiert den Eintopf, der mittags im Gemeinschaftsraum auf den Tisch kommt.

Leben rund um den Herd. Die Villa Ziegelhof ist eines von vier Häusern, die auf dem etwa vier Fußballfelder großen Gelände stehen. In jedem Haus wohnen jeweils 13 Menschen. Im Aufenthaltsraum der Villa Ziegelhof dampft in der Küchenecke auf dem Herd ein Rindereintopf. Elke Wiegand, die hier seit rund einem Jahr als Alltagsgestalterin arbeitet, gibt noch etwas gekörnte Brühe hinzu. Im Backofen geht gerade ein Schokoladenkuchen auf. Frau Wiegand lässt Frau Walter den Eintopf probieren. „Mhhh“, sagt Frau Walter, und ergänzt mit Blick auf Elke Wiegand: „Sie macht das sehr gut.“

Im Aufenthaltsraum sitzen einzeln an Vierertischen drei blasse Frauen und schauen aus dem Fenster. Auf dem Sofa, der Küchenzeile gegenüber, liegt eine der älteren Bewohnerinnen und schläft. Am niedrigen Tisch vor dem Herd, an dem, wer will, beim Gemüseschneiden helfen kann, sitzt eine Frau im Rollstuhl. Sie murmelt etwas und hebt langsam die rechte Hand. Frau Wiegand reicht ihr einen Becher mit Trinkaufsatz. „Ich bin die Mutti fürs Haus“, erzählt Elke Wiegand. Sie arbeitet seit 30 Jahren in der Pflege und hat in der Abendschule die Ausbildung zur Betreuungsassistentin absolviert. „Vorher habe ich in einer geschlossenen Abteilung gearbeitet. Dort habe ich gemerkt: Menschen mit Demenz brauchen Licht und Freiheit.“ In Tönebön arbeite sie gern: „Ich stehe voll hinter dem Konzept.“

Demenzdorf Tönebön: Vier Häuser für 52 Bewohner

Die Pflegeeinrichtung Tönebön am See in Hameln öffnete im März 2014. In vier eingeschossigen Häusern befinden sich neben einem 99 Quadratmeter großen Gemeinschaftsraum mit integrierter Küche jeweils 13 Einzelzimmer für Menschen mit Demenz. Rechtlich handelt es sich um ein Pflegeheim. Die Bewohnerinnen und Bewohner leben in Wohngemeinschaften. Die Gesamtkosten für einen Bewohner in Pflegestufe II betragen 3.281 Euro pro Monat. Davon trägt die Pflegekasse 1.330 Euro. Im August 2015 waren von 52 Bewohnerinnen und Bewohnern im Alter zwischen 51 und 96 Jahren 43 gesetzlich versichert. Die Einrichtung hat 62 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, darunter Betreuungskräfte nach Paragraph 87 b (Alltagsgestalter, Alltagsbegleiterinnen), Pflegefachkräfte und Hauswirtschafterinnen.

Die Julius Tönebön Stiftung ist eine Stiftung des bürgerlichen Rechts, gegründet 1940 vom Guts- und Ziegeleibesitzer Julius Tönebön in Hameln. Sie ist Träger mehrerer Pflegeeinrichtungen in Hameln und bietet ambulante und stationäre Pflege an.

Mehr Infos: www.toeneboen-stiftung.de; info@toeneboen-am-see.de



Emotionen ablaufen. In Tönebön am See sind viele der Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber zwischen den Häusern unterwegs, auf einen Stock oder einen Rollator gestützt, allein oder zu zweit. So auch die beiden Freundinnen Frau Levinsky und Frau Kleinevoss. Frau Levinsky, in wadenlanger Hose, kurzärmeligem Hemd und mit Strohhut auf den kurzen grauen Haaren sieht aus, als wenn sie gleich zu einer Bergwanderung starten will. Sie und ihre Freundin sind über den Sommer braun geworden wie Urlauberinnen.

„Ein wichtiges Kriterium für unser Betreuungskonzept ist der meist erhöhte Bewegungsdrang von Menschen mit Demenz“, sagt Kerstin Stammel. „Das können sie im klassischen Heim kaum ausleben. Da geht es immer nur bis zur Wohnbereichstür. Dort heißt es: Kommen Sie mal zurück, wir gehen später raus. Wir wollten hier aber eine dauernd zugängliche Außenfläche bieten.“ In Tönebön am See können die Bewohner jederzeit irgendwo raus und irgendwo wieder reingehen. „Wenn jemand innerlich getrieben ist, sich über etwas geärgert hat, dreht er auf dem Dorfplatz seine Runden, läuft seine Emotionen ab.“ Sie könne richtig sehen, wie die Bewohner von Minute von Minute ruhiger werden, sagt Kerstin Stammel. Der Bewegungsdrang sei zu unterscheiden von der Tendenz wegzulaufen. „Fachleute sprechen übrigens von Hinlauf-Tendenz“, erläutert die Altenpflegerin. „Die Menschen wollen nicht weg, sondern wollen woanders hin. Diesen Wunsch leiten wir um. Eine 80-Jährige will vielleicht zu ihren Kindern, um ihnen was zu kochen, wenn sie aus der Schule kommen. Dann sagen wir: Wir können ja hier in der Küche schon mal was vorbereiten.“ Menschen mit Demenz schlicht mit der Realität zu konfrontieren, wäre der falsche Weg, so Kerstin Stammel.

Hüftprotektoren ersetzen Fixiergurte. Das Demenzdorf ist von einem 1,20 Meter hohen grünen Maschendrahtzaun umgeben. Er verläuft hinter einem Rasenstreifen auf der Rückseite der Häuser. „Einmal hat ihn ein Pferd vom benachbarten Reiterhof übersprungen. Das stand dann bei uns auf dem Dorfplatz“, erzählt Kerstin Stammel. „Der Zaun ist für unsere Bewohner

nicht präsent. Sie stehen nicht davor oder versuchen rüber zu steigen. Eher gehen sie ins Café oder zur Rezeption.“ Die Haupteingangstür öffnet sich automatisch. An der Rezeption sitzt den ganzen Tag eine Mitarbeiterin. „Sie leitet die Menschen um, die ohne Begleitung von Betreuungskräften raus wollen.“ Zudem betreut sie den hausinternen „Minimarkt“, in dem die Töneböner ihren täglichen Bedarf an Lebensmitteln decken können.

Auf Fixierungen wie beispielsweise Bettgitter, Gurte oder Stecktische für Rollstühle, verzichte das Demenzdorf völlig, betont Kerstin Stammel. Deshalb gebe es allerdings mehr Stürze als anderswo. Mit Protektoren versucht die Einrichtung, die Sturzfolgen zu verringern. Bei den Protektoren handelt es sich um spezielle Schutzkleidung, beispielsweise Hosen mit seitlich eingenähten Kunststoff-Elementen, die Knochenbrüche verhindern sollen. „Bewegung ist Freiheit. Wir bieten hier eine geschützte Freiheit“, so Stammel.

Singen im Clubraum. Weil die Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber aktiv seien, brauchten sie weniger Schlafmittel, sagt



Müde und doch mittendrin – im Gemeinschaftsraum lädt ein Sofa zum Nickerchen ein.



„Konzept lässt Offenheit zu“

Sabine Jansen,
Sozialpädagogin, ist Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Was spricht für das Konzept sogenannter Demenzdörfer wie Hogewey in Holland und Tönebön am See in Hameln?

Sabine Jansen: Zwar kenne ich diese Einrichtungen nicht persönlich, gehe aber davon aus, dass hinter dem Konzept engagierte Menschen stehen, die Bewohnern mit Demenz in besonderer Weise gerecht werden wollen. Die erkrankten Menschen sollen in geschützter Umgebung ein Stück Normalität erleben können. Angehörige haben oft ein schlechtes Gewissen, wenn sie ihre Partner oder Eltern in ein Heim geben. Sie sind daher froh, wenn sie ein Konzept finden, das sich in besonderer Weise den Bedürfnissen von Demenzkranken widmet. Das gilt besonders, wenn die Demenz zu schwierigen Verhaltensweisen geführt hat.

Kritiker werfen dem Konzept mangelnde Inklusion vor. Mit Recht?

Jansen: Stationäre Einrichtungen laufen leicht Gefahr, ein abgeschottetes System zu sein. Wir müssen von den Demenzdörfern erwarten, was wir von anderen stationären Einrichtungen auch erwarten: Dass sie nicht abgelegen gebaut werden, sich für die Außenwelt öffnen, in Kontakt mit den Kommunen sind, vielleicht mit Schulen kooperieren. Sie müssen sich als offenes Haus präsentieren, in dem es für Familienmitglieder, Nachbarn und Freunde selbstverständlich ist, ihre erkrankten Angehörigen jederzeit zu besuchen. Das Demenzdorf-Konzept lässt diese Offenheit meiner Meinung nach zu.

Wenn Menschen mit Demenz in die Stadt gehen, kann das für sie Stress bedeuten.

Jansen: Ich würde das individuell betrachten. Für manche Menschen ist das Stress, weil sie die Umgebung nicht mehr erkennen, viele Geräusche auf sie einwirken oder sie keine vertraute Bezugsperson begleitet. Aber es gibt auch viele Menschen mit Demenz, die gern in gewohnter Weise unter Menschen sind und Spaß an Ausflügen haben.

Wie lässt sich gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Demenz verwirklichen?

Jansen: Menschen mit Demenz brauchen Akzeptanz und Empathie. Wissen über den Umgang mit Demenz fördert das Verständnis für die Erkrankten. Begleitdienste könnten dabei helfen, dass Menschen mit Demenz weiterhin an ihren gewohnten Aktivitäten teilnehmen können, beispielsweise im Chor singen oder zum Sportverein gehen. Im Moment geht das in der Regel auf Kosten der Angehörigen – sie stellen die Teilhabe her.

Das Interview führte Änne Töpfer.



„Die Pflanzen wollten Hochzeit machen“, singen Frau Pape und Frau Schnell (r. u. l. im Foto auf S. 29). Beim Umblättern hilft Praktikantin Andrea Thomas.

Kerstin Stammel. „Sie sind abends einfach müde.“ Angebote für Aktivitäten macht das Haus reichlich. Für jeden Tag der Woche stehen drei Termine auf dem Plan, der gegenüber der Rezeption am Schwarzen Brett hängt. Daneben steht auf einem Zettel: ehrenamtliche Mitarbeiter gesucht. Insgesamt zwölf Ehrenamtliche unterstützen die hauptberuflichen Alltagsbegleiterinnen regelmäßig. Morgens um zehn, nachmittags um 14 Uhr und zur Kaffeezeit starten Gruppen für Malen, Gymnastik, Zeitung lesen, Frühschoppen – ein neues Angebot für die Männer –, Walking, Spaziergang, Kegeln, Eisessen oder Singen. Eine ehemalige Praktikantin hat im Garten hinter den Häusern ein Gemüsebeet angelegt, das sie wöchentlich mit einigen Bewohnern pflegt. Dort wachsen Mangold, Kohlrabi und Salat.

Um viertel vor zehn schauen einige Frauen durchs Fenster in den Clubraum, in dem Alltagsbegleiterin Petra Nowak Teller mit Heidelbeeren, Johannisbeeren und Äpfeln bereitgestellt hat. Ihre Kollegin hat links und rechts zwei ältere Damen untergehakt, mit denen sie singend durch die Häuser zieht: „Es klappert die Mühle am rauschenden Bach.“ Die eine oder der andere schließt sich dem Grüppchen auf dem Weg zum Clubraum an. Später sitzen dort sieben Damen und ein Herr am Tisch. Frau Nowak liest eine Geschichte vor, in der eine Rose die Hauptrolle spielt. Eine ganze Weile hören alle zu, einige schließen die Augen. Dann steht eine Teilnehmerin auf, Frau Nowak sagt: „Tschüss, Frau Walter, wollen Sie schon gehen?“ Frau Walter verabschiedet sich freundlich. Fünf Minuten später geht die Tür auf, Frau Walter setzt sich wieder in die Runde. Das wiederholt sich noch zweimal: Abschied, Begrüßung, Abschied, Begrüßung. Niemand stört sich daran.

Als die Geschichte zu Ende ist, verteilt Petra Nowak Liedtexte, alle stimmen ein in „Die Pflanzen wollten Hochzeit machen“ oder bewegen zumindest ihre Lippen. „Ich singe Sopran“, erzählt Frau Pape. „Ich war im Kirchenchor und auch im Kirchenvorstand.“ Beim Umblättern in der Liedermappe hilft ihr eine Praktikantin. „Wir verstehen uns hier alle“, sagt Frau Pape. Sie ist eine aufgeschlossene Frau mit einem großen Bekanntenkreis. Wer sie freundlich anschaut, den fragt sie: „Kennen wir uns von



Einkaufen ohne Portemonnaie: Im Töneböner Minimarkt holt Frau Köhn (rechts) mit Alltagsgestalterin Elke Wiegand Lebensmittel für die Hausgemeinschaft.



Wie auf dem Dorf: Im Gemüsegarten gedeihen unter Obhut der Töneböner Bewohnerinnen Mangold und Salat. Beim Gießen hilft Alltagsbegleiterin Gabriele Haverkamp.

irgendwoher?“ Immer mal wieder umarmt sie die Menschen, die ihr auf dem Töneböner Dorfplatz oder im Café begegnen.

Frühstück bis zehn Uhr. Nadine Pütz mag diese spontane Zuwendung. „Die Bewohner freuen sich, wenn sie uns sehen. Das ist Beziehung.“ Die Pflegeassistentin lacht viel und steckt damit auch Menschen an, die sehr tief in der Demenz versunken sind. „Woher ich das Einfühlungsvermögen habe? Das ist eine Gabe Gottes.“ Seit mehr als einem Jahr arbeitet Pütz im Demenzdorf auf einer 75-Prozent-Stelle. In der Frühschicht von sieben bis 14 Uhr ist sie gemeinsam mit zwei examinierten Pflegefachkräften und zwei Pflegehelfern für die Pflege der 52 Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich. Die große Mehrheit ist in Pflegestufe zwei eingruppiert. „Ich arbeite hier sehr selbstständig. Wenn eine Kollegin Hilfe braucht, oder ich Unterstützung haben will, sprechen wir uns ab. Wir können uns telefonisch jederzeit erreichen“, erläutert Pütz. Wie alle im Töneböner-Team trägt sie statt weißer Pflegekluft ihre normale Alltagskleidung.

„Wir haben hier keinen von der Pflege getriebenen, standardisierten Tagesablauf“, sagt Kerstin Stammel. „Bei uns führt jedes Haus unter der Leitung der Alltagsgestalter sein eigenes Leben. Die Pflege kommt, wenn sie gebraucht wird.“ Kein Bewohner müsse zu einer bestimmten Zeit aufstehen, das Frühstück zieht sich bis zehn Uhr hin. Und wer nicht um zwölf Mittag essen will, kann das später nachholen. Eine Dame sitze ungenut am Tisch. „Sie bekommt den Teller oder das Brötchen in die Hand gedrückt und isst im Gehen.“

Mehr als ein Job. Das Demenzdorf-Konzept verlangt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern viel Flexibilität. „Nicht jeder kommt damit zurecht. Wir haben deshalb schon einige Wechsel im Team gehabt“, sagt Kerstin Stammel. Es sei schwer, Mitarbeiterinnen zu finden. „Ich dachte, bei einem neuen Konzept müssten sie Schlange stehen. Das ist nicht der Fall. Für viele ist die Altenpflege nur ein Job wie jeder andere. Und das hier ist mehr als ein Job.“ Die Mitarbeiterinnen müssten Spaß an der Arbeit haben, Kleinigkeiten wahrnehmen, sich nicht so schnell frustrieren lassen. „Demenz ist nicht heilbar. Aber ein Lächeln von einer Bewohnerin, das ist doch ganz viel.“ Die Mitarbeiterinnen brauchten vor allen Dingen Empathie. „Hier muss man aufs Bauchgefühl hören, die anerzogenen Grenzen im Spind lassen.“ Man solle die Bewohnerinnen auch mal einfach machen lassen, zum Beispiel nicht selbst den Tisch decken, sondern abwarten, ob sie das vielleicht übernehmen wollen. „Viele Pflegekräfte haben das Bedürfnis, alles für die Bewohner zu erledigen. Aber damit nehmen sie ihnen ein Stück Lebensinhalt weg.“

Kerstin Stammel sieht viele Vorzüge in der Arbeit für Töneböner am See. „In der klassischen Altenpflege ist es stressiger. Dadurch, dass unsere Einrichtung weiträumig angelegt ist, dass wir soviel Luft haben, entspannt sich die Situation sehr angenehm.“ Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen eine Schulung, die ihnen das Konzept der Einrichtung nahebringt – mit regelmäßiger Auffrischung. „Das driftet sonst ganz schnell wieder in Richtung klassischer Pflege.“

Hundert Mal um die Töneböner Teiche. Klassische Pflege, also etwa Hilfe beim Aufstehen, Waschen und Anziehen, brauchen Menschen wie Herr Jorek kaum. Im vergangenen Winter hat er sogar beim Schneeschippen geholfen. Der fitte Senior spaziert auch gern im benachbarten Naturschutzgebiet um die Töneböner Teiche, obwohl er das schon „tausendmal gemacht hat“, wie er seiner Freundin erzählt, und betont gelangweilt ankündigt: „Da gehe ich nicht hin.“ Sie lacht und er korrigiert sich: „Naja, vielleicht hundertmal.“ Und geht doch hin: Um viertel vor zwei wartet er mit Frau Levinsky und Frau Kleinevoss vorm Schwarzen Brett gegenüber der Rezeption auf Petra Nowak, die die Gruppe nach draußen begleiten wird. „14 Uhr Spaziergang am See“, liest Herr Jorek vom ausgehängten Plan ab. „Sie müsste gleich hier sein.“ Wie spät es ist, weiß Herr Jorek noch genau. Wie alt er ist, hat er vergessen. ■

Große Spender für



den kleinen Pieks

Für den Schutz vor Infektionskrankheiten zeichnet die Weltgesundheitsorganisation verantwortlich. Doch ihre Finanzkraft sinkt. Private Geldgeber springen in die Bresche, etwa in der Impfallianz Gavi. Der Gesundheits- und Entwicklungsexperte **Jens Holst** kritisiert diesen Trend. Er befürchtet ein Sammelsurium von Einzelprojekten nach Gutdünken der Sponsoren.

Mit Impfungen lassen sich viele Leben retten. Sie schützen nicht nur den Einzelnen, sondern auch die Allgemeinheit. Sie helfen, die Ausbreitung von Krankheitserregern einzudämmen und Seuchen auszurotten. Lebensbedrohliche Krankheiten wie Tetanus, Masern oder Diphtherie lassen sich durch rechtzeitige Impfung vermeiden. So gilt die Kinderlähmung (Polio) heute in weiten Teilen der Welt als besiegt.

Die „Globale Allianz für Impfstoffe und Impfungen“, kurz: Impfallianz Gavi, ist der wichtigste Financier von Impfstoffen in armen Ländern. Die Allianz entstand ab 1999 als öffentlich-private Partnerschaft, um die weltweiten Anstrengungen zum Schutz vor ansteckenden Krankheiten zu bündeln. Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen arbeiten mit Impfstoffherstellern aus Industrie- und Schwellenländern, Forschungseinrichtungen, Zivilgesellschaft, Privatpersonen und philanthropischen Einrichtungen zusammen. Größter privater Spender ist die Bill & Melinda Gates Stiftung (siehe Abbildung „Wer die Impfallianz Gavi finanziert“ auf Seite 33). Die Impfallianz unterstützt arme Länder bei Routine-Impfungen von Kindern und bei der Einführung neuer Impfstoffe (Vakzine) sowie bei deren Lieferung, Verteilung und Lagerung. Zurzeit hilft Gavi den 49 ärmsten

Ländern der Welt – darunter Afghanistan, Haiti, Mali, Nigeria, Pakistan, Südsudan und Tschad – bei der Verbreitung von elf lebensrettenden Impfungen.

Hilfe zur Selbsthilfe. Die Finanzierung kommt von außen, aber die Entwicklungsländer sollen selber über die benötigten Impfungen entscheiden, die Programme überwachen, sich an der Finanzierung beteiligen und auf diese Weise Verantwortung übernehmen. Die Hilfe der Impfallianz ist an die Wirtschaftskraft eines Landes gekoppelt: Gavi fördert nur Länder, deren Pro-Kopf-Einkommen unter 1,59 US-Dollar liegt. Überschreitet ein Land diesen Grenzwert, bietet ihm Gavi Übergangsunterstützung an, bevor es die Impfkosten alleine tragen muss.

In den 15 Jahren ihres Bestehens hat die Impfallianz Gavi nach eigenen Angaben über 500 Millionen Kindern zu Impfschutz verholfen und dadurch etwa sieben Millionen Leben gerettet. Die Impfquote bei Kindern sei mit weltweit rund 86 Prozent so hoch wie noch nie, berichtete Gavi-Geschäftsführer Seth Berkley Anfang Oktober 2015 im Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in Berlin. Anfang 2015 hatte die Allianz Zusagen über mehr als 7,5 Milliarden US-Dollar erhalten, mit denen sie bis 2020 weitere 300 Millionen Kinder impfen und dadurch fünf bis sechs Millionen Leben

retten will. Größte Geldgeber sind neben der Gates-Stiftung Großbritannien, die USA und Norwegen. Deutschland beteiligt sich mit 600 Millionen Euro und hat damit seinen Beitrag deutlich aufgestockt – zwischen 2011 und 2015 waren es noch 189 Millionen US-Dollar (rund 160 Millionen Euro).

Spenden sind zweckgebunden. Die Impfallianz will die Kindersterblichkeit zurückdrängen, die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Industrie- und Entwicklungsländern abbauen und mehr Menschen zu ihrem Recht auf Gesundheit verhelfen. Damit übernimmt sie Aufgaben der WHO, die laut ihrer Verfassung von 1948 „führende und koordinierende Autorität“ bei der Durchsetzung dieses Rechts ist. Die überstaatliche Organisation kann ihre Kernaufgaben wie die Krankheitsbekämpfung und internationale Impfkampagnen immer weniger erfüllen. Denn die Mitgliedsstaaten haben ihre Pflichtbeiträge kontinuierlich zurückgefahren, kapitalkräftige Mitglieder verzögern ihre Zahlungen. Reguläre Beiträge der Staaten machen nur noch ein Fünftel des Budgets aus. Die Haushaltsnöte hätten die WHO längst in die Insolvenz getrieben, wären nicht private Spender eingesprungen. Schritt für Schritt geriet die WHO in die Abhängigkeit privater Akteure, allen voran der medizintechnischen Industrie und multinationaler Pharmakonzerne, aber auch etlicher Privat- und Unternehmensstiftungen. Die Bill & Melinda Gates Stiftung gehört mittlerweile zu den größten Sponsoren der internationalen Gesundheitspolitik. Allein im Geschäftsjahr 2013/14 steuerte sie mit 300 Millionen US-Dollar mehr bei als der größte reguläre Beitragszahler USA. Anders als reguläre Beiträge sind freiwillige Zahlungen von Staaten und privaten Spendern zweckgebunden, also nur nach Vorgaben der jeweiligen Geldgeber verwendbar. Die Wohltätigkeit im Dienste der weltweiten Gesundheit entzieht sich damit zunehmend dem Einfluss öffentlicher und demokratisch legitimer Organisationen wie der WHO. Globale Gesundheitspolitik wird zu einem Sammelsurium unkoordinierter Einzelprojekte nach Gutdünken der Sponsoren.

Gates-Stiftung gibt Impfstoffen Priorität. Wer für Musik bezahlt, bestimmt die Melodie. Als größtem Financier kam dem milliardenschweren Begründer des Microsoft-Konzerns wiederholt die Ehre zu, bei den jährlichen Vollversammlungen der WHO

die Eröffnungsrede zu halten. In den 1990er Jahren habe er davon geträumt, so Bill Gates 2011, dass alle Menschen einen PC haben würden, und nun sei es höchste Zeit, mit der gleichen betriebswirtschaftlichen Effizienz dafür zu sorgen, dass alle Menschen Impfungen bekämen. Mit dem Versprechen, „bis 2020 können wir zehn Millionen Leben retten“, kündigte Gates damals an, seine Stiftung werde ihre Gesundheitsprogramme künftig auf die Entwicklung und den Einsatz von Impfstoffen konzentrieren. „Impfstoffe sind ein Wunderwerk – mit ein paar Gaben können sie tödliche Krankheiten ein Leben lang vermeiden“, schwärmt seine Ehefrau Melinda. „Bei der Gates-Stiftung geben wir Impfstoffen oberste Priorität, weil wir ihre unglaubliche Wirkung auf das Leben von Kindern gesehen haben.“

Einfluss auf die Preise. Leben zu retten, vor allem das von Kindern, ist ein hehres Ziel, das größtmögliche Zustimmung verspricht und sich hervorragend vermarkten lässt. Von der Gates-Stiftung finanzierte, in der Zeitschrift „Health Affairs“ veröffentlichte Studien errechneten Anfang des Jahrzehnts gigantische volkswirtschaftliche Vorteile von Impfkampagnen in den Armenhäusern des globalen Südens: Demnach sollte die Impfung von Kindern gegen Masern, Keuchhusten, den Grippeerreger Haemophilus influenzae, Rotaviren, Pneumokokken und Malaria in den ärmsten Ländern 6,4 Millionen Leben retten, 426 Millionen Krankheitsfälle vermeiden und 6,2 Milliarden Dollar an Behandlungskosten, 143 Milliarden an Produktivitätseinbußen sowie 231 Milliarden Dollar an statistischem Lebenswert einsparen. Die ohnehin gewagten Prognosen gehen von einem wirksamen Impfstoff gegen Malaria aus. Den gibt es aber bis heute nicht – willfähige Wissenschaftler mit teilweise mehrfachen Interessenskonflikten sind offenbar leichter zu finden. Einer der Autoren leitete das Programm zur Entwicklung von Pneumokokken-Impfstoff, als Gavi mit den Herstellerfirmen über den Einsatz entsprechender Vakzine verhandelte.

Seit kurzem ist nicht nur die Immunisierung von Kindern gegen Pneumokokken, einen Erreger von Lungen- und Hirnhautentzündungen, im Programm der Impfallianz, sondern auch gegen den Durchfallkeim Rotavirus. Durchfallerkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache bei Kindern unter fünf Jahren und zu einem großen Teil durch das Rotavirus ausgelöst. Nach WHO-Schätzungen tötet dieser Erreger jedes Jahr mehr

Gavi in Zahlen: Millionen vorzeitige Todesfälle verhindert

Nach Angaben der Impfallianz Gavi lässt sich ihr Erfolg beispielsweise daran ablesen, dass ...

- ... Gavi seit der Gründung im Jahr 2000 dazu beigetragen hat, **sechs Millionen vorzeitige Todesfälle** aufgrund von Krankheiten wie Hepatitis B, Masern, Hirnhautentzündung, Lungenentzündung oder Durchfall zu verhindern.
- ... die Länder, die von Gavi unterstützt werden, im Jahr 2013 beim Dreifachimpfstoff gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten im Durchschnitt eine **Impfrate von 76 Prozent** erreicht haben.
- ... Gavi dazu beigetragen hat, **in mehr als 70 Ländern** das Gesundheitssystem und das Angebot von Impfleistungen zu stärken und die Injektionssicherheit zu erhöhen.

Die Impfallianz bemüht sich nach eigenen Angaben darum, die ärmsten Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Herausforderungen sind immens, denn ...

- ... 2012 starben etwa 6,6 Millionen Kinder vor ihrem fünften Geburtstag. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass **1,5 Millionen** dieser Todesfälle auf Krankheiten zurückgehen, die **durch Impfungen vermeidbar** sind.
- ... fast **22 Millionen** Kleinkinder bleiben jedes Jahr ungeimpft.

Quellen: Impfallianz Gavi, WHO, UNICEF, Bill & Melinda Gates Stiftung (2014)

als eine Dreiviertelmillion Kleinkinder, die meisten in Indien und im südlichen Afrika. Seit 2012 hat Gavi daher die Rotavirus-Impfung ins Programm genommen und verweist darauf, durch die Abnahmegarantie für 132 Millionen Impfdosen den Herstellern einen Preisnachlass um zwei Drittel abgerungen zu haben. „Die Impfstoffmärkte zu Gunsten von Kindern in den ärmsten Ländern der Welt zu beeinflussen, ist das Mandat von Gavi“, erklärte Geschäftsführer Berkley nach dem erfolgreichen Verhandlungsabschluss mit den Herstellern GlaxoSmithKline und Merck. „Wir wollen die Gebermittel besser nutzen, um den Entwicklungsländern zu helfen, mehr Kinder vor tödlichen Krankheiten zu schützen.“ Das klingt gut, übergeht aber das Problem die Preisgestaltung am Arzneimittelmarkt. Unter Verweis auf hohe Forschungs- und Entwicklungskosten langen Pharmahersteller ordentlich zu, wenn sie neue Medikamente am Markt platzieren können. Erhebliche Preisunterschiede in verschiedenen Ländern sind ein Indiz, dass sie sich dabei mehr an der Kaufkraft als an den eigenen Ausgaben orientieren.

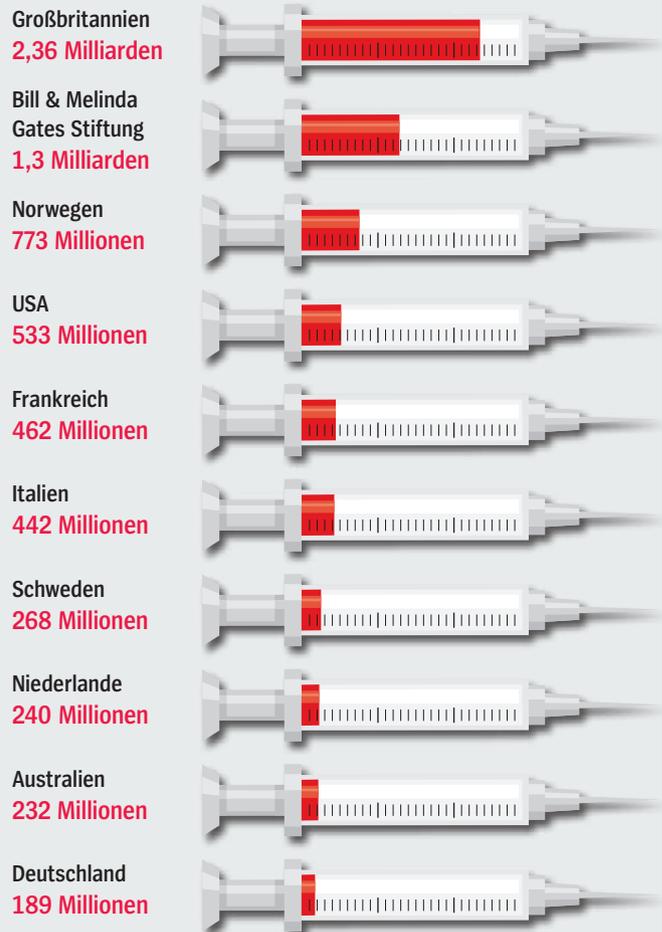
Pharmafirmen erschließen neue Märkte. Der Hinweis der Impfallianz, dank ihres Engagements koste der Pneumokokken-Impfstoff beispielsweise in Sierra Leone nur 3,50 anstatt 90 US-Dollar wie in den USA, stimmt nur zum Teil. Für das erste Fünftel verkaufter Impfdosen erhalten die Hersteller immerhin sieben Dollar, erst danach sinkt der Preis auf die Hälfte. „Diese Preise kamen auf Wunsch der Pharmakonzerne zustande, die damit die Ausweitung der Produktion finanzieren wollten“, gibt Jörg Schaaber von der industriekritischen Buko Pharma-Kampagne zu bedenken: „Die Herstellungskosten von zwei Dollar pro Dosis zahlen die Entwicklungsländer mit ihrer finanziellen Beteiligung weitgehend selber. Den Großteil der Gavi-Zuschüsse können die Hersteller als Gewinne verbuchen.“ Das Geschäft mit Gavi ist für die beteiligten Pharmafirmen in jedem Fall gewinnträchtig: Sie erschließen neue Märkte, kommen über Abnahmegarantien gegen Vorkasse schneller auf ihre Kosten und haben bei fünfjährigen Laufzeiten größere Planungssicherheit. Das Geschäft rentiert sich aufgrund der riesigen Stückzahlen: So bestellte Gavi kurz nach der letzten Geberkonferenz in Berlin im Januar 2015 ganze 600 Millionen Dosen Pneumokokken-Impfstoff. Preisnachlässe im Rahmen von Gavi-Kampagnen sind dabei nur ein relatives Entgegenkommen, das vermutlich von einer stark überzogenen Bezugsgröße ausgeht. Neben fehlenden Plänen für eine längerfristige Unterstützung ist das einer der Gründe, warum sich Deutschland bisher nicht an den Abnahmegarantien beteiligt.

Besser Armut als Keime bekämpfen. Nicht geklärt ist bisher auch die Frage der Wirksamkeit. So ist keineswegs erwiesen, dass mit der Pneumokokken-Impfung die lebensbedrohlichen Lungen- und Hirnhautentzündungen tatsächlich zurückgehen. Mancherorts verlagert sich das Erregerspektrum auf andere Bakterien, die nicht weniger tödlich sind. Die Rotavirus-Impfung senkt zwar das Auftreten gefährlicher Diarrhoen in den besonders betroffenen Ländern um mindestens die Hälfte, wie eine internationale Vergleichsstudie zeigte (Soares-Weiser K et al., 2012, siehe Lese- und Webtipps auf Seite 34). Das macht eine Verringerung

Wer die Impfallianz Gavi finanziert

Die zehn wichtigsten Geber 2011 bis 2015

(Angaben in US-Dollar, Stand: Dezember 2013)



Die Impfallianz Gavi hat sich für private Sponsoren geöffnet. Die Bill & Melinda Gates Stiftung sagte auf der ersten Gavi-Geberkonferenz im Jahr 2011 für den Zeitraum von 2011 bis 2015 1,3 Milliarden US-Dollar zu und lag damit auf Platz zwei. Deutschland hat 189 Millionen US-Dollar gegeben.

Quelle: Impfallianz Gavi, August 2014

der durch diesen Erreger verursachten Todesfälle bei Kindern wahrscheinlich. Zweifelsfrei bewiesen ist das aber bisher nicht. Denn die todbringende Kraft des Rotavirus hängt nicht nur vom Keim ab. Vielmehr besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Armut eines Landes oder bestimmter Bevölkerungsgruppen und der durchfallbedingten Kindersterblichkeit.

Nicht nur der hohe Impfstoff-Preis wirft die Frage auf, ob ein solches Immunisierungsprogramm der sinnvollste Weg zur Vermeidung tödlicher Diarrhoen und zur Verbesserung der Gesundheit in Entwicklungsländern ist. Wie bei anderen Durchfallerregern erfolgt die Übertragung über verschmutzte Nahrungsmittel. Sauberes Trinkwasser, ungefährliche und ausreichende Lebensmittel sowie grundlegende Hygiene dürften wirksamer und langfristig kostengünstiger sein.

Impfkosten überfordern Länder wie Honduras. Ärzte ohne Grenzen begrüßt die Erweiterung des Impfspektrums, warnt aber davor, dass kaum ein Entwicklungsland die Impfkosten selber stemmen kann, wenn das Gavi-Förderprogramm ausgelaufen ist. Die Hilfsorganisation rechnet vor, dass Honduras, eins der ärmsten Länder Mittelamerikas, dessen Volkseinkommen knapp über dem Gavi-Grenzwert liegt, in Zukunft jedes Jahr etwa drei Millionen Dollar aufwenden muss, wenn es weiterhin alle Kinder gegen Rotaviren und Pneumokokken schützen will. Denn trotz des preislichen Entgegenkommens der Pharmakonzerne entfallen drei Viertel der Kosten für das Gavi-Impfpaket auf diese beiden Vakzine. Sie haben maßgeblich dazu beigetragen, dass der Preis für das empfohlene Impfpaket in den letzten zehn Jahren von anderthalb auf 40 US-Dollar gestiegen ist.

Aber nicht nur diese Impfungen erweisen sich als Kostentreiber. Mittlerweile unterstützt Gavi zum Beispiel in Kenia die Immunisierung junger Mädchen gegen das Humane Papillomvirus (HPV). Die Impfung soll vor Gebärmutterhalskrebs schützen und kostet 4,50 US-Dollar pro Dosis. Gavi hat inzwischen die Ankündigung zurückgenommen, damit mehr als zwei Drittel aller Todesfälle aufgrund dieser Krebsart zu vermeiden, verstößt aber gegen die WHO-Richtlinie, die Impfung nur dort einzuführen, wo es flächendeckende Früherkennungsprogramme gibt. Die bleiben trotz der Impfung unumgänglich, da der Schutz nur gegen einige Untertypen des Virus wirkt.

Komplexe Aufgaben nicht vernachlässigen. Impfungen passen perfekt in das Konzept des heutigen Wohltätigkeitskapitalismus, der sich streng an unternehmerischen Grundsätzen orientiert. Entwicklungsprogramme und -projekte müssen Zielvorgaben erfüllen, klaren Kosten-Nutzen-Analysen standhalten und messbare Resultate liefern. Diese Denkweise setzt sich auch in der Politik durch. So sagte Bundeskanzlerin Angela Merkel in ihrer Eröffnungsrede zur diesjährigen Gavi-Geberkonferenz in Berlin: „In Zeiten wirtschaftlicher Herausforderungen ist es wichtiger denn je, dass unsere Investitionen in internationale Entwicklung eine eindeutige, messbare und positive Wirkung haben.“ So berechtigt die Forderung nach Effizienz ist – den Anforderungen an verantwortungsvolle Entwicklungspolitik kann sie nur ansatzweise gerecht werden. „Nicht alles, was man zählen kann, zählt auch, und nicht alles was zählt, kann man zählen“, gab schon Albert Einstein zu bedenken. Den Ansatz der Gates-Stiftung konsequent weiterzudenken bedeutet, das Engagement auf die Bereiche zu beschränken, wo messbare Erfolge winken. Im Zuge des wachsenden Evaluierungs- und Rechtfertigungsdrucks zeigt die Entwicklungszusammenarbeit

in den letzten Jahren eine zunehmende Verengung und eine Abkehr von komplexen Aufgaben. Bisher hält sich die deutsche Entwicklungspolitik noch aufrecht im neopositivistischen Strom der Vereinfacher und verfolgt schwer messbare gesellschaftspolitische Änderungen. Aber der Druck wächst, sich am „Entwicklungsmarkt“ zu positionieren und möglichst auf fahrende Züge mit klaren, messbaren Zielen aufzuspringen.

Systemstärkung bleibt beschränkt. Die Impfallianz will zusätzlich die Gesundheitssysteme der Empfängerländer stärken. Das klingt vernünftig. Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich Gavis „Systemstärkung“ allerdings als beschränkt: Es geht darum, die Rahmenbedingungen für Impfkampagnen zu verbessern, also die Lieferung, Lagerung und Verteilung von Impfstoffen und erforderlichem Material. Das Bekenntnis zur Gesundheitssystemstärkung ändert nichts daran: Gavi zielt auf ein ausgewähltes Krankheitsspektrum. Wissenschaftler vom Tropeninstitut Antwerpen kritisieren den Systemansatz solcher Programme als alten Wein in neuen Schläuchen: „Sie behaupten, ihr selektiver Ansatz trüge zur Stärkung der Gesundheitssysteme bei, aber tatsächlich kann genau das Gegenteil eintreten.“ Schließlich erhalten die Entwicklungsländer über internationale Initiativen wie Gavi erhebliche Mittel. Kein Gesundheitsminister wird diese Gelder aufs Spiel setzen und eigene Prioritäten verfolgen, die nicht mit den Vorstellungen ausländischer Geldgeber im Einklang stehen. Aber es gibt noch andere Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Krebs, die in Entwicklungsländern immer häufiger auftreten. Deren Bekämpfung erfordert Geld, das möglicherweise in Impfprogramme abgeflossen ist.

Teilhabe am wachsenden Wohlstand. Die Neuausrichtung der internationalen Zusammenarbeit verengt nicht nur die gesundheitspolitischen Prioritäten auf „effizient“ behandelbare Erkrankungen, sondern reduziert zugleich Gesundheit und Krankheit auf biomedizinische und klinische Aspekte und nährt den Glauben an die Beherrschbarkeit von Krankheit. Aber Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, und sie hängt weit stärker von anderen Einflussfaktoren als von Mikroben und dem medizinischen Versorgungssystem ab. „Bildung, Wohlstand und Freiheit sind die einzigen Garantien für die dauerhafte Gesundheit des Volkes“, erkannte schon Rudolf Virchow. Am wirksamsten wären „Impfungen“ gegen Armut, Unterernährung, geringe Bildung und gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen. Ein solches Wundermittel wird aber nicht aus medizinischen oder mikrobiologischen Labors kommen. Dafür bedarf es einer Änderung der herrschenden Verhältnisse und einer Teilhabe aller Menschen am weltweit wachsenden Wohlstand. Eine gleichmäßigere Verteilung der globalen Ressourcen wäre das wirksamste Mittel gegen Krankheit und Tod. Der Weg dahin ist allerdings steinig. Da macht es sich Gavi einfacher – impfen, Krankheiten vermeiden, und alles ist gut. ■

Dr. Dr. Jens Holst, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit mehr als 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit. Zurzeit hat er eine Vertretungsprofessur an der Hochschule Fulda.

Kontakt: drjensholst@web.de

Lese- und Webtipps

- Holst, J.: **Lokales Bündnis mit globalen Zielen.** In: G+G 4/2015, S. 20–21
- Holst, J.; Schmidt, J.-O.: **Gesundheit global.** Teil 1 (Asien) in G+G 10/2013, Teil 2 (Afrika) in G+G 11/2013, Teil 3 (Lateinamerika) in G+G 1/2014
- www.gavi.org/de deutschsprachige Informationen über Gavi
- Soares-Weiser, K. et al. (2012): **Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use.** Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11. Art. No.: CD008521. DOI: 10.1002/14651858.CD008521.pub3

„Impfallianz ist eine Erfolgsgeschichte“

Die Impfallianz Gavi will Menschen in ärmeren Ländern vor Infektionen wie Kinderlähmung und Tetanus schützen. Rund ein Viertel des Geldes kommt von privaten Gebern – Mittel, die sonst für diese Aufgabe nicht verfügbar wären, meint Bundesminister Gerd Müller.

Herr Minister Dr. Müller, warum unterstützt die Bundesregierung die Impfallianz Gavi?

Gerd Müller: Die Impfallianz ist eine Erfolgsgeschichte: Gavi hat die Impfung von bislang mehr als 500 Millionen Kindern finanziert und sie so vor Krankheiten wie Polio und Masern bewahrt. Die Allianz hat den Beweis erbracht, wie Impfprogramme schnell, wirksam und kostengünstig die Gesundheit von Kindern in den ärmsten Ländern der Welt verbessern können. Auf einer Konferenz Anfang des Jahres in Berlin haben wir dafür gesorgt, dass ausreichend Mittel bereitstehen, um in den kommenden fünf Jahren weitere 300 Millionen Kinder zu impfen. Es darf nicht sein, dass noch immer jedes Jahr fast sieben Millionen Kinder an vermeidbaren Krankheiten sterben.

Würde die WHO ausreichend öffentliche Gelder der Mitgliedsstaaten erhalten, wäre Gavi vielleicht gar nicht nötig, oder?

Müller: Die WHO ist Partner und Gründungsmitglied der Impfallianz. Sie hat dort wichtige Aufgaben bei der Umsetzung der Impfprogramme. Beides ergänzt sich sehr gut. Mit dem Partnerschaftsmodell von Gavi besteht die Möglichkeit, private Geber zu beteiligen. Die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor mobilisiert zusätzliche Mittel, die ansonsten nicht für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern verfügbar wären. Innerhalb von vier Jahren haben private Partner immerhin fast ein Viertel der Gavi-Mittel beigesteuert.

Welchen Einfluss haben die Geldgeber auf das Impfprogramm?

Müller: Für die Entwicklung von Impfstoffen sind hohe Investitionen nötig. Gavis Zusammenarbeit mit der Impfindustrie ist deshalb eine wichtige Brücke zwischen dem Bedarf in den Entwicklungsländern und der Forschung und Produktion der Branche. Diese braucht Abnahmeaussichten und Garantien. Gavi bündelt die Nachfrage nach Impfstoffen und ist so ein starker Verhandlungspartner der Impfstoffindustrie. Dadurch kann sichergestellt werden, dass es ausreichend Impfstoffe zu stark reduzierten Preisen gibt.

Wie sichert die Impfallianz eine nachhaltige Wirkung des Programms?

Müller: Gavi muss sicherstellen, dass Impfprogramme finanziert werden können – auch, wenn die Partnerländer sie schrittweise

in Eigenregie übernehmen. Schon heute müssen die von Gavi unterstützten Länder einen finanziellen Beitrag zu den Impfkosten leisten, abhängig von deren Wirtschaftskraft: Steigt diese, erhöht sich der Eigenbeitrag. Für einige Länder ist es nicht leicht, solche Eigenfinanzierung dauerhaft aufzubringen. Kostensteigerungen für diese Länder müssen abgedeckt werden. Es gibt dazu Vereinbarungen mit der Impfstoffindustrie, die diesen Ländern nach der Ablösung von Gavi auf bestimmte Zeit Zugang zu reduzierten Preisen ermöglichen. Wichtig sind Eigenverantwortung und der politische Wille in den Entwicklungsländern.



Dr. Gerd Müller,
Diplom-Wirtschaftspädagoge,
ist seit Dezember 2013
Bundesminister für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung.

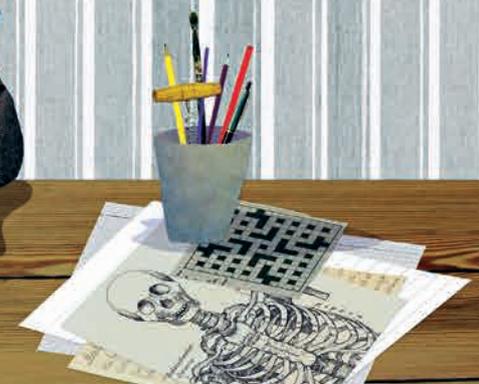
Welche Unterstützung brauchen Empfängerländer über Gavi hinaus, um die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu verbessern?

Müller: Es geht um die Stärkung der Gesundheitssysteme als Ganzes. Sie müssen in der Lage sein, auf verschiedene Herausforderungen und Krisen erfolgreich und schnell zu reagieren. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit setzt dabei auf die Ausbildung von Fachkräften. Wir helfen beim Aufbau von Systemen zur Gesundheitsfinanzierung. Funktionierende Gesundheitssysteme sind die beste Prävention gegen Epidemien wie Ebola. Der Ebola-Ausbruch war und ist eine Katastrophe für die gesamte westafrikanische Region. Deshalb haben wir unsere Investitionen in die Gesundheitssysteme der betroffenen Länder noch einmal verstärkt und unterstützen sie auch in den Bereichen Infrastruktur, Energie- und Wasserversorgung und sowie bei der Wirtschaftsförderung. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.



...und die ...
...: Er musste sich überwa-
... um, als zu ihm, aber er wollte
... er später nicht verwerfen, das
... fahrt zu ihm, nicht gemeinsam in
... Angewandte gemeinsam zu
... haben. Oberall auf dem Berg und
... auf der Geste wie Blut verprü-
... beten diese die Szenen in jetzt
... sich einmal einzeln. Wort zu
... ein zusammenhängendes wäre.
... dachte Killysky, dass würde es
... 1000 bestimmt er was ganz
... Wie ich das am besten ...



Herr R. und sein Gespür für Mord

EIGENTLICH BIN ICH ZU MÜDE zum Lesen. Das Wochenende mit den Jungs aus meiner alten Jazzcombo im Schwarzwald war einfach zu anstrengend. Beschwingt und beswingt zwar, aber anstrengend. Und jetzt soll ich mir auch noch 220 Seiten zu Gemüte führen, nur weil ich es dem Reichelt versprochen habe. Schöne Bescherung!

Aber was tun? Bis Spandau sind es noch mehr als drei Stunden Zugfahrt mit dem ICE. Bei Dunkelheit aus dem Fenster zu starren, macht auch nicht fröhlich; und zum Schlafen bin ich zu aufgedreht. Immerhin klingt der Buchtitel schon mal nicht schlecht.

„Bochumer Mörderwoche“ hat Dr. Herbert Reichelt seinen ersten Kriminalroman getauft. Schreiben kann er ja, unser ehemaliger Vorstandsvorsitzender: Wenn er als hauptamtlicher Chef des AOK-Bundesverbandes in G+G zum Beispiel den Risikostrukturausgleich (RSA) erklärte, dann mussten wir in der Redaktion kaum Hand anlegen. Las sich alles immer flüssig. Und einen humorvollen Gedichtband hat der Ex-Boss auch schon veröffentlicht, ein Sonett über den RSA inklusive. Aber kann er Krimi?

Er kann. Die ersten 20 bis 30 Seiten brauche ich, um in die Geschichte reinzukommen, dann will ich das Manuskript nicht mehr zur Seite legen. Zu spannend ist die Story. Sie beginnt mit einem Mord im Villenviertel von Bochum-Stiepel. Das bestialische

Verbrechen bildet den Auftakt für eine wahrlich mörderische Woche, die Hauptkommissar Jan Kolosky gemeinsam mit seiner selbstbewussten Kollegin Martina Rendeck und dem Team der Bochumer Mordkommission durchlebt. Markus Weindorf ist in seinem eigenen Wohnhaus hingerichtet worden. Noch bei lebendigem Leib haben ihm die Mörder seine rechte Hand abgeschlagen.

Die Spur des Verbrechens führt Kolosky und Rendeck in die Niederungen des deutschen Gesundheitswesens. Lässt sie Bekanntschaft mit korrupten Pharmamanagern und kriminellen Psychiatern machen, Verbrecher im Ruhrgebiet und in Ludwigshafen jagen. Und doch kommen die beiden immer wieder zu spät. Fünf Leichen pflastern im Laufe der Story die Wege von Kolosky und Rendeck, die anfangs ihre liebe Mühe miteinander haben. Und obwohl die beiden erfahrene Kriminalisten sind, kapieren sie lange Zeit nicht, worum es bei dem Mord an Dr. Markus Weindorf aus der Forschungsabteilung des Pharmaunternehmens Chenotrans wirklich geht.

Aber lesen Sie selbst, liebe Leserinnen und Leser. Überzeugen Sie sich auf den nächsten Seiten persönlich von Herbert Reichelts *Gespür für Mord* – ein exklusiver Buchauszug mit freundlicher Genehmigung des CMZ-Verlages (www.cmz.de).

Hans-Bernhard Henkel-Hoving



es war ein grauenvolles Bild, das Bild einer Hinrichtung. Kolosky hatte in seinen mehr als dreißig Jahren bei der Polizei schon vieles gesehen, Opfer von brutalen Schlägereien und Opfer mit Bauchschüssen, aber er musste Dirk Recht geben, dieser Anblick verschlug selbst ihm die Sprache.



Es dauerte eine Weile, bis Kolosky sich wieder gefasst hatte. Er selbst hatte den Eindruck, dass er minutenlang bewegungslos im Eingang zum Schlafzimmer gestanden haben musste. In Wirklichkeit hatte es wohl nur wenige Sekunden gedauert. Er sah jetzt, dass sich auch Dirk unter den Beamten befand, die mit der Spurensicherung beschäftigt waren, und er fragte: »Was wisst ihr schon?« Dirk Wendling sah auf, und er bedeutete ihm, gemeinsam das Zimmer zu verlassen.

Kolosky folgte Dirk durch das große Wohnzimmer des Hauses hinaus auf die breit angelegte Terrasse, von der man einen großartigen Blick auf das Ruhrtal und die gegenüberliegende Burg Blankenstein hatte.

Dirk setzte sich in einen der Gartenstühle, zog die Handschuhe aus und wischte sich mit einem Taschentuch den Schweiß von der Stirn. »Hast du so etwas schon einmal gesehen?«, fragte er.

Kolosky schüttelte den Kopf. »Nein, so etwas noch nie«, sagte er und meinte damit nicht nur die furchtbar zugerichtete Leiche, sondern auch das Kontrastprogramm dieses Landschaftspanoramas, das sich ihnen auf der Gartenterrasse bot. Hätten sie nicht diesen schrecklichen Mordfall zu bearbeiten, könnte man sich hier wie im Urlaub fühlen, dachte er. Wie oft war er in seiner Kindheit mit seinen Eltern nach Blankenstein gefahren? Mit der Straßenbahn! Die fuhr schon lange nicht mehr nach Blankenstein. Wann hatte man die Linie eingestellt? Kolosky hätte es nicht sagen können, aber es musste bereits Jahrzehnte her sein. Er schaute etwas wehmütig auf die gegenüberliegende Talseite. In dem »Irrgarten« dort oben waren sie als Kinder herumgelaufen. Er hatte das immer wieder aufs Neue spannend gefunden. Der »Irrgarten« war in Wahrheit nichts anderes gewesen als ein kleines Waldstück im Hang unterhalb der Burg, mit ungewöhnlich vielen kleinen Wegen durchzogen, die im Einzelfall auch tatsächlich mal als Sackgasse endeten. Ein paar Jahre später, als seine Eltern das Auto gekauft hatten – ein Opel Kadett, was sonst? –, war Blankenstein dann kein Ziel mehr gewesen. Da hatte es sie zum Wochenende eher ins Sauerland gezogen – fast immer zum Mönhensee. Er selbst aber hatte Blankenstein viel interessanter gefunden, und später war er dann oft auf eigene Faust mit seinem Fahrrad dorthin gefahren.

Kolosky riss sich aus seinen Gedanken. »Was wisst ihr bereits?«, wiederholte er seine Frage.

»Der Tote ist Dr. Markus Weindorf. Er wohnt hier. Pardon, er wohnte hier, und nach allem, was wir bisher in Erfahrung bringen konnten, ganz allein – auf mehr als dreihundert Quadratmetern Wohnfläche. Eine Schande ist das, wenn du mich fragst. Da suhlt sich einer in einem solchen Luxus, während in Bochum gerade alles den Bach runter geht und die Opel-Leute auf der Straße stehen. Mein Mitleid mit dem Menschen hält sich, ehrlich gesagt, in Grenzen. Gearbeitet hat er übrigens in der Forschungsabteilung von Chenotrans.«

O Gott, dachte Kolosky, jetzt wird er mir gleich wieder einen Vortrag über die Ungerechtigkeit der Welt im Allgemeinen und über die bösen Wirtschaftsbosse im Besonderen halten. Mit einer raschen Nachfrage versuchte er Dirk davon abzuhalten: »Chenotrans? Das ist doch die große Pharmafirma in Riemke, nicht wahr?«

Dirk nickte. »Ja, auch wenn man bei dem Namen eher an eine Spedition denken würde.«

»Und sonst?«

»Na ja, du hast es ja selbst gesehen. Sieht aus wie eine Hinrichtung. So wie Doc Petersen nach seiner ersten Untersuchung sagt, ist ihm die Hand bei lebendigem Leib abgeschlagen worden, vermutlich mit einem Beil oder einer Axt.«

»Meine Güte! Dann muss er ja furchtbare Schmerzen durchlitten haben.«

»Wahrscheinlich schon. Der Doc meint allerdings, dass der menschliche Körper auf das Abtrennen von Körperteilen meistens mit so einer Art Notfallprogramm reagiert. Schmerzen werden durch die Ausschüttung von Stresshormonen gedämpft, und selbst die Blutung wird halbwegs eingedämmt, weil sich die Hauptarterie aufkräuselt und den Blutfluss reduziert. Dennoch ist Weindorf letztendlich wohl verblutet, und irgendwann wird ihn hoffentlich eine gnädige Ohnmacht übermannt haben.«

»Hat Petersen schon etwas zum Todeszeitpunkt gesagt?«

»Ja, der Tod ist seiner Schätzung nach vor zehn bis vierzehn Stunden eingetreten. Genaueres kann er aber wohl erst heute Abend sagen. Wir gehen davon aus, dass Weindorf gerade bei seinem Abendbrot gegessen hat, als der Täter ihn aufsuchte. Wir haben in der Küche einen Teller mit einem angebissenen Käsebrot und ein halb leeres Glas Bier gefunden. Einen Einbruch scheint es nicht gegeben zu haben. Weindorf hat seinen Mörder wohl freiwillig in die Wohnung gelassen. Er hat ihn also vermutlich gekannt.«

»Das ist ja schon mal ein Anfang. Wer hat den Toten gefunden? Und habt ihr schon mit den Befragungen der Nachbarn begonnen?«, fragte Kolosky.

»Die Putzfrau hat ihn entdeckt. Sie hat völlig hysterisch auf der Eins-Eins-Null angerufen und hatte vor Aufregung sogar Probleme, die Adresse zu nennen. Befragen können wir sie leider nicht. Sie steht unter schwerem Schock und liegt im Augusta-Krankenhaus. Mit der Befragung der Nachbarn haben wir gerade begonnen, soweit das überhaupt möglich ist. Einige der Nachbarn sind nicht zu Hause – wahrscheinlich schon unterwegs zur Arbeit. Die wir schon befragen konnten, haben nichts, aber auch gar nichts Verdächtiges oder Ungewöhnliches gesehen oder gehört. Aber was willst du hier auch hören? Dreifachverglasung! Wenn du die Fenster zumachst, kannst du hier eine Handgranate zünden, ohne dass der Nachbar das mitbekommt.«

Ganz so wird es wohl nicht sein, dachte Kolosky. Aber es half ja nichts. Wenn die Nachbarn nichts mitbekommen hatten, war das nicht zu ändern. Ihre Arbeit würde das ►►

„Ich mag seine ruhige Art“



Foto: Winnich C.-W. Clasen (2015)

Dr. Herbert Reichelt, 63, war bis Herbst 2011 Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die „Bochumer Mörderwoche“ ist sein erster Kriminalroman.

G+G: Herr Dr. Reichelt, die Gesundheitsszene in Berlin kennt Sie als analytischen Kopf mit einer Vorliebe für Zahlen. Hat Sie im Ruhestand die Muse geküsst und zum Schreiben verführt?

Herbert Reichelt: (lacht) Nein, geschrieben habe ich schon immer gerne, etwa Fachaufsätze oder auch mal eine politische Polemik. Nur hatte ich während meiner Berufstätigkeit keine Zeit für das Verfassen von Belletristik. Dass ich mich dann an einem Krimi versuchen würde, war allerdings von Anfang an klar, einfach, weil ich selbst gerne Krimis lese.

G+G: Die „Bochumer Mörderwoche“ spielt im Gesundheitswesen. Ist die Branche besonders kriminell?

Reichelt: Das glaube ich nicht. Für einen Kriminalroman ist aber stets ein gewisses Maß an Recherche nötig. Um diesen Aufwand in Grenzen zu halten, habe ich ein Sujet gewählt, zu dem ich inhaltlich und thematisch einen Bezug habe. Und das ist nun einmal das Gesundheitswesen.

G+G: Kommissar Kolosky und Sie stammen aus dem Ruhrgebiet. Gibt es eine Seelenverwandtschaft?

Reichelt: Autobiographische Züge hat die Romanfigur nicht. Aber natürlich fällt es mir als gebürtigem Herner leichter, eine Story im Ruhrgebiet spielen zu lassen als etwa in Berlin. Ganz abgesehen davon handeln schon genug Krimis in der Hauptstadt oder im Rheinland. Bochum war einfach noch nicht so abgegriffen.

G+G: Aber Jan Kolosky ist Ihnen sympathisch?

Reichelt: Ich mag seine ruhige, sachliche Art, die Dinge anzugehen. Er ist kein Poltergeist. Und natürlich stehe ich als geistiger Vater auch seinen Schwächen verständnisvoll gegenüber, zum Beispiel seiner manchmal etwas nachlässigen Kleidung.

G+G: Arbeiten Sie schon an einer Fortsetzung?

Reichelt: Ob es einen zweiten Fall für Kolosky geben wird, weiß ich noch nicht. Aber zur Feder greife ich auf jeden Fall wieder.





► nicht gerade leichter machen. »Bleibt aber bitte am Ball bei den Nachbarn«, mahnte er. »Es könnte ja sein, dass irgendwer von denen, die jetzt nicht da waren, doch was gesehen oder gehört hat.«

»Na klar, haben wir natürlich auf dem Zettel«, gab Dirk zurück.

»Was sagen denn die Nachbarn sonst zu Herrn Weendorf? Wohnt hier ganz allein in diesem riesigen Haus – ist das nicht merkwürdig rübergekommen?«

»Na ja, dazu wissen wir natürlich noch nichts. Mal sehen, vielleicht kann ich dir nachher mehr erzählen.«

»Was hatte Weendorf bei Chenotrans eigentlich für eine Stellung? Wenn ich mir diesen Palast hier angucke, muss er ja gut verdient haben.«

»Tja, das ist eben das Merkwürdige. Ich wäre sowieso noch darauf zu sprechen gekommen. Wir haben bei der Personalabteilung nachgefragt. Er war nicht einmal Abteilungsleiter – wenn du so willst, war er ein einfacher wissenschaftlicher Mitarbeiter, der lediglich ein kleines Forschungsteam geleitet hat. Das passt mit diesem Haus nicht wirklich zusammen. Ich habe die Überprüfung seiner Konten schon beantragt. Vielleicht finden wir da ja was – Börsenspekulationen, Erbschaft, was weiß ich?«

»Okay, Dirk. Ich schau mir nochmal den Tatort an.«

Kolosky ging wieder ins Schlafzimmer. Er musste sich überwinden, das zu tun, aber er wollte sich später nicht vorwerfen, den Tatort nicht selbst genauestens in Augenschein genommen zu haben. Überall auf dem Bett und auf der Leiche war Blut verspritzt. Er betrachtete die Szenerie jetzt noch einmal intensiv. Wenn er ein Fernsehkommissar wäre, dachte Kolosky, dann würde er jetzt bestimmt etwas ganz Wichtiges entdecken, was alle anderen übersehen hatten. Aber er stellte enttäuscht fest, dass ihm das Glück der Fernsehkommissare nicht beschieden war. Er konnte nichts entdecken, das ihnen hätte weiterhelfen können.

Schließlich sagte er Dirk Wendling, dass er ins Büro fahren würde. »Wenn du hier fertig bist, komm bitte nach. Wenn wir sonst keine verwertbaren Spuren finden, müssen wir uns wohl zuerst ein genaues Bild vom Umfeld des Opfers machen. Wir brauchen Anhaltspunkte, wo wir nach Tatmotiven suchen können.« Dirk nickte nur stumm.

Kolosky war schon ein paar Schritte gegangen, als er sich noch einmal zu Dirk umdrehte. »Hat eigentlich schon jemand die

Angehörigen benachrichtigt?« Fast hätte er das vergessen. Es wäre nicht das erste Mal gewesen. Es mochte wohl daran liegen, dass er diese Momente mit den Angehörigen hasste. Und in einem Fall wie diesem war die Überbringung der traurigen Nachricht noch gruseliger, als sie es normalerweise schon war.

Zum Glück nickte Dirk aber erneut. »Die Kollegen in Karlsruhe haben das übernommen. Weendorfs Eltern wohnen da unten. Ich habe natürlich angeboten, dass die Eltern uns jederzeit anrufen können, und ich habe die Karlsruher Kollegen auch ausdrücklich gebeten, den Eltern meine Handynummer zu geben. Bislang hat sich aber niemand bei mir gemeldet.«

»Gut, danke!«, konnte Kolosky nur gequält zurückgeben. Innerlich fiel ihm ein dicker Stein vom Herzen, dass dieser Kelch an ihm vorübergegangen war. Nicht, dass er nicht immer tiefes Mitgefühl für die Angehörigen der Opfer empfunden hätte. Aber er war in diesen Situationen einfach nie fähig, die richtigen Worte zu finden.

Er ging zu seinem Wagen und fuhr los. Das grausame Hinrichtungsbild wollte ihm zunächst gar nicht aus dem Kopf weichen. Was geht in jemandem vor, der einen solchen Mord begeht? Strafe, Rache, Vergeltung, das waren die Begriffe, die ihm dazu einfielen. Sie hatten es hier mit einem Mord aus Leidenschaft zu tun. Aber dennoch musste alles detailliert geplant worden sein. Anders waren die verwendeten Utensilien und Werkzeuge nicht zu erklären. Man trägt nicht Seile, Handschellen und eine Axt mit sich herum, wenn man nicht genau weiß, wofür man sie verwenden will.

[...]

Das Telefon klingelte. Der Rechtsmediziner Olaf Petersen hatte eine wichtige Information für Kolosky: »Tut mir leid, dass ich eure Besprechung störe«, leitete er ein, »aber ich meine, dass ihr das unbedingt wissen solltet.«

Kolosky erwiderte: »Na klar, Olaf. Wenn du das für wichtig hältst, dann ist es das auch, da bin ich sicher. Ich stelle den Lautsprecher an, damit Dirk und Hatice gleich mithören können.«

»Ich hatte das am Tatort bei der blutverschmierten Leiche gar nicht entdeckt. Erst nachdem wir den Toten hier gesäubert haben, ist mir das aufgefallen. Er hat zwei Einstiche von einer Nadel, vermutlich eine Spritze. An den Einstichrändern konnten wir minimale Reste von Etorphin und Naloxon feststellen. Etorphin ist ein Morphin, das nur in der Veterinärmedizin Verwendung findet, wenn man größere Tiere ruhigstellen muss. Naloxon ist ein Antidot zu Etorphin, mit dem man die Etorphin-Wirkung also wieder aufheben kann. Das ist auch dringend erforderlich, wenn man eine tödliche Atemdepression vermeiden will. Sagt dir die amerikanische Fernsehserie »Dexter« etwas?«, fragte Petersen, und als Kolosky verneinte, fuhr er fort: »Nun, Dexter ist ein Serienmörder, der in einer Art Selbstjustiz massenweise



Verbrecher mordet. Er verwendet dabei auch häufiger Etorphin, um seine Opfer zu betäuben. Vielleicht wollte ihm hier ja jemand naheifern.«

»Das bedeutet also, dass Weindorf erst betäubt und dann wieder aufgeweckt wurde?«

»Ja, das heißt es. Es heißt aber vor allem, dass der Täter sich mit der Wirkung von Etorphin sehr gut auskennen muss. Wie gesagt, in der Humanmedizin wird das gar nicht eingesetzt. Wenn man einen Menschen in wenigen Sekunden betäuben will, ist das vielleicht eine passable Wahl, so genau weiß ich das gar nicht – aber ganz sicher nur dann, wenn man auch ganz genau weiß, was man da tut und wie man es dosieren muss. Und natürlich auch nur, wenn man kurz danach ein Antidot spritzen kann. Selbst dann bleibt es risikoreich. Na ja, wenn man vorhat, den Menschen anschließend sowieso ins Jenseits zu befördern, kann man das Risiko wohl eingehen.«

»Das hilft uns auf jeden Fall weiter. Vielen Dank, dass du uns sofort informiert hast«, beeilte sich Kolosky zu sagen. Olaf Petersen musste man sich warm halten. Ein falsches Wort oder ein vergessenes Dankeschön, und schon wurde man wochenlang von der weißen Diva geschnitten und bekam seine Informationen nur noch auf dem Dienstweg.

»Sag mal, Olaf, der Tote war ja bei Chenotrans beschäftigt. Gibt es in so einer Firma nicht zwangsläufig Leute, die sich mit diesem Etorphin auskennen?«

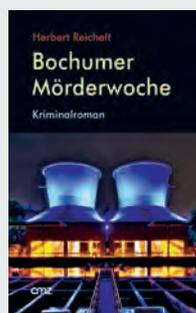


Ihnen hat der Auszug aus der „Bochumer Mörderwoche“ gefallen? Sie wollen wissen, wer der Täter ist? Dann beantworten Sie folgende Frage:

Auf wie viele Leichen stoßen die Kommissare Kolosky und Rendeck im Laufe ihrer Ermittlungen? Drei, fünf oder sieben?

Die richtige Antwort finden Sie auf den Seiten 36 bis 41 in dieser Ausgabe von G+G. **Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir zehn kostenlose Exemplare der „Bochumer Mörderwoche“.** Senden Sie uns einfach eine E-Mail mit der Lösung und Ihrer vollständigen Postanschrift an verlag@kompart.de. Einsendeschluss ist der 15. Dezember 2015, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Für alle, die auf Nummer sicher gehen wollen und noch ein passendes Weihnachtsgeschenk suchen, hier die bibliografischen Angaben:



Herbert Reichelt
Bochumer Mörderwoche
 Kriminalroman
 224 Seiten, 13,5 × 21 cm
 Paperback
 ISBN 978-3-87062-165-0
 12,95 Euro
 CMZ-Verlag, Rheinbach

»Ja, ganz sicher gibt es die bei Chenotrans, mindestens mal in der Forschungsabteilung.«

»Gut. Du hast uns mal wieder sehr geholfen. Und jetzt schau mal, ob du bis heute Abend noch mehr Überraschungen zutage fördern kannst.« Kolosky grinste ins Telefon.

»Wir müssen sofort in diese Pharmafirma«, wandte er sich wieder Dirk und Hatice zu, als er das Telefonat beendet hatte. »Wer hatte dort beruflich und privat mit Weindorf zu tun? Woran hat er zuletzt gearbeitet? Gab es Rivalitäten, Feindschaften? Ist in der letzten Zeit etwas Ungewöhnliches passiert? Danach fahren wir dann bei diesem Maralowski vorbei.«

Hatice, bitte Sorge dafür, dass wir bei Chenotrans angemeldet werden. Wir müssen mit Weindorfs unmittelbarem Vorgesetzten reden und mit allen, die in der letzten Zeit mit ihm zusammengearbeitet haben. Außerdem wäre ein Gespräch mit der Geschäftsführung nicht schlecht. Und versuche schon mal, alles über diesen Maralowski in Erfahrung zu bringen. Und wenn du ihn erreichen kannst, dann sag ihm bitte, dass wir noch heute Nachmittag mit ihm sprechen wollen.«

»Ich setz' mich sofort dran. Fahrt schon mal los«, gab Hatice zurück, und sie saß im nächsten Moment schon in ihrem Büro am PC, um die Webseite von Chenotrans aufzurufen. ■

Anspruch auf Hilfsmittel präzisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss Nutzen, Risiken und Wirtschaftlichkeit von Hilfsmitteln prüfen, die im Rahmen neuer Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen sollen. Erst nach einer positiven Bewertung dürfen die Krankenkassen die Kosten dafür übernehmen, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 8. Juli 2015
– B 3 KR 6/14 R –
Bundessozialgericht

Ob Bandagen, Schienen oder therapeutische Bewegungsgeräte – gesetzliche Krankenkassen können ihren Versicherten nur solche Hilfsmittel bezahlen, die auch im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Der Hersteller muss die Aufnahme seines Produktes in dieses Verzeichnis beantragen. Dabei hat er die Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualität und den medizinischen Nutzen seines Produkts nachzuweisen. Am Ende entscheidet der GKV-Spitzenverband, ob das Hilfsmittel in das Verzeichnis aufgenommen wird oder nicht. So sieht es das Sozialgesetzbuch V (Paragraf 139 SGB V) vor.

Kassen lehnen Aufnahmeantrag ab. Nun wollte ein Orthopädie-Unternehmen die Aufnahme seiner neuartigen Kniebewegungsschiene gerichtlich erzwingen. Diese wird im Unterschied zu anderen Schienen nicht mit einem Motor, sondern durch die Muskelkraft des anderen, gesunden Beines angetrieben. Sie soll nach einer Kreuzbandriss-Operation ein Bewegungstraining zu Hause in Eigenregie ermöglichen. Die Firma hatte im Jahr 2002 die Aufnahme ihrer neuartigen Bewegungsschiene in das Hilfsmittelverzeichnis beantragt. Dies lehnten die damals zuständigen Spitzenverbände der Krankenkassen ab. Ihre Begründung: Der therapeutische Nutzen der Schiene sei nicht nachgewiesen. Dagegen klagte die Firma. Sie vertrat die Auffassung, dass es für die Aufnahme in das Verzeichnis ausreiche, wenn ihre Schiene den gleichen medizinischen Nutzen aufweise wie die herkömmlichen.

Das Sozialgericht wies die Klage ab. Die Firma legte Berufung ein. Das Landessozialgericht (LSG) hob das erstinstanzliche Urteil auf und verpflichtete den seit 2008 für das Hilfsmittelverzeichnis zuständigen GKV-Spitzenverband dazu, die Kniebewegungsschiene für die Indikation „vordere Kreuzbandruptur“ aufzunehmen. Der Nutzen des Hilfsmittels sei hinreichend belegt. Es habe zumindest den gleichen therapeutischen Nutzen wie

Der GKV-Spitzenverband ist gesetzlich dazu verpflichtet, eine Prüfung einzuleiten, so die Bundesrichter.

bereits gelistete Schienen. Gegen diese Entscheidung legte der GKV-Spitzenverband Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein. Die obersten Sozialrichter hoben das Urteil auf und wiesen den Rechtsstreit an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück.

Nutzen ist zu bewerten. In ihrer Begründung stuften die Bundesrichter den Einsatz der Kniebewegungsschiene als neue Behandlungsmethode ein. Nach Paragraf 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V dürften solche Verfahren aber erst dann in der vertrags-

ärztlichen Versorgung zulasten der Kassen erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) sie positiv bewertet habe. Diese Sperrwirkung habe zur Folge, dass vor einer positiven Empfehlung einer Methode weder der Versicherte ein behandlungsbezogenes Hilfsmittel auf Kosten der Kasse erhalten könne, noch Hersteller vom GKV-Spitzenverband verlangen könnten, dass ihr Hilfsmittel in das Verzeichnis aufgenommen werde. Um den medizinischen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden zu sichern, habe der Gesetzgeber die Prüfung durch den GBA der Entscheidung durch den GKV-Spitzenverband vorgeschaltet.

Gesundheitsrisiken möglich. Weiterhin verwiesen die obersten Sozialrichter darauf, dass sich die Behandlung mit der Kniebewegungsschiene des klagenden Herstellers deutlich von anderen Therapieverfahren unterscheide. Im Vergleich zur herkömmlichen physikalischen Behandlung durch Physiotherapeuten wirkte sich die selbstständige Anwendung des Hilfsmittels durch den Patienten auf den medizinischen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung aus und berge mögliche Gesundheitsrisiken. Zwar solle die Kniebewegungsschiene nicht die ambulante Physiotherapie ersetzen, sondern dem Patienten zur Selbstanwendung überlassen werden. Welchen medizinischen Nutzen das deutlich intensivier-

TIPP FÜR JURISTEN



Pflegebedürftigkeitsbegriff, Begutachtungsverfahren, Pflegequalität – mit diesen und weiteren Themen befasst sich das 48. Kontaktseminar „Qualität, Finanzierung und Organisation der pflegerischen Versorgung in Deutschland“. Es findet vom 22. bis 23. Februar 2016 in Kassel statt. Veranstalter ist der Deutsche Sozialrechtsverband. Mehr Infos: www.sozialrechtsverband.de

te Funktionstraining tatsächlich habe, sei vom GBA jedoch noch nicht geprüft worden und im Hinblick auf vorliegende Studien wissenschaftlich zumindest zweifelhaft. Gleiches gelte für mögliche Gesundheitsrisiken. Diese könnten wegen der intensiveren Therapie oder falscher Belastungen durch den Patienten im Zuge der unkontrollierten Anwendung entstehen. Ob Risiken für den Patienten entstehen, gelte es ebenso zu prüfen wie die Fragen, für welche Indikationen und für welche Patientengruppe diese Behandlungsmethode überhaupt infrage kommt und in welcher Dichte Kontrolluntersuchungen durch den Arzt oder Physiotherapeuten erfolgen müssen. Schon wegen des anzweifelbaren Nutzens und der ungeprüften Risiken stünde die Wirtschaftlichkeit der Eigenbehandlung mit dieser Schiene in Frage.

Mit Therapiealternativen vergleichen.

Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit seien alternative Trainingsmöglichkeiten durch Eigenübungen gegebenenfalls mit handelsüblichen Trainings- und/oder Fitnessgeräten im Vergleich zu der einem Patienten zum Selbsttraining überlassenen Schiene zu prüfen. Wegen all dem sei der GKV-Spitzenverband geradezu verpflichtet, einen entsprechenden Prüf-antrag beim GBA einzuleiten. In diesem Zusammenhang wies das BSG zugleich auf die marktsteuernde Wirkung des Hilfsmittelverzeichnisses hin. Weil Entscheidungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Produkten eine objektiv berufsregelnde Tendenz hätten, müssten sie sich an Artikel 12 des Grundgesetzes (Freiheit der Berufsausübung) messen lassen. ■

Kommentar: Mit Unterstützung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird nun richtigerweise der Gemeinsame Bundesausschuss darüber entscheiden, ob die Behandlung mit der Schiene Kassenleistung sein kann oder nicht. Die Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts wird im Übrigen für die Zukunft sicherstellen, dass Hilfsmittel, die Bestandteil einer neuen Behandlungsmethode sind, nicht ohne Bewertungsverfahren Eingang in das Hilfsmittelverzeichnis finden.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE		
Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/5293	Gesetzlich festgelegte Vergütung der Kliniken für das Erstellen elektronischer Entlassbriefe und der Ärzte für das Einlesen dieser Entlassbriefe als Anschubfinanzierung; Förderung der Telemedizin; Ärzte-Pauschale für sichere Übermittlung elektronischer Briefe; Öffnung der Gesundheitskarte für weitere Anwendungen und Gesundheitsberufe.	Erste Lesung im Bundestag war am 3.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen.
KORRUPTION		
Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragraphen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.	Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen.
KRANKENHÄUSER		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSKG), Bundestags-Drucksache 18/5372	Qualitätszu- und -abschläge bei Vergütung; Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch GBA für Klinikplanung der Länder; Mindestmengenregelung; Pflegestellen-Förderprogramm; Möglichkeit befristeter krankenhausesindividueller Zuschläge; Zuschläge für Häuser mit Notfallversorgung; Halbierung des Investitionsabschlags für Kliniken bei ambulanter Vergütung auf fünf Prozent; neue Korridor Grenzen für Landesbasisfallwerte; Strukturfonds für Umbau der Kliniklandschaft.	Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 5.11.2015.
PALLIATIVVERSORGUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundestags-Drucksache 18/5170	Palliativversorgung als GKV-Regelversorgung; im ambulanten Bereich Vereinbarung zusätzlich vergüteter Leistungen durch gemeinsame Selbstverwaltung; GBA-Richtlinie zu Leistungen; Erhöhung Mindestzuschuss der Kassen an Hospize; krankenhausesindividuelle Entgelte für Palliativstationen; Pflicht der Kassen zur Versichertenberatung; Kooperationsverträge Pflegeheime und Ärzte.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 5.11.2015.
PFLEGE		
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-stärkungsgesetz – PSG II) Bundestags-Drucksache 18/5926	Neuer Pflegebegriff; fünf Pflegegrade; Erfassung der körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen bei der Begutachtung; höhere Leistungsbeträge; Beratungsanspruch pflegender Angehöriger gegenüber Pflegekassen; Beitragszahlungen der Pflegekassen für Angehörige, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, in die Arbeitslosen- und Rentenversicherung.	Erste Lesung im Bundestag war am 25.9.2015. Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen.

Stand: 6.11.2015



Internet-Tipp

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

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

BUNDESVERBAND

Wettbewerb gegen den blauen Dunst

Mehr als jeder siebte Jugendliche hat bereits Erfahrungen mit E-Zigaretten gemacht. Etwa jeder Fünfte hat schon einmal eine elektrische Wasserpfeife, eine sogenannte E-Shisha, probiert. Das geht aus einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hervor. Auch US-amerikanische Studien weisen darauf hin, dass E-Zigaretten und E-Shishas das Risiko erhöhen, mit dem klassischen Rauchen zu beginnen. „Be Smart – Don't Start“, der Nichtraucherwettbewerb der AOK für Schulen, will helfen, das zu verhindern. Ab sofort läuft die Anmeldefrist für das Schuljahr 2015/16. **Infos & Anmeldung:** www.besmart.info ■

BAYERN

Pflegekräfte sind häufiger krank

Der Krankenstand der Beschäftigten in Pflegeheimen in Bayern ist um rund 40 Prozent höher als der Durchschnitt der



Rauchen, nein Danke! Ab sofort können sich Schulen wieder für den Nichtraucherwettbewerb der AOK bewerben.

Beschäftigten aller Branchen. Die Pflegeheim-Mitarbeiter waren laut „Report Pflege 2014“ der AOK Bayern an 6,27 Prozent aller Kalendertage erkrankt. Im Vergleich dazu waren die AOK-versicherten Arbeitnehmer insgesamt lediglich an 4,5 Prozent der Kalendertage krank. „Der Report macht typische Gesundheitsbelastungen des Pflegepersonal deutlich“, sagt **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Die Tätigkeit in Heimen sei insbesondere durch schweres Heben und Tragen sowie langes Stehen belastend für den Muskel- und

Skelettsystem. Diese und hohe psychische Belastungen prägen das Krankheitsgeschehen der Beschäftigten. Råde: „Zur besseren Bewältigung insbesondere der psychischen Anforderungen und zur Entlastung des Muskel-Skelettsystems bieten wir für Pflegeheime branchenspezifische betriebliche Gesundheitsförderung an.“ Allein in 338 bayerischen Pflegeheimen mit 36.000 Mitarbeitern habe die Kasse im vergangenen Jahr Projekte angeboten, die arbeitsbedingte Gesundheitsbelastungen und Erkrankungen reduzieren sollen. **Infos:** www.aok-bgf.de/bayern ■

HESSEN

Besser versorgt bei Diabetes

Die AOK Hessen verbessert die ambulante Versorgung von Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes. Verlässlichere Ergebnisse und eine sichere Insulintherapie seien das Ziel, teilte die Gesundheitskasse für Hessen mit. Zu diesem Zweck hat die AOK einen neuen Integrierten Versorgungsvertrag mit der Firma Roche Diagnostics Deutschland geschlossen. Insulinpflichtige Patienten können das neue Angebot mit Namen „AOK Aktiv & Vital Diabetesmanagement“ ab Januar 2016 nutzen. Wer teilnimmt, erhält das Blutzuckermess-System von Accu-Chek: Dabei wird der behandelnde Arzt nach Freigabe durch den Patienten über eine Software regelmäßig über dessen aktuelle Werte informiert. Individuelle Therapieziele können so festgelegt, umfassend kontrolliert und bei Bedarf angepasst werden. Darüber hinaus werden die Patienten persönlich am Gerät geschult. Zum mehrsprachig angebotenen Servicepaket gehört zudem die zeitnahe Terminvergabe beim Facharzt. ■

AOK aktuell

Seelische Krankheiten treiben Fehlzeiten hoch

Psychische Erkrankungen sind nach Angaben der AOK Baden-Württemberg mit den längsten Ausfallzeiten in den Betrieben verbunden. Im Jahr 2014 seien 24,6 Fehltag pro Krankheitsfall auf seelische Erkrankungen zurückzuführen gewesen, teilte die Gesundheitskasse anlässlich des Internationalen Tages der seelischen Gesundheit am 10. Oktober mit. 6,1 Krankheitstage waren durch Erkrankungen der Atemwege begründet. Schäden des Muskel- und Skelettsystems sorgten an 15,9 Tagen für verwaiste Bürostühle. Nach Verletzungen von AOK-Versicherten mussten behandelnde Ärzte für durchschnittlich 16,5 Tage gelbe Zettel ausfüllen. Mit ihrem Präventionsprogramm „Lebe Balance“, das es seit 2013

gibt, unterstützt die AOK die Resilienz – Widerstandskraft gegenüber psychischen Belastungen – von inzwischen mehr als 15.000 Menschen. **Prof. Dr. Martin Bohus**, Wissenschaftlicher Direktor am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, das „Lebe Balance“ mitentwickelt hat, zog eine positive Bilanz: „Die psychische Belastung unserer Teilnehmerinnen und Teilnehmer sinkt signifikant. Wir können also aus wissenschaftlicher Sicht die Wirksamkeit des Programms bestätigen.“ ■



NORDOST

Hundertjährigen-Studie vorgelegt

Immer mehr alte Menschen sind auf Pflege angewiesen. Diese wird vor allem von Angehörigen übernommen, selbst für hochbetagte Pflegebedürftige. So wurden vergangenes Jahr von den 1.123 bei der AOK Nordost versicherten über 99-Jährigen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern noch knapp die Hälfte zuhause betreut. Um 17 Prozent der Pflegebedürftigen kümmerten sich ausschließlich Pflegedienste. Dies sind Ergebnisse der „Hundertjährigen-Studie“ des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts (GeWINO) der AOK Nordost. Das GeWINO untersucht seit 2014 gemeinsam mit der Altersforscherin **Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei** und dem Institut für Medizinische Soziologie an der Berliner Charité, wie es hochbetagten Menschen in der Region Nordost geht. Verhinderungspflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege: Angehörigen steht eine Reihe von Hilfs- und Entlastungsangeboten zur Verfügung. „Die Kosten dafür übernimmt die AOK-Pflegekasse“, so **Dr. Thomas Zahn**, Leiter des GeWINO. Doch selbst wenn Angehörige einen Hundertjährigen pflegten, nutzten sie die Leistungen nicht voll aus. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Hausarztvertrag stößt auf Zuspruch

Das 50. Thüringer PLUSmobil ist an die Praxis der Hausärztin **Yvonne Zech** in Schlotheim gegangen. Ehemann **Toralf Zech** wird als nichtärztlicher Praxisassistent mit dem Fahrzeug



Laut einer neuen Studie nutzen pflegende Angehörige Hilfsangebote noch zu wenig.

unterwegs sein und bei Hausbesuchen seine Frau entlasten. Die PLUSmobil-Pkw sind Teil des Hausarztvertrages von AOK PLUS, Hausärzterverband und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Thüringen. Hausärzte, die am Vertrag teilnehmen und Praxisassistenten beschäftigen, können ein PLUSmobil einsetzen. Die Beantragung erfolgt über die KV. Die AOK PLUS unterstützt die Hausärzte finanziell mit einer Pauschale von 300 Euro pro Abrechnungsquartal. „Unser Hausarztvertrag wirkt. Deshalb war es für uns selbstverständlich, die Praxisassistenten unserer Hausärzte noch flexibler, noch schneller zu machen“, sagt der Vorstandsvorsitzende der AOK PLUS, **Rainer Striebel**. „Es muss nicht immer ein Arzt zu immobilen Menschen fahren. Oft handelt es sich um Blutentnahmen, Blutdruck- oder Blutzuckerkontrollen“, so Hausarzt **Dr. Ulf Zitterbart**, 1. Vorsitzender des Thüringer Hausärzterverbandes.

des. Die genannten Aufgaben könnten von geschultem Assistenzpersonal in hoher Qualität ausgeführt werden. „Die ganzheitliche Betreuung der Patienten im hausärztlichen Bereich ist Teamarbeit“, sagt **Dr. Annette Rommel**, 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen. ■

BREMEN/BREMERHAVEN

Asyl-Einigung begrüßt

Die AOK Bremen/Bremerhaven hat die Einigung von Bundesregierung und Bundesländern begrüßt, die medizinische Behandlung von Flüchtlingen mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nach dem „Bremer Modell“ sicherzustellen. Die Länder haben danach die Möglichkeit, entsprechende Vereinbarungen mit Krankenkassen zu treffen. Das Modell sorgt für unbürokratische und schnelle Hilfe,

wenn die Behandlung notwendig ist. „Wir praktizieren die medizinische Versorgung von Flüchtlingen über die eGK bereits seit zehn Jahren für die Sozialbehörde in Bremen und seit 2012 für Hamburg“, betonte der Vorstandsvorsitzende der AOK Bremen/Bremerhaven, **Olaf Woggan**. ■

NORDWEST

Grippesaison kann kommen

Die flächendeckende Grippe-schutzimpfung in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein hat rechtzeitig zum Start der diesjährigen Grippesaison begonnen. Das teilten die gesetzlichen Kassen und das Unternehmen Mylan Healthcare aus Hannover mit. Das Gros der vertraglich vereinbarten Impfdosen sei ausgeliefert, und zahlreiche Patienten seien geimpft worden. „Damit liegen wir hervorragend im Zeitplan“, so **Martin Litsch**, Vorstandschef der AOK NORDWEST, stellvertretend für die Kassen. ■

Telegramm

+++ Die Sparkasse Gera-Greiz und die AOK PLUS haben eines der größten Projekte zum **Betrieblichen Gesundheitsmanagement** in Ostthüringen gestartet. Ziel sei es, durch maßgeschneiderte Hilfen gesundheitsfördernde Strukturen zu verbessern und dadurch die Sparkasse noch kunden- und zukunftsorientierter auszurichten, hieß es. +++ Der **Patientenschutz bei Medizinprodukten** in der Europäischen Union (EU) ist laut AOK-Bundesverband unzureichend. Interimsvorstand Martin Litsch forderte hochwertige klinische Studien für Hochrisiko-Medizinprodukte und für die Hersteller solcher Produkte eine verpflichtende Haftpflichtversicherung. Derzeit laufen die Verhandlungen in der EU zur geplanten europäischen Medizinprodukte-Verordnung.

Pflege Modellrechnungen des Vorsorgefonds

Seit 20 Jahren gibt es die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung. Sie soll insbesondere Pflegebedürftige entlasten und auch die kommunalen Sozialhilfekassen schonen. Bald nach der Ein-



führung aber wurde klar, dass es weiterer Instrumente bedarf, um eine gute Pflege für alle in den kommenden Jahrzehnten zu finanzieren. Mit Beginn des Jahres 2015 ist nun der Pflegevorsorgefonds am Start. Damit hat der Gesetzgeber erstmals die traditionelle Umlagefinanzierung aufgebrochen und ein Element zur Kapitaldeckung

eingeführt. Bis 2035 sollen jedes Jahr 1,2 Milliarden Euro in den Pflegevorsorgefonds fließen. Ziel ist es, eine kollektive Vermögensreserve aufzubauen, um erhebliche Beitragssteigerungen in der Pflegeversicherung zu vermeiden. David Bowles hat in seiner Dissertation an der Universität Bielefeld jetzt Modellrechnungen vorgelegt, die anhand verschiedener Szenarien die künftige Entwicklung des Beitragsatzes hochrechnen. Demnach ermöglicht der Vorsorgefonds zwar eine Absenkung des Beitrages – allerdings nur in einem sehr geringen Ausmaß. Die Pflegepolitik, so ein weiteres Fazit seiner Analysen, werde künftig eines der dynamischsten und anspruchsvollsten politischen Handlungsfelder darstellen. Das kündigt sich aktuell mit der geplanten Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie dem Pflegestellenförderprogramm in der Krankenhausreform an.

David Bowles: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. 2015. 422 Seiten. 79 Euro. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Kommunikation Partnerschaft statt starrer Hierarchien

Gespräche sind die Kernprozesse in Unternehmen. Rehabilitationsstudien haben beispielsweise belegt, dass eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit auch zu guten Behandlungsergebnissen führt. Teams, in denen verschiedene Professionen an Diagnostik und Therapie beteiligt sind, die über Ziele und Strategien gemeinsam entscheiden und sich während der gesamten Rehabilitation intensiv austauschen, sind demnach erfolgreicher als jene, in denen die Professionen nebeneinanderher arbeiten, hierarchisch strukturiert und medizinerorientiert ausgerichtet sind. Renate Tewes, Professorin von der evangelischen Hochschule in Dresden, vermittelt grundlegendes Wissen darüber, wie Kommunikation in den Gesundheitsberufen gelingen kann. Lesenswert sind insbesondere ihre Einlassungen zum Spannungsverhältnis zwischen Medizin und Pflege. Demnach wirkt sich die starre Hierarchie zwischen Berufsgruppen nach-



teilig auf die Patienten aus. Tewes spricht von „Partnerschaftskulturen“, die Mediziner und Pflegekräfte beispielsweise bereits in gemeinsamen Ausbildungsmodulen trainieren könnten. Denn gute Kommunikation lässt sich nur über Selbstreflexion und das Einüben neuer Verhaltensweisen lernen. Wesentlich sei dabei, sich im aktiven Zuhören zu schulen, sich auf Gesprächssituationen vorzubereiten und zu erfahren, wie konkrete Situationen mit offenen Fragen zu erkunden sind.

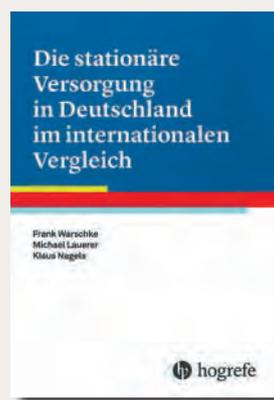
Renate Tewes: Wie bitte? Kommunikation in Gesundheitsberufen. 2. Auflage. 2015. 138 Seiten. 9,99 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ IT-SERVICE-MANAGEMENT IN DER KRANKENVERSICHERUNG	Apps als Serviceleistung der Krankenversicherer, Online-Geschäftsstelle, Datenschutz	8.–9.12.2015 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–338 walter@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen
■ VERNETZTE GESUNDHEIT: NUTZEN FÖRDERN – LÜCKEN SCHLIESSEN	Digitale Herausforderung für die Kassen, Innovationen in der Medizin, Versorgung von Flüchtlingen	12.–13.1.2016 Kiel	Wirtschaftsministerium Schleswig-Holstein Kongressbüro: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48, 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@vernetzte-gesundheit.de www.vernetzte-gesundheit.de
■ BMC-KONGRESS 2016: INNOVATION	Agenda der Bundesregierung, Vergütung von Innovationen, erste Projekte im Innovationsfonds	19.–20.1.2016 Berlin	Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstraße 136 10117 Berlin	Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 anmeldung@bmcev.de www.bmckongress.de
■ KASSENGIPFEL 2016	Evaluation der Gesundheitsreformen, Finanzierung, Kostenmanagement, Sachstand AMNOG, Prävention	18.–19.2.2016 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 > Gesundheit
■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2016	Kassenwettbewerb, Zukunft der stationären Versorgung, Versorgungsmanagement, E-Health und Digitalisierung	8.–9.3.2016 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Str. 6-8, 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/9 53 22–51 Fax: 0 22 34/9 53 22–52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de

Krankenhäuser Vergleichsweise gute Noten

Deutschlands Kliniksektor zählt im internationalen Vergleich offenbar zu den wirtschaftlichsten. Dies zeigt die Studie von Frank Warschke, Michael Lauerer und Klaus Nagels. Die Gesundheitsökonominnen von der Universität Bayreuth haben Daten zur stationären Versorgung aus 70 Ländern miteinander verglichen. Untersucht wurden unter anderem die Klinik- und Bettendichte, Finanzierung, Personalausstattung und Inanspruchnahme. Es zeigt sich, dass Deutschland unterm



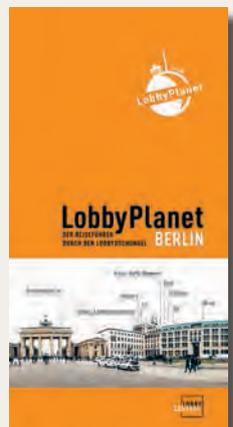
Strich nicht schlecht dasteht: Deutsche Kliniken nutzen zwar sehr viel häufiger Großgeräte für Diagnostik und Behandlung als Krankenhäuser in anderen Ländern. Auch ist in Deutschland die Verweildauer der Patienten europaweit am höchsten. Dieser starken Inanspruchnahme, so die Autoren, stehen nur durchschnittliche Kosten gegenüber. Positiv bewerten sie auch die niedrigen Wartezeiten und die freie Krankenhauswahl. Es gibt aber Schwachpunkte: Im Vergleich mit bevölkerungsreichen Ländern wie USA, Frankreich oder Großbritannien haben deutsche Kliniken eine geringere absolute Beschäftigungs-

quote. Während hierzulande 0,82 Fachpflegekräfte pro Bett tätig sind, sind es in den USA mit 2,37 Stellen nahezu dreimal so viele. Als verbesserungswürdig stuften sie darüber hinaus die Kommunikation mit den Patienten bei der Entlassung sowie die Einbindung der Hausärzte ein.

Frank Warschke, Michael Lauerer, Klaus Nagels: **Die stationäre Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich.** 2015. 160 Seiten. 34,95 Euro. Hogrefe Verlag, Bern.

Berliner Republik Mehr Transparenz im Lobbyismus

Der CDU-Abgeordnete Rudolf Henke ist stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag und zugleich Chef des Marburger Bundes. Fraktionskollege Norbert Schindler gehört dem Landwirtschaftsausschuss an und vertritt in führender Position auch den Deutschen Bauernverband und die Bioethanolwirtschaft. Henke und Schindler sind prominente Beispiele für Politiker, die zudem Interessenvertreter sind. Gut ein Drittel aller Abgeordneten geht Nebenjobs nach, die zuweilen lukrativ entlohnt werden. Seit 2007 müssen sie offenlegen, was sie im Auftrag



Dritter verdienen. Dies schafft zumindest ein Minimum an Transparenz. Klare Regeln aber, wie Interessenkonflikte vermieden werden, fehlen bislang. Der LobbyPlanet ist ein Reiseführer für alle, die den Lobbydschungel in Berlin durchblicken wollen. In verschiedenen Routen führt er

durch Berlins Mitte und zeigt, wo Verbände, Agenturen und Rechtsanwaltskanzleien im Regierungsviertel sitzen.

Christina Deckwirth, Heidi Bank, et al.: **LobbyPlanet. Der Reiseführer durch den Lobbydschungel Berlin.** 2015. 324 Seiten. 10 Euro. LobbyControl, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ Pflegeleistungen: Vom Grundgesetz nicht als Eigentum geschützt

Ob die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und die Anwartschaften der Versicherten unter dem Eigentumsschutz des Grundgesetzes (Artikel 14) stehen, untersuchen der Sozialrechtler Professor Dr. Peter Axer von der Universität Heidelberg und Sozialrichterin Dr. Britta Wiegand. Diese Frage sei zu verneinen. Ihre Begründung: Der Umfang der Pflegeleistungen sei weder lohn- noch beitragsbezogen. Allerdings müsste bei Leistungskürzungen das Verfassungsrecht beachtet werden, insbesondere das Gebot der Verhältnismäßigkeit und der Kontinuität.

Die Sozialgerichtsbarkeit 9/2015, Seite 477–483

■ Schmerzensgeld: Individuelle Umstände zu wenig berücksichtigt

Die Hamburger Medizinrechtsanwälte Matthias Teichner und Dr. Birgit Schröder gehen der Frage nach, ob hierzulande das Schmerzensgeld bei Arzthaftungsfällen angemessen ist. Hierfür müssten die Gerichte stets die individuellen Umstände berücksichtigen. In der Praxis jedoch fände häufig keine gründliche Einzelfallbetrachtung statt. Vielmehr würde versucht, die Verfahren durch Vergleiche beizulegen. Dies sei zwar rechtlich nicht zu beanstanden. Aber auch hierbei müssten die Gründe für die vorgeschlagenen Entschädigungssummen nachvollziehbar sein. Weil dem aber oft nicht so sei, verlören Patienten das Vertrauen in die Kompetenz und Unbefangenheit der Richterschaft.

Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht 4/2015, Seite 225–231

■ Medizinprodukte: Bei Off-Label-Use haftet der Anwender

Im Unterschied zu Medikamenten ist die Verordnung von Medizinprodukten außerhalb ihrer Zweckbestimmung (Off-Label-Use) bislang kaum behandelt worden. Diese Lücke schließt Dr. Jan Timke, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fernuniversität Hagen. Der Off-Label-Use, etwa die Kombination von Produkten mit Fremdzubehör oder die Anwendung eines Produktes an einem anderen Körperteil, wirke sich auf die Produkthaftung aus. Wenn etwas schiefgeht, hafte der Anwender. Er übernehme quasi die Hersteller-eigenschaft. Das „neue“ Produkt müsste ein Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen, bei dem die Gebrauchstauglichkeit, der Nutzen und die Sicherheit zu prüfen sei.

Medizinrecht (2015) 33: 643–649

■ Antikorruptionsgesetz: Formulierungen zum Teil zu vage

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen sollen künftig neue Straftatbestände sein (Paragraf 299a Strafgesetzbuch). Der Jurist Thomas Steenbreker und viele andere auch hoffen, dass sich so ein Ende der Korruption im Gesundheitswesen setzen lässt. Zugleich aber kritisiert er den vorgelegten Gesetzentwurf. Manche Bestimmungen seien viel zu vage formuliert. Beispielsweise soll die Verletzung von Berufspflichten „in sonstiger Weise“ sanktioniert werden. Eine solche Formulierung verstoße gegen den Bestimmtheitsgrundsatz des Grundgesetzes (Artikel 103 und 104), wonach die Rechtsfolgen für ein Verhalten erkennbar sein müssen. Aufgrund der ungenauen Formulierung sei fraglich, ob die Strafnorm überhaupt verfassungsgemäß ist.

Medizinrecht (2015) 33: 660–665

Weniger kann mehr sein

Kein Röntgen bei kurz dauernden Rückenschmerzen, keine Antibiotika bei einfachem Husten und Schnupfen – die Initiative „Klug entscheiden“ erarbeitet Empfehlungen, um Über- und Unterversorgung abzubauen, sagt **Gerd Hasenfuß**, Vorsitzender der internistischen Fachgesellschaft.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat im vergangenen Jahr die Initiative „Klug entscheiden“ gestartet. Damit will sie die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich verbessern und langfristig sichern. Ein Vorbild ist die „Choosing Wisely Initiative“, die in den USA seit 2011 das Ziel verfolgt, in einer offenen Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patienten und Öffentlichkeit überflüssige medizinische Leistungen zu identifizieren. Die Klug entscheiden-Initiative der DGIM basiert auf der Erkenntnis, dass Ärztinnen und Ärzte trotz zahlreicher Leitlinien nicht immer alle wichtigen Aspekte in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen adäquat berücksichtigen. So setzen sie einerseits noch zu häufig klare diagnostische und therapeutische Empfehlungen nicht um (Unterversorgung). Andererseits wenden sie mitunter diagnostische Verfahren und Therapien an, obwohl Studien gezeigt haben, dass sie in der speziellen Situation des Patienten keinen Nutzen haben (Übersversorgung).

Patienten in die Diskussion der Ergebnisse einbinden. Übersversorgung erfolgt vielfach aus dem Bestreben, das Maximale für den Patienten zu tun. Gerade in Anbetracht der Arbeitsverdichtung in der Medizin ist es häufig einfacher, noch ein weiteres diagnostisches Verfahren anzuwenden, als anhand der vorliegenden Kernbefunde mutig über Diagnose oder Therapie zu entscheiden. Die Sorge vor dem Vorwurf der Unterlassung spielt auch in Deutschland eine zunehmende Rolle. Finanzielle Fehlanreize unseres Entgeltsystems und die Erwartungshaltung der Patienten fördern das Prinzip „Im Zweifelsfall mehr machen“. Die DGIM hat sich daher zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit mit ihren Schwerpunktgesellschaften Aspekte der Über- und Unterversorgung zu identifizieren. Damit will

sie Leitlinien nicht ersetzen. Vielmehr geht es darum, finanzielle und personelle Ressourcen sinnvoll einzusetzen, um die Gesundheitsversorgung auf optimalem Niveau zu sichern. So erarbeiten Vertreter der zwölf internistischen Schwerpunkte jeweils zehn Klug entscheiden-Empfehlungen. Zum einen empfehlen sie diagnostische oder therapeutische Verfahren, die bisher, obwohl ihr Nutzen nachgewiesen ist, zu wenig Anwendung finden. Zum anderen raten sie ab von Verfahren, die verbreitet sind, obwohl ihr Nutzen für die infrage kommende Patientengruppe nicht belegt ist. Eine Fachgruppe überprüft und verabschiedet die Ergebnisse. Zu dieser Fachgruppe gehören auch Patientenvertreter. Die Einbindung von Patienten in die Entwicklung der Empfehlungen und deren anschließende Umsetzung ist ein wesentliches Kennzeichen der Initiative. Die DGIM wird die Klug entscheiden-Empfehlungen sowohl in den medizinischen Fachmedien als auch in laienverständlicher Form veröffentlichen.

In einer groß angelegten Befragung unter ihren 24.000 Mitgliedern will die DGIM Informationen über die Häufigkeit und mutmaßlichen Ursachen von Über- und Unterversorgung einholen. Besonders interessiert ist sie an der Einschätzung der Internisten, wie sich die Klug entscheiden-Empfehlungen einsetzen lassen, um die identifizierten Aspekte der Über- und Unterversorgung zu beseitigen. Hier stellt sich die Frage, ob die Veröffentlichung der Empfehlungen allein zur Lösung des Problems beitragen kann.

Empfehlungen evaluieren. Die Klug entscheiden-Initiative der DGIM zielt darauf ab, die Indikationsqualität diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu verbessern. Andere Qualitätsaspekte der medizinischen Versorgung sind die Strukturqualität und die Ergebnisqualität. Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung fokussiert gegenwärtig auf die Ergebnisqualität. Umso wichtiger erscheint die Klug entscheiden-Initiative: Ein Behandlungsergebnis kann schließlich nur dann als gut bezeichnet werden, wenn die Behandlung erforderlich, das heißt medizinisch angezeigt (indiziert) war. Im nächsten Schritt müssen wissenschaftliche Untersuchungen evaluieren, ob Klug entscheiden-Empfehlungen mittelfristig tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität geführt haben. ■

Prof. Dr. Gerd Hasenfuß, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen, ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2015/2016.

Mehr Infos: www.dgim.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 Anne Töpfer

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

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

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

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

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlages. Dies gilt auch für die
Aufnahme in elektronische Daten-
banken und Mailboxen. Für unau-
gefordert eingesandte Manuskripte
und Fotos übernimmt der Verlag
keine Haftung.
Einzelpreis: 6,95 Euro
Jahresabo: 71,80 Euro
inkl. Porto
Kündigungsfrist 3 Monate
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-
preisliste Nr. 17
vom 1.1.2015
ISSN 1436-1728



G+G 10/2015

Rettung für die Notfallmedizin

Wohl der Patienten hat Priorität

In allen möglichen Bereichen scheint es kein Problem zu sein, Angebot und Nachfrage zusammenzubringen. Warum soll das gerade in der Notfallmedizin so schwierig sein? Wohl kaum, weil über die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, zum Beispiel am Wochenende, zu wenig Daten vorliegen. Seit Jahren beklagen Experten, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser steigt und belegen das auch mit statistischen Daten.

Bekannt ist außerdem, dass viele der „Selbsteinweiser“ woanders besser aufgehoben wären. Auch der ärztliche Bereitschaftsdienst im ambulanten Sektor hat bestimmt genug Informationen über die Zahl von Notfallpatienten in der Nacht und an Wochenenden und die Art der Erkrankungen dieser Patienten. Ein guter Ansatz, um die Probleme in der Notfallversorgung anzugehen, scheint mir, zentrale Leitstellen mit einheitlicher Telefonnummer einzurichten. Denn klar ist: Wenn jemand mitten in der Nacht mit starken Herzbeschwerden oder anderen bedrohlich wirkenden Symptomen erst überlegen muss, welche Telefonnummer für seinen Hilferuf die richtige ist, geht unter Umständen wertvolle Zeit verloren. In solchen Situationen hat niemand die Muße, erst zu überlegen, wo geeignete Hilfe zu finden ist. Warum nun tun sich die Verantwortlichen offenbar schwer damit, die Notfallmedizin zu retten? Die Erklärung liegt auf der Hand: Es geht wohl hauptsäch-

lich ums Geld. So lange Kliniken mit Patienten, die in der Notfallambulanz landen und dann stationär aufgenommen werden, ihre Bilanz verbessern, besteht kein Anreiz, die Patientenströme umzuleiten. Und auch die Bereitschaftsdienste müssen finanziell so aufgestellt sein, dass nicht die Zahl der Patienten über Gewinn oder Verlust entscheidet. Bei der Reform der Notfallversorgung muss das Wohl der Patienten fraglos an allererster Stelle stehen.

E. B., Bonn

G+G 10/2015

Interview mit Frank Weidner

Niemandem den Weg verbauen

Gut, dass hier mal wieder jemand der professionellen Pflege engagiert das Wort redet. Ich kann Pflegewissenschaftler Frank Weidner nur zustimmen, wenn er sagt: „Pflege ist keine Milchmädchen-Rechnung, sondern eine hochkomplexe Aufgabe.“ Deshalb muss die Gesellschaft diesem Berufsstand endlich ernsthaft die Wertschätzung entgegenbringen, die er verdient. Und das auch in Euro und Cent umsetzen, also für eine angemessene Bezahlung sorgen. Dann erledigt sich vielleicht das Problem mit dem Fachkräftemangel bald von allein. Eine sinnvolle Reform der Ausbildungsgänge wird ein übriges tun. Wichtig ist doch vor allem, niemandem den Weg zu verbauen, der in die Pflege einsteigen will. Die Zugangsbedingungen müssen stimmen, aber auch die Möglichkeiten, sich stetig weiterzuqualifizieren.

J. S.-W., Celle

BECKs Betrachtungen



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

„Marcia Angells Klage ist kompromisslos, überzeugend und beunruhigend.“

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105
oder per Mail: verlag@kompart.de

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

1. Auflage, 288 Seiten, Hardcover, ISBN: 978-3-9806621-9-2

— Exemplar(e) zum Preis von **24,80 Euro**

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

Die Pharmaindustrie rühmt sich, Innovationsmotor des Gesundheitswesens zu sein – ständig neu auf den Markt geworfene Medikamente vermarktet sie als Segen für die Patienten. Doch wie innovativ sind die Arzneimittelhersteller wirklich?

Die Autorin analysiert am Beispiel USA die Pharmabranche und stellt kritische Fragen: Wie gut sind die neuen Medikamente? Müssen sie wirklich so teuer sein? Wie hoch sind die Forschungs- und Entwicklungskosten? Ihre Antworten sind präzise und kompromisslos: Marketingkosten treiben die Arzneimittelpreise unnötig in die Höhe. Überteuerte Nachahmerprodukte überschwemmen den Markt, und nur 14 Prozent der jährlichen Neuzulassungen sind echte Innovationen.

Marcia Angell, Ärztin und Medizinjournalistin, war Chefredakteurin des renommierten *New England Journal of Medicine* und ist Dozentin für Sozialmedizin an der Harvard Medical School in Boston.

Das Buch bietet 288 spannende, faktenreiche Seiten und ist zudem locker zu lesen. Mit einer Einführung ins US-Gesundheitswesen und einem Glossar bietet es zudem einen Einblick in das teuerste Gesundheitssystem der Welt.



Dranbleiben, locker bleiben

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie