




GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



Mehr Schutz für Solisten

Warum es bei der Krankenversicherung
für kleine Selbstständige Reformbedarf gibt

KLINIKAPOTHEKEN: Hightech im Hintergrund
SELBSTVERWALTUNG: Rückenwind vom obersten Sozialrichter

EXTRAS: AOK-Positionen zum RSA | WIdO-monitor

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

Tel. 030/34646-2309
030/34646-2312
030/34646-2655
030/34646-2298
030/34646-2467
Fax: 030/34646-2507

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

Tel. 0421/1761-549
Fax: 0421/1761-91540

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Antje Meyer

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

Tel. 0211/8791-1011

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

Tel. 040/2023-1401

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

Tel. 0800/10590-11144
Fax: 0800/1059002-104

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Eltern vorm Burnout

Working-Mom und Super-Daddy – überzeichnete Rollenerwartungen lassen Mütter und Väter ausbrennen, meint **Dagmar Ziegler**. Um den Spagat zwischen Familie, Pflege und Beruf zu schaffen, brauchen vor allem Frauen mehr Unterstützung.

Erfolgreich im Berufsleben, fürsorgliche Mutter oder Vater und intakte Familie – dieser plakative Dreiklang prägt die Anforderungen, die heute an Eltern gestellt werden. Die Realität sieht häufig anders aus. Die Haupterziehungsarbeit und auch die Pflege von Angehörigen werden hauptsächlich von Frauen geleistet. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes sind eindeutig: Bisher nimmt sich nur jeder dritte Vater nach der Geburt des Kindes eine Pause vom Beruf und bezieht Elterngeld, die meisten lassen den gesetzlichen Anspruch verfallen.

Und: Väter in Elternzeit verlassen ihren Arbeitsplatz in der Regel nur so kurz wie möglich: 79 Prozent bleiben zwei Monate zu Hause. Frauen hingegen beziehen zu 96 Prozent Elterngeld und schöpfen meist die maximale Bezugsdauer aus. Eine Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach zeigt ein eher traditionelles Rollenbild: Nach der Geburt steigen Mütter am häufigsten mit reduzierter Stundenzahl (15 bis 24 Wochenstunden) wieder in das Berufsleben ein, während der Vater in Vollzeit arbeiten geht. Häufigster Grund ist die Angst vor Einkommensverlusten. Dabei wollen sich Männer oftmals stärker für die Familie engagieren.

Wie wirkt sich diese Konstellation auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aus? Den größten Spagat müssen die Frauen bewältigen – zwischen dem traditionellen Rollenbild der fürsorglichen Mutter und dem modernen Wunsch nach Gleichberechtigung mit partnerschaftlich geteilter Haus- und Familienarbeit. Realität ist jedoch, dass Mütter 80 Prozent der Haus- und Familienarbeit übernehmen – und das unabhängig vom Anteil der Erwerbsarbeit. Das bringt viele Frauen an ihre Grenzen. Sie stellen ihre eigenen Bedürfnisse zurück, denn sie wollen funktionieren, den Erwartungen anderer und ihren eigenen Ansprüchen gerecht werden. Wenn dann noch Arbeitslosigkeit oder eine Pflegesituation hinzukommen, können Mütter krank werden. Das Müttergenesungswerk hat in seiner aktuellen Jahresauswertung einen deutlichen An-

stieg der Erschöpfungsdiagnosen festgestellt: 87 Prozent aller Mütter, die 2015 an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in einer vom Müttergenesungswerk anerkannten Klinik teilnahmen, litten an einem Erschöpfungssyndrom bis hin zum Burnout. Aber auch bei Vätern mit gleicher Vielfachbelastung dominierte diese Diagnose mit fast 70 Prozent. Obwohl traditionell viel weniger Väter an einer Maßnahme teilnehmen, steigt die Nachfrage auch hier rapide: 2015 wuchs der Anteil an

V Vätern in Kurmaßnahmen um 24 Prozent. Ein Ergebnis der überzeichneten Rollenerwartung: Mütter und Väter, wenn sie die Hauptverantwortung für die Familie tragen, leiden ähnlich unter ständigem Zeitdruck. Denn das traditionelle Rollenmodell mit dem Mann als Hauptverdiener stellt

auch für Väter eine Herausforderung dar. Während Vätern die berufliche Belastung zu schaffen macht, fehlt es bei Frauen eher an mangelnder Anerkennung und fehlender Unterstützung.

Ein Grund für den auffallend schlechten Gesundheitszustand von Frauen mittleren Alters ist die hohe psychosoziale Belastung durch Haus- und Familienarbeit und die Pflege von Angehörigen. Ein Viertel aller Mütter befindet sich heute in der sogenannten Sandwich-Position. Das Müttergenesungswerk hält für pflegende Angehörige wie für Mütter und Väter spezifische Vorsorge- und Rehabilitationsangebote bereit, die nachhaltig wirken. Erfreulich ist auch, dass die Krankenkassen nur noch elf Prozent der Kuranträge ablehnen. So konnten im vergangenen Jahr 49.000 Mütter, 1.500 Väter und 72.000 Kinder Maßnahmen in Anspruch nehmen. Aber es gibt auch Herausforderungen für die Zukunft: Die Absicherung des Netzes von Beratungsstellen zu den Kuren, höhere Tagessätze in diesem Bereich, mehr Informationen für Betroffene sowie für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Dabei sollten angesichts von derzeit 1,75 Millionen ambulant versorgten Pflegebedürftigen insbesondere pflegende Angehörige im Fokus stehen. ■

**Väter in Elternzeit
verlassen ihren
Arbeitsplatz in der
Regel nur zwei Monate.**



Dagmar Ziegler, geboren 1960, ist seit November 2013 Kuratoriumsvorsitzende der Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk. Die Diplomfinanzökonomin arbeitete von 1984 bis 1987 in der Filiale Leipzig der Staatsbank der DDR, danach bis zur Wende in der Landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft Lenzen. Von 2000 bis 2004 war die SPD-Politikerin Finanzministerin, von 2004 bis 2009 Sozialministerin in Brandenburg. 2009 zog Dagmar Ziegler in den Bundestag ein, seit Dezember 2013 ist sie Parlamentarische Geschäftsführerin der SPD-Fraktion.

Kontakt:
www.dagmar-ziegler.de
www.muetttergenesungswerk.de

Präsidiales Bekenntnis



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Wer zum ersten Mal vor dem Gebäude des Bundessozialgerichtes in Kassel-Wilhelmshöhe steht, fühlt sich klein. Kein Wunder, stammt der wuchtige braun-graue Bau doch aus den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts – nationalsozialistische Militär-Architektur, die einschüchtern sollte. Doch seit der vollständigen Sanierung des Gebäudes vor wenigen Jahren verbirgt sich im

Innenhof des Gerichts ein architektonisches Kleinod, das eine ganz andere Wirkung auf Besucher hat: der Elisabeth-Selbert-Saal.

Oval statt kantig, gläsern statt steinern, warme Holztöne statt kaltem Stein, Pavillon statt Protzbau – die 1986 verstorbene Juristin hätte gewiss ihre Freude an dem nach ihr benannten großen Sitzungssaal des obersten deutschen Sozialgerichtes gehabt. Selbert gehörte als eine von vier Frauen dem Parlamentarischen Rat an, dem wir unser Grundgesetz zu verdanken haben. Dass der Satz „Männer und Frauen sind gleichberechtigt“ dort steht, ist wiederum vor allem das Verdienst der Kasseler Rechtsanwältin.



Stippvisite beim Bundessozialgericht: Rund zwei Stunden Zeit nahm sich Präsident Rainer Schlegel (Mitte) für die Fragen der G+G-Redaktion.

Die lichtdurchflutete Atmosphäre des Elisabeth-Selbert-Saals entspricht nicht nur dem demokratischen Geist seiner Namenspatronin, sondern eignet sich auch hervorragend dafür, frisch ernannte Präsidenten des Bundessozialgerichtes in Szene zu setzen: Professor Dr. Rainer Schlegel nahm sich reichlich Zeit für Fotograf Dirk Hoppe, nachdem er zuvor meiner Kollegin Gabriele Hilger und mir ausführlich Rede und Antwort gestanden hatte. Im G+G-Interview – eines der ersten in seinem neuen Amt – bekennt sich Schlegel klar zur Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (ab Seite 26). Leider keine Selbstverständlichkeit in diesen Tagen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen


henkelhoving@kompart.de

36



Interview mit Kathrin Vogler: Was die Linken-Politikerin im Gesundheitswesen verändern will

MAGAZIN

12 NEUE WEGE FÜR EILIGE ARZNEIMITTEL

Um Patienten mit Krebsmedikamenten zu versorgen, haben Kassen Verträge mit Apotheken abgeschlossen. Doch der Gesetzgeber will das unterbinden.

Von Thomas Rottschäfer

14 FAHRPLAN FÜR EIN LANGES LEBEN

Medizin, Reha, Pflege und Prävention vernetzen – darin sahen Teilnehmer einer Tagung in Stuttgart einen Schlüssel für mehr Gesundheit im Alter.

Von Ines Körver

15 BLICK ÜBER DEN GARTENZAUN

Innovative Versorgung: Welche Wege andere Länder einschlagen, zeigen internationale Fachleute beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

16 ONLINE-TRAINING FÜR DIE SEELE

Wirksam gegen trübe Gedanken und Gefühle: Das Online-Selbsthilfeprogramm MoodGYM lindert Depressionen. Das hat eine Fachtagung ergeben.

Von Peter Willenborg

18 TOOLBOX Hilft Studis bei Lernstress

Um den Lern- und Prüfungsstress auszuhalten, greifen manche Studierende zu Pillen. Ein Internet-Programm hilft, mit dem Druck gesünder umzugehen.

Von Thomas Hommel

19 „EINE GUTE NACHBARSCHAFT HÄLT GESUND“

Eine Gemeinschaft, die aufeinander aufpasst und sich gegenseitig unterstützt – Solidarität unter den Nachbarn ist gut für die Gesundheit, sagt Erdtrud Mühlens vom Netzwerk Nachbarschaft.

TITEL

20 MEHR SCHUTZ FÜR SOLISTEN

Viele allein arbeitende Selbstständige können ihren Beitrag zur Krankenversicherung kaum stemmen. Um die prekäre Lage zu beheben, muss die Politik handeln.
Von Dietmar Haun und Klaus Jacobs

THEMEN

26 „SELBSTVERWALTUNG IST KEIN ANACHRONISMUS“

Mehr Kompetenzen für Sozialgerichte, ausreichend Spielraum für die Selbstverwaltung – der neue Präsident des Bundessozialgerichts, Rainer Schlegel, bezieht im G+G-Interview Position.

30 HIGHTECH IN DER HAUSAPOTHEKE

Mittel gegen Krebs, Herztropfen für Kinder, Tipps für Therapiesicherheit: Die Apotheke der Medizinischen Hochschule Hannover liefert Arzneien und guten Rat.
Von Änne Töpfer (Text) und Werner Krüper (Fotos)

36 „GESUNDHEIT VERKOMMT ZUR HANDELSWARE“

Weniger Markt, mehr Fürsorge: Im G+G-Interview spricht sich die gesundheitspolitische Sprecherin der Linksfraktion im Bundestag, Kathrin Vogler, für eine gesundheitspolitische Kehrtwende aus.

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Mehr tun gegen Adipositas?
- 11 **Kommentar** Arzneipreisbindung: Mehr Ehrlichkeit, bitte!
- 38 **Recht** Europarichter kippen Preisbindung
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Digitale Medizin ist Vertrauenssache
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20 Kritische Bestandsaufnahme: Warum bei der Krankenversicherung von Solo-Selbstständigen Reformen nötig sind



26 Interview mit Rainer Schlegel: Warum der Gerichtspräsident die Selbstverwaltung für wichtig hält



30 Reportage: Was das Team der Apotheke an der Medizinischen Hochschule Hannover leistet

FORSCHUNG Frühe Ernährung prägt lebenslang

Die Ernährung in den ersten Lebensjahren hat großen Einfluss auf den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter. Zu diesem Ergebnis kommt das internationale Forschungsprojekt „Early Nutrition“, das kürzlich auf einer Konferenz an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) vorgestellt wurde. „Die Ernährung in der frühen Kindheit beeinflusst den Stoffwechsel und die Gesundheit ein Leben lang“, sagte LMU-Professor Dr. Berthold Koletzko. In dem von Koletzko koordinierten Projekt „Early Nutrition“ erforschten Wissenschaftler mehrere Jahre die Folgen frühkindlicher Ernährung. Beteiligt waren 35 Institute in zwölf Ländern. Koletzko sagte, die „metabolische Programmierung“ im frühen Lebensalter sei für die Gesundheit der Bevölkerung extrem wichtig. Die Forscher haben daher verschiedene präventive Strategien entwickelt – auch was den häufig zu hohen Eiweißgehalt von Säuglingsnahrung betrifft. ■

ANHÖRUNG Pflegerreform nachbessern

Experten haben Nachbesserungen am Entwurf der Bundesregierung für ein drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) verlangt. Bei einer Anhörung vor dem Bundestags-Gesundheitsausschuss kritisierten sie, dass mit der geplanten stärkeren Rolle der Kommunen gut funktionierende Strukturen in der Pflegeberatung ohne Not ausgehebelt würden. Konkret sollen die Kommunen für fünf Jahre das Recht haben, Pflege-



Ein Löffelchen für Mama: Was das Baby isst, beeinflusst die Gesundheit im späteren Leben.

gestützpunkte einzurichten. Auch sollen sie Gutscheine der Versicherten für Pflegeberatung einlösen können. Zudem sollen in bis zu 60 Kreisen oder kreisfreien Städten für die Dauer von fünf Jahren modellhaft Beratungsstellen eingerichtet werden. Vertreter der Pflegekassen kritisierten, Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Kassen hätten schon jetzt darauf hinzuwirken, eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Auf kommunaler Ebene mangle es aber oft an der Umsetzung der Regelungsverantwortung – auch wegen fehlender Finanzförderung der Länder. Statt Kompetenzen zu verlagern, sollte gemeinsames Handeln im Vordergrund stehen. Der Aufbau von Doppelstrukturen und Insellösungen binde hingegen unnötig Ressourcen. ■

**GESETZENTWURF:
Bundestagsdrucksache
18/9518**

NACHWUCHS Mehr Azubis in Zahnarztpraxen

Deutschlands Zahnarztpraxen verzeichnen steigende Ausbildungszahlen. Knapp 13.000 Neuverträge für Zahnärztliche Fachangestellte (ZFA) seien 2016 abgeschlossen worden – rund vier Prozent mehr als im Vorjahr, teilte die Bundeszahnärztekammer mit. „Das ist die höchste Azubi-Zahl seit 2004“, so BZÄK-Vizepräsident Professor Dr. Dietmar Oesterreich. Die Entwicklung

belege die hohe Attraktivität, die die ZFA-Ausbildung für junge Leute nach wie vor habe. Bundesweit wurden zuletzt (2014) rund 91.300 Zahnärzte gezählt – davon waren knapp 53.200 als niedergelassene Zahnärzte tätig. ■

GESUNDHEITSPREIS Ideen zur Migration finden und fördern

Der Berliner Gesundheitspreis 2017 steht unter dem Motto „Migration und Gesundheit – Integration gestalten“. Die Initiatoren – Ärztekammer Berlin, AOK Nordost und AOK-Bundesverband – suchen in der elften Auflage des Wettbewerbs bundesweit Projekte, die eine gute Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund ermöglichen und die Vorbild für die Integration von Fachkräften mit Migrationshintergrund in das hiesige Gesundheitssystem sind. Bewerbungsschluss für den mit insgesamt 50.000 Euro dotierten Gesundheitspreis ist der 30. November 2016. Die Preisverleihung soll im Juni 2017 stattfinden. ■

**MEHR INFOS:
www.berliner-gesundheitspreis.de**

kurz & bündig

+++ HEILMITTEL: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Heilmittel steigen im kommenden Jahr um 4,9 Prozent. Das entspricht einer Summe von etwa 300 Millionen Euro. Darauf einigten sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Verhandlungen zu den bundesweiten Rahmenvorgaben für Heilmittel. **+++ KAISERSCHNITT:** Die Zahl der Krankenhausentbindungen in Deutschland ist 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 3,5 Prozent auf insgesamt 716.539 gestiegen. Der Anteil der Frauen, die ihr Baby per Kaiserschnitt entbinden ließen, sank nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Vergleich zum Jahr 2014 geringfügig um 0,7 Prozentpunkte auf 31,1 Prozent.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

SOZIALHILFE

Eigene Pflege oft nicht zu bezahlen

Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung mussten im Jahr 2013 mehr als 40 Prozent aller Pflegebedürftigen in Deutschland zusätzlich zu Leistungen der Pflegeversicherungen Sozialhilfe beantragen. Die größten Abstände zwischen den Kosten für die stationäre Pflege und dem Einkommen klafften demnach in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Baden-Württemberg. Auch in Berlin, Hamburg und Bremen übersteigen die Aufwendungen für Pflege häufig das Einkommen der Rentner. In den ostdeutschen Bundesländern sowie in Schleswig-Holstein und Teilen Niedersachsens deckten zwar die Einkünfte die durchschnittlichen stationären Pflegekosten. Grund hier-

Zitat des Monats

Die gesündeste Turnübung ist das rechtzeitige Aufstehen vom Esstisch.

Giorgio Pasetti (1916-2006), italienischer Schriftsteller

für sei allerdings, dass die Altenpflegekräfte dort schlechter bezahlt würden. Die Leistungen der Pflegeversicherung seien deshalb so weiterzuentwickeln, „dass Altenpflegekräfte leistungsgerecht bezahlt werden, ohne die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen finanziell zu überfordern“, sagte der Gesundheitsexperte der Bertelsmann Stiftung, Dr. Stefan Etgeton. Für ihren Report Pflegeinfrastruktur wertete die Stiftung Daten von mehr als 400 Kommunen aus. ■

PHARMAINDUSTRIE

Hoher Schaden durch falsche Pillen

Gefälschte Arzneien haben Europas Pharmaindustrie vergangenes Jahr über zehn Milliarden Euro gekostet. Das entspricht einem Wert von 4,4 Prozent aller legal verkauften Arzneimittel in der Europäischen Union (EU) zu Großhandelspreisen, wie aus einem Bericht des Amtes der EU für geistiges Eigentum im spanischen Alicante hervorgeht. Die Umsatzeinbußen führten auch zu einem Beschäftigungsrückgang. Schätzungsweise 37.700 Arbeitsplätze gingen durch Arzneimittel-fälschungen verloren. ■

LINKE

Schulverpflegung einheitlich gestalten

Der Verpflegung in Kitas und Schulen messen Experten wachsende Bedeutung zu. Ob diese kostenfrei sein sollte und für alle gleich, darüber gehen die Meinungen auseinander, wie eine Anhörung des Bundestags-Ausschusses für Ernährung und Landwirtschaft auf Antrag der Linksfraktion deutlich machte. Die Fraktion fordert von der Bundesregierung die Einrichtung eines Bundesprogramms zur Kita- und Schulverpflegung. Danach sollen alle Kindertagesstätten, allge-

meinbildenden Schulen sowie Horteinrichtungen und Einrichtungen in der Tagespflege mit Ganztagsangebot eine beitragsfreie, altersgerechte, abwechslungsreiche und ansprechende Essensversorgung anbieten. Der Bund soll zur Finanzierung der Forderung ausreichend Mittel bereitstellen und mit den Ländern Vereinbarungen treffen, damit diese die Finanzmittel entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung stellen, so die Linksfraktion. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache
18/8611

MEDIKAMENTE

Fixpreise verstoßen gegen Europarecht

Die in Deutschland geltende Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneien ist laut einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) rechtswidrig (Az: C-148/15). Die Festlegung einheitlicher Abgabepreise beschränke den freien Warenverkehr in der EU und verstoße somit gegen EU-Recht. Im aktuellen Fall ging es um eine Kooperation der Deutschen Parkinson Vereinigung mit der niederländischen Versandapotheke DocMorris. Vereinsmitglieder erhielten dort Boni für rezeptpflichtige Parkinson-Tabletten. Die deutsche Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs hatte dagegen geklagt. Der EuGH urteilte nun, die deutsche Regelung fixer Abgabepreise wirke sich negativ auf Apotheken im EU-Ausland aus. Ihnen könnte der Zugang zum deutschen Markt erschwert werden. ■

Siehe auch Kommentar auf Seite 11 und die Rubrik Recht auf den Seiten 38 und 39.

Köpfe und Karrieren



+++ **HARRY GLAWE**, 62, verantwortet in der neuen mecklenburg-vorpommerischen Landesregierung neben dem Wirtschaftsressort nun auch den Bereich Gesundheit. Dem CDU-Politiker ist das Gesundheitssystem nicht fremd. Er ist Diplomkrankenschwester und arbeitete bis 1991 als Stationspfleger in der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Universität Greifswald. Dem Landtag gehört er seit 1994 an, war bis 2006 stellvertretender CDU-Fraktionsvorsitzender, bis 2009 deren Parlamentarischer Geschäftsführer und anschließend Fraktionsvorsitzender. 2011 übernahm er das Wirtschaftsressort.

+++ **ERIKA BAUM**, 65, Professorin für Allgemeinmedizin an der Universität Marburg und niedergelassene Hausärztin im hessischen Biebental, steht für die nächsten drei Jahre als Präsidentin an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Sie übernahm das Amt von Professor Dr. Ferdinand Gerlach, der nach zwei Amtszeiten satzungsgemäß ausschied. Seit 2011 war Professorin Baum Vizepräsidentin der Fachgesellschaft, die die Interessen der Allgemeinmedizin und damit der Hausärzteschaft vertritt. Neue DEGAM-Vizepräsidentin ist Professorin Dr. Eva Hummers-Pradier.



Mehr tun gegen Adipositas?

Experten schlagen Alarm: Mehr als 220 Millionen Schulkinder weltweit sind bereits stark übergewichtig. Auch in Deutschland ist die Zahl der Betroffenen hoch. Hat die Prävention versagt?



DR. HEIDRUN THAISS, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Übergewicht und Adipositas sind ernst zunehmende und in der Entstehung multifaktorielle Probleme. Aktuelle Daten weisen auf eine Stabilisierung der Prävalenz im Verlauf des Kleinkindalters hin. Das ist ein erstes positives Zeichen der vielen Präventionsbemühungen der letzten Jahre. Der Anstieg des Gewichts nach den ersten Lebensjahren erfolgt meist nach Schuleintritt. Künftig ist daher ein systemübergreifendes Vorgehen nötig. Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die eine strategische, koordinierte Ausrichtung der Maßnahmen frühzeitig und in den Lebenswelten ermöglichen.

ein systemübergreifendes Vorgehen nötig. Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die eine strategische, koordinierte Ausrichtung der Maßnahmen frühzeitig und in den Lebenswelten ermöglichen.

PROFESSOR DR. MATTHIAS BLÜHER, Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft: Laut Vorhersagen der World Obesity Federation steigt die Zahl betroffener Schulkinder auf über 267 Millionen im Jahr 2025. Die Prävention von Adipositas hat also versagt. Wenn wir nicht schnell effektive Maßnahmen ergreifen, dann drohen vielen adipösen Kindern und Jugendlichen Diabetes Typ 2, Bluthochdruck, Fettleber und andere schwere Erkrankungen, die häufig auf Adipositas zurückzuführen sind. Auch in Deutschland brauchen wir mehr politische Führung bei diesem Thema. Kindern muss das gesunde Aufwachsen leichter gemacht werden, indem wir ihre Lebenswelten gesundheitsförderlich umgestalten.



DIANA GOLZE, Gesundheitsministerin in Brandenburg: Übergewicht bei Kindern ist ein ernstes Problem. Im Brandenburger Bündnis „Gesund Aufwachsen“ arbeiten daher viele Akteure daran, die Gesundheit von Kindern zu verbessern. Ein Schwerpunkt sind dabei Bewegung und Ernährung. Schon in den Kitas und später in den Schulen wollen wir die zentralen Faktoren gegen Übergewicht zu einer Selbstverständlichkeit machen: Bewegung und gesunde Ernährung.

Auch die Eltern spielen hier eine wichtige Rolle, da Kinder ihre Lebensgewohnheiten häufig übernehmen. Das ist ein langer Prozess. Dennoch haben wir schon viel erreicht. So hatten zuletzt nur drei bis vier Prozent der Einschulungskinder in der Mark starkes Übergewicht – und der Anteil ist konstant.

MARTIN LITSCH, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: Nein, aber die Anstrengungen im Kampf gegen Übergewicht müssen noch zielgerichteter sein und haben dem von der WHO empfohlenen Setting-Ansatz zu folgen. Danach ist Gesundheitsförderung dann erfolgreich, wenn sie konkret in den Lebenswelten ansetzt. Von den AOK-Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz – wie etwa den Aktionen JolichenKids in Kindergärten und ScienceKids in Schulen – profitierten bundesweit zuletzt knapp zwei Millionen Menschen. Dieses Engagement setzen wir fort und leisten unseren Beitrag im Kampf gegen Adipositas. Gleichwohl bleibt Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das gilt zum Beispiel für die Reduktion des problematischen Zuckerkonsums bei Kindern.



ERKÄLTUNG Faktenbox informiert über Vitamin C

Pünktlich zum Beginn der Erkältungssaison informiert eine neue Faktenbox der AOK über Nutzen und mögliche Nebenwirkungen von Vitamin C als Nahrungsergänzungsmittel. In einer weiteren Faktenbox geht es um Sinn und Unsinn der Einnahme von Vitamin E während der Schwangerschaft. Beide Online-Informationen wurden in Zusammenarbeit mit dem Harding-Zentrum für Risikokompetenz am Berliner Max-Planck-Institut für

gung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) unter 1.000 Menschen im Alter von zwölf bis 17 Jahren hervor. Der Umfang der Hilfe ist demnach beträchtlich. So hilft die überwiegende Mehrheit der jungen Menschen (90 Prozent) mehrmals in der Woche, ein Drittel (33 Prozent) täglich. Zumeist gehen sie bei Einkäufen zur Hand. Während sich eine Hälfte der Jugendlichen durch die Situation nicht beeinträchtigt fühlt, sieht die andere Hälfte darin eine große Belastung und Einschränkung. Grundsätzlich sei es in Ordnung, wenn junge Menschen Pflegeaufgaben übernehmen, sagte ZQP-Geschäftsführer Dr. Ralf Suhr. Die Aufgaben müssten jedoch „altersangemessen“ sein. ■

KLINIKEN Klare Regeln zum Entlassmanagement

Krankenhäuser müssen die Entlassung ihrer Patienten ab 2017 nach verbindlichen Standards organisieren. Diese sollen auch auf den Internetseiten der Häuser nachzulesen sein. Nachdem sich Vertreter von Ärzten, Kliniken und Krankenkassen am Verhandlungstisch nicht auf Regelungen zum Entlassmanagement verständigen können, musste das Bundesschiedsamt entscheiden. Mit Inkrafttreten der Richtlinie können die Kliniken nun Entlassrezepte für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und andere veranlasste Leistungen ausstellen. Der GKV-Spitzenverband begrüßte die Entscheidung. Die Patienten würden künftig lückenloser und damit besser versorgt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprach hingegen von einem „bürokratischen Monster“. ■

Bildungsforschung erstellt. Die AOK hat bereits vier Faktenboxen zu Nahrungsergänzungsmitteln veröffentlicht. ■

MEHR INFOS:
www.aok.de/faktenboxen

ANGEHÖRIGE Pflege setzt vielen Jugendlichen zu

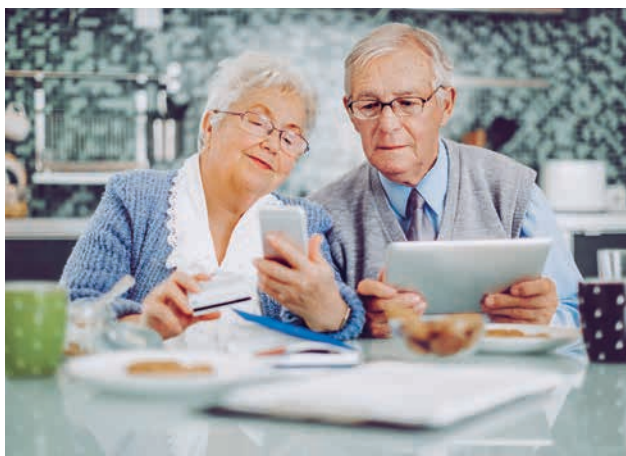
Rund 230.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland sind in die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger eingebunden. Das geht aus einer repräsentativen Befra-



STATISTIK

Alte Menschen nutzen neue Medien

Mit dem „Dilemma der Techniknutzung“ im Alter befasst sich eine aktuelle Untersuchung des Instituts Arbeit und Technik (IAT). In sogenannten Fokusgruppengesprächen diskutierten die IAT-Forscher mit Senioren im Alter von 60 bis 82 Jahren über deren Erfahrungen im Umgang mit modernen Technologien wie etwa dem Smartphone oder dem Tablet-PC. Ergebnis: „Bei der Zielgruppe der älteren Menschen gibt es bei moderner Technik eine Reihe von Missverständnissen, die vor allem durch Ängste und Informationsdefizite geprägt sind“, sagte Peter Enste vom IAT-Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität. Innerhalb der Senioren-Gruppen gebe es große Unterschiede: Während sich die „jungen Alten“ aufgeschlossen gegenüber neuen Technologien zeigten, sei die



Schauen, was die Enkelkinder machen: Knapp 40 Prozent der 60- bis 69-Jährigen besitzen ein Smartphone.

Verbreitung unter hochaltrigen Menschen gering: So besaßen knapp 70 Prozent der jungen Alten einen PC – in der Gruppe der Über-80-Jährigen seien es nur 13 Prozent. Ein Smartphone würden immerhin 38 Prozent der Personen zwischen 60 und 69 Jahren besitzen, bei den Hochaltrigen seien es nur zwei Prozent. Lediglich das klassische Handy finde eine weite Verbreitung in allen Altersklassen, so Enste. ■

DEPRESSION

Psychotherapie per Mausclick wirkt

Depressionen lassen sich über das Internet erfolgreich behandeln. Dies haben Wissenschaftler der Universität Lübeck und Forscher sechs weiterer Unis in Deutschland und der Schweiz festgestellt. Die Forscher teilten mehr als 1.000 Menschen mit leicht bis mittelgradigen depressiven Symptomen per Zu-

fall in zwei Gruppen auf. Die eine Gruppe erhielt neben ihrer üblichen Behandlung Zugang zu einem über das Internet verfügbaren Selbstmanagement-Programm zur Depressionsbewältigung. Die andere Gruppe erhielt nur die übliche Behandlung. Ein Jahr lang wurden die Teilnehmer zu depressiven Symptomen befragt und untersucht. Fazit: Bei den via Internet behandelten Probanden nahm die Depressionsschwere während der Behandlung stärker ab als bei denen, die „nur“ die übliche Behandlung bekamen. Besonders profitierten jene Patienten, die bislang nicht beim Psychiater oder Psychotherapeuten waren und keine Antidepressiva nahmen. „Das Programm ist eine wichtige Bereicherung für Menschen, die wir mit den bestehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht erreichen“, bilanzierte Studienkoordinator Dr. Jan Philipp Klein. ■

Siehe auch Bericht auf den Seiten 16 und 17.

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Die Unternehmen informieren, bevor die Zeit drängt“

Neue Gesetze, veränderte Rahmenbedingungen: Die AOK Niedersachsen steht Arbeitgebern mit speziellen Seminaren zur Seite. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Kasse, **Bernd Wilkening**.



G+G: Herr Wilkening, die AOK Niedersachsen bietet Arbeitgebern zum Jahreswechsel mehr als 400 Seminare an. Die Idee dahinter?

WILKENING: Veränderte Grenzwerte stellen Personalabteilungen, Lohn- und Gehaltsbüros sowie Steuerberater vor keine größere Herausforderung, gänzlich neue politische Entscheidungen aber durchaus. Mit den Seminaren und Webinaren unterstützen die AOK-Experten schon vor Inkrafttreten neuer Gesetze und Regeln. Es geht hauptsächlich darum, die zunächst nur theoretisch verfügbaren Vorgaben in die tägliche Praxis zu bringen, sie also konkret anzuwenden.

G+G: Welche Themen stehen zu diesem Jahreswechsel auf dem Plan?

WILKENING: Neben den obligatorischen neuen Rechengrößen stehen in diesem Jahr in den zweistündigen Veranstaltungen die Pflegereform, die Flexi-Rente und das Mutterschutzgesetz im Fokus, aber auch die

Beschäftigung von Flüchtlingen. Konkrete Fallbeispiele helfen bei der Umsetzung in den Arbeitsalltag. Weitere Themen sind der „Brexit“ und die steuerliche Förderung der Elektromobilität.

G+G: Welches Ziel verfolgt die Gesundheitskasse mit dem Informationsangebot?

WILKENING: Information und Beratung rund um die Sozialversicherung ist unser grundsätzlicher Auftrag, aber die AOK möchte mehr leisten. Die Seminare und Webinare sollen Unterstützung bieten und informieren, bevor die Zeit drängt oder sich Fragen häufen. Jedes Jahr kommen über 10.000 Teilnehmer in die Seminare. Der spätere zeitliche Aufwand der Arbeitgeber wird damit wirkungsvoll begrenzt. Ergänzend stehen die Firmenkundenberater den Arbeitgebern das ganze Jahr über mit Rat und Tat zur Seite.

Mehr Ehrlichkeit, bitte!

Deutschlands Apothekerschaft ist entrüstet: Der Europäische Gerichtshof hat die Preisbindung für rezeptpflichtige Arzneien gekippt. **Silvia Ottow** hält die Aufregung für überzogen.



DER ARME PATIENT. Ausgerechnet die Lobbyisten der inhabergeführten Apotheken wollen ihn momentan vor überhöhten Medikamentenpreisen beschützen. Sekundiert von Politikern, Bundesländern und Medien fordern sie wieder einmal das Aus für den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneien. Ihr Hauptargument: der Schutz der Verbraucher. Rabatte und Boni bei den Versandhändlern

hätten zur Folge, dass sich wohnortnahe Apotheken in dünn besiedelten Gegenden zum Nachteil der Kranken nicht länger halten würden. Es könne nicht sein, dass ungezügelter Markt über den Verbraucherschutz im Gesundheitswesen triumphierte. Bei solchen Sätzen muss man stutzig werden.

Bestimmen nicht ungezügelter Marktkräfte weite Teile der Gesundheitspolitik – besonders auf dem Gebiet der Arzneimittel, dem zweitgrößten Ausgabenposten der gesetzlichen Krankenversicherung? Ist es nicht so, dass überflüssige Arzneien an den Verbraucher gebracht werden, weil die Kriterien vernünftiger und umfassender Prüfung aufgeweicht wurden? Können nicht Hersteller die Preise im ersten Jahr des Markteintritts frei festlegen? Und kommt es dabei nicht selten zu schwindelerregenden Kosten, die vom Großteil der Patienten ohne deren noch immer solidarisch aufgestellte gesetzliche Krankenkasse niemals zu schultern wären? Ist es nicht so, dass Apotheken knapp die Hälfte ihres Umsatzes mit verschreibungsfreien Mitteln machen, deren Preise vielfach das Adjektiv „überhöht“ verdienen? Und haben nicht die Apotheken schon mehrfach das Aussterben ihrer Branche prophezeit – als beispielsweise der Versandhandel aufkam oder das Beratungshonorar gekürzt wurde?

Eingetreten ist das Untergangsszenario bislang nicht, denn es gelang bis in die jüngste Zeit hinein immer wieder, mit veränderten Bedingungen auf dem Markt zurecht zu kommen. Notfalls wird dafür das Geld der Versicherten requiriert. Da ist man auch im Offizin nicht zimperlich.

Die Instrumentalisierung des Patienten hat in der Gesundheitsbranche „gute“ Tradition und trifft in den Politikeretagen leider zu oft auf Verständnis. Egal ob Ärzte, Apotheker oder Pharmafirmen – sie alle schieben gern den Verbraucher vor, wenn sie eigene Pfründe sichern wollen. Ein wenig mehr Ehrlichkeit wäre in der Debatte angebracht, denn sie ist noch lange nicht zu Ende. ■

Silvia Ottow ist freie Journalistin für Gesundheitspolitik in Berlin.

SUCHHILFE

Palliativwegweiser freigeschaltet

Die AOK hat ihre Webseite um einen bundesweiten Palliativwegweiser zu Angeboten für schwerstkranke und sterbende Menschen erweitert. Betroffene und Angehörige können dort nach Eingabe von Postleitzahl oder Ort gezielt nach qualifizierten Einrichtungen oder Hilfsangeboten im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung suchen. Der Palliativwegweiser umfasst rund 8.000 Einträge. Neben 238 stationären Hospizen und über 600 Palliativstationen in Kliniken sind etwa 1.000 Hospizdienste, knapp 400 Pflegedienste mit Schwerpunkt Palliativversorgung und 300 Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf der Seite verzeichnet. Zudem finden sich dort Angaben zu Selbsthilfegruppen sowie knapp 700 AOK-Pflegeberatern, die über eine besondere Qualifikation zum Thema Palliativversorgung verfügen. ■

MEHR INFOS: www.aok.de/Palliativwegweiser

GRÜNE

Mehr Durchblick bei Gesundheits-Apps

Bessere Behandlungsverfahren, effizientere Versorgungsprozesse und mehr Selbstbestimmung für Patienten: Digitale Innovationen können nach Ansicht der Gesundheitssprecherin der Grünen-Fraktion im Bundestag, Maria Klein-Schmeink, das Gesundheitswesen positiv verändern. Vor allem durch mobile Anwendungen wie Gesundheits-Apps würden neue Versorgungsangebote gerade auch für chronisch

kranke Menschen möglich. Welche Qualität die Apps hätten und was mit den Daten geschehe, sei jedoch oft nicht ersichtlich. Hier sei mehr Transparenz nötig. ■

EUROPA

Millionen Tote durch Krankenhauskeime

Europaweit kommen laut einer im Fachmagazin „Plos Medicine“ veröffentlichten Studie jährlich rund 91.000 Menschen ums Leben, weil sie sich im Krankenhaus eine Infektion zugezogen haben. Europaweit liege die Zahl nosokomialer Infektionen bei jährlich etwa 2,6 Millionen, schreiben die Forscher. In Deutschland wird die Zahl der Patienten, die sich eine Krankenhausinfektion einfangen, auf jährlich rund 500.000 geschätzt. ■

HYGIENE

Online-Angebot zu Infektionsrisiken

Wer sich regelmäßig die Hände wäscht, schützt sich und andere vor Infektionskrankheiten. Für alle, die es genauer wissen wollen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Online-Informationsangebot zu Infektionsrisiken zusammengestellt. Die Hinweise wurden in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Robert Koch-Institut erstellt und enthält Hintergrundwissen zu bestimmten Krankheitserregern – von A wie Adenoviren bis W wie Windpocken. ■

MEHR INFOS: www.infektionsschutz.de > Hygienetipps

Neue Wege für eilige Arzneimittel

In mehreren Bundesländern schließen Krankenkassen Verträge zur Versorgung mit Krebsmedikamenten. Das hat Vorteile für Patienten und Ärzte. Doch nun will der Gesetzgeber dieses Verfahren unterbinden. **Von Thomas Rottschäfer**

Sparen auf Kosten von Krebskranken?

Im Streit um die Ausschreibung von Selektivverträgen zur Zytostatika-Versorgung haben die Apothekerverbände erfolgreich die Medienkarte gespielt. Nach durchaus offen lancierten TV- und Zeitungsberichten über angebliche Probleme bei der Versorgung von Krebspatienten mit individuell zubereiteten Medikamenten hat das Bundesgesundheitsministerium ungewöhnlich schnell den Gesetzentwurf zur Stärkung der Arzneimittelversorgung ergänzt. Stimmen Bundestag und Bundesrat zu, dürfen die Krankenkassen im nächsten Jahr keine neuen Versorgungsverträge mit einzelnen Apotheken mehr abschließen. Und nicht nur das: „Auch in die bereits laufenden Verträge will die Bundesregierung eingreifen“, sagt Dr. Sabine Richard. Die Begründung ist aus Sicht der Geschäftsführerin Versorgung beim AOK-Bundesverband in Berlin höchst erstaunlich: „Union und SPD sprechen von einer Art Versorgungsnotstand. Das ist absurd und hat nichts mit den Tatsachen zu tun.“

Vor der Apothekenlobby eingeknickt. Ein Blick zurück: 2010 hat die AOK in Berlin erstmals die Versorgung mit Zytostatika-

Zubereitungen ausgeschrieben. Die AOK Hessen ist dem Beispiel 2013 gefolgt. „Aus beiden Bundesländern sind keine Vorkommnisse bekannt, die zu einer Gefährdung der Versorgung der Patienten geführt hätten“, betont Richard. Im November 2015 hat das Bundessozialgericht (BSG) das Ausschreibungsverfahren der

Die AOK war Eisbrecher für die Zytostatika-Verträge anderer Krankenkassen.

AOK Hessen ausdrücklich bestätigt. Mit dem Rückenwind durch das BSG hat der AOK-Bundesverband im Sommer dieses Jahres neue Verträge für Hessen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, das Rheinland und Hamburg ausgeschrieben. Auch andere Krankenkassen haben inzwischen Zytostatikaverträge ausgeschrieben, darunter zuletzt 53 Betriebskrankenkassen.

„Wie bei den Arzneimittelrabattverträgen für Generika war die AOK auch in diesem Bereich der Eisbrecher“, sagt Sabine Richard. Doch während Bundes-

gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) die erfolgreichen Generikaverträge inzwischen in jeder Pressemitteilung zum Finanzergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung lobte, sei er in Sachen Zytostatika-Verträge vor der Apothekenlobby eingeknickt, kritisiert der AOK-Bundesverband. „Der Minister schützt ein starkes Versorgungskartell vor ein bisschen Wettbewerb“, ärgert sich Vorstandschef Martin Litsch.

Von Versorgungsnotstand keine Spur.

„Seit Jahren werden die außerordentlichen Gewinnspannen von Apothekern thematisiert, die Krebsmedikamente in Arztpraxen liefern. Einige Apotheken kaufen die Medikamente zum Teil erheblich preiswerter ein als sie dies mit den Kassen abrechnen. Immer wieder gab es Skandale um Abrechnungsbetrug und unzulässige finanzielle Absprachen zwischen Apothekern und Ärzten“, sagt Arzneimittel-Expertin Richard. „Es geht um einen abgeschotteten lukrativen Markt, in dem es sich spezialisierte Apotheker und Ärzte bequem eingerichtet haben. Dass die kein Interesse an mehr Transparenz haben, ist verständlich.“ Umso unverständlicher sei es, dass eine von Scheindebatten geprägte Diskussion bei Union und SPD verfrage: „In der Kampagne gegen die Krankenkassenverträge beschwören die Kritiker plötzlich Standards, die in der bisherigen Regelversorgung kaum eine Rolle spielen.“

So werde von den Gegnern der Verträge gerne verschwiegen, dass auch in der Regelversorgung die Belieferung mit Zytostatika nicht immer ortsnah erfolgt, sagt die Diplom-Volkswirtin. „Berliner Ärzte haben sich in der Vergangenheit aus dem 630 Kilometer entfernten Stuttgart beliefern lassen. Und medizinische Versorgungszentren im nordrhein-west-

Zytostatika-Verträge: Pluspunkte für die Versorgung

- Für den **Patienten** ändert sich nichts an der qualitativ hochwertigen Versorgung. Die Ausschreibung betrifft nur die Bezugswege zwischen Arzt und Apotheker.
- Der **Arzt** kann sich aufgrund der festen Lieferfristen und des klaren Notfallplans sicher sein, seine Patienten stets qualitativ hochwertig versorgen zu können.
- Die **Apotheken** erhalten Planungssicherheit. Sie sind nicht von den persönlichen Entscheidungen eines einzelnen Arztes abhängig.
- Die Vertragspartner müssen einen **Ansprechpartner** benennen, der sowohl für die Krankenkasse als auch für die Arztpraxen zur Verfügung steht.

fälischen Duisburg wurden bis vor Kurzem aus dem niedersächsischen Uslar beliefert – das sind rund 250 Kilometer Anlieferungsweg.“ Die AOK-Verträge sehen dagegen eine Ad-hoc-Belieferung innerhalb von maximal 45 Minuten vor. In der Regel liegen die Fahrzeiten deutlich darunter. In Hessen sind es 30 Minuten – vor der Ausschreibung waren es 77 Minuten. In Berlin haben sich die Lieferzeiten seit 2010 ebenfalls verkürzt. Selbst im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern mit ohnehin weiten Wegen ist die Entfernung zwischen Arzt und Lieferapotheke in fast 90 Prozent der Fälle gleich geblieben oder hat sich sogar reduziert. „Von Versorgungsnotstand kann keine Rede sein“, stellt Richard fest.

Lieferwege sind transparenter als bisher.

Anders als von einigen Onkologen dargestellt, greifen die Direktverträge zwischen Kassen und Apotheken laut AOK-Bundesverband auch nicht in die Therapiehoheit der Ärzte ein. „Hier spart niemand auf Kosten Krebskranker. Die Ausschreibung betrifft ausschließlich die Bezugswege zwischen Arzt und Apotheker“, hat Vorstand Litsch am 19. Oktober bei einer

Die Direktverträge zwischen Kassen und Apothekern greifen nicht in die ärztliche Therapiehoheit ein.

Sachverständigenanhörung des Bundestages klargestellt: „Die Lieferwege sind transparenter als bisher. Sie ermöglichen eine ortsnahe Versorgung. Wirtschaftlichkeitsreserven kommen der Versicherungsgemeinschaft zugute. Die Apotheken erhalten Planungssicherheit, weil sie unabhängig vom behandelnden Arzt wissen, wie viele Patienten sie versorgen.“

Die AOK erteile nur Apotheken einen Zuschlag, die für die Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie zugelassen seien, betont Sabine Richard. Zudem seien die Qualitätskriterien der AOK strenger als in der Regelversorgung.



Schnell zum Patienten:
Die AOK-Verträge zur
Zytostatika-Versorgung
sehen Lieferzeiten von
maximal 45 Minuten vor.

Dass die Bundesregierung den laufenden Verträgen keinen Bestandsschutz einräumen will, ist aus Sicht Richards äußerst ungewöhnlich. Laut Gesetz sollen die Patienten ohne Mehrkosten wählen dürfen, welche Apotheke ihr Medikament zubereitet, obwohl das Patientenwahlrecht in der Versorgung keine Rolle spielt, da die Medikamente von der Apotheke direkt in die Arztpraxis geliefert werden. „Welcher Onkologe hat denn ein Interesse daran, dass die Patienten die Apotheke auswählen und er dann in der Abwicklung eine Vielzahl von Lieferanten koordinieren muss“, fragt die Versorgungsexpertin. „Für das Praxisteam würde dies viel Bürokratie nach sich ziehen. Das ist nicht im Interesse der Ärzte. Wenn aber alle Patienten die vom Arzt empfohlene Apotheke auswählen, dann kommt man in einem ohnehin für Korruption anfälligen Bereich sehr schnell in den Graubereich der verbotenen Zuweisung.“

Nächste Scheindiskussion in Sicht. Anstelle von wettbewerblichen Lösungen setzt die Bundesregierung auf Beschränkung: Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern sollen im Zyto-Segment nur noch kasseneinheitlich möglich sein,

vergleichbar mit der Impfstoffversorgung. „Diese Einschränkung kann kein Ersatz für die apothekenbezogenen Lieferverträge sein, weder in qualitativer noch in finanzieller Hinsicht“, so Richard. Statt der Selektivverträge wollen Union und SPD herstellerbezogene kasseneinheitliche Rabattverträge einführen, wie es sie beispielsweise im Bereich der Impfstoffversorgung gibt. „Dann können wir uns schon auf die nächste Scheindiskussion freuen“, prognostiziert Richard. Denn während die Ärzte bei den Grippeimpfstoffen auf den Vertragspartner der Krankenkassen auf Landesebene festgelegt sind, könnten sie bei Zytostatika-Verträgen die Aut-idem-Karte ziehen und darauf hinweisen, dass man Onkologika auf keinen Fall substituieren, also wie Generika gegeneinander austauschen darf. „Bisher sehen Onkologen da kaum ein Problem. Das dürfte sich aber ganz schnell ändern, wenn es darum geht, Rabattverträge durch eine denkbar niedrige Umsetzungsquote auszuhebeln“, ist sich die Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband sicher. ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist.
Kontakt: infos@satzverband.de

Fahrplan für ein langes Leben

Vor einigen Jahren war sie noch abstraktes Szenario, jetzt ist sie Realität: die Gesellschaft des langen Lebens. Dass Handlungsbedarf besteht, ist klar. Doch was genau ist zu tun? Dieser Frage ging eine Veranstaltung in Stuttgart nach. **Von Ines Körver**

Gestiegene Lebenserwartung, immer mehr Hochbetagte: Der demografische Wandel ist eigentlich ein Grund zur Freude. Doch er zwingt auch, sich damit auseinanderzusetzen, wie die Gesellschaft künftig zusammenleben kann und will.

Details dieser kniffligen Frage beleuchtete die Veranstaltung „Gesellschaft des langen Lebens – Chancen und Herausforderungen“ der AOK Baden-Württemberg Anfang November in Stuttgart. Gleich zu Beginn umriss der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Siegmund Nesch das Ziel: Es gehe um ein Altern in Selbstbestimmung, Prävention, Reha und Pflege müssten dem gemeinsam Rechnung tragen.

Monika Lersmacher, alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, betonte, dass die Demografie bereits alle Lebensbereiche erfasse: „Wir brauchen etwa völlig neue Rahmenbedingungen für die Arbeitswelt. Wir müssen berücksichtigen, dass viele Menschen heute oft den Beruf oder Arbeitsplatz wechseln und dass manche auch Angehörige pflegen. Arbeitgeber fordern immer mehr Flexibilität, Arbeitnehmer brauchen sie aber auch.“

Autonomie ermöglichen. In seinem Impulsvortrag lenkte der Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg Professor Dr. Dr. Andreas Kruse den Blick auf den Begriff Gesund-

heit. Darunter sei aktive Lebensgestaltung zu verstehen: „Es geht um Autonomie und Partizipation – also darum, das Leben als stimmig zu erfahren“.

Verabschieden müsse man sich von der Vorstellung, Gesundheit sei ein Kapital, das sich im Laufe des Lebens aufbrauche. Vielmehr müsse Gesundheit tagtäglich neu geschaffen werden.

Ähnlich wie der Theologe Karl Barth sieht Kruse die Gesundheit als „Kraft, Mensch zu sein – auch in Krankheit“. Der Mensch brauche mehr „Sorge-Strukturen“, was nicht nur bedeute, selbst um-

Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit und Depression vorbeugen.

sorgt zu werden. Es gehe auch darum, für andere Sorge zu tragen. In Anlehnung an den israelischen Philosophen Avishai Margalit sei eine „anständige Gesellschaft“ notwendig, in der der Mensch „nicht institutionell gedemütigt“ werde, so Kruse.

Alter macht glücklich. Zu bedenken sei, dass im Alter die Verletzlichkeit zunehme, allerdings auch die Möglichkeit, eingeübte Fähigkeiten mithilfe vieler im Laufe des Lebens entwickelter Strategien und Verfahren zu kompensieren. „Unterschätzen Sie nicht die Plastizität der menschlichen Psyche.“

An diesen Punkt schloss die Journalistin und Autorin Margaret Heckel an, die sich in mehreren Büchern mit den Effekten des Älterwerdens beschäftigt hat: „Kuriöserweise sind Menschen durchschnittlich mit 46 Jahren am unglücklichsten. Danach werden sie wieder

zufriedener. Ältere erleben aufgrund ihrer Erfahrungen Glücksmomente viel intensiver.“ Der demografischen Entwicklung sei insbesondere in der Stadtentwicklung stärker Rechnung zu tragen. Heckel lobte in diesem Zusammenhang eine Initiative der Stadt Arnsberg. Dort stünden eine Seniorenresidenz und ein Kindergarten nebeneinander, was die alten wie die jungen Menschen enorm bereichere.

Gudrun Heute-Bluhm, geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Städtetages Baden-Württemberg, verwies darauf, dass sich der Städtetag mit dem Thema inklusive Quartiere auseinandersetze. Inklusion ziele dabei nicht bloß auf behinderte Menschen ab. Die Kommunen hätten jedoch zu wenig Planungskompetenz – etwa beim Ausbau einer altersgerechten Infrastruktur.

Mehr Vernetzung zulassen. Ein Schlüssel zur Bewältigung der gestellten Herausforderungen liegt für die AOK Baden-Württemberg in der Vernetzung zwischen den Versorgungsbereichen. Denn zentrale Bausteine dafür, um im Alter möglichst lange möglichst gesund zu bleiben, sind heute und zukünftig die bessere Durchlässigkeit der Versorgungsstrukturen sowie die Optimierung der Versorgungsqualität.

„Die immer älter werdende Gesellschaft ist nicht automatisch die immer kränker werdende“, sagte Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Hermann plädierte zudem dafür, die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Pflege abzubauen und mehr Vernetzung zwischen beiden Versorgungsbereichen zuzulassen. ■

Ines Körver ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Baden-Württemberg altert

Laut Statistischem Landesamt lebten in Baden-Württemberg Ende 2014 rund 273.000 Hochbetagte, das heißt Menschen, die 85 Jahre oder älter waren. Damit hat sich deren Zahl seit Anfang der 1970er Jahre mehr als verfünffacht. Laut Prognosen sollen im Jahr 2020 bereits 315.000 hochbetagte Menschen im Südwesten leben.

Blick über den Gartenzaun

Schweizer Ärzte stellen Diagnosen per App, Dänemarks Kliniken setzen auf Notfallpraxen, US-Gesundheitsbehörden erfinden sich neu: Der Bundesverband Managed Care wagt bei seinem Jahreskongress den Blick über den Tellerrand. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Wenn es um den Umbau der nationalen Krankenhauslandschaft geht, sind Dänemarks Gesundheitspolitiker offenkundig entschlossener als ihre deutschen Kollegen: Im Laufe der nächsten Jahre will Kopenhagen ein Viertel der 80 Kliniken in dem skandinavischen Staat schließen. „Zum einen setzen die Dänen konsequent darauf, dass sich die Häuser künftig noch stärker spezialisieren und nicht mehr alle Hospitäler alles machen“, erklärt Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC). Zum anderen würden schon heute deutlich mehr Patienten als hierzulande ambulant versorgt und „kommen erst gar nicht auf Station“ – zum Beispiel dank rund um die Uhr besetzter Notdienstpraxen an den Kliniken. Entsprechend geringer ist der Bettenbedarf, entsprechend niedriger fällt die durchschnittliche Verweildauer aus: Nur knapp vier Tage liegen dänische Patienten im Krankenhaus, in Deutschland sind es dagegen mehr als sieben.

Gröhe als Gastredner. Wie genau unsere Nachbarn im Norden das hinkommen, wird Nanna Skovgaard vom Gesundheitsministerium in Kopenhagen auf dem BMC-Jahreskongress erläutern, der am 24. und 25. Januar 2017 unter dem Motto „Versorgung gestalten“ in Berlin über die Bühne geht. G+G gehört wieder zu den Medienpartnern der Veranstaltung, zu der mehr als 500 Besucher erwartet werden. Neben zahlreichen Fachforen zu Einzelthemen bietet der Kongress im Jahr der Bundestagswahl einen Überblick über aktuelle politische Entwicklungen: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gibt sich zum Auftakt als Redner die Ehre, weitere wichtige Gesundheitspolitiker aus Bund und Ländern sind in Diskussionsrunden vertreten. Und natürlich



Auf der anderen Seite ist das Gras immer grüner: Beim BMC-Kongress gibt es frische Ideen aus dem Ausland.

darf der BMC-typische Blick über den nationalen Tellerrand nicht fehlen.

Dafür sorgt nicht nur Nanna Skovgaard, sondern auch Dr. Peter Berchtold vom Forum Managed Care, der Partnerorganisation des BMC in der Schweiz. Die Eidgenossen setzen unter anderem auf einen Ausbau der Telemedizin, zumal das Fernbehandlungsverbot für Ärzte längst der Vergangenheit angehört.

Das erleichtert Ärzten und Patienten die Therapie von alltäglichen Erkrankungen wie etwa Windpocken bei Kindern. „Die Eltern senden dem Arzt eines Telemedizin-Anbieters per Smartphone-App ein Foto von den roten Pusteln auf der Haut, der Arzt stellt die Diagnose, schreibt bei Bedarf noch ein E-Rezept, und am nächsten Tag hat die Versandapotheke das Medikament nach Hause geliefert. Einfacher geht's nicht“, sagt BMC-Chef Amelung.

Vielfalt der Tarife. Dass so etwas möglich ist, hat auch mit der Vielfalt der Krankenversicherungs-Tarife in der Schweiz zu tun, wie BMC-Geschäftsführerin Dr. Susanne Ozegowski sagt: „Das ermöglicht einen regulierten Wettbewerb um

relevante Unterschiede zwischen Krankenkassen, den Versicherten stehen echte Alternativen zur Wahl.“

Management für Militärärzte. Die Qual der Wahl haben die Besucher des BMC-Kongresses zwischen zahlreichen Foren, Workshops und Vorträgen. Die Palette reicht dabei von interaktiven Formaten wie dem „InnovationsCafé“ zum Thema „Digitalisierung“ über Diskussionsrunden zu „Neuen Unternehmensstrukturen“ (O-Ton Amelung: „Wir brauchen einen neuen Rahmen für kooperative Modelle“) bis hin zur Präsentation von Abstracts, mit denen sich neue Projekte und Initiativen erstmals in prägnanter Form darstellen können.

Spannend dürfte zudem der Vortrag von Dr. Kathleen Frisbee werden: Die Managerin referiert über die Reorganisation der Veterans Health Administration in den USA, die ehemalige Armeeingehörige medizinisch betreut – die Geschichte eines Sanierungsfalles, der inzwischen als erfolgreicher Turnaround gilt. ■

MEHR INFOS:
www.bmckongress.de

Online-Training für die Seele

Experten waren sich auf einer Fachtagung einig: Das Online-Selbsthilfeprogramm MoodGYM für Patienten mit Depressionen ist wirksam. Es lindert depressive Symptome und kann die Therapie sinnvoll ergänzen. **Von Peter Willenborg**

Über sieben Millionen Menschen in Deutschland erhalten jährlich die Diagnose Depression. Das geht aus dem Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hervor. Bei der Behandlung dieser Patienten spielen Hausärzte eine zentrale Rolle: 86 Prozent der Patienten mit depressiven Episoden werden ambulant versorgt – und von diesen wiederum zwei Drittel ausschließlich von ihrem Hausarzt.

Internetbasierte Selbsthilfeprogramme können psychisch Kranke wirksam unterstützen, so der Tenor einer Fachtagung über „E-Mental-Health“ im Haus des AOK-Bundesverbandes. Rund 70 Experten aus Praxis, Wissenschaft und Krankenkassen diskutierten in Berlin über Chancen und Grenzen von Online-Programmen bei psychischen Erkrankungen.

Qualitätsstandards müssen her. „Mittlerweile gibt es eine hohe Evidenz für die Wirksamkeit solcher internetbasierten Angebote für ein breites Spektrum von psychischen Erkrankungen“, sagte Dr. Iris Hauth, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Sie gab zum Auftakt der Tagung einen Überblick zum aktuellen Stand der Forschung. Danach können sowohl begleitete als auch unbegleitete Interventionen wirksam sein und die herkömmliche Therapie sinnvoll ergänzen. Die DGPPN-Präsidentin sprach sich für Qualitätsstandards zur



Weg mit trüben Gedanken und Gefühlen – das Online-Programm MoodGYM hilft dabei.

Kennzeichnung von besonders wirksamen Angeboten aus. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass es immer noch Forschungslücken gebe. Dies gelte zum Beispiel in Bezug auf die Abbruchraten bei Online-Programmen.

Im Blickpunkt der Fachtagung stand das Online-Programm „MoodGYM“ zur Prävention und Linderung depressiver Symptome. Es ist von Wissenschaftlern der Australian National University (ANU) entwickelt worden und bereits seit mehr als zehn Jahren weltweit im Einsatz. Das Programm basiert auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und hilft den Patienten mit Übungen, düstere Gedanken zu erkennen und durch neue, positive zu ersetzen. MoodGYM habe inzwischen mehr als eine Million registrierte Nutzer, berichtete Kylie Bennett von der ANU auf der Tagung. Das Programm sei bereits in mehr als 25 hochwertigen Studien untersucht worden; seine Wirksamkeit ließ sich in verschiedenen Settings nachweisen.

Baustein für Hausarztpraxen. Ein Team der Universität Leipzig um die Professorin Steffi Riedel-Heller hat den Nutzen jetzt auch für die hausärztliche Versorgung in Deutschland wissenschaftlich untersucht. Die @ktiv-Studie wurde in Zusammenarbeit mit der AOK PLUS erstellt. Erste Ergebnisse der Untersuchung, an der insgesamt 190 Hausärzte und 647 Patienten beteiligt waren, wurden auf der Fachtagung vorgestellt: „MoodGYM reduziert die depressive Symptomatik und erhöht die Lebensqualität von leicht und mittelgradig depressiven Hausarzt-Patienten innerhalb von sechs Wochen signifikant“, fasste Marie Dorow von der Universität Leipzig die zentralen Erkenntnisse zusammen. Auch im Langzeitverlauf trage das Programm zu einer weiteren Reduktion der depressiven Symptomatik bei. MoodGYM sei damit ein wirksamer komplementärer Versorgungsbaustein im Rahmen einer Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis.

Webtipps

- Materialien zur Fachtagung unter www.bv.aok.de > Engagement > MoodGYM
- Das internetbasierte Trainingsprogramm unter www.moodgym.de

Große Akzeptanz in Kliniken. Eine ergänzende Anwendungsstudie des Leipziger Teams hat zudem gezeigt, dass das Online-Programm auch als Zusatzangebot in psychiatrischen Kliniken große Akzeptanz findet. Professor Michael Franz, Ärztlicher Direktor des Vitos Klinikums Kurhessen und Klinikdirektor der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Emstal, stellte erste Ergebnisse vor. Danach waren über 80 Prozent der befragten Klinik-Mitarbeiter der Meinung, dass MoodGYM eine sinnvolle Ergänzung zu stationären Therapieangeboten sein kann. Das Programm kann nach Einschätzung der befragten Therapeuten und Psychologen zudem helfen, die in der Klinik erzielten Therapie-Erfolge zu Hause zu festigen.

Programm ist frei zugänglich. Der AOK-Bundesverband hat die Übersetzung und Evaluation der deutschen Version von MoodGYM seit 2013 gefördert. Die Ergebnisse der @ktiv-Studie zeigten, dass sich das Selbsthilfe-Programm auch hierzulande erfolgreich ergänzend zur ärztlichen Behandlung einsetzen lasse, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Das Besondere an dem Programm ist sicherlich, dass es völlig frei und kostenlos verfügbar ist“, so Litsch. „Ärzte können es daher allen Patienten anbieten, die dafür in Frage kommen – ohne organisatorischen Aufwand, ohne Gebühren und unabhängig von der Kassenzugehörigkeit.“ Litsch verwies darauf, dass der AOK-Bundesverband gemeinsam mit Professor Manfred Döpfner auch einen ADHS-Elterntrainer entwickelt habe, der seit August 2016 ebenfalls frei und kostenlos im Internet verfügbar sei.

Forschung weiter vorantreiben. Die hohen Standards, die an eine psychotherapeutische Behandlung angelegt würden, müssten auch für Online-Programme zur Unterstützung von psychisch Kranken gelten, mahnte Dr. Dietrich Munz, Präsident des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer, auf der abschließenden Podiumsdiskussion. „Wir brauchen Kriterien, nach denen diese Programme geprüft werden.“ Unklar sei zum Beispiel die Frage, was mit den Patienten passiere, die die Programme abbrechen. „Sind sie

enttäuscht oder frustriert?“, fragte Munz. Darüber wisse man noch zu wenig.

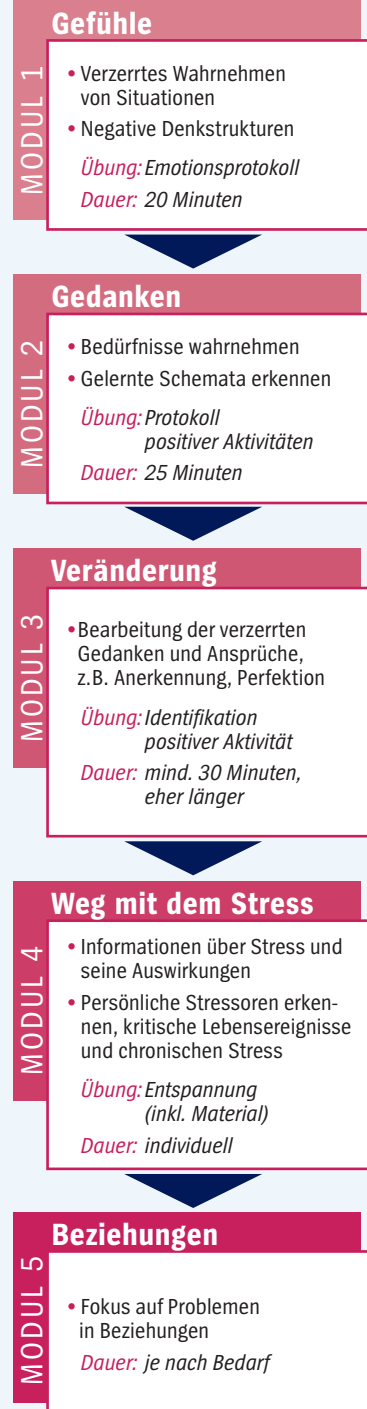
Auch Iris Hauth sprach sich dafür aus, die Forschung zu internetbasierten Interventionen weiter voranzutreiben. So müsse noch besser untersucht werden, für welche Patienten diese Angebote besonders hilfreich seien und für welche nicht. In der DGPPN gebe es auch viele kritische Stimmen zu diesem Thema. Aber es sei wichtig, die Chancen zu sehen – gerade angesichts einer defizitären Versorgungssituation in vielen Regionen Deutschlands. „Die Leitlinien zur Behandlung werden oft nicht vernünftig umgesetzt, gerade bei depressiven Patienten“, so Hauth weiter. Zudem hätten viele Patienten Angst davor, stigmatisiert zu werden. Internetbasierte Selbsthilfeprogramme könnten als zusätzliches Angebot eine wertvolle Hilfe sein. Sie dürften aber bei schweren Depressionen nicht ohne Begleitung und Möglichkeiten zur Krisenintervention eingesetzt werden.

Kein Ersatz für ärztliche Behandlung. Professor Attila Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Rostock, begrüßte, dass es für Patienten mit psychischen Erkrankungen Online-Programme mit belegbarer Wirkung gibt. „MoodGYM ist gut. Aber das Programm ist kein Ersatz für hausärztliche Behandlung, Psychotherapie oder Antidepressiva“, betonte Altiner.

„Wir wollen mit MoodGYM keine ärztliche Behandlung oder Psychotherapie ersetzen, sondern betroffenen Patienten ein Selbstmanagement-Tool anbieten und die Behandler unterstützen“, betonte Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband. Man habe sich für das australische Programm entschieden, weil es sich seit Jahren in der Praxis bewährt und es bereits gute Evidenz dafür gegeben habe. Die hochwertige Studie zu MoodGYM habe die AOK gefördert, „weil wir nur ein Programm unterstützen wollten, das eine nachgewiesene Wirkung hat und im hausärztlichen Setting, wo es sinnvoll eingesetzt werden kann, qualitätsgesichert ist“, sagte Schillinger. ■

Peter Willenborg ist Pressereferent im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Peter.Willenborg@bv.aok.de

Aufbau des Programms



Zusätzlich zur ärztlichen Behandlung können Patienten mit depressiven Symptomen das internetbasierte Selbsthilfe-Programm MoodGYM nach ihren eigenen Bedürfnissen nutzen. Es besteht aus verschiedenen Modulen, die die Teilnehmer auf ihrem Weg von alten zu neuen Denkweisen begleiten.

Quelle: AOK-Bundesverband

Toolbox hilft Studis bei Lernstress

Um schneller büffeln zu können und weniger Prüfungsangst zu verspüren, wirft mancher Studierende schon mal eine Pille ein. Dass es auch anders geht, zeigt ein Internet-Programm der AOK Bayern. **Von Thomas Hommel**

Vor dem Physik ein bisschen Speed, vor der Klausur ein paar Amphetamine: Fünf Prozent der rund 2,8 Millionen Studierenden in Deutschland geben laut einer Studie des HIS-Instituts für Hochschulforschung an, Hirndoping zu betreiben. Um Prüfungsstress zu minimieren und Leistungen zu maximieren, schlucken sie Schmerz- und Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputzmittel. 1,4 Prozent der Befragten schalten den Pharmaturbo eigenen Angaben zufolge sogar regelmäßig ein.

Riskante Nebenwirkungen. Dr. Dennis John, Referent im Bereich Gesundheitsförderung der AOK Bayern, lässt aber noch eine andere Zahl aus der Studie aufhorchen: So geben danach 84 Prozent der Studierenden an, schon mal davon gehört zu haben, dass es Substanzen zur Leistungssteigerung gibt. „Auch wenn viele Studenten es persönlich ablehnen, Substanzen zur Stresskompensation oder Leistungssteigerung einzunehmen: Hirndoping unter Studierenden ist ein Thema, das immer virulenter wird und vor dem wir die Augen nicht verschließen dürfen.“

Unter Zeit- und Leistungsdruck

Deutschlands Studierende fühlen sich vor allem durch Zeit- und Leistungsdruck gestresst. Das geht aus einer aktuellen Online-Befragung unter mehr als 18.000 Studierenden im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hervor. Danach geben rund 53 Prozent der Studierenden ein hohes Stresslevel an. Etwa die Hälfte wünscht sich mehr Beratungsangebote zur Stressbewältigung. Die AOK verstehe dies „als Auftrag, unser Know-how im Umgang mit Stress auch für diese jungen Menschen noch stärker zu platzieren“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, bei der Präsentation der Studie, die von den Universitäten Potsdam und Hohenheim erstellt wurde. **Infos:** www.aok-bv.de > **Presse**

Natürlich sei „Hirndoping nicht gleich Hirndoping“, weiß Diplom-Psychologe John. „Eine Tasse Kaffee zum Wachwerden macht noch keinen Hirndopenden aus.“ Problematisch – auch aus Sicht der Krankenkassen – sei das pharmakologische Hirndoping. Das bekannteste Beispiel sei der Wirkstoff Methylphenidat – besser bekannt als Ritalin. Dabei handelt es sich um ein Medikament zur Behandlung des Aufmerksamkeitsde-

Es geht um Aufklärung und Hilfestellung – ohne erhobenen Zeigefinger.

fizit-Hyperaktivität-Syndroms bei Kindern. „Welchen neuronalen Schaden das Mittel bei Gesunden anrichtet, wissen wir nicht. Doch wenn Medikamente zweckentfremdet werden, dann ist das immer mit einem Gesundheitsrisiko verbunden“, sagt John.

Um Studierenden eine Alternative zum Pharma-Hirndoping aufzuzeigen, hat die AOK Bayern 2014 ein Online-Programm mit dem Namen „Boost your brain!“ entwickelt. Es zeigt, wie sich Konzentration und Leistungsstärke im Studium auf natürliche Weise ankurbeln lassen. „Das Angebot ist ein weiterer Baustein unserer Gesundheitsförderung, die neben Betrieben, Kitas und Schulen auch Unis und Fachhochschulen adressiert“, sagt John.

Viele Wege zum Erfolg. „Boost your brain!“ setzt sich aus drei Tools zusammen, die sich der Studierende in Form einer Toolbox individuell zusammenstellen kann: Mithilfe des ersten Tools erfährt er alles über Entspannungsübungen, denn – so ist auf der Webseite zu lesen –

„wer im Studium Höchstleistung bringen möchte, muss auch einen Ausgleich zur Anspannung schaffen“. Die Palette reicht von „progressiver Muskelentspannung“ über „Gedankenachtsamkeit“ bis hin zu „fernöstlichen Entspannungsverfahren“. Am Ende kann sich der Nutzer über entsprechende Kursangebote der AOK Bayern in seiner Region informieren.

Tool 2 widmet sich dem Zeitmanagement, der Frage also, wie sich der Lernstoff in der noch verbleibenden Zeit – etwa vor einer Klausur – optimal verarbeiten lässt. Am Ende findet sich ein Link, der zu den Livecoaching-Angeboten der Gesundheitskasse führt. Bei diesen virtuellen Seminaren können sich Teilnehmer mit Experten über ein bestimmtes Thema im Studienalltag austauschen. Tool 3 schließlich widmet sich Lernstrategien, die helfen, Fakten und Formeln nicht bloß auswendig zu lernen, sondern sinnhaft zu verinnerlichen.

Informationslücken schließen. „Im Vordergrund des Programms stehen Aufklärung und Hilfestellung ohne erhobenen Zeigefinger“, so AOK-Experte John. „Wir wollen Studierenden zeigen, dass sie ohne Pille erfolgreich im Studium sein können und es konkrete Hilfen gibt.“ Dass vielen Studenten solche Angebote unbekannt seien, habe eine jüngst im Auftrag des AOK-Bundesverbandes veröffentlichte Studie gezeigt (siehe Kasten). Die Hälfte der über 18.000 befragten Studierenden gab an, Kenntnisse über Workshops und Seminare zum Umgang mit Stress zu haben. John: „Das Thema Work-Life-Balance ist auch für Studenten wichtig. Aber es gibt offenbar Informationslücken, wo solche Angebote zu finden sind.“ ■

ZUM PROGRAMM: <https://bayern.aok-on.de/boost-your-brain.html>

„Eine gute Nachbarschaft hält gesund“

Wenn Menschen sich in ihrem unmittelbaren Umfeld freundlich begegnen, fühlen sie sich sicher und geborgen. **Erdtrud Mühlens** hat deshalb das Netzwerk Nachbarschaft initiiert. Gemeinsam mit der AOK fördert sie die gesundheitlichen Aspekte des Zusammenlebens im Quartier.

Was macht eine gute Nachbarin oder einen guten Nachbarn aus?

Mühlens: Wer mitfühlt, aufmerksam ist und Empathie zeigt, sieht die Möglichkeiten im Haus oder der unmittelbaren Umgebung, das Miteinander zu fördern. Beispiel Spielplatz: Der rostet vor sich hin, Nachbarn haben sich bemüht, Gelder zu bekommen, das hat nicht geklappt. Jetzt geht es darum, Mitstreiter für diese Sache zu gewinnen. Gute Nachbarn sind interessiert daran, das direkte Wohnumfeld mitzugestalten. Das Motiv ist purer sozialer Egoismus: In einer guten Nachbarschaft fühlen sich Menschen wohl.

Wie lässt sich gute Nachbarschaft fördern?

Mühlens: Da ist viel Offenheit gefragt. Es gibt Beispiele von Kommunen, die Nachbarschaften ernst nehmen, von ihnen lernen wollen. Die Kommunen fangen an zu begreifen, wie wichtig es ist, Eigeninitiative zu unterstützen, und zwar nicht von oben herab – aktive Nachbarschaften wollen Gestaltungsfreiheit behalten.

Was macht das Netzwerk Nachbarschaft dafür?

Mühlens: Wir schreiben jährlich Wettbewerbe aus. Aktuell, gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg, den Videowettbewerb „Gesunde Nachbarschaften – weil wir uns am nächsten sind...“. So wollen wir Nachbarschaften finden, die sich in ihrem Quartier für ein bestimmtes Thema stark machen. Beispielsweise sorgen Mehrergenerationen-Nachbarschaften dafür, dass ältere Menschen gut aufgehoben sind und in der Gemeinschaft mobil bleiben. Das Netzwerk will mit solchen Highlights andere zum Nachmachen

animieren. Im Kern geht es darum, dass sich Menschen in ihrem Haus oder Viertel gegenseitig helfen. Wir fördern diese Initiativen, indem wir sie bekannt machen, auch bei Behörden und Kommunen.

Was hat die Nachbarschaft mit der Gesundheit zu tun?

unter Nachbarn getragen wird. Das Netzwerk Nachbarschaft hat dazu mit der AOK Rheinland/Hamburg Anfang 2015 eine Kooperation geschlossen. Insgesamt 41 Nachbarschaften aus dem Rheinland und aus Hamburg stellen dar, wie sie ihre Aktionen für Bewegung, gesunde Ernährung oder Pflege umsetzen. Das geht von



Wenn Menschen ihre Nachbarn kennen, ist der nächste Schritt, ihre Bedürfnisse zu erfragen.

Erdtrud Mühlens

Mühlens: Eine anonyme Nachbarschaft kann krank machen. Konflikte schwelen, Menschen schlucken Ärger runter. Umgekehrt gilt: Eine gute Nachbarschaft, in der sich die Menschen freundlich begegnen, hält gesund. Schon ohne große Aktionen, einfach von der Grundstimmung her: Hier fühle ich mich zu Hause, geborgen und sicher. Das ist gerade für ältere Menschen wichtig. Für Hilfen, wie das Einkaufen, ist Vertrauen die Grundlage. Wenn Menschen ihre Nachbarn kennen, ist der nächste Schritt, ihre Bedürfnisse zu erfragen und zu überlegen wie man sich gegenseitig unterstützen kann.

Welche Ziele verfolgt die Aktion Gesunde Nachbarschaften?

Mühlens: Mit der Aktion zeigen wir, wie vielfältig die Hilfe und Unterstützung aussehen kann, die von der Solidarität

der Kochgemeinschaft über Einkaufshilfen, Spaziergang-Paten, Besuchsdiensten bis hin zu Vorträgen, mit denen die AOK in die Nachbarschaften vor Ort geht. Gute Beratung durch Experten in allen Fragen rund um die Prävention und Gesundheit ist gefragter denn je. Hier können Nachbarn viel dazu beitragen, dass sich keiner alleingelassen fühlt. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Erdtrud Mühlens, Geschäftsführerin der Agentur für Strategische Kommunikation Hamburg, gründete 2004 das Netzwerk Nachbarschaft (netzwerk-nachbarschaft.net). Darin lobt sie regelmäßig Wettbewerbe aus, jüngst gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg den Videowettbewerb „Gesunde Nachbarschaften – weil wir uns am nächsten sind...“ (Einsendeschluss 31. 12. 2016, mehr Infos: aok-gesunde-nachbarschaften.de).



OLIVER WEISS

Mehr Schutz für Solisten

Wenn Fitnesstrainer, Kosmetikerinnen oder Sprachlehrer als Selbstständige arbeiten, gleicht das häufig einem finanziellen Drahtseilakt. Bei manchem Kleinunternehmer reicht das Einkommen deshalb kaum, um für den Krankheitsfall vorzusorgen. **Dietmar Haun** und **Klaus Jacobs** beleuchten ein wachsendes Problem.

Gesundheitspolitische Untätigkeit kann man der Bundesregierung wahrlich nicht vorwerfen. Gleichwohl ist eine zentrale Reformbaustelle unbearbeitet geblieben: das problematische Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Aus Rücksicht auf die Geschäftsinteressen der privaten Versicherungswirtschaft sowie auf Privilegien einzelner Berufsgruppen wie beispielsweise der Beamten wird akuter Handlungsbedarf von der Politik weiterhin ausgesessen. Dabei nimmt sie in Kauf, dass die Absicherung im Krankheitsfall für eine wachsende Personengruppe unübersehbare Defizite aufweist. Gemeint sind Selbstständige mit geringen Einkünften. Insbesondere die Zahl der Solo-Selbstständigen – sie üben ihre Tätigkeit ohne abhängig Beschäftigte aus – hat seit 2000 deutlich zugenommen, zum

Illustration: Oliver Weiss

Lese- und Webtipps

- Albrecht M./Ochmann R./Schiffhorst G. (2016): **Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Selbstständige.** Studie des IGES Instituts im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. **Download unter:** www.bertelsmann-stiftung.de > Publikationen > Kostenlose Studien
- Brenke K./Beznoska M. (2016): **Solo-Selbstständige in Deutschland – Strukturen und Erwerbsverläufe.** Forschungsbericht des DIWECON Nr. 465 für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Berlin: Mai 2016. **Download unter** www.bmas.de > Publikationen > Forschungsberichte
- Bögenhold D./Fachinger U. (2012): **Selbständigkeit im System der Erwerbstätigkeit.** In: Sozialer Fortschritt, Jg. 61, Heft 11/12, Seite 276-287.
- Haun D./Jacobs K. (2016): **Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar.** In: GGW 1/2016. **Download unter** www.wido.de



Ein Drittel der Solo-Selbstständigen muss mit Einkommen wie im Niedriglohnsektor auskommen.

Teil mit staatlicher Förderung. Dennoch gibt es bis heute keine tragfähigen Modelle für ihre soziale Absicherung. Nach wie vor unterstellt das Sozialrecht, dass alle Selbstständigen ökonomisch gut gestellt sind und deshalb keiner solidarischen Absicherung bedürfen. Weil das jedoch schon lange eine Fiktion ist, besteht beim Krankenversicherungsschutz von Selbstständigen gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Bisher vorliegende Reformvorschläge machen jedoch deutlich, dass einfache Lösungen nicht zu haben sind.

Solo-Selbstständigkeit nimmt zu. Die Zahl der Selbstständigen in Deutschland ist seit Beginn des Jahrtausends stark gestiegen und hat 2012 mit rund 4,3 Millionen einen Höhepunkt erreicht. Danach ist sie bis 2014 parallel zur Zunahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auf etwa 4,1 Millionen zurückgegangen. 2014 waren rund 10,5 Prozent aller Erwerbstätigen selbstständig. Diese Entwicklung ist fast ausschließlich der Gruppe der Solo-Selbstständigen zuzuschreiben: Sie stellten 2014 mit einem Anteil von 56 Prozent die Mehrheit unter den selbstständig Erwerbstätigen. Vor allem im Dienstleistungsbereich haben die von Selbstständigen übernommenen Aufgaben zugenommen. Heute arbeiten beispielsweise viele Kreative wie Künstler, Werbefachleute und Medienschaffende oder auch Sozialarbeiter und Pflegekräfte sowie Lehrkräfte auf eigene Rechnung. Von 2003 bis 2006 spielten staatliche Förderprogramme für zuvor arbeitslose Unternehmensgründer („Ich-AG“) eine quantitativ bedeutsame Rolle. Mit dem Auslaufen dieser Programme verminderte sich zwar das Wachstum der Solo-Selbstständigkeit, doch nahm sie bis 2012 weiterhin zu. Zu diesem Trend hat auch die Novellierung der Handwerksordnung zum 1. Januar 2004 beigetragen, die den Meisterzwang für viele Handwerksberufe abschaffte. Zudem begünstigte die EU-Erweiterung einen Anstieg der Zahl der Solo-Selbstständigen etwa in Bau- und Handwerksberufen.

Frauenanteil steigt. Mit der Zunahme der Solo-Selbstständigkeit haben sich die Strukturen der selbstständigen Erwerbstätigkeit insgesamt verändert. Während der Frauenanteil unter allen

Selbstständigen rund ein Viertel beträgt, liegt er bei den Solo-Selbstständigen mit 38 Prozent deutlich höher. Für Frauen bietet die Solo-Selbstständigkeit oft eine Möglichkeit, ihren Beruf neben der Betreuung von Kindern in Teilzeit fortzuführen. Rund die Hälfte der weiblichen Solo-Selbstständigen arbeitet in Teilzeit gegenüber lediglich 20 Prozent bei den Männern.

Generell ist der Trend zur Solo-Selbstständigkeit von Dynamik und Unstetigkeit begleitet. Das schlägt sich in zunehmend gemischten und prekären Beschäftigungsformen nieder. Das idealtypische Muster des (früher meist männlichen) Unternehmers und Gründers, der mit voller Arbeitskraft seine Firma aufbaut, erweitert und lebenslang fortführt, spielt eine immer geringere Rolle. So etwas gibt es zwar nach wie vor, doch wechseln gerade Solo-Selbstständige häufiger zwischen Phasen von abhängiger Erwerbstätigkeit und Phasen von Selbstständigkeit, oder sie üben beide Formen der Erwerbstätigkeit gleichzeitig aus. Oftmals dient Selbstständigkeit auch zum Berufseinstieg oder zur Vermeidung von Arbeitslosigkeit.

In der Summe führt dies zu einer erheblichen Streuung der sozialen Lage von Selbstständigen. Nach dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes ist das mittlere Einkommen von Selbstständigen im Vergleich zu Arbeitnehmern zwar überdurchschnittlich hoch, doch gilt dies nicht für Solo-Selbstständige. Deren Durchschnittseinkommen entspricht dem von Arbeitnehmern. Allerdings sind mittlere Einkommen bei ihnen vergleichsweise selten. Während ein Teil der Solo-Selbstständigen hohe Einkommen erzielt, muss rund ein Drittel mit einem Erwerbseinkommen wie im Niedriglohnsektor auskommen.

Verschiedene Versicherungsoptionen. Beim Krankenversicherungsschutz findet jedoch trotz der beschriebenen Heterogenität eine Pauschalbehandlung aller Selbstständigen statt. Insbesondere können sie sich unabhängig von ihrem Einkommen privat versichern. Wie in der privaten Krankenversicherung (PKV) üblich werden die Prämien im Rahmen eines privaten Versicherungsvertrags kalkuliert und richten sich nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand sowie dem gewählten Versicherungsumfang einschließlich Selbstbeteiligung. Für Kinder und nichterwerbstätige Familienangehörige sind eigene Verträge abzuschließen. Hauptberuflich Selbstständige können sich aber auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern. Dort sind Kinder und nichterwerbstätige Ehepartner beitragsfrei mitversichert. Grundsätzlich veranschlagt die GKV bei Selbstständigen beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (2016 monatlich 4.237,50 Euro). Bei einem Beitragssatz von durchschnittlich 15,7 Prozent einschließlich Zusatzbeitrag liegt der Monatsbeitrag bei rund 665 Euro. Bei Verzicht auf Krankengeld wird der ermäßigte Beitragssatz von durchschnittlich 15,1 Prozent fällig, der Monatsbeitrag beträgt dann rund 640 Euro.

Weist ein Selbstständiger geringere Einkünfte nach, gilt die Mindestbemessungsgrenze. Sie liegt im Jahr 2016 bei monatlich 2.178,75 Euro und führt zu einem Monatsbeitrag von rund 342 Euro mit Krankengeldanspruch. Bei Einkünften zwischen diesen Werten berechnen sich die Beiträge auf Basis der nachgewiesenen Ertragslage. Außerdem haben Selbstständige mit

Erträgen unter der Mindestbemessungsgrenze die Möglichkeit, bei der Krankenkasse einen Härtefallantrag zu stellen. Hierdurch kann ihr Beitrag noch einmal um rund ein Drittel auf monatlich rund 228 Euro sinken. Die Einstufung als Härtefall ist jedoch an restriktive Bedingungen geknüpft.

Zehn Prozent in finanziell prekärer Lage. Wie es um den Krankenversicherungsschutz der Selbstständigen bestellt ist, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) anhand von Querschnittsdaten des Sozio-oekonomischen Panels des Jahres 2012 untersucht. Dazu wurden die gut 3,7 Millionen untersuchten Selbstständigen nach der Rangfolge ihrer im Vorjahr erzielten Einkommen in fünf gleich große Gruppen (Quintile) unterteilt. Übereinstimmend mit den Befunden des Mikrozensus waren Solo-Selbstständige in den unteren Einkommenssegmenten überproportional vertreten. Im untersten Quintil mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von 9.168 Euro waren 79 Prozent Solo-Selbstständige. Auch im zweiten Quintil (Durchschnittseinkommen 20.318 Euro) ist der Anteil der Solo-Selbstständigen mit 71 Prozent kaum geringer. Generell lautet der Befund: Je höher das Einkommen, desto geringer der Anteil der Solo-Selbstständigen (siehe Abbildung „Gesetzlich oder privat versichert: Eine Frage des Einkommens“ auf dieser Seite).

2012 waren 58 Prozent der Selbstständigen gesetzlich und 42 Prozent privat krankenversichert. Dabei zeigen sich abhängig von der finanziellen Lage deutliche Unterschiede. Im untersten Einkommensquintil waren 81 Prozent gesetzlich und nur 19 Prozent privat versichert. Im obersten Quintil verhält es sich

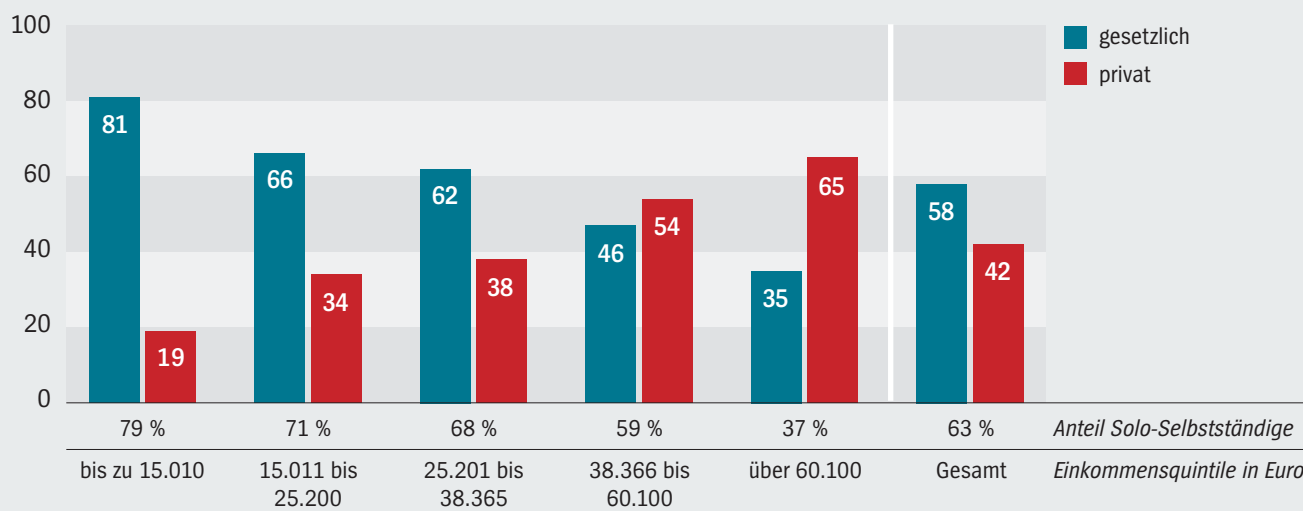
umgekehrt: Hier waren fast zwei Drittel privat und ein gutes Drittel gesetzlich versichert. Es zeigt sich als Muster: Je höher das Einkommen von Selbstständigen, desto größer der Anteil der Privatversicherten. Als Resultat sind in der GKV mit rund 71 Prozent überwiegend Solo-Selbstständige versichert, während sich in der PKV Selbstständige ohne und mit Angestellten in etwa die Waage halten. Im untersten Einkommensquintil ist die Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge für Selbstständige sowohl in der GKV als auch in der PKV erheblich: GKV-versicherte Selbstständige mussten rund 47 Prozent ihrer Jahreseinkünfte für die Krankenversicherung aufwenden, PKV-versicherte sogar rund 58 Prozent (siehe Abbildung „Selbstständige Geringverdiener: Krankenversicherung schluckt das halbe Einkommen“ auf Seite 24). Solche Belastungen sind ohne finanzielle Unterstützung von Angehörigen kaum zu schultern. Der WIdO-Analyse zufolge hatten mindestens zehn Prozent der Selbstständigen aber keine derartige Unterstützung und befanden sich demzufolge in einer finanziell prekären Lage.

Kerngruppe der Beitragsschuldner. Vor diesem Hintergrund kann nicht verwundern, dass Selbstständige mit geringen Einkünften die Kerngruppe der Beitragsschuldner in GKV und PKV bilden. Laut GKV-Spitzenverband hat sich die Summe der Beitragsschulden in der GKV durch sogenannte Selbstzahler zwischen Januar 2011 und Januar 2016 von 1,07 auf 4,48 Milliarden Euro vervierfacht. Die PKV führt säumige Beitragszahler seit August 2013 im Rahmen des Notlagentarifs. Seitdem ist die Zahl der dort registrierten Versicherten bereits bis 2015 von

Gesetzlich oder privat versichert: Eine Frage des Einkommens

Art des Krankenversicherungsschutzes von Selbstständigen nach Einkommensgruppen 2012

(Angaben in Prozent)



Je höher das Einkommen von Selbstständigen, desto größer der Anteil der Privatversicherten: So waren 2012 in der Gruppe mit bis zu 15.010 Euro Jahreseinkommen 81 Prozent gesetzlich krankenversichert. In dieser Einkommensgruppe sind 79 Prozent Solo-Selbstständige. In der obersten Einkommensgruppe (über 60.100 Euro) mit einem Anteil von 37 Prozent Solo-Selbstständigen waren dagegen fast zwei Drittel privat versichert.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnungen auf Basis SOEPv29

95.500 auf 115.800 gestiegen. Dabei ermöglicht die PKV diesen Versicherten bei Zahlung einer verminderten Prämie und unter Rückgriff auf bestehende Altersrückstellungen nur noch die Versorgung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Auch in der GKV erhalten Nichtzahler nur eine eingeschränkte Versorgung. Das Ziel einer umfassenden Absicherung aller Bürger, das mit der 2007 beschlossenen Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht verbunden war, wird somit für immer mehr Menschen erkennbar verfehlt.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die bestehenden Regelungen zum Krankenversicherungsschutz von Selbstständigen nicht mehr zeitgemäß sind. Speziell angesichts der Entwicklung bei Solo-Selbstständigen ist die pauschale Annahme einer Nicht-Schutzbedürftigkeit im Sozialrecht nicht aufrechtzuerhalten. Zudem könnte der Zuwachs der Solo-Selbstständigkeit wieder an Fahrt gewinnen. Dafür spricht auch der vom Bundesarbeitsministerium initiierte Dialog zum „Arbeiten 4.0“: Danach werden Digitalisierung und Internetwirtschaft die Auftragsvergabe von Unternehmen an externe Dienstleister weiter befördern. Häufig erfolgt sie über Werkverträge an Solo-Selbstständige.

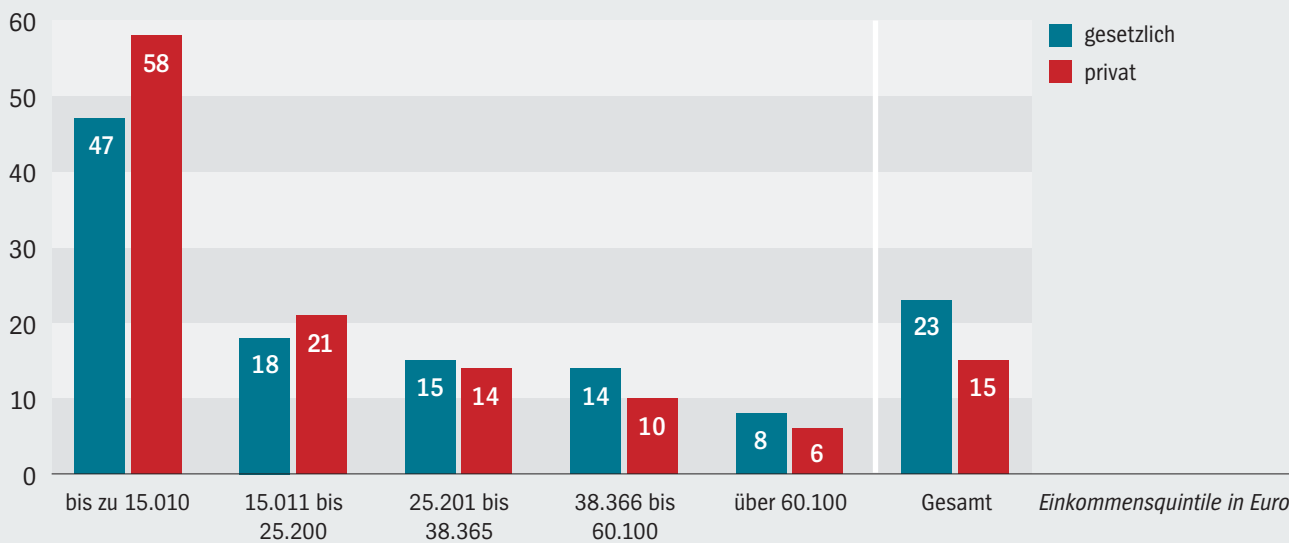
Politik diskutiert Reformen. In den sozialen Sicherungssystemen sind die beschriebenen Veränderungen am Arbeitsmarkt bislang ohne Konsequenz geblieben. Allerdings werden zunehmend Reformen der sozialen Absicherung von Selbstständigen diskutiert, speziell auch beim Krankenversicherungsschutz. So hat im September die Linksfraktion im Bundestag einen Beschlussantrag gestellt, der für hauptberuflich Selbstständige in der GKV

die Absenkung der Mindestbeitragsbemessung auf die Geringfügigkeitsgrenze von derzeit monatlich 450 Euro vorsieht und zu einer Reduzierung des monatlichen Mindestbeitrags auf nur noch 70,65 Euro führen würde. Ähnliche Vorstellungen zur Anpassung der Beitragsbemessung für Selbstständige in der GKV analog zu abhängig Beschäftigten hat die SPD. Auch Bündnis 90/Die Grünen sehen entsprechenden Reformbedarf: Im Oktober stellten sie im Bundestag den Antrag, die Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige in der GKV auf das Niveau der sonstigen freiwillig Versicherten abzusenken (aktuell 968 Euro), entsprechend einem Monatsbeitrag von rund 152 Euro mit Krankengeldanspruch.

Mit dieser Forderung hatte sich der Bundestag bereits in der vergangenen Legislaturperiode befasst. Damals brachte die Linksfraktion einen entsprechenden Beschlussantrag ein, weil sie die mittlerweile Realität gewordene Nichtzahler-Problematik bei einkommensschwachen Solo-Selbstständigen vorhersah. Der Antrag fand jedoch bei den anderen Parteien keine Zustimmung. Zur Begründung wies die Unionsfraktion darauf hin, dass auch Selbstständige mit geringen Einkommen vielfältige steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten hätten. Der Solidargemeinschaft könne es daher nicht zugemutet werden, die durch geringere Beiträge von Solo-Selbstständigen entstehenden Kosten zu tragen. Die SPD warnte vor einer Ungleichbehandlung von Selbstständigen und abhängig Beschäftigten bei gleichem Einkommen. Bündnis 90/Die Grünen begrüßten zwar die Absicht, Solo-Selbstständige zu entlasten. Sie wandten sich jedoch gegen den Verzicht auf einen Mindestbeitrag im Rahmen des geltenden

Selbstständige Geringverdiener: Krankenversicherung schluckt das halbe Einkommen

Durchschnittlicher Anteil des Krankenversicherungsbeitrags am Einkommen von Selbstständigen 2012
(Angaben in Prozent)



Selbstständige mit einem Jahreseinkommen unter 15.010 Euro müssen für die private Krankenversicherung mehr als die Hälfte ihres Einkommens aufwenden (58 Prozent). Für die gesetzliche Krankenversicherung beläuft sich der Anteil immer noch auf 47 Prozent. Selbstständige mit geringen Einkünften bleiben die Beiträge zur Krankenversicherung deshalb häufig schuldig. *Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnungen auf Basis SOEPv29*

Systems, weil dies zu Selektionseffekten zulasten der Solidargemeinschaft führe.

Arbeitnehmer nicht benachteiligen. Diese Aspekte haben für die Beitragsbemessung von Selbstständigen in der GKV grundlegende Bedeutung. Wenn von einer Gleichbehandlung von Selbstständigen und Arbeitnehmern die Rede ist, dürfen die Unterschiede in der Abgrenzung der Einkommensbasis nicht übersehen werden, auf denen die derzeit geltenden höheren Mindestbemessungsgrenzen für Selbstständige basieren. Bei Arbeitnehmern berechnen sich die Beiträge zur GKV auf Basis ihres Brutto-Entgelts. Die Arbeitgeber überweisen sie direkt an die Krankenkassen. Selbstständige hingegen zahlen Beiträge auf Basis ihrer Netto-Erträge, also ihrer Einkünfte abzüglich der in ihrem Unternehmen angefallenen Kosten. Damit gibt es von Werbungskosten bis Abschreibungen auf Investitionen eine Vielzahl von Absetzungsmöglichkeiten, die die beitragsrelevanten Einkünfte bei Selbstständigen im Unterschied zu Arbeitnehmern spürbar vermindern können. Die vermeintliche Gleichstellung der Beitragsbemessungsgrundlagen könnte sich bei näherer Betrachtung somit als Benachteiligung von Arbeitnehmern entpuppen. Dieser Aspekt ist nicht nur in punkto Beitragsgerechtigkeit relevant. Vielmehr können sich durch eine deutliche Besserstellung von Selbstständigen bei der Beitragsbemessung in der GKV auch Rückkopplungseffekte auf den Arbeitsmarkt ergeben. Wenn ein wesentliches Motiv für die Auslagerung von betrieblichen Aufgaben an Solo-Selbstständige darin besteht, Kosten einzusparen, könnte eine Subventionierung der Beiträge von Solo-Selbstständigen durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte letztlich die Finanzierungsbasis der GKV weiter aushöhlen.

Künstlersozialkasse als Vorbild? Um dem entgegenzuwirken, müssten die Regeln zum Schutz von Arbeitnehmern und (Solo-)Selbstständigen neu justiert werden. So zielt ein aktuell vom Bundesarbeitsministerium eingebrachtes Gesetzespaket zur Verhinderung des Missbrauchs von Leiharbeit und Werkverträgen auf eine striktere Abgrenzung der Selbstständigkeit gegenüber abhängiger Beschäftigung. Es soll verhindern helfen, dass Arbeitgeber Werkverträge zunehmend missbrauchen, um arbeitsrechtliche Vorschriften zu umgehen und die Kosten von Sozialversicherungsbeiträgen einzusparen. Zudem könnten für die Auftragsvergabe und die Vertragsbeziehungen zwischen Auftraggebern und Solo-Selbstständigen arbeits- und sozialrechtliche Mindeststandards eingeführt werden. Dabei erscheint zumindest in einigen Branchen auch eine verpflichtende Beteiligung der Auftraggeber an den Kosten der Sozialversicherungsabgaben von Solo-Selbstständigen denkbar. Vorbild könnte das Modell der Künstlersozialversicherung sein: Seit 1983 sind freischaffende Künstler und Publizisten ohne Angestellte in der GKV pflichtversichert. Im Unterschied zu freiwillig versicherten Selbstständigen zahlen sie analog zum Arbeitnehmeranteil nur einen hälftigen Beitrag ein. Zur Finanzierung des anderen Teils dient die Künstlersozialabgabe, die die Verwerter beziehungsweise Auftraggeber ihrer Dienstleistungen zahlen, also zum Beispiel Medienanstalten und Verlage. Hinzu kommt ein staat-



licher Zuschuss. Speziell bei Unternehmensgründern könnten darüber hinaus zeitlich befristete steuerfinanzierte Zuschüsse zu den Sozialabgaben als Ersatz für den fehlenden Arbeitgeberbeitrag eine sinnvolle Fördermaßnahme darstellen.

Rosinenpickerei vermeiden. Letztlich springen jedoch alle Lösungen zu kurz, die nur darauf abzielen, einkommensschwachen Selbstständigen in der GKV bezahlbare Beiträge zu verschaffen. Damit ist weder einkommensschwachen Selbstständigen in der PKV gedient, noch wird der Gefahr einer Überforderung der Solidargemeinschaft wirksam begegnet. Hier hilft nur eine Neuabgrenzung des pflichtversicherten Personenkreises der GKV. Schließlich leben keineswegs alle Selbstständigen in prekären Verhältnissen – insgesamt verfügt diese Erwerbstätigen-Gruppe über die höchsten Durchschnittseinkommen und die höchsten Einkommenszuwächse in den vergangenen Jahrzehnten. SPD, Grüne und Linke verweisen in diesem Kontext eher vage auf die Bürgerversicherung als Zukunftsperspektive. Die Bertelsmann Stiftung hingegen schlägt vor, die Absenkung des Mindestbeitrags für Selbstständige in der GKV mit der Anwendung der Versicherungspflichtgrenze zu verbinden, um Rosinenpickerei zulasten der Solidargemeinschaft zu verhindern. Im Hinblick auf ein tragfähiges Gesamtkonzept wäre das gewiss ein wichtiger Schritt.

Dagegen sieht die Bundesregierung aktuell keinen Reformbedarf. Ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Grünen zufolge solle lediglich geprüft werden, inwiefern die Verbeitragung in der GKV zugunsten der betroffenen Selbstständigen weiterentwickelt werden könne. Das jedoch wird vermutlich nicht ausreichen, um dem dynamischen Wandel der Selbstständigkeit sozialpolitisch gerecht zu werden. Vielmehr scheint es zwanzig Jahre nach der Aufhebung der Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten in der GKV an der Zeit, den Einfluss formaler Kriterien des Erwerbslebens auf den Krankenversicherungsschutz grundsätzlich infrage zu stellen. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Dietmar Haun** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen des WIdO.
Kontakt: Dietmar.Haun@wido.bv.aok.de



Zur Person

Prof. Dr. Rainer Schlegel, geboren 1958 in Balingen und aufgewachsen in Albstadt (Baden-Württemberg), studiert nach dem Abitur Rechtswissenschaften in Tübingen. Dort legt er 1983 die erste juristische Staatsprüfung ab und promoviert. Seine richterliche Laufbahn beginnt er nach der zweiten juristischen Staatsprüfung 1987 am Sozialgericht Stuttgart. Von 1991 bis Ende 1992 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundessozialgericht. Nach seiner Ernennung zum Richter am Landessozialgericht Baden-Württemberg geht er 1994 wiederum als wissenschaftlicher Mitarbeiter für zwei Jahre an das Bundesverfassungsgericht. 1997 wird er Richter am Bundessozialgericht (BSG) und 2008 Vorsitzender Richter. Im April 2010 wechselt er ins Bundesministerium für Arbeit und Soziales und leitet dort die Abteilung „Arbeitsrecht und Arbeitsschutz“. Ende 2013 kehrt er ans BSG zurück. 2014 übernimmt er dort das Amt des Vizepräsidenten. Seit dem 1. Oktober ist er Präsident des Gerichts. In seiner Freizeit geht er wandern und spielte früher auch gerne Orgel in der Kirche.

„Selbstverwaltung ist kein Anachronismus“

Mehr Kompetenzen für die Sozialgerichte, ausreichend Spielraum für die Selbstverwaltung, weniger Bürokratendeutsch in Behördenschreiben – der neue Präsident des Bundessozialgerichts, **Professor Rainer Schlegel**, bezieht im G+G-Interview Position.

Herr Professor Schlegel, herzlichen Glückwunsch zum neuen Amt als Präsident des Bundessozialgerichts (BSG). Ist damit für Sie ein beruflicher Lebensraum in Erfüllung gegangen?

Rainer Schlegel: Vielen Dank für die Glückwünsche. Aber von Lebensraum möchte ich nicht sprechen. Lebensträume können platzen. Mir ist ein wichtiges Amt übertragen worden, und ich freue mich auf die neuen Aufgaben.

Was fasziniert Sie am Sozialrecht?

Schlegel: Das Sozialrecht setzt Ziele und Versprechen unserer Verfassung um. Das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsprinzip auszugestalten ist Sache des Gesetzgebers, und der gießt es in Gesetzesform. Dabei muss er stets zwischen den Wünschen und Bedürfnissen des Bürgers, dem Machbaren und dem politisch Durchsetzbaren abwägen. Sozialrecht ist Gesetz geworden Sozial-, Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik. All das ist spannend, abwechslungsreich und damit faszinierend.

Haben Sie als Gerichtspräsident überhaupt noch Zeit, selbst an Urteilen mitzuwirken?

Schlegel: Wirklich neu ist mein Arbeitsalltag nicht. Denn schon als Vizepräsident war ich mit Aufgaben der Gerichtsverwaltung betraut. Das BSG hat immerhin 216 Beschäftigte, darunter

43 Richter. Aber ich habe jetzt mehr Außentermine als früher. An Urteilen wirke ich als Vorsitzender eines Senats auch weiterhin mit. Das geht schon kraft Gesetzes nicht anders. Darauf möchte ich auch gar nicht verzichten. Gerichtsverhandlungen zu führen, Ergebnisse zu beraten, Urteile zu verkünden und die Entscheidungsgründe zu erläutern – das ist doch das Salz in der Suppe eines jeden Richters.

Bundesgerichte klopfen dem Gesetzgeber immer wieder auf die Finger. Wie politisch ist Ihr neues Amt?

Schlegel: Auf die Finger klopfen möchte ich das nicht nennen. Sozialrichterinnen und -richter kontrollieren, ob Behörden und Sozialversicherungen das Gesetz ordnungsgemäß umgesetzt haben. Das ist unsere Aufgabe. Für die Inhalte der Gesetze ist nicht die Justiz verantwortlich. Wir betreiben keine Sozialpolitik. Das schließt aber nicht aus, dass wir auf Mängel, Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten hinweisen. Es gibt Situationen, die der Gesetzgeber nicht voraussehen konnte oder nicht vorausgesehen hat und erst bei der Anwendung eines Gesetzes auftreten. Dann ist es nicht nur legitim, sondern manchmal sogar erforderlich, dass wir dem Gesetzgeber quasi einen Fingerzeig geben – natürlich in der gebotenen richterlichen Zurückhaltung.



„Das Kartellrecht darf nicht dazu benutzt werden, die Sozialversicherung auszuhebeln.“

Schlegel: Gerichtsgebühren könnten ein Instrument sein. Ob die Gerichte aber dadurch wirklich entlastet würden, ist schwer zu beurteilen. Dass sozialgerichtliche Verfahren für Versicherte kostenlos sind, ist von der Verfassung nicht vorgeschrieben. Das ließe sich also ändern. Aber alles in allem sind wir mit der bisherigen gesetzlichen Regelung gut zurechtgekommen.

Hat der Kassenwettbewerb zu mehr Klagen geführt?

Schlegel: Dazu gibt es keine belastbaren Erhebungen. Klagen zwischen Kassen wegen unlauteren Wettbewerbs kommen vor, sind aber kein Massenphänomen. Solche Klagen sind der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen. Sie werden aber auch vor den ordentlichen Gerichten geführt und dort entschieden. Wünschenswert wäre aber, wenn die ordentlichen Gerichte solche Streitfälle an die Sozialgerichte verweisen würden. Denn wir sind einfach sachnäher.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist Dienstherr des BSG. Wie wichtig ist es für einen Gerichtspräsidenten, das richtige Parteibuch zu haben?

Schlegel: Zu behaupten, dass man sich bei der Besetzung solcher Ämter im „unpolitischen Raum“ bewegt, wäre lebensfremd. Ebenso falsch wäre es aber auch, zu behaupten, dass der Amtsinhaber nur einen Kandidaten aus der eigenen Partei vorschlägt. Gerade meine Ernennung beweist, dass dem nicht so ist. Es geht nicht um Patronage, sondern um funktionierende Gerichte.

Die Zahl der Sozialgerichtsverfahren hat deutlich zugenommen. Sind die Bürger klagefreudiger geworden oder sind die Gesetze weniger gut oder gar schlampig formuliert?

Schlegel: Von schlampiger Arbeit des Gesetzgebers möchte ich nicht reden. Gesetze können nicht nach den Regeln der Geometrie entstehen. Denn viele Interessen spielen eine Rolle, die es in den seltensten Fällen zulassen, dass ein Regelwerk völlig bruchfrei ist. Dass die gestiegene Zahl von Gerichtsverfahren auf ein größeres Anspruchsdenken der Bürger zurückzuführen ist, ist schwer nachweisbar. Vielleicht sind die Bürger im Unterschied zu früher besser informiert und deshalb eher bereit, zu klagen. Aber das ist legitim. Schließlich garantiert unsere Verfassung mit dem Rechtsstaat effektiven Rechtsschutz. Und wenn tatsächlich klar wäre, dass das Anspruchsdenken gewachsen ist, aber die Begehren in großem Umfang haltlos oder sogar querulatorisch sind, wäre es Sache des Gesetzgebers, dafür zu sorgen, unberechtigte Begehren und unberechtigtes Anspruchsdenken von den Gerichten fernzuhalten. Das wäre auch verfassungskonform.

Wäre eine Kostenbeteiligung der Kläger sinnvoll, um die Sozialgerichte zu entlasten?

Ombudsmänner und -frauen sind in der Privatversicherung in. Die mit Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzten Widerspruchsausschüsse der Kassen gelten manchen dagegen als sozialpolitischer Anachronismus. Sehen Sie das auch so?

Schlegel: Selbstverwaltung ist kein Anachronismus und keineswegs überholt. Im Sozialrecht bewegen wir uns im Bereich des öffentlichen Rechts. Es geht um steuer- und beitragsfinanzierte Sozialleistungen. Die Idee der Widerspruchsausschüsse besteht ja darin, diejenigen einzubeziehen, die Sachnähe zum Arbeitsalltag und zum Erwerbsleben haben. Außerdem sind es die Beschäftigten und ihre Arbeitgeber, die die Sozialversicherung finanzieren. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Entscheidungen einer Krankenkasse oder einer Behörde für Versicherte, für Bürger verständlich sind. Sie müssen wissen und verstehen können, weshalb so und nicht anders entschieden worden ist. Verständliche Bescheide könnten viele Missverständnisse und Rechtsstreitigkeiten vermeiden. Vielleicht sollten die Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Widerspruchsausschüssen der Verständlichkeit mehr Beachtung schenken. Dieses „Laienelement“ setzt sich im Sozialgerichtsverfahren fort. Ehrenamtliche Richter wirken im Sozialgerichtsprozess mit und tun der Rechtsprechung gut. Daran sollte nicht gerüttelt werden.

Wenn es um Einzelverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern geht, streiten Kartell- und Sozialgerichte immer wieder um die Zuständigkeit. Wo hat in einer sozialen Krankenversicherung das Kartellrecht seinen Platz und wo nicht?

Schlegel: Kassen sind keine Unternehmen. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden. Den Kassen muss es möglich sein, ihre gesetzlich vorgegebenen sozialen Aufgaben zu erfüllen. Und das Kartellrecht darf nicht dazu benutzt werden,

die Sozialversicherung auszuhebeln. Kassenfusionen unterliegen dem Kartellrecht. Über hinaus resultierende Streitigkeiten haben die ordentlichen Gerichte zu entscheiden. Aber eigentlich gehören sie kraft Sachnähe in die Sozialgerichtsbarkeit. Andere Akteure des Gesundheitswesens, zum Beispiel Krankenhauskonzerne, können große wirtschaftliche Macht entfalten. Und hier ist aus Wettbewerbsgründen die kartellrechtliche Kontrolle angebracht. Aber wenn es um die Kassen und die Erfüllung ihrer sozialen Aufgaben geht, ist das Kartellrecht fehl am Platz.

Nächstes Jahr finden wieder Sozialwahlen statt. Und die Friedenswahlen werden dann gewiss wieder hinterfragt. Reicht die demokratische Legitimation der Verwaltungsräte der Kassen aus?

Schlegel: Die niedrige Beteiligung an den Sozialwahlen ist bedauerlich. Das könnte sich in der Sozialversicherung ändern, hätte die Selbstverwaltung größere, besser wahrnehmbare Entscheidungsspielräume. Könnten die Verwaltungsräte zum Beispiel über Leistungsumfang oder Beitragshöhe entscheiden, sähe die Sache anders aus. Das Interesse der Wahlberechtigten, auf die Gestaltung der Versicherungsverhältnisse Einfluss zu nehmen, wäre mit Sicherheit größer und die Wahlbeteiligung höher.

„Wir brauchen vor Gericht keine Casting-Show-reife Reden.“

Sie nehmen also die Friedenswahlen nolens volens hin?

Schlegel: Wir haben keine andere Wahl. Das Gesetz schreibt das Verfahren vor. Und die Friedenswahl ist vorgesehen. Läuft das Verfahren ordnungsgemäß ab, ist die Wahl wirksam – unabhängig von der Wahlbeteiligung. Schließlich ist ja auch eine Bundestagswahl gültig, wenn nur 30 Prozent der Bürger zur Wahlurne gegangen wären. Die Selbstverwaltung ist ein wesentliches Grundprinzip der Sozialversicherung und wird nicht durch eine geringe Wahlbeteiligung oder eine Friedenswahl delegitimiert.

Das Gesundheitsministerium will sich mit einem neuen Gesetz noch mehr Aufsichtsrechte über Kassen- und Ärzteorganisationen sichern. Geht das nicht zu weit?

Schlegel: Der Gesetzgeber muss auf offenkundige Fehlentwicklungen in Einzelbereichen reagieren können. Die Frage wird sein, wie die Politik mit den zusätzlichen Aufsichtsrechten umgeht. Hier könnte Maß halten sinnvoll sein, damit die Selbstverwaltung ausreichend Handlungsspielraum behält. Mit der Fach- und Rechtsaufsicht haben wir in der Sozialversicherung wirksame Aufsichtsinstrumente, wie sie auch in anderen Bereichen der Selbstverwaltung etabliert sind.

Das Europarecht beeinflusst immer stärker die nationale Sozialpolitik. Verliert das BSG an Einfluss gegenüber dem EuGH?

Schlegel: Ein ganz klares Nein. Die Kompetenzen der EU im Sozialbereich sind begrenzt. Eine umfassende Harmonisierung des Sozialleistungsrechts gibt es nicht. Faktisch ist es natürlich so, dass die EU-Bürger die Verhältnisse in den Mitgliedstaaten miteinander vergleichen und wie ihre Nachbarn gestellt sein wollen. Und die Vernetzung der Wirtschaft führt dazu, dass sich die Sozialsysteme annähern. Ob ich das bedaure oder nicht – wir stehen mit unserem Sozialsystem sehr gut da. Unsere hohen Sozialstandards tragen zur Stabilität des Staates und auch zum sozialen Frieden bei. Allerdings müssen wir unser Sozialsystem entsprechend den wirtschaftlichen Möglichkeiten ständig den Bedürfnissen anpassen. Ob diese Flexibilität noch gegeben wäre, wenn wir die Gesetzgebungskompetenz in diesen Bereichen ein Stück weit an Europa abgeben würden, ist fraglich.



Zu guter Letzt: Wichtige Urteilsverkündungen der Bundesgerichte sollen bald in den Medien live zu sehen sein. Einen entsprechenden Gesetzentwurf hat die Bundesregierung auf den Weg gebracht. Wird der Gerichtssaal nun künftig zur Showbühne?

Schlegel: Ich hoffe nicht, dass Gerichtssäle zur Showbühne werden. Von der Übertragung mündlicher Verhandlungen halte ich nichts. Denn es ist nicht auszuschließen, dass sich die Prozessbeteiligten in ihrem Verhalten von laufenden Kameras beeinflussen lassen. Wir brauchen im Gericht weder Casting-Show-reife Fensterreden, noch wäre es wünschenswert, dass sich die Beteiligten nicht trauen, das zu sagen, was zu sagen ist. Gegen Fernsehaufzeichnungen von Urteilsverkündungen und -begründungen hätte ich nichts einzuwenden. Allerdings glaube ich nicht, dass Liveübertragungen aus Gerichtssälen zu mehr Transparenz und Verständlichkeit der Inhalte beitragen. ■

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

Hightech in der



„Wir sehen aus wie Marsmännchen, damit keine Keime in die Produkte kommen.“ Die pharmazeutisch-technischen Assistentinnen Sarah Felkeneyer (l.) und Dana Ritter stellen im Reinraum-Labor der Klinikapotheke an der Medizinischen Hochschule Hannover unter anderem Krebsmedikamente her.

Hausapotheke

Sie helfen Krebspatienten mit individuellen Infusionen, verdünnen Herzmedikamente für Kinder und beraten ihre ärztlichen Kollegen in Arzneimittelfragen: Die Apothekerinnen und Apotheker an der Medizinischen Hochschule Hannover leisten Präzisionsarbeit im Hintergrund. Eine Reportage von **Änne Töpfer** (Text) und **Werner Krüper** (Fotos)

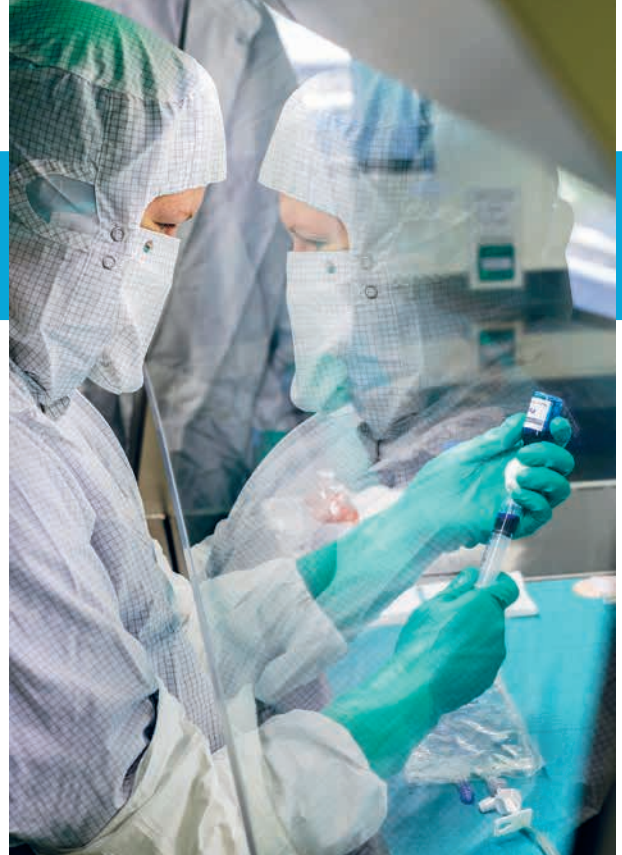
Neonlicht, weiße Wände, an einer Seite des kahlen Zimmers steht ein Edelstahl-Tisch mit Glasaufsatz, in die Wand ist ein Monitor eingelassen. Die Lüftung rauscht, zwei Frauen hantieren mit Flaschen, Spritzen und Beuteln. Sie tragen helle Schutzanzüge, die nur einen Sehschlitz frei lassen. Was an eine Weltraumstation erinnert, ist das Reinraum-Labor der Krankenhausapotheke in der Medizinischen Hochschule Hannover. „Wir sehen aus wie Marsmännchen, damit keine Keime in die Produkte kommen“, sagt Sarah Felkeneyer. Die pharmazeutisch-technische Assistentin (PTA) sitzt an einer Laminar-Flow-Werkbank, die Hände unter der Glashaube und zieht eine Flüssigkeit aus einem Fläschchen in eine Spritze auf. Mit der Nadel durchsticht sie den Pfropf eines zweiten Gefäßes und drückt die Substanz dort hinein, eine Kunststoffblase dehnt sich langsam aus. Aus dieser Elastomer-

pumpe fließt das von der PTA hergestellte Krebsmedikament später kontinuierlich in die Vene eines Patienten. Er muss nicht am Tropf hängen, sondern kann sich die Pumpe an den Gürtel schnallen und nach Hause gehen.

Weniger Keime als im Operationssaal. Seit 2012 gelten für die Zubereitung von Infusionsflüssigkeiten und Nährlösungen in Apotheken neue Vorschriften, die Arzneimittelsicherheit und Arbeitsschutz noch einmal verbessern sollen. Die Zahl von Partikeln und Keimen in der Luft des Reinraum-Labors der Krankenhausapotheke muss sogar niedriger sein als in Operationssälen für besonders infektionsgefährdete Bereiche. Jeder Mensch und alle Geräte durchlaufen auf dem Weg in das Reinraum-Labor ein mehrfach gesichertes Schleusensystem. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kleiden sich komplett um, desinfizieren zweimal die Hände und streifen dicke grüne



Alles Übungssache: Bevor eine PTA im Reinraum-Labor sterile Infusionen für Patienten herstellt, trainiert sie jeden Arbeitsschritt mit Farblösungen.



Handschuhe über. Die Prozedur dauert jeweils rund 20 bis 25 Minuten. Die PTAs bleiben zwei bis zweieinhalb Stunden am Stück im Reinraum, insgesamt bis zu fünf Stunden am Tag.

Rund 150 Präparate stellen die Mitarbeiterinnen der MHH-Apotheke im Sterilbereich täglich her, neben Krebsmedikamenten beispielsweise viele Schmerzmittel – alles, was Patienten per Spritze oder Infusion bekommen. Die PTAs arbeiten in Zweier-teams, die sich alle drei bis sechs Wochen abwechseln, damit sie nicht zu lange den verwendeten Gefahrstoffen ausgesetzt sind. „Neben dem Produktschutz steht der Mitarbeiterschutz an erster Stelle“, betont Christopher Jürgens. Der Apotheker leitet den Herstellungsbereich in der MHH-Apotheke und freut sich über die neuen Labore: „Der Umbau war für alle Beteiligten eine Riesenstrapaze. Aber wir sind stolz, dass wir so tolle Räume haben. Das ist Stand der Technik – eine supermoderne Krankenhausapotheke.“

Technik unterstützt Vieraugenprinzip. Im Labor mischt Sarah Felkeneyer derweil die Zutaten für die nächste Infusionslösung. Hinter Felkeneyer steht Dana Ritter. Sie verfolgt jeden Arbeitsschritt, reicht Material an, nimmt Material ab. Als das Produkt fertig ist, sagt sie: „Hier ist der Beutel mit 18 Milliliter Doxorubicin in 100 Milliliter Kochsalzlösung für Patient M.“ Sie gleicht die Angaben auf der Herstellungsanweisung für das Krebsmedikament mit den Angaben auf dem Herstellungsprotokoll ab. Wenn alles übereinstimmt, kann ein Apotheker das Mittel freigeben, um es auf die Station zu schicken, die es für den Patienten bestellt hat. Neben dem Vieraugenprinzip hilft die Technik, die Produktsicherheit zu gewährleisten. Über eine in die Werkbank eingelassene Waage kontrolliert ein Computerprogramm, ob die PTAs die Mengen der Einzelbestandteile bei der Herstellung exakt einhalten. Felkeneyer weiß die zusätzliche Kontrolle zu schätzen: „Ich finde, dass das die Sicherheit erhöht. Außerdem

stelle ich durch eine Chargenkontrolle sicher, dass immer das richtige Arzneimittel für den Patienten verwendet wird.“

Jeder Zweifel ist berechtigt. Bevor eine PTA im MHH-Reinraum-Labor Medikamente für Patienten produziert, trainiert sie jeden Schritt unter Anleitung einer erfahrenen Kollegin. „Wenn eine PTA von der Schule kommt, hat sie in der Regel noch nicht an so einer Werkbank gearbeitet“, sagt Herstellungsleiter Jürgens. „Ich muss sicher sein, dass sie das kann, ehe sie aseptische Produkte herstellt. Wir simulieren das mit Nährlösungen und kontrollieren, ob Keimbefall vorliegt.“ Erst wenn alle Proben negativ sind, darf die PTA Arzneien für Patienten herstellen. Jürgens erwartet von seinen Mitarbeiterinnen zudem Team- und Kritikfähigkeit. „Jeder Zweifel ist berechtigt. Erst wenn der Zweifel eindeutig ausgeräumt ist, kann weitergemacht werden. Wenn eine Infusion in einen Patienten hineingelaufen ist, bekommen wir sie nicht mehr heraus. Deshalb muss es ganz viele Sicherheitsbarrieren geben.“ Neben Verantwortungsbewusstsein und Konzentrationsvermögen benötigen PTAs handwerkliches Geschick. Jürgens: „In der linken Hand die Pumpe, in der rechten Hand die Spritze: Da muss jeder Handgriff sitzen. Aber im Grunde ist das alles Übungssache.“

Ob sie ihre Arbeit mögen? Beide PTAs antworten ohne zu zögern und einstimmig mit „Ja.“ Felkeneyer begründet das so: „Als Fach-PTA für Onkologie habe ich mich für diese Aufgaben spezialisiert. Mich reizt das sichere, gründliche Arbeiten. Und ich kann Menschen helfen: Wir sorgen dafür, dass Patienten keimfreie Medikamente in der richtigen Zusammensetzung bekommen. Dafür stehen wir gerade.“

Wissen aus dem Studium anwenden. Die sterile Herstellung von Arzneimitteln gehört zu den Besonderheiten einer Krankenhausapotheke. Doch die insgesamt 60 Mitarbeiterinnen und Mitar-

beiter der MHH-Einrichtung übernehmen in dem Uniklinikum mit rund 1.500 Betten zahlreiche weitere Aufgaben, wie beispielsweise die Arzneimittelinformation, die Qualitätssicherung, die Betreuung klinischer Studien, den Einkauf oder die Budgetberatung. „Wir kaufen nicht nur Arzneimittel, sondern auch bestimmte Chemikalien und Reagenzien, Röntgenkontrastmittel oder imprägnierte Verbandstoffe und medizinische Gase“, erklärt Dr. Heike Alz, Leiterin der MHH-Apotheke. „Dafür geben wir jährlich rund 70 Millionen Euro aus. Das ist ein großer Anteil an den Sachkosten in der MHH.“ Apothekerin Heike Alz ist zuständig für die Budgetberatung. „Wir schauen monatlich, welche Medikamente die einzelnen Kliniken einsetzen, ob es Veränderungen gibt, die sich rational erklären lassen. Welche Patienten sind gerade in der Klinik und was bekommen sie? Passen die Sachkosten zum Leistungsgeschehen?“ Dabei gehe es nicht nur ums Geld, sondern auch um Sicherheit und Qualität,

Stationen ein. Wenn die Ärztinnen und Ärzte ein Arzneimittel verordnen, finden die Pflegerinnen und Pfleger es zunächst meist im Vorratsschrank der Station. „Das ist bei uns stärker standardisiert, als im niedergelassenen Bereich, wo vielleicht fünfzehn verschiedene Präparate einer Wirkstoffgruppe zur Verfügung stehen. Bei uns sind ein oder zwei aus einer Gruppe am Lager“, erläutert Apothekenleiterin Alz. „Wir haben eine Hausliste mit etwa 1.500 Wirkstoffen. In der Regel kommen die Stationen mit diesen Medikamenten aus.“ Wenn ein Präparat im Arzneimittelschrank der Station zu Ende geht, bestellen die Pflegerinnen und Pfleger in der Kommissionierung online Nachschub. Kerstin Ahlswe, pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA), läuft mit dem Bestellzettel an langen Regalreihen entlang und sucht unter den alphabetisch sortierten Packungen die gewünschten Präparate heraus. Bei der Zusammenstellung für die Stationen hilft ihr sonst ein Automat, dessen Betrieb in der



In der Arzneimittelausgabe der Klinikapotheke bestellen die Stationen online. Kerstin Ahlswe, pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, findet im Lager rund 1.500 Wirkstoffe der MHH-Hausliste.

betont Alz. „Mit Antibiotika beispielsweise sollte deeskalierend therapiert werden, um Resistenzbildungen zu verhindern.“

Die vielfältigen Aufgaben sind unter den Apothekerinnen und Apothekern aufgeteilt. Sie alle aber informieren die Ärzte und die Pflegekräfte der MHH über Arzneimittel. „Wir sind hier im Vergleich zur öffentlichen Apotheke dichter dran an den Therapieentscheidungen und den Arzneiwirkungen. Wir versorgen schwer kranke Menschen mit hochwirksamen Arzneimitteln“, sagt Heike Alz. Das mache für sie den Reiz der Arbeit aus. „Es geht um hochpotente Medikationen und deren Wechsel- und Nebenwirkungen. Da kann ich das Wissen anbringen, das ich im Pharmaziestudium erworben habe.“

Schaltzentrale im Arzneimittellager. In der Kommissionierung, der Arzneimittelausgabe der MHH-Apotheke, klingelt das Telefon. In dem vom Fertigarzneimittel-Lager durch eine Glaswand abgetrennten Büro beantwortet der diensthabende Apotheker Dr. Stefan Biastoff Anfragen zur Lieferbarkeit bestimmter Arzneimittel, zur Haltbarkeit oder Teilbarkeit. In dieser Schaltzentrale der Krankenhausapotheke treffen die Bestellungen von den

Umbauphase vorübergehend ruht. Aber Ahlswe kennt das Lager wie ihre Westentasche und hat die geordneten Mittel im Nu auf einem Wägelchen bereitgestellt. Die Packungen der Fertigarzneimittel gleichen denen in einer öffentlichen Apotheke. Auf der Station stellt eine Pflegekraft dann die Tabletten oder Kapseln in der verordneten Menge für die Patienten bereit.

Individuelle Rezepturen für Kinder. Doch nicht immer ist die gewünschte Dosierung als Fertigarzneimittel verfügbar. Beispielsweise für Kinder verordnen die MHH-Ärztinnen und -Ärzte häufig höhere Verdünnungen. Eine Aufgabe für die sogenannte unsterile Herstellung der Krankenhausapotheke: Hier fertigen PTAs individuelle Rezepturen und Defekturen – das sind beispielsweise Salben in größerer Menge. Andrea Nicolaus, PTA, trägt blauen Kittel, grünes Haarnetz, Handschuhe und Mundschutz. Sie zerdrückt mit einem Pistill in einer Fantaschale einige Tabletten. Anschließend zieht sie mit einer Spritze eine gelbliche Flüssigkeit auf, die sie mit dem Pulver aus der Schale mischt. Nach Zugabe weiterer Substanzen und gründlichem Rühren klebt sie ein Etikett auf eine braune Flasche: Fertig ist



Andrea Nicolaus, Mitarbeiterin in der „unsterilen Herstellung“ der Klinikapotheke, verdünnt Herzmedikamente für Kinder oder mischt Salben für Patienten der Hautklinik.



Mitarbeiter der Klinikapotheke prüfen jährlich rund 200 Rohstoffe und 250 Endprodukte auf Reinheit und Beschaffenheit.

der Metoprolol-Saft, ein Herzmedikament, in einer höheren Verdünnung für einen Patienten der MHH-Kinderklinik. „Sobald eine Kinderklinik an Bord ist, ist die unsterile Herstellung nicht wegzudenken, weil dort immer patientenindividuelle Dosierungen benötigt werden“, sagt Herstellungsleiter Jürgens. Zudem mischen die PTAs in der unsterilen Herstellung Salben für die Hautklinik. „Viele der üblichen Salben enthalten Konservierungsstoffe. Unsere Dermatologie braucht aber konservierungsmittelfreie Zubereitungen.“

Auch Naloxon, ein Gegenspieler des Schmerzmittels Morphin, bereiten die PTAs in der unsterilen Herstellung zu. „Das bekommen Intensivpatienten gegen die vom Betäubungsmittel verursachte Verstopfung über eine Sonde, damit es direkt im Darm wirkt“, erklärt Christopher Jürgens.

Auf der Intensivstation. Welche Intensivpatienten beispielsweise Naloxon benötigen, weiß Dr. Gesine Picksak. Die Apothekerin begleitet vier Ärzte und die Stationsleitung Pflege bei der morgendlichen Visite auf Station 44, einer von zehn Intensivstationen der MHH. Die meisten der Patienten auf der Anästhesiegeführten Station haben gerade eine Operation hinter sich und werden hier für mindestens 24 Stunden überwacht, bevor sie

auf die Normalstation verlegt oder zur Reha überwiesen werden. „Ich habe mir vorher die Verordnungen in der elektronischen Patientenakte angesehen und notiert, was ich in der Visite ansprechen muss“, sagt Picksak. Das Gesetz schreibt vor, dass auf jeder Station einmal im Halbjahr eine Mitarbeiterin der Apotheke vorbeischauf. Mit der Arzneimittelvisite geht die MHH darüber hinaus: Auf Station 44 beispielsweise ist die Apothekerin an fünf Tagen pro Woche vor Ort. „Wenn Ärzte und Pflegekräfte Interesse an einer Arzneimittelvisite signalisieren, bauen wir das gern ein“, erläutert Apothekenleiterin Heike Alz.

Gefragter Rat aus der Apotheke. Auf Station 44 stehen Oberarzt Dr. Heiner Ruschulte, drei Fachärzte für Anästhesie, Stationsleitung Pflege Jens Heimlich und Apothekerin Gesine Picksak am Bett eines Patienten, der einen schwierigen Eingriff im Brustraum hinter sich hat. Der Patient wirkt benommen, scheint nicht ansprechbar. Rechts und links neben seinem Bett sind

Die MHH-Apotheke in Zahlen

Rund 1.800 Quadratmeter Fläche belegt die Krankenhaus-Apotheke auf dem Gelände der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). In der 1970 gegründeten Einrichtung des Universitätsklinikums mit seinen 1.518 Betten arbeiten unter der Leitung von Apothekerin Dr. Heike Alz in den Abteilungen Klinische Pharmazie und Arzneimittellogistik, Pharmazeutische Herstellung, Qualitätssicherung sowie Einkauf und Pharmazeutische Dienstleistung 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, darunter Apothekerinnen und Apotheker (12,5 Stellen), pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA, 22 Stellen) sowie pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Einkäufer und Lageristen. Die Apotheke hält rund 1.500 Wirkstoffe für den Standard-Bedarf der MHH vor. In der sterilen Herstellung fertigen die PTAs täglich rund 150 keimfreie Spezialpräparate, darunter viele Zytostatika (Mittel gegen Krebs) für Infusionen.

Im Jahr 2014 gab es laut Statistischem Bundesamt deutschlandweit 398 Krankenhausapotheken. Anfang der 1990-er Jahre lag ihre Zahl noch bei über 600.



Die Farbreaktion in den Röhrchen zeigt, dass die Saccharose-Probe in Ordnung ist. Die Apotheke kocht aus dem Zucker Sirup als Grundstoff für Arzneimittel.



„Und was sagt die Apotheke?“ Bei der Arzneimittelvisite tauschen sich Oberarzt Dr. Heiner Ruschulte (m.), Stationsleitung Pflege Jens Heimlich (r.) und Anästhesist Dr. Thorben Dieck (Foto l.) mit Apothekerin Dr. Gesine Picksak über die Medikation aus.

flache Geräte gestapelt, Schläuche führen in Nase, Luftröhre und Venen, andere Schläuche kommen unter den Tüchern hervor, mit denen der Mann zugedeckt ist, und leiten hellrosa Flüssigkeit in einen seitlich am Bett hängenden Kasten.

Die Gruppe um Oberarzt Ruschulte spricht gedämpft, begleitet vom Piepen der Monitore und dem regelmäßigen Zischen des Beatmungsgerätes. Einer der Fachärzte informiert die Expertenrunde über den aktuellen Zustand des Patienten: „... gestern gekommen, Bluthochdruck, ... interthorakal Probleme ... über Nacht forciert Volumen ... 2.700 im Plus ... jetzt ist er stabil ... Diurese ... Antibiotika gar nicht mehr ...“. Nachdem die nächsten medizinischen Schritte besprochen sind, fragt Gesine Picksak: „Darf er schon wieder über die Sonde ernährt werden?“ Der Oberarzt wägt ab: „Vor der Extubation hätten wir nicht losgelegt.“ Wenn der Beatmungsschlauch gezogen wird, besteht die Gefahr, dass der Patient Sondenkost einatmet. Doch die Beatmung läuft weiter bis mindestens zum nächsten Morgen. „Wir sollten tatsächlich mit Zottenkost beginnen“, folgt der Arzt dem Rat der Apothekerin.

Bei anderen Patienten gibt Gesine Picksak Hinweise zum Einsatz verschiedener Antibiotika, zur Schmerzmedikation, zur Flüssigkeitszufuhr oder zu Unverträglichkeiten sowie Wechsel-

wirkungen von Medikamenten. „Ich spreche Problematiken zur Arzneimitteltherapie von mir aus an, das erwarten die Ärzte“, sagt die Apothekerin. „Wenn ich einen Therapieplan nicht kommentiere, fragen die Ärzte inzwischen aktiv nach, ob ich noch Optimierungsvorschläge habe.“

Auch die Stationsleitung Pflege Jens Heimlich schätzt den direkten Draht zur Apothekerin: „Der Weg zur Apotheke ist für die Pflege kürzer geworden. Fragen beispielsweise zur Darreichungsform von Medikamenten klären wir sofort auf der Station. Und wir stellen diese Fragen auch deutlich häufiger als früher“, sagt Heimlich. „Das erhöht die Patientensicherheit.“

Arzneimitteltherapie-Sicherheit durch Teamarbeit. Gesine Picksak bestätigt: „Durch die Erarbeitung von Standards im Team von Ärzten, der Apotheke und den Pflegekräften wird die Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie optimiert.“ Im Zuge der Zusammenarbeit sind beispielsweise Standards zum Volumenersatz bei großem Blutverlust, zur Ernährung oder auch zur Inhalation bei beatmeten Patienten entwickelt worden. Heike Alz betont: „Durch die arzneimittelspezifische Fachexpertise der Apotheke direkt am Patienten steigt die Sicherheit bei der Arzneimittelverordnung und der Anwendung durch Arzt und Pflegekraft und damit die Arzneimittelsicherheit des Patienten.“ Auch die Hemmschwelle, persönlich eine Frage zu stellen, ist durch die Präsenz der Apotheke auf der Station gesunken. „Seit ich die Visite begleite, ist die Zahl der Anfragen an die Apotheke sprunghaft gestiegen“, bestätigt Gesine Picksak. Sie kennt viele der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station persönlich. „Mir macht die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen viel Spaß“, sagt Picksak und wendet sich lächelnd gemeinsam mit den Anästhesisten und der Stationsleitung Pflege dem nächsten Patienten zu. ■

„Gesundheit verkommt zur Handelsware“

Weniger Markt, mehr Fürsorge:
Im G+G-Interview fordert Linken-Expertin
Kathrin Vogler ein grundsätzliches
Umdenken in der Gesundheitspolitik.
Dafür will sie im Wahljahr 2017
auch einen Evergreen neu auflegen.

Frau Vogler, der frühere SPD-Vorsitzende Franz Müntefering hat einmal gesagt, Opposition sei Mist. Sie sitzen seit vielen Jahren in der Opposition, seit 2015 sind Sie gesundheitspolitische Sprecherin der Linken-Fraktion im Bundestag. Ein Mistjob?

Kathrin Vogler: Nein. Eine Regierung hat jedes Land. Opposition gibt es nur in Demokratien. Opposition erfüllt eine sehr wichtige Funktion im parlamentarischen System. Sie kontrolliert die Regierung, entwickelt Alternativen und macht diese bekannt.

Aber Sie würden schon gerne mal richtig mitmischen?

Vogler: Natürlich, zumal es in der Gesundheitspolitik an der Zeit ist, grundsätzlich umzudenken. Wir müssen das Gesundheitswesen wieder stärker als einen Bereich der öffentlichen Daseinsfürsorge gestalten und Markt und Wettbewerb zurückdrängen.

Was haben Sie gegen Wettbewerb einzuwenden? Setzt der nicht auch im Gesundheitswesen Gutes in Gang?

Vogler: Markt und Wettbewerb sind taugliche Instrumente in der Versorgung mit Konsumgütern. Aber Gesundheit ist kein Konsumgut. Gesundheit ist ein Menschenrecht. Wenn ich mir einen Fernseher kaufen möchte, dann kann ich mich schlau machen, was meinen Bedürfnissen am meisten entgegenkommt und mir finanziell möglich ist. Oder ich kann ganz auf den Kauf eines Fernsehers verzichten. Wenn ich krank bin, dann brauche ich optimale ärztliche Therapie, Fürsorge, Betreuung und gute Pflege. Da bin ich kein Marktteilnehmer.

Gesundheit wird also zur Ware?

Vogler: Ja, Gesundheit verkommt zur Handelsware. Dass manche Kassen Ärzte bezahlen, damit sie Patienten kränker diag-

nostizieren als sie sind, um so mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, ist nur ein Ausdruck des knallharten Wettbewerbs. Dasselbe gilt für den Arzneimittelbereich. Es kommen viele Medikamente auf den Markt, die nicht innovativ, aber sehr teuer sind. Die Pillen werden mithilfe raffinierter Marketingstrategien der Industrie massenhaft verordnet, ohne dass sie therapeutisch etwas bewirken. Es geht nur um Profit.

Sie sagten, Opposition sei wichtig und gut. Liegt ein Vorteil auch darin, dass man Dinge fordern kann, ohne sich Gedanken machen zu müssen, wie sie zu realisieren sind? Nehmen Sie etwa Ihre Forderung, in den Kliniken „sofort“ 100.000 Pflegekräfte neu einzustellen. Woher die nehmen und nicht stehlen?

Vogler: Das ist eine sportliche Aufgabe, ich weiß. Aber es ist der reale Bedarf, und er ist bezahlbar. Deutschland gibt jährlich elf Prozent seines Bruttoinlandproduktes für Gesundheit aus. Die größten zehn Klinikkonzerne haben 2015 knapp eine Milliarde Euro an Gewinnen eingefahren. Geld ist also genug da. Und wir müssen uns dem Thema stellen. In Krankenhäusern wurde zuletzt massiv Personal abgebaut. Immer weniger Pflegekräfte müssen sich um immer kränkere Patienten kümmern. Das Personal geht wirklich auf dem Zahnfleisch. Es kommt zu Behandlungs- und Hygienemängeln, die an anderer Stelle neue Kosten aufreißen.

Bleiben wir beim Thema Geld. Die private Krankenversicherung (PKV) sei am Ende, haben Sie kürzlich in einer Pressemitteilung erklärt. Doch Totgesagte leben bekanntlich länger.

Vogler: Das mögen uns die PKV-Manager weiß machen wollen. Schaut man sich die Situation vieler Privatversicherter an, ergibt sich ein anderes Bild. Auf zwei Drittel von ihnen kommen An-



Zur Person

Kathrin Vogler (53) ist seit 2015 gesundheitspolitische Sprecherin der Linksfraktion im Bundestag. Die gebürtige Münchnerin studierte in Münster Soziologie. Politisch engagierte sie sich zunächst in der SPD, aus der sie aber 2001 „wegen Sozialabbau und Afghanistankrieg“ austrat. Dem Bundestag gehört sie seit 2009 an. Kathrin Vogler ist Obfrau im Unterausschuss für Zivile Krisenprävention, Konfliktbearbeitung und vernetztes Handeln sowie ordentliches Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Sie lebt mit Mann und Tochter in Emsdetten (NRW).

fang 2017 erhebliche Beitragssteigerungen zu. Kürzlich sprach ich mit einem selbstständigen Taxifahrer darüber. Er sagte mir, er zahle schon jetzt knapp 600 Euro Beitrag monatlich. Und wenn er demnächst elf, zwölf Prozent mehr berappen müsse, bedeute dies einen halben Tag mehr Arbeit. Auch von Beamten höre ich immer öfter: Wir wären gerne in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber wir können es nicht. Denn dann müssten wir das, was die Beihilfe der Länder aufbringt, selber zahlen.

Schwingt da nicht auch Schadenfreude mit, weil Sie wissen: In dem Moment, in dem die PKV in die Schlagzeilen gerät, kommt die Diskussion auf die von Ihnen favorisierte Bürgerversicherung?

Vogler: Schadenfreude empfinde ich bestimmt nicht. Wenn diese Meldungen kommen, habe ich nicht den Versicherungsmanager vor meinem inneren Auge, sondern den Taxifahrer oder Selbstständigen, der mit seinem Kaffeemobil auf dem Wochenmarkt steht. Für die ist das eine mittlere Katastrophe. Im Übrigen: Wir sprechen hier von knapp neun Millionen Privatversicherten. Da können wir es uns nicht erlauben, das System an die Wand fahren und diese Menschen im Regen stehen zu lassen. Wir brauchen eine gesetzliche solidarische Gesundheitsversicherung.

Eine Bürgerversicherung also. Wollen Sie diesen gesundheitspolitischen Evergreen im Wahljahr 2017 wieder laut singen?

Vogler (lacht): Wir wollen nicht singen. Wir wollen die Menschen überzeugen, dass das Modell der Bürgerversicherung zukunftsfester ist als das duale Krankenversicherungssystem, das sich Deutschland derzeit leistet.

Aber eine politische Mehrheit haben Sie dafür nicht.

Vogler: Warten wir ab. Die SPD musste das Projekt nach der Bundestagswahl im September 2013 zwangsweise in die Schublade legen, weil sie mit den Parteien, die auch eine Bürgerinnen- und Bürgerversicherung für Gesundheit und Pflege anstreben, nicht koalieren wollte. Sie ging stattdessen mit der Union zusammen, die immer noch auf die Dualität des Krankenversicherungssystems setzt. Von daher ist das Modell der Bürgerversicherung nicht tot. Es gab bislang nur keine Möglichkeit, das Modell umzusetzen.

Themenwechsel: Das Bundeskabinett hat kürzlich das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) durchgewunken.

Vogler: Ja, diese Koalition will offenbar alles Mögliche stärken.

Und tut sie es?

Vogler: Nein. Das AMVSG heilt den Geburtsfehler der Arzneimittelreform von 2011 nicht. Die Konzerne können im ersten Jahr nach Markteinführung eines neuen Medikaments dessen Preis weiter frei festsetzen. Und machen wir uns nichts vor: Auch für nachgelagerte Verhandlungen nach der frühen Nutzenbewertung bildet der einmal aufgerufene Preis die Ausgangsbasis.

Und die geplante Umsatzschwelle in Höhe von 250 Millionen Euro im ersten Jahr, ab der die verhandelten, niedrigeren Erstattungspreise gelten sollen, läuft auch ins Leere?

Vogler: Ja. Die Konzerne haben schon nach der Reform 2011 zunehmend Medikamente für immer kleinere Patientengruppen entwickelt, um die Untergrenzen einzuhalten. Ich bin mir relativ sicher: Jetzt, da wir sprechen, sitzen auch die Manager in den Konzernetagen beisammen und denken bereits über neue Ausweichstrategien nach, um die Umsatzschwelle zu umgehen. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

Europarichter kippen Preisbindung

Die hierzulande geltende Preisbindung verschreibungspflichtiger Medikamente verstößt gegen das Unionsrecht. Die Festlegung einheitlicher Apothekenabgabepreise benachteiligt Versandapotheken im EU-Ausland und behindert den freien Warenverkehr, befand kürzlich der Europäische Gerichtshof. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 19. Oktober 2016
– C-148/15 –
Europäischer Gerichtshof

Rezeptpflichtige Medikamente unterliegen in Deutschland der Preisbindung. Bundesweit gilt: Ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel kostet überall dasselbe – egal, ob der Patient es in einer Apotheke vor Ort kauft, bei einer inländischen oder bei einer ausländischen Versandapotheke bestellt. Die Hersteller können zunächst selbst festlegen, zu welchen Preisen sie Arzneimittel an die Apotheken und Großhändler abgeben. Diese erheben dann auf ihre Einkaufspreise gesetzlich vorgegebene Zuschläge. Für ein rezeptpflichtiges Medikament gilt immer derselbe Aufpreis. Er liegt aktuell bei drei Prozent des Einkaufspreises. Zusätzlich dürfen Apotheken pro Packung 8,10 Euro berechnen. Rabatte und Boni sind bei der Abgabe von Apotheken an Patienten ausgeschlossen.

Preisbindung jahrelang umstritten. Schon lange ist die Frage strittig, ob die Preisbindung auch für Versandapotheken gilt, die im europäischen Ausland ansässig sind. Die niederländische Versandapotheke DocMorris hat hier die Grenzen wiederholt mit Bonus- und Rabattaktionen auszutesten versucht. Gerichtsverfahren vor Sozialgerichten und ordentlichen Gerichten waren die Folge. Nachdem sich am Ende der Bundesgerichtshof und das Bundessozialgericht darin uneins waren, ob die deutsche Preisbindung auch für ausländische Versandapotheken gilt, beschloss schließlich der Gemeinsame Senat der Obersten Gerichtshöfe des Bundes, dass der einheitliche Apothekenabgabepreis auch für ausländische Ver-

sandapotheken gilt. Er sah darin keinen Verstoß gegen Europarecht (Beschluss vom 22. August 2012, Aktenzeichen GmS-OGb 1/10). Das aber sieht nun der Europäische Gerichtshof (EuGH) anders.

Bei dem von den Luxemburger Richtern entschiedenen Fall ging es um eine Kooperation zwischen der Deutschen Parkinson Vereinigung und der niederländischen Versandapotheke DocMorris.

Ein Preiswettbewerb zwischen Apotheken ist vorteilhaft für die Patienten, sagen die Luxemburger Richter.

Mitglieder der Selbsthilfe-Vereinigung bekamen von DocMorris Rabatte auf die bestellten Arzneimittel. Dagegen klagte die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs vor dem Landgericht. Sie vertrat die Auffassung, dass das ausgehandelte Bonussystem gegen die deutsche Regelung verstößt, die einen einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel vorsieht. Das Landgericht untersagte der Deutschen Parkinson Vereinigung, das Bonussystem bei ihren Mitgliedern zu be-

werben. Diese legte daraufhin Berufung beim Oberlandesgericht (OLG) ein. Da hier das Europarecht ausgelegt werden müsse, setzte das OLG das Verfahren aus und wandte sich an den EuGH. Es wollte von den Luxemburger Richtern wissen, ob die Festlegung einheitlicher Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Medikamente mit dem freien Warenverkehr vereinbar ist (Artikel 34 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union, AEUV) und ob die Preisbindung zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen (Artikel 36 AEUV) gerechtfertigt sei. Beides hat der EuGH jetzt verneint.

Zugang zu hiesigem Markt erschwert. Nach Ansicht der Luxemburger Richter behindert die Preisbindung den grenzüberschreitenden freien Warenverkehr. Die deutsche Regelung könne Anbietern aus anderen EU-Mitgliedstaaten den Zugang zum deutschen Markt erschweren und sei daher nicht mit dem europäischen Recht vereinbar. Gerade für Versandapotheken stelle die Preisgestaltung einen wichtigen Faktor im Wettbewerb mit ortsansässigen Apotheken dar. Apotheken vor Ort hätten gegenüber den Versandapotheken den Vorteil, ihre Kunden individuell beraten und Arzneimittel im Notfall sofort aushändigen zu können. Zwar räumten die Europarichter ein, dass sich eine Beschränkung des freien Warenverkehrs mit dem Schutz der Gesundheit

TIPP FÜR JURISTEN



Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge bei der Krankenhausvergütung, Mengensteuerung, Förderung von Zentrumsstrukturen, Pflegestellenförderprogramm – diese und weitere Themen behandelt der Workshop „Die große Reform der Krankenhausfinanzierung“ der Zeno Veranstaltungen GmbH. Er findet am 19. Januar 2017 in Mannheim statt. Mehr Infos unter www.zeno24.de > Veranstaltungen

und des Lebens rechtfertigen ließe. Doch die Preisbindung für Medikamente sei kein Mittel, um diese Ziele zu erreichen.

Keine Gefahr für Notfallversorgung. Befürchtungen, ein Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln könnte die Notfallversorgung in Deutschland gefährden, teilen die Europarichter nicht. Im Gegenteil: Einige eingereichte Unterlagen legten es nahe, dass mehr Preiswettbewerb unter den Apotheken die gleichmäßige Versorgung mit Medikamenten fördern würde. Für Apotheker entstünden Anreize, sich in solchen Regionen niederzulassen, in denen wegen der geringeren Zahl an Konkurrenten höhere Preise verlangt werden könnten.

Außerdem lägen keine Belege dafür vor, dass sich die Apotheken ohne Preisbindung einen ruinösen Wettbewerb liefern könnten und die Notfallversorgung mit Medikamenten nicht mehr zu gewährleisten wäre, weil sich die Zahl der Präsenzapotheken verringern würde. Andere Wettbewerbsfaktoren wie die individuelle Beratung der Patienten vor Ort könnten den traditionellen Apotheken helfen, konkurrenzfähig zu bleiben. Es könnte sich sogar herausstellen, dass ein Preiswettbewerb mit den Versandapotheken die traditionellen Apotheken dazu motiviere, mehr Leistungen im Allgemeininteresse wie die Herstellung von Rezeptur Arzneimitteln anzubieten.

Gleichzeitig sieht der Luxemburger Gerichtshof im Preiswettbewerb Vorteile für die Patienten. Sie könnten verschreibungspflichtige Arzneimittel zu günstigeren als den derzeit festgelegten Preisen erwerben. Zum Schutz der Gesundheit und des Lebens gehöre auch, dass Medikamente zu angemessenen Preisen verkauft werden. ■

Kommentar: Das Oberlandesgericht wird wohl nun im Sinne der Deutschen Parkinson Vereinigung und den finanziellen Interessen der Patienten entscheiden. Nicht absehbar ist, welche Konsequenzen Deutschland aus dem Luxemburger Urteil zieht. Diskutiert wird, den Versandhandel zu verbieten. Ob das aber im Einklang mit dem Europarecht steht, ist die Frage.

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

Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de

INHALT

AKTUELLER STAND

ARZNEIMITTEL

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG)
Bundestags-Drucksache 18/10208

Freie Preisbildung für Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung künftig bis zum Erreichen eines Schwellenwerts in Höhe von 250 Millionen Euro; keine öffentliche Listung der vereinbarten Erstattungsbeträge für Arzneimittel; in medizinisch begründeten Einzelfällen Abkehr von der Vorgabe, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Vergleichstherapie; Verlängerung des Preismoratoriums bis 2022; Rabattverträge für Krebspräparate (Zytostatika) zwischen Kassen und Pharmaherstellern möglich; Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeit der Kassen mit Apotheken über Zytostatika.

Erste Lesung im Bundestag war am 10.11.2016.

HEIL- UND HILFSMITTEL

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG)
Bundestags-Drucksache 18/10186

Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses durch GKV-Spitzenverband bis Ende 2018; bei Ausschreibungsverträgen Preis und Qualitätsanforderungen als Kriterium; Pflicht der Leistungserbringer, bei der Abrechnung mit Kassen, Aufzahlungen offenzulegen; Möglichkeit der Kassen und Heilmittelerbringer-Verbände, von 2017 bis 2019 Vergütungen oberhalb der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder zu vereinbaren; Modellvorhaben zur Blankoverordnung von Heilmitteln.

Der Bundesrat hat am 14.10.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 10.11.2016.

PFLEGE

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, PSG III)
Bundestags-Drucksache 18/9518

Anpassung SGB XII (Hilfe zur Pflege) und Bundesversorgungsgesetz an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff; Möglichkeit der Länder, Pflegeausschüsse einzurichten, in denen die Kassen mitarbeiten; Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten; Prüfrecht des Medizinischen Dienstes bei häuslicher Krankenpflege.

Erste Lesung im Bundestag war am 23.9.2016. Der Bundesrat hat am 23.9.2016 Stellung genommen.

PSYCHIATRIE-VERGÜTUNG

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, (PsychVVG)
Bundestags-Drucksache 18/9528

Wegfall der Angleichung der krankenhausspezifischen Preise an landeseinheitliches Preisniveau; Möglichkeit der Kliniken, ihr Budget einzeln zu verhandeln; Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch GBA; leistungsbezogener Klinikvergleich; Einführung der psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld als Klinikleistung (Hometreatment); Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern möglich.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 10.11.2016.

Stand: 10.11.2016



Web-Tipp

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

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

AOK SYSTEMS GMBH

Abschied vom Führungsduo

Nach zwölf gemeinsamen Jahren an der Spitze der AOK Systems GmbH sind jetzt **Klaus Schmitt** und **Rüdiger Bräuling** in den Ruhestand verabschiedet worden. Im Rahmen einer Abschiedsfeier im Foyer des AOK-Bundesverbandes in Berlin dankte nicht nur Vorstandsvorsitzender **Martin Litsch** den beiden langjährigen Geschäftsführern für ihre erfolgreiche Arbeit an der Spitze des Softwareunternehmens. Auch der frühere Vorstandschef des Bundesverbandes, **Dr. Herbert Reichelt**, und der ehemalige Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, **Dr. Rolf Hoberg**, ließen es sich nicht nehmen, die Aufbauleistung des Duos Schmitt und Bräuling in den ersten Jahren der AOK Systems GmbH zu würdigen. Für den Aufsichtsrat der AOK-Beteiligungsgesellschaft (BTG) bedankten sich die alternierenden Vorsitzenden **Iris Kloppich** und **Dr. Christian Münzer** für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und überreichten – in Anspielung an die Systems-Software gleichen



Einen „Oscare“ zum Abschied überreichten die Aufsichtsratsvorsitzenden der AOK Beteiligungsgesellschaft, **Iris Kloppich** und **Dr. Christian Münzer** (r.), den scheidenden Geschäftsführern der AOK Systems GmbH, **Klaus Schmitt** (2.v.r.) und **Rüdiger Bräuling**.

Namens – einen goldenen „Oscare“. Klaus Schmitt und Rüdiger Bräuling zeigten sich gerührt und geehrt und überreichten wiederum symbolisch den Staffelfstab an ihre Nachfolger als Geschäftsführer. Klarer Fall, dass der Gastgeber des Abends, BTG-Geschäftsführer **Thomas Degen**, den gelungenen Generationenwechsel erfreut zur Kenntnis nahm und nicht zuletzt den beiden scheidenden Systems-Geschäftsführern für das

professionelle und zugleich überaus kollegiale Miteinander in den vergangenen Jahren dankte. ■

NORDOST

Gesundheitspreis für Sportprojekte

Vier Projekte in Schwedt an der Oder, Neuruppin, Cottbus und im Landkreis Märkisch-Oderland sind mit dem Ge-

sundheitspreis Brandenburg 2016 ausgezeichnet worden. Der Innovationswettbewerb der AOK Nordost und der Landesärztekammer Brandenburg stand unter dem Motto „Sport- und Bewegungsangebote für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen – Motivierende und überzeugende Ansätze in der Praxis“. Die Preisträger wurden bei einer Festveranstaltung in Potsdam mit insgesamt 30.000 Euro geehrt. Landesgesundheitsministerin **Diana Golze** sagte, regelmäßige körperliche Betätigung sei für viele Menschen noch immer nicht selbstverständlich. „Deshalb müssen wir gemeinsam etwas dafür tun, die Brandenburgerinnen und Brandenburger für körperliche Aktivitäten zu gewinnen und für den Sport zu begeistern.“ Für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sei Bewegung genauso wichtig wie für andere Menschen auch, sagte **Frank Michalak**, Vorstandschef der AOK Nordost. „Doch noch zu oft gibt es Barrieren, die dies verhindern. Umso mehr freut es uns, dass wir mit dem Gesundheitspreis Projekte auszeichnen, die Barrieren überwinden und beispielgebend für andere sein können.“ ■

AOK aktuell

Informationen zum Neustart in der Pflege

Wenige Wochen vor Inkrafttreten der nächsten Pflegereform, bei der fünf Pflegegrade die bisherigen Pflegestufen ersetzen, hat die AOK Niedersachsen landesweit 150.000 Schreiben an betroffene Pflegepersonen mit detaillierten Informationen zu bestehenden und künftigen Pflegeleistungen verschickt. Zum Hintergrund: Die neuen fünf Pflegegrade orientieren sich verstärkt am Maß der Selbstständigkeit. Geistige und psychische Einschränkungen fallen stärker ins Gewicht. So profitieren etwa Menschen mit einer Demenzerkrankung und einer dauerhaft intensiven Betreuung im Alltag von einem doppelten Stufensprung sowie besseren Pflegeleistungen. „Niemand, der heute bereits pflege-

bedürftig ist und eine Pflegestufe besitzt, wird durch die Neuregelung schlechter gestellt“, betonte die Pflegekasse. Pflegebedürftige müssten sich um nichts kümmern. Die Neueinstufung erfolge automatisch, ein neuer Antrag sei nicht nötig. So wird beispielsweise aus Pflegestufe 1 der Pflegegrad 2. Das Pflegegeld erhöht sich in diesem Fall von 244 auf 316 Euro. **Mehr Infos: www.aok.de/pflege** ■



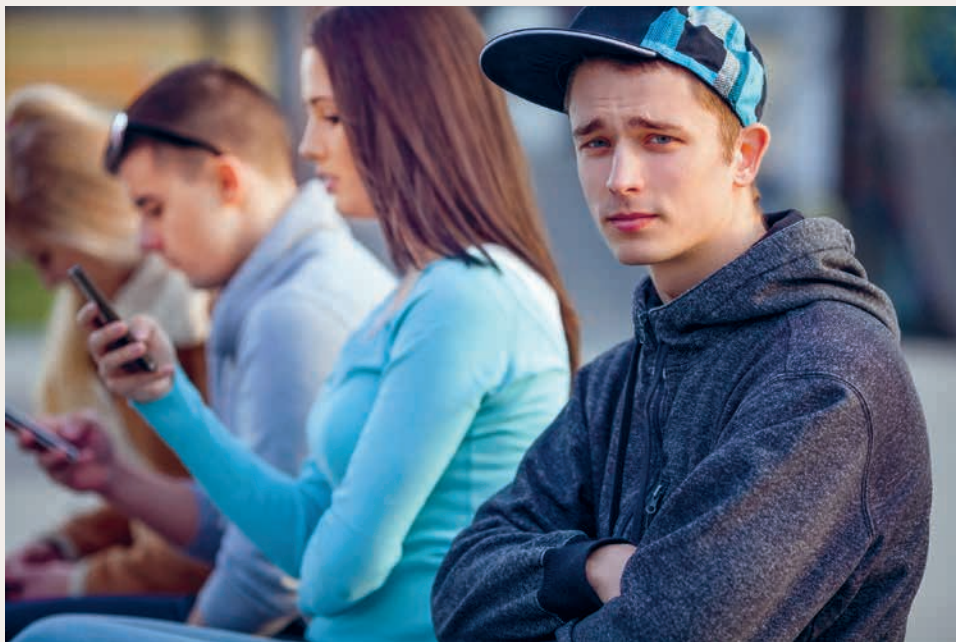
Schüler sollten öfter mal offline gehen

Online- und Smartphone-Sucht durch einen hohen Medienkonsum ist auch in Schulen inzwischen ein großes Thema. Die AOK Rheinland/Hamburg hat deshalb im Rahmen ihres Jugendprojekts „vigozone“ die Initiative #Sendepause gestartet. Junge Menschen sollen damit motiviert werden, das Smartphone bewusster zu nutzen. Noch bis Januar 2017 können Schüler über die „vigozone“ App einzeln oder mit der Schulklasse an der Aktion teilnehmen. Dabei misst die App die tägliche Handynutzung. Je weniger die Jugendlichen das Smartphone nutzen, desto mehr Punkte sammeln sie für ihre Klasse und treten gleichzeitig gegen weitere Schulklassen in einem Wettbewerb an. Im vergangenen Jahr beteiligten sich daran mehr als 320 Klassen. Der Anreiz: Monatlich haben die drei besten Schulklassen die Chance auf eine Einladung nach Köln zum DJ-Gig mit **Felix Jaehn**. Das Event findet exklusiv für die Gewinner der Aktion im Februar 2017 im Kölner Bootshaus statt. Die komplette Organisation sowie die Anreise für die Klassen übernimmt die AOK Rheinland/Hamburg. **Infos zur Aktion: www.vigozone.de/Sendepause** ■

HESSEN

Vorsorge auf Türkisch

Das mit dem Hessischen Gesundheitspreis ausgezeichnete Vorsorge- und Präventionsprojekt DAVET der AOK Hessen und der Türkisch-Deutschen



Mal ohne: AOK-Wettbewerb will Schulklassen zum bewussten Umgang mit dem Handy motivieren.

Gesundheitsstiftung (TDG) wird in erweiterter Form fortgesetzt. In Dietzenbach, Dreieich und Neu-Isenburg bietet die Kasse speziell für türkeistämmige Bürger passende Gesundheitskurse an. Niedergelassene Mediziner werben bei ihren in Frage kommenden Patienten für die Teilnahme am Programm. DAVET war 2012 gestartet. Die Beteiligten wollten Dietzenbacher mit türkischen Wurzeln bewegen, den Check-up 35 und die Krebsvorsorge in Anspruch zu nehmen. „Jetzt gehen wir den nächsten Schritt und wollen türkeistämmige Bürger motivieren, aktiv an ihrer Gesundheit mitzuwirken“, sagte **Detlef Lamm**, Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen. Denn obwohl die Gesundheitskasse jährlich über 200 Gesundheitskurse anbietet, finden sich unter den Teilnehmern nur wenige Menschen mit türkischen Wurzeln. Das soll sich mit DAVET 2 ändern. Dabei gehe es darum, eine andere Haltung bei den Patienten zu erzeugen, betonte TDG-Vorsitzender **Dr. Yasar Bilgin**. „Also

nicht erst dann zum Arzt zu gehen, wenn eine Krankheit diagnostiziert werden kann, sondern auf eine Kultur der Vorbeugung setzen.“ ■

BAYERN

Pflegeberatung am Telefon und daheim

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen lassen sich am liebsten telefonisch oder persönlich in den eigenen vier Wänden beraten. Zu diesem Ergebnis kommt eine Auswertung der AOK Bayern. Danach führten die 52 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Kasse vergangenes Jahr 25.300 Telefonate, um Fragen zur Pflege zu beantworten. Rund 8.300 Mal suchten die Berater die Betroffenen zu Hause auf. Im Schnitt dauerte das Gespräch im häuslichen Umfeld knapp 80 Minuten. In den Geschäftsstellen fanden 4.000 Beratungen statt. In mehr als 650 Fällen wurde in anderen Institutionen wie dem Krankenhaus oder dem Pflegeheim beraten. ■

SACHSEN-ANHALT

Kassen befürworten Krankenhauspläne

Die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt – darunter die AOK – haben die Entscheidung der Landesregierung begrüßt, den geltenden Krankenhausplan unverändert weitergelten zu lassen und unverzüglich damit zu beginnen, einen Entwurf zur Neufassung des Krankenhausgesetzes für das Land zu erarbeiten. Hintergrund ist das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz. Gegenwärtig werden auf Bundesebene eine Reihe von Neuregelungen zur Krankenhausversorgung umgesetzt, die auch die stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt unmittelbar beeinflussen werden. Ziel ist es, der Qualität von Krankenhausleistungen ein größeres Gewicht einzuräumen – insbesondere bei der Klinikplanung. Die Krankenkassen bekräftigten nochmals ihre Bereitschaft, diesen Prozess aktiv mitzugestalten. ■

Demenz Malen als Ausdrucksmittel

Wenn einem die Worte fehlen, können Farben und Formen das ausdrücken, was einen innerlich bewegt. Diese Erfahrung machte Franz Inauen. Der Seelsorger aus Luzern, bei dem 2013 eine Demenz diagnostiziert wurde, entschied sich dafür, die Krankheit nicht zu verheimlichen. Denn Of-



fenheit und Ehrlichkeit sollten für ihn weiterhin „wichtige Lebenswerte“ sein. „Ich will dazu stehen, dass ich ein demenzkranker Mensch bin“, schreibt er in seinem Buch. Er berichtet sofort seinem Chef im Blindenheim von der Erkrankung und bald werden auch die Mitarbeiter in allen Abteilungen

darüber informiert. Es lohnt sich, das eigene Leid nicht zu verschweigen. Denn viele seiner Kollegen kommen auf ihn zu und wünschen ihm Kraft im Umgang mit der Erkrankung. Die findet Franz Inauen vor allem im Malen. Der Umgang mit Buntstift und Papier stärkt ihn und wird zu seinem neuen Ausdrucksmittel. Seine Frau Bernadette hatte ihm einen Skizzenblock bei der ersten Urlaubsfahrt nach der Diagnose geschenkt. „Das Malen ist für mich Befreiung, Ermutigung und Bestärkung“, erfährt Inauen. Gedächtnisverlust, Verwirrtheit, chaotisches Handeln kann er dann für eine Weile ablegen und sich auf andere Weise mitteilen. Daraus ist ein Buch entstanden, in dem sich Farbstift-Zeichnungen mit lebensbejahenden Texten abwechseln. „In mir steckt die Geschichte von meinem Leben, der will ich mein bedingungsloses Ja geben!“, heißt es beispielsweise darin.

Franz Inauen: Demenz – Eins nach dem anderen.
2016. 208 Seiten. 29,95 Euro.
Hogrefe Verlag, Göttingen.

Illegaler Aufenthalt Mit Krankheit abgetaucht

In Deutschland leben rund eine halbe Millionen Migranten ohne Papiere. Werden sie krank, scheuen sie sich häufig, einen Arzt oder eine Klinik aufzusuchen. Zu groß ist die Angst, dass sie – trotz ärztlicher Schweigepflicht – der Polizei gemeldet und daraufhin abgeschoben werden. Auch bei akuten Erkrankungen zögern die Betroffenen meistens den Kontakt mit dem hiesigen Gesundheitssystem hinaus. Schließlich verfügen sie kaum über das Geld, um die Behandlung bezahlen zu können. Maren Mylius, Ärztin und Vorstandsmitglied der Medizinischen Flüchtlingsberatung in Hannover, geht in ihrem Buch der Frage nach, wie Gesundheitsämter und Krankenhäuser mit diesen Patienten umgehen. Ihr Fazit: Selbst bei sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose ermöglichen nur wenige Gesundheitsämter, dass die Betroffenen behandelt werden. Und das obwohl sich Deutschland in internationalen Abkommen dazu verpflich-



tet hat, das Menschenrecht auf eine medizinische Versorgung zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Migranten ohne Papiere sind faktisch von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Einzelne Nichtregierungsorganisationen, die über Spendengelder eine medizinische Behandlung anbieten, haben oftmals nicht die Kapazität, komplexe chronische Erkrankungen, stationäre Aufnahmen oder psychische Erkrankungen langfristig zu begleiten.

Maren Mylius: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland.
2016. 338 Seiten. 39,99 Euro.
transcript Verlag, Bielefeld.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

| | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--|
| <p>■ KONGRESS DES BUNDESVERBANDES MANAGED CARE „VERSORGUNG GESTALTEN“</p> | Innovative Versorgungsmodelle anderer Länder, Arzneireform, E-Health, Gesundheitspolitik 2017 | 24.–25.1.2017 Berlin | Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstraße 136 10117 Berlin | Tel.: 0 30/28 09 44 80 bmcev@bmcev.de www.bmckongress.de |
| <p>■ 5. MANAGEMENTKONGRESS „GESUNDHEITSWIRTSCHAFT MANAGEN“</p> | Qualitätsorientierte Krankenhausplanung, Entlassmanagement, Digitalisierung | 25.–26.1.2017 Münster | Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin | Tel.: 0 30/49 85 50 77 Fax: 0 30/49 85 50 78 gm@wokwissen.de www.gesundheitswirtschaft-managen.de |
| <p>■ KASSENGIPFEL 2017</p> | Psychiatrievergütung, AMNOG 2.0, Telematik, Datenaustausch, E-Mental Health | 13.–14.2.2017 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 |
| <p>■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2017</p> | Morbi-RSA, Versorgungsqualität messen, Innovationsfonds, Ambulantisierung der Versorgung | 7.–8.3.2017 Köln | WISO S.E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungen GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen | Tel.: 0 22 34/19 53 22 51 Fax: 0 22 34/19 53 22 52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de |
| <p>■ DATENSCHUTZ IN DER KRANKENVERSICHERUNG</p> | IT-Sicherheitsgesetz, EU-Datenschutz-Grundverordnung, Nutzung von Routinedaten, Patientenschutz | 9.–10.3.2017 Leipzig | Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig | Tel.: 03 41/9 89 88–339 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen |

Gerechtigkeit Gefangen in der Armutsfalle

Die Sozialpolitik der Großen Koalition hat sich von den Lebensrealitäten der Menschen verabschiedet. Zu diesem Schluss kommt Christoph Butterwege in seiner sozial- und steuerpolitischen Analyse. Aus seiner Sicht kann der Umgang mit der Armut in der Gesellschaft nicht losgelöst vom Umgang mit den Reichsten betrachtet werden. Schließlich sind die Chancen auf Teilhabe und Verwirklichung davon abhängig, über welche materiellen Ressourcen der Einzelne oder die Familie verfügt. Dies



aber berücksichtige die Große Koalition nicht und fehlinterpretiere die steigende Armut als Resultat einer Wachstumsschwäche. Der Politikwissenschaftler zeigt an Beispielen auf, wie die Regierungspolitik Vermögende fördert und Verarmte hängenlässt. Etwa bei der Mütterrente, etwa beim Erbrecht: In beiden Fällen profitiere nicht derjenige, der bereits eine Grundsicherung beziehe. Zusätzliche Mittel würden dann mit der Transferleistung verrechnet. Ein Ausstieg aus der Armut werde so unerreichbar. Wirtschaftlich sinnvoll aber wäre, die Transferleistungen anzuheben, um den Alltagskonsum der Masse

zu stärken. Und die wenigen Reichen sollten davon abgehalten werden, ihr Kapital am Finanzmarkt nur zu bunkern.

*Christoph Butterwege:
Reichtumsförderung statt
Armutsbekämpfung.
2015. 45 Seiten. 9,99 Euro.
Springer-Verlag, Heidelberg.*

Biowissenschaften Erkenntnisse in Häppchen

Für manchen mag eine Tasse Tee ein wohltuendes Getränk an kalten Wintertagen sein. Biowissenschaftler jedoch wissen, dass in Schwarz- und Grüntee mehr steckt. Das warme, aromatisierte Wasser kann geradezu als Heilmittel gelten. Denn bestimmte Bestandteile des Tees – die sogenannten Thearubigene – sind auch in den menschlichen Zellkernen enthalten und schützen diese vor Zerstörung. In der Wechselwirkung mit der DNA wirkt Tee daher wie eine Altersbremse. Herausgefunden hat dies ein Forscher an der englischen Universität Surrey mithilfe eines neuen, komplizierten Analysegerätes. Weitere Experimente dazu belegten sogar, dass Fruchtfliegen, die mit einem Tee-Extrakt gefüttert wurden, ihre Lebenszeit um etwa 20 Prozent verlängerten. Reinhard Renneberg, Professor



in Hongkong, erzählt solche und ähnliche Erkenntnisse aus der aktuellen Forschung in seinen gesammelten „Bolumnen“. Wer also nicht nur seinen Tee in Ruhe genießen möchte, sondern auch verstehen möchte, warum ihm das gut tut, wird sich gerne in das Buch vertiefen. Er darf sich

darüber freuen, komplexe Fragen aus der Welt der Biologie auf vernünftige Art erklärt zu bekommen.

*Reinhard Renneberg/Viola
Berkling/Iris Rapoport:
Alles Bio oder was? 2016.
216 Seiten. 14,99 Euro.
Springer-Verlag, Heidelberg.*

Zeitschriftenschau

■ Ausdauertraining verzögert das Altern

Ausdauersport und Intervalltraining bremsen den Alterungsprozess stärker als reines Krafttraining und schützen vor altersbedingten Leiden. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Universitätsklinik des Saarlandes in Homburg. Das Ausdauertraining aktiviere verstärkt das Enzym Telomerase und steigere die Telomer-erhaltenden und -schützenden Proteine in den Blutzellen. Telomere sind einsträngige Enden der Chromosomen in den Zellen, die die Erbinformation schützen. Die Telomerase wirkt der Telomerverkürzung entgegen, die mit zunehmendem Alter bei der Zellteilung entsteht. Das Enzym kann sogar zu einer Verlängerung führen.

www.herzstiftung.de > Pressemitteilungen > Pressemitteilung August 2016

■ Bücher lesen verlängert das Leben

Wer regelmäßig in Büchern schmökert, lebt länger. Das hat eine US-amerikanische Studie ergeben. Forscher der Universität Yale werteten die Lesegewohnheiten von über 3.500 Studienteilnehmern aus – alle 50 Jahre und älter. Sie teilten die Probanden in drei Gruppen ein: die, die gar keine Bücher lesen; die, die bis zu dreieinhalb Stunden pro Woche Bücher lesen und die, die noch länger schmökern. Über zwölf Jahre verfolgte das Team die „Überlebensdauer“. Im Schnitt lebten die Leser fast zwei Jahre länger als die Buch-Verächter. Woran das liegt, ist noch unklar. Die Forscher vermuten aber einen Zusammenhang mit den kognitiven Fähigkeiten, die durch das Lesen gestärkt werden.

Social Science & Medicine 2016; 164: 44–48

■ Gehirn schafft im Schlaf Platz für neue Informationen

Lange Zeit war nicht genau geklärt, warum Schlaf so wichtig ist und was genau dabei im Gehirn passiert. Wissenschaftler des Uniklinik Freiburg haben nun herausgefunden, dass im Schlaf die allgemeine Aktivität der Nervenzell-Verbindungen (Synapsen) reduziert wird. Viele Verbindungen werden geschwächt, manche sogar ganz gekappt. Nur wichtige Verbindungen bleiben erhalten oder werden gestärkt. Dieser Mechanismus führt dazu, dass im Gehirn wieder Platz entsteht, um neue Informationen zu speichern.

Nature Communications 2016, online 23. August

■ Gripeschutz: Impfquoten unzureichend

Ältere, chronisch Kranke und Schwangere haben ein erhöhtes Risiko, dass eine Influenza schwer verläuft und Komplikationen lebensbedrohlich werden. Das geht aus dem jüngsten Saisonbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza am Robert Koch-Institut (RKI) hervor. Danach gab es in der Saison 2015/2016 rund vier Millionen grippebedingte Arztbesuche und 16.000 grippebedingte Krankenhauseinweisungen. Diese Werte sind deutlich höher als in der Saison 2013/2014. Grund sind die völlig unzureichenden Impfquoten. Sie lag bei Senioren im Winter 2014/2015 bei rund 37 Prozent. Das ist der niedrigste Stand seit 2008/2009. Um die Impflücken zu schließen, haben das RKI, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Paul-Ehrlich-Institut eine gemeinsame Kampagne gestartet.

Arbeitsgemeinschaft Influenza: <https://influenza.rki.de> > Saisonberichte > 2015/2016

Digitale Medizin ist Vertrauenssache

Datenmissbrauch schürt das Misstrauen auch gegenüber der digitalen Medizin, sagt Gesundheitswissenschaftler **Hardy Müller**. Eine von der Selbstverwaltung getragene Digital Health Charta könne den Anwendungen den Weg ins Gesundheitssystem bahnen.

Der Markt für digitale Gesundheits-Anwendungen wächst und wächst: Mehr als 400.000 solcher Programme sind heute verfügbar. Antrieb und Grundlage für diese Anwendungen sind Daten – ihr Volumen verdoppelt sich jedes Jahr. Um digitale Gesundheits-Anwendungen in den Versorgungsalltag zu übernehmen, sollten sich die Verantwortlichen mit den damit verbundenen ethischen, legalen und sozialen Aspekten (ELSA) auseinandersetzen. Zwei Gründe sind hierfür maßgeblich.

Whistleblower wie Edward Snowden haben der Welt den massenhaften und systematischen Datenmissbrauch durch Staaten vor Augen geführt. Diese Enthüllungen haben zu einem nicht zu unterschätzenden Vertrauensverlust in Datenerhebungen und Internetanwendungen geführt. Wie auch immer wir selbst diese Entwicklung beurteilen – wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass das Vertrauen der Bevölkerung in die Datensicherheit massenhaft und massiv gelitten hat. Nach Ergebnissen einer Befragung der Universität Köln (ceres) im Jahr 2016 glauben 91 Prozent der Internetnutzer, dass im Internet unbemerkt auf persönliche Daten zugegriffen wird und somit die Datensicherheit in Frage steht. Das hat Bedeutung für die Anwendung der digitalen Gesundheits-Programme: Sie stiften nur dann einen Nutzen, wenn Menschen den Anwendungen trauen und sich sicher sein können, dass ihre Daten nicht in die falschen Hände gelangen und unerwünschten Zwecken dienen.

Digitale Selbstbestimmung als Wettbewerbsvorteil. Ein weiteres Argument für eine dezidierte Auseinandersetzung mit den ELSA liefert der Wettbewerb. In Deutschland konkurrieren Anbieter der digitalen Medizin vor allem mit global agierenden Unternehmen. Wettbewerbsliche Vorteile werden sie nicht im Bereich der technologischen Leistung der Anwendungen

erreichen. Vielmehr könnten sich Anbieter in Deutschland im Bereich der sicheren und vertrauensvollen Nutzung von digitalen Anwendungen profilieren. Einen sicheren Hafen für die beispielsweise über Gesundheits-Apps gewonnenen Daten gibt es – wenn überhaupt – in Europa. Die Befassung mit ELSA und der Sicherung einer „digitalen Selbstbestimmung“ der Patienten kann europäischen Anbietern also Wettbewerbsvorteile verschaffen.

Daten gehören den Nutzern. Die Diskussion um die ELSA berührt vielfältige Themen. So geht es beispielsweise um die Frage, wem die über digitale Gesundheits-Anwendungen gesammelten Daten gehören und was damit passiert. Die Vereinbarung, dass die Daten den Nutzern gehören und diese über die gesundheitlichen Zwecke der Anwendung hinaus nicht an andere Firmen ohne Zustimmung des Nutzers weiterverkauft werden dürfen, wäre ein maßgebliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber Angeboten global agierender Unternehmen wie Google, Apple oder Microsoft. Eine gemeinsame Festlegung auf diesen Grundsatz sollte in Deutschland leicht möglich sein und wäre ein Fortschritt in der Nutzung von Gesundheits-Applikationen. Sie würde Vertrauen schaffen und könnte ein Alleinstellungsmerkmal im Wettbewerb sein.

Ein anderes Beispiel für ELSA betrifft den Umgang mit Menschen, die keinen Zugang zu digitalen Medien haben oder diesen auch nicht wollen. Benachteiligt die Digitalisierung der Medizin zwangsläufig diejenigen, die der analogen Welt den Vorzug geben? Wenn wir klären, was mit digitaler Medizin erreicht werden soll, wird das Vertrauen in die Anwendungen wachsen.

Zu den Rahmenbedingungen und den Voraussetzungen zur Nutzung von digitalen Gesundheits-Anwendungen haben die unterschiedlichsten Fachgruppen vielfältige Aktivitäten gestartet. Es ist notwendig, diese Aktivitäten zusammenzuführen mit dem Ziel, eine von der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen getragene Digital Health Charta vorzulegen. Diese Positionierung aller Verantwortlichen aus Ärzteschaft, Kliniken und Krankenkassen und die Einigung auf der Ebene der Selbstverwaltung empfiehlt sich, um den neuen digitalen Gesundheits-Anwendungen den Weg ins Gesundheitssystem zu bahnen. Wenn nicht jetzt, wann dann? ■

Hardy Müller ist Geschäftsführer des Aktionsbündnis Patientensicherheit und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (WINEG). **Kontakt: mueller@aps-ev.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Stellv. Chefredakteurin Karola Schulte
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Anne Töpfer

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

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

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

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

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlages. Dies gilt auch
für die Aufnahme in elektronische
Datenbanken und Mailboxen.
Für unaufgefordert eingesandte
Manuskripte und Fotos übernimmt
der Verlag keine Haftung.

Einzelpreis: 6,95 Euro
Jahresabo: 71,80 Euro
inkl. Porto
Kündigungsfrist 3 Monate
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-
preislise Nr. 18
vom 1.1.2016
ISSN 1436-1728



G+G 10/2016

Gesundheit als Download

Bildung ist der Schlüssel

Wenn Gesundheits-Apps den Patientinnen und Patienten etwas bringen sollen, stellt sich nicht nur die Frage nach ihrer technischen, formalen und inhaltlichen Qualität. Die Qualitätsfrage ist zweifellos wichtig und bei weitem nicht beantwortet. Noch fehlen Kriterien, anhand derer sich Nutzen, Zuverlässigkeit und Fachlichkeit der Programme prüfen lassen. Solange also standardisierte Qualitätsprüfungen nicht möglich sind, ist für alle seriösen Gesundheitsdienstleister äußerste Vorsicht geboten, wenn es darum geht, Empfehlungen auszusprechen oder gar Daten von Gesundheits-Apps in Therapie und Prävention einzubeziehen. Aber mindestens ebenso wichtig, wenn nicht viel entscheidender für Sinn und Nutzen von Gesundheits-Apps ist die Frage nach der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Nur wer sich auch ohne digitale Spielereien für medizinische Ergebnisse interessiert und sie in Bezug auf die eigene Gesundheit einordnen kann, ist in der Lage, eine App sinnvoll zu nutzen. Wer nie einen Laborbericht anschaut und mit seiner Ärztin darüber reden kann und will, wer nicht weiß, was der Blutdruck mit dem Schlaganfallrisiko zu tun hat oder Symptome für Krankheiten eher verdrängt als zum Anlass für Arztbesuche oder Lebensstiländerungen nimmt – dem wird auch eine noch so gute Gesundheits-App nicht zu längerem, gesünderem Leben verhelfen. Der

Schlüssel zum Erfolg in der Prävention und Therapie ist diesbezügliche Bildung. Sie versetzt Menschen in die Lage, sich für ihre Gesundheit zu interessieren und selbst etwas dafür zu tun, sie zu erhalten. Das geht auch ohne App.

O. S., Hannover

G+G 10/2016

Gesundheit bezahlt – Gesundheit geliefert

Regionalbudget macht Sinn

Danke für Ihren interessanten Einblick in die (komplexe) Welt der psychiatrischen Versorgung. Diese steht ja derzeit bekanntlich im Fokus politischer Reformbemühungen. Man kann nur hoffen, dass Modellvorhaben wie die in Itzehoe (Schleswig-Holstein) und Nordhausen (Thüringen) möglichst rasch in die Regelversorgung überführt werden. Das Regionalbudget – also Summe X für hochwertige Versorgung, bei der der jeweilige Leistungserbringer flexibel über den Mitteleinsatz entscheiden kann – macht gerade in der Psychiatrie Sinn, da es dort extrem wichtig ist, dass sich Ärzte und Therapeuten jederzeit neu auf die Situation des Patienten einlassen können. Im Übrigen zeigt das Modell, dass in unserem Gesundheitssystem (Gott sei Dank) nicht nur um Geld gefeilscht wird, sondern hier und da auch auf Vertrauen aufgebaute Versorgungspartnerschaften zwischen Krankenkassen und Ärzten beziehungsweise Kliniken möglich sind. Bitte mehr davon!

E.-M. H., Kassel

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.

Gesund ist, wenn man sich jung fühlt – egal in welchem Alter

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de