



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

BERUFSPOLITIK

Wie die Pflege Nachwuchs gewinnt

BERUFSPORTRÄT

Was Physician Assistants leisten



Im Namen des Patienten

Warum der Gesetzgeber für mehr Fairness
in medizinischen Streitfällen sorgen muss

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7
01067 Dresden
presse@plus.aok.de

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Die unheimliche Krankheit

Der Depression haftet immer noch der alte Makel der Besessenheit an, sagt **Alexander Wendt**. Er wünscht sich, dass Menschen über die Seelenkrankheit genau so reden können wie über Diabetes.

Was unterscheidet das Reden über Depression von dem über Diabetes? Eigentlich wäre es ganz einfach, die Mitteilung eines Freundes oder Kollegen, er oder sie sei depressiv, genau so aufzunehmen wie die Nachricht, jemand sei zuckerkrank. Eine systemische Krankheit, die schwer verlaufen kann, die sich aber mit Medikamenten meist gut eindämmen lässt: Das gilt für beide. Warum zögern trotzdem die meisten Betroffenen, in der Firma oder bei einem Empfang zu erzählen, sie befänden sich gerade in psychiatrischer Behandlung und würden Antidepressiva nehmen? Dafür gibt es keinen objektiven Grund. Aber Gründe. Bei einer Abendgesellschaft während der Buchmesse in Leipzig saß ich neben einer intelligenten, empathischen (und auch sehr sympathischen) Frau; wir kamen auf Bücher zu sprechen, auch auf mein Buch, auf Depression und Psychopharmaka, und sie fragte, warum man die Depressiven mit Therapie und Tabletten behandeln muss. Dürften sie nicht einfach ungestört traurig sein? Damit hatte sie den Kern eines Missverständnisses berührt. Wer Traurigkeit empfindet, ist entweder nicht depressiv, oder es geht für ihn schon wieder aufwärts.

Traurigkeit ist ein Affekt, der mit den anderen Affekten – wie Lust, Wut, Selbstliebe – aus der depressiven Person herausfließt, bis eine eigenartige Hohlform bleibt, in der bei intaktem Bewusstsein alle Zähler auf Null springen. Wer keinen depressiven Zustand kennt, dem fällt die Vorstellung schwer, dass jemand sein Bild verlieren könnte. Der Gedanke, einen eigentlich unverlierbaren Besitz einzubüßen, taucht in der Literatur immer als Urschrecken auf. Peter Schlemihl büßt seinen Schatten ein, Kay in Hans Christian Andersens „Schneekönigin“ seine Liebenswürdigkeit, Tim Thaler in James Krüss' Roman sein Lachen. Die Diagnose Depression wirkt deshalb anders als eine körperliche Krankheit unheimlich: Sie zerfrisst den Kern unserer Persönlichkeit. Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland leiden darunter; mehr als zwei Drittel

Eine Depression ist anders als Traurigsein. Sie zerfrisst den Kern der Persönlichkeit.

der über 9.000 Suizide pro Jahr gehen auf die psychische Erkrankung zurück. Und ein unsichtbarer wie unheimlicher Vorgang im Inneren steht immer noch mit dem alten Bild der Besessenheit in Verbindung – auch wenn viele aufgeklärte Zeitgenossen bestreiten würden, dass sie daran denken. Selbst über die klassische Zeit der Aufklärung hinweg hielt sich diese Deutung von Seelenkrankheit, auch bei Medizinern, die damals zu den modernen in ihrem Fach gehörten. Dass der Arzt Christian August Heinroth – er benutzte 1818 als einer der ersten in Deutschland den Begriff Depression – in Leipzig einen Lehrstuhl für Seelenheilkunde bekam, bedeutete objektiv einen gewaltigen Fortschritt. Aber auch Heinroth schrieb aus tiefer Überzeugung: „Man sage, was man wolle, aber ohne einen gänz-

lichen Abfall von Gott gibt es keine Seelenstörung. Ein böser Geist wohnt in den Seelengestörten, sie sind die wahrhaft Besessenen.“ Erst der Psychiater Ernst Kraepelin führte 1899 das nüchterne Krankheitsbild des „manisch-depressiven Irreseins“ als körperlich bedingtes Leiden ein. Ausläufer des Sündenkonzepts reichen allerdings bis in die Gegenwart. Depressive, so die populäre Meinung, seien aus eigener Schuld in Trägheit versunken, durch die sie sich mit etwas von außen angestachelter Willenskraft selbst befreien könnten (was umgekehrt zur Scham vieler Depressiver führt, die sich lieber die Diagnose Burnout stellen).

Bei der Depression handelt es sich um kein Phänomen der Moderne. Zwar steigt die Zahl der Behandlungen – allerdings, weil immer mehr Betroffene Hilfe suchen. Und auch finden: Die Zahl der Suizide sinkt seit Jahren. Bei etwa zwei Drittel der Depressiven wirken Psychopharmaka gut. Sie öffnen schwer Kranke überhaupt erst für eine Gesprächstherapie. Wenn in der Gesellschaft und im Privaten über die Seelenkrankheit nicht anders gesprochen würde als über Diabetes oder chronische Schmerzen, dann würde das Millionen Menschen in Deutschland helfen. ■



Alexander Wendt, geboren 1966 in Leipzig, schrieb seit 1989 als Journalist und Autor unter anderem für die Welt, den Stern, den Tagesspiegel, die Wirtschaftswoche und den Focus. 2005 gründete er die Galerie Quartier in Leipzig, die er bis 2010 leitete. Die Dresdner Literaturzeitschrift Ostragehege veröffentlichte mehrere Texte von ihm, unter anderem die Kurzgeschichte „Wünsch mir was“ (2010). Im Januar 2016 erschien von ihm „Plantagen des Blöden. Kleines Wörterbuch der Definitionen und Phrasen“; im März 2016 „Du Miststück. Meine Depression und ich“. Alexander Wendt lebt und arbeitet in München.

Kontakt:
alexander@alexander-wendt.com

Pflege braucht Karriere



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Frau Vogt hat fast immer Zeit für mich.

Wenn ich nach einem Telefonat mit meiner pflegebedürftigen Mutter allzu besorgt über ihren Zustand bin, rufe ich im Heim an und habe meistens Frau Vogt an der Strippe. Die Altenpflegerin nimmt sich in der Regel sofort ein paar Minuten für mich, gibt über die Gesundheit meiner Mutter Auskunft und beruhigt mich mit ihrer

professionellen Einschätzung ein bisschen. Gute Pflege tut eben auch Angehörigen gut.

Es freut mich deshalb, dass „Jamaika“ die Pflege stärken will, wie nach den ersten Sondierungsgesprächen von Union, Grünen und FDP verlautete. Denn ohne gute Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege wird es künftig weniger Menschen wie Frau Vogt geben, die sich engagiert um Pflegebedürftige kümmern – das macht der **neue Präsident des Deutschen Pflegerates, Franz Wagner, im G+G-Interview ab Seite 34** deutlich.

Ob die potenziellen Koalitionäre es wirklich ernst meinen mit einer Rückenstärkung für die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, muss sich indes erst noch zeigen. Einer der Gradmesser dafür wird in meinen Augen sein, ob akademisch ausgebildete Pflegekräfte künftig deutlich mehr Handlungsspielraum bei der Versorgung von Patienten bekommen als bisher – ganz so, wie es etwa in den USA seit Langem der Fall ist.

Ein Beispiel für einen Karriereweg mit Hochschulabschluss ist der Physician Assistant. **G+G-Autor Ulrich P. Schäfer und Fotograf Stefan Boness haben einer „Arztassistentin“ bei einer Herz-Operation über die Schulter geschaut** (ab Seite 20). „Was das OP-Team über mehrere Stunden hinweg hochkonzentriert leistet“, sagt Schäfer, „nötigt größten Respekt ab.“

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompart.de

MAGAZIN

12 FEINARBEIT BEIM FINANZAUSGLEICH

Der Risikostrukturausgleich ist seit geraumer Zeit in der Kritik – zu Unrecht, wie das aktuelle Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats deutlich macht.

Von Klaus Jacobs

14 WENIG ANTRIEB ZUM KLINIKABBAU

Der Krankenhaus-Strukturfonds soll helfen, stationäre Überkapazitäten abzubauen. Doch die Länder nutzen ihn kaum dazu, um überzählige Häuser zu schließen.

Von Anja Schnake

15 BLITZGESCHIEHT STATT BLITZGEFÄHRLICH

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens kommt nur langsam voran. Wie sich das ändern lässt, ist Thema eines Kongresses des Bundesverbandes Managed Care.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

16 GESUNDHEIT VOM „KIOSK“

Niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung: In einem Gesundheitskiosk können sich Einwohner zweier Hamburger Stadtteile beraten und weiterhelfen lassen.

Von Thomas Hommel

17 DIGITALISIERUNG MIT SORGFALT

Roboter, Apps, Telemedizin: Welche Chancen und Risiken die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat, diskutierten Experten auf einem Symposium.

Von Karola Schulte

18 ESTEN-POWER FÜR E-HEALTH

Estland setzt auf Digitales. Von den Konzepten für grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen sollen auch andere europäische Länder profitieren.

Von Thomas Rottschäfer

19 „EIN SCHOCK FÜR TEILE DER ÄRZTESCHAFT“

Der Start der Chroniker-Programme vor 15 Jahren ging mit Kritik einher, erinnert sich Gabriele Müller de Cornejo. Die Hausärztin entwickelte die Programme mit und empfindet sie in ihrer Praxis als hilfreich.

TITEL

26 MEHR POWER FÜR PATIENTEN

Das Patientenrechtegesetz ist seit fünf Jahren in Kraft. Doch es weist einige Lücken auf. Um die Position der Patienten zu verbessern, muss die Politik nachlegen.

Von Nora Junghans



26

Heißes Eisen: Was im Patientenrechtegesetz nicht stimmig ist

THEMEN

20 EXPERTIN AN DER SCHNITTSTELLE

Für ärztliche Aufgaben zusätzlich qualifiziert: Wie Physician Assistants Chirurgen im Operationssaal entlasten, macht die G+G-Reportage deutlich.

Von Ulrich P. Schäfer (Text) und Stefan Boness (Fotos)

34 „KEIN STIMMUNGS-AUFHELLER NÖTIG“

Hoch qualifiziert und motiviert, aber wenig wertgeschätzt – der Präsident des Deutschen Pflegerates, Franz Wagner, unterstreicht im G+G-Interview, wie wichtig Pflegekräfte für eine gute Versorgung sind.



20

Aufgabenteilung im OP: Wie Physician Assistant Katrin Klünner Chirurgen zur Hand geht

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Engagiert genug in der Welt?
- 11 **Kommentar** Viele Baustellen zu beackern
- 38 **Recht** Gesundheitsschutz hat Vorrang
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Ausbildungsreform ist überfällig
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



34

Interview: Pflegerats-Präsident Franz Wagner über die Zukunft der Pflegeberufe

INTERNET

Gesundheitsthemen leicht verständlich

Das Bundesgesundheitsministerium hat ein neues Internetportal freigeschaltet, das sich gezielt an Migrantinnen sowie haupt- und ehrenamtliche Helfer richtet, die Zugewanderte nach ihrer Ankunft in Deutschland unterstützen. Das Portal solle dabei helfen, sich mit dem hiesigen Gesundheitswesen vertraut zu machen. Auf dem Portal werden gebündelt zahlreiche Infomaterialien zu den Themen „Gesundheitswesen“, „Gesundheit und Vorsorge“, „Pflege“ sowie „Sucht und Drogen“ in mehreren Sprachfassungen zur Verfügung gestellt. Zu dem Angebot gehören auch Aufklärungsbroschüren zu Schutzimpfungen, wichtige Hinweise zur Kindergesundheit, zu Früherkennungsuntersuchungen, Informationen über die Versorgung im Krankenhaus und bei niedergelassenen Ärzten sowie Broschüren zu Suchterkrankungen. ■

ZUM PORTAL:

www.migration-gesundheit.bund.de

PHARMAPOLITIK

Linke kritisiert Fantasiepreise

Scharfe Kritik an der Begrenzung der Arzneimittelpreise durch die alte schwarz-rote Bundesregierung hat die gesundheitspolitische Sprecherin der Linksfraktion im Bundestag, Karin Vogler, geübt. „Die von den Pharmakonzernen geforderten Fantasiepreise besonders bei neuen Produkten stellen für die Ausgaben der Krankenkassen eine tickende Zeitbombe dar“, sagte Vogler. Es sei „ein



Gesundheitswissen: Ein neues Webportal informiert Menschen mit Migrationshintergrund.

Geschenk“ von Union und SPD an die Arzneimittelhersteller gewesen, dass diese den Preis für neue patentgeschützte Produkte immer noch für die ersten zwölf Monate nach der Zulassung beliebig hoch ansetzen dürften. ■

PFLEGE-THERMOMETER

Untersuchung zur Langzeitpflege

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln hat ein neues „Pflege-Thermometer“ gestartet. Gegenstand ist die Situation in der teil- und vollstationären Pflege. Die Einrichtungen stünden angesichts zahlreicher Reformen vor großen Veränderungen, so Studienleiter Professor Michael Isfort. „Das betrifft die Personalsituation, aber auch das Leistungsspektrum und Finanzierungsfragen.“ Ergebnisse der Studie, für die das Institut eigenen Angaben zufolge rund 13.500 Fragebögen verschicken will, sollen Anfang nächsten Jahres vorliegen. ■

MEHR INFOS:

www.dip-online.de

ENDOPROTHESENREGISTER

Datensätze aus 673 Kliniken

Im Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) sind vergangenes Jahr 245.000 Operationen an der Hüfte beziehungsweise am Knie dokumentiert worden. Damit seien 2016 rund 56 Prozent aller endoprothetischen Eingriffe in das Register eingegangen, wie dem neuen Jahresbericht des EPRD zu entnehmen ist. 673 Krankenhäuser haben demnach ihre Datensätze an das Register übermittelt. Seit Beginn der Erfassung 2012 sind dem Bericht zufolge

Daten von über 600.000 Operationen in das Register eingegangen. Ziel des EPRD ist es, langfristig die Qualität von künstlichen Hüft- und Kniegelenken zu beurteilen und frühzeitig auf etwaige Qualitätsprobleme bei Implantaten oder Versorgungsformen hinzuweisen. Damit soll die Zahl vermeidbarer Wechseloperationen verringert werden. Das EPRD wird finanziell, organisatorisch und mit Know-how des AOK-Bundesverbandes, dem Bundesverband der Medizintechnologie und dem Verband der Ersatzkassen unterstützt. ■

kurz & bündig

+++ KRANKENVERSICHERUNG: Mehr als 26 Millionen Menschen sind derzeit bei der AOK versichert. Das entspricht knapp einem Drittel der Bevölkerung. Für deren Versorgung gibt die Gesundheitskasse täglich rund 215 Millionen Euro aus, alle gesetzlichen Krankenkassen zusammen kommen auf 575 Millionen Euro pro Tag. Das sind nur einige der wichtigen Zahlen, die der AOK-Bundesverband kürzlich veröffentlicht hat. **+++ SUIZIDPRÄVENTION:** Das Institut für Allgemeinmedizin an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt/Main hat ein Programm gestartet, das Hausärzte bei der Prävention von Suiziden unterstützen will. Gerade Hausärzte seien oft eine „erste, niedrigschwellige Anlaufstelle für Patienten mit suizidalen Gedanken“, sagte Institutsleiter Professor Dr. Ferdinand Gerlach.



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.



ARZNEIMITTELVERSORGUNG ARMIN geht in die Verlängerung

Die Vertragspartner der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN) haben die Verlängerung des Modellvorhabens bis Ende März 2022 beschlossen. Damit wird die gesetzlich maximal mögliche Laufzeit für ein Modellprojekt gemäß Paragraph 63 Sozialgesetzbuch V von acht Jahren ausgeschöpft. ARMIN ist ein gemeinsames Projekt der Ärzte und Apotheker Sachsens und Thüringens sowie der AOK PLUS. Mit dem Vorhaben, bei dem Ärzte nach Möglichkeit nur noch Wirkstoffe verordnen und die Apotheker die entsprechenden Medikamente ausgeben, sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung erhöht werden. Insbesondere chronisch kranke Patienten, die zumeist fünf und mehr Medi-

Zitat des Monats

In der Politik ist es wie in der Elektrizität. Wo es Kontakt gibt, gibt es auch Spannung.

Pierre Mendès-France (1907–1982), französischer Politiker

kamente am Tag einnehmen, sollen von der engen Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker profitieren. „Die Rückmeldungen von Ärzten und Apothekern mit teilweise mehr als 100 gemeinsam betreuten Versicherten sind fast durchweg positiv“, sagte Dr. Ulf Maywald, Projektverantwortlicher auf Seiten der AOK PLUS. Gelobt werde vor allem die klare fachliche Aufgabenzuordnung im Medikationsmanagement. Mehr als 2.500 Versicherte profitieren davon heute schon. ■

DACHVERBAND

Kliniken sind Teil der Infrastruktur

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat bei der künftigen Bundesregierung dafür geworben, Kliniken als Teil der „systemrelevanten“ Infrastruktur zu betrachten. Daraus folge eine entsprechende Finanzierung der bundesweit rund 2.000 Krankenhäuser, erklärte die Führungsspitze der DKG in Berlin. „Krankenhäuser sind ein wichtiger Teil der sozialen Infrastruktur und ein Teil der Daseinsvorsorge. Sie sind genauso wichtig wie Schulen, Straßen oder Schienen“, sagte DKG-Präsident Thomas Reumann. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum appellierte an die Teilnehmer der Sondierungsgespräche, nicht zu früh bereits alle Finanzmittel zu vergeben. ■

MEHR INFOS:

www.dekgev.de > Presse

KRANKENHAUSNAVIGATOR

Neue Ergebnisse zur Behandlungsqualität

Im AOK-Krankenhausnavigator sind neue Ergebnisse zur Behandlungsqualität in Kliniken abrufbar. Zur Berechnung der Ergebnisse hat das Wissenschaftliche Institut der AOK die Behandlungen von mehr als 780.000 Patien-

ten aus den Jahren 2013 bis 2015 ausgewertet und für den Krankenhausnavigator aufbereitet. In das Informationsangebot wurden auch Komplikationen und Folgeereignisse aus den Jahren 2013 bis 2016 einbezogen. Patienten und Ärzte können die Ergebnisse der einzelnen Kliniken nun bei acht ausgewählten Behandlungen miteinander vergleichen, die häufig vorkommen und vergleichsweise komplikationsträchtig sind. Basis ist das Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten. Es ermöglicht durch Auswertung von Abrechnungsdaten der Kliniken und niedergelassenen Ärzte eine Messung der Behandlungsqualität über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus: Berücksichtigt werden auch Komplikationen und Folgeereignisse wie Revisions-OPs, die binnen eines Jahres nach der Entlassung des Patienten auftreten. ■

INFO-KAMPAGNE

Normales Leben trotz HIV

Mit neuen Plakaten und Online-Informationen hat die Deutsche Aids-Hilfe die diesjährige Kampagne zum Welt-Aids-Tag am 1. Dezember gestartet. Ziel sei es zu zeigen, „dass man mit HIV ein normales Leben führen und ohne Ängste zusammen leben kann“, teilten die Initiatoren, darunter auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mit. Angst vor Zurückweisung im Gesundheitswesen, Nachteile am Arbeitsplatz oder Schuldzuweisungen in der Familie spielten bei den Betroffenen aber weiter eine große Rolle, so Björn Beck vom Vorstand der Aids-Hilfe. Auch deshalb gingen Betroffene zu spät zum Arzt. ■

Köpfe und Karrieren



+++ KAI KLOSE, 44, ist neuer Staatssekretär und Bevollmächtigter für Integration und Antidiskriminierung im hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Er trat die Nachfolge von Jo Dreiseitel an, der aus gesundheitlichen Gründen sein Amt niederlegte. Der Grünenpolitiker Kai Klose gehört seit dem Jahr 2009 dem Wiesbadener Landtag an. Zuletzt war der gelernte Gymnasiallehrer Sprecher für Wirtschaftspolitik sowie Homosexuelle der Grünen-Fraktion. Zudem ist er seit vier Jahren hessischer Landesvorsitzender von Bündnis 90/Die Grünen.

+++ JÖRG WIECZOREK, 54, steht weiterhin als Vorstandsvorsitzender an der Spitze des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH). Der Geschäftsführer für die OTC-Sparte bei der Hermes Arzneimittel GmbH hat den Vorsitz seit 2014 inne. Stellvertretende BAH-Vorstandsvorsitzende sind Philipp Huwe von AbbVie Deutschland, Dr. Traugott Ullrich von der Dr. Willmar Schwabe GmbH und Stefan Meyer von der Bayer Vital GmbH. Der Verband vertritt nach eigenen Angaben die Interessen von mehr als 450 pharmazeutischen Unternehmen mit rund 80.000 Beschäftigten in Deutschland.



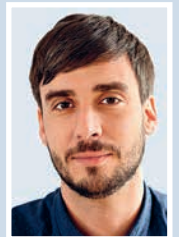
Engagiert genug in der Welt?

Globale Gesundheitspolitik, betont die Bundesregierung, sei ein „Markenzeichen unserer internationalen Verantwortung“. Was meinen Sie: Tut Deutschland genug für die Gesundheit weltweit?



PROFESSORIN DR. ILONA KICKBUSCH, *Direktorin des Zentrums Globale Gesundheit in Genf*: Die Erwartungen anderer Länder an Deutschland sind hoch. Eine wichtige Führungsrolle bei globaler Gesundheit kann Deutschland aber nur für sich beanspruchen, wenn es größere finanzielle Verpflichtungen übernimmt und die Zusage einhält, mindestens 0,1 Prozent seines Bruttonationaleinkommens für gesundheitsbezogene öffentliche Entwicklungshilfe aufzubringen. Zudem sind solide institutionelle Grundlagen zu fördern. Deutschland muss mehr in Wissenschaft und Forschung investieren und mehr Lehrstühle sowie Think Tanks und Plattformen zum Thema globale Gesundheit einrichten.

MARCO ALVES, *Koordinator der Medikamentenkampagne von Ärzte ohne Grenzen in Berlin*: Eine verstärkte Aufmerksamkeit für Pandemien wie Ebola und die Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen darf nicht davon ablenken, dass viel tieferliegende Probleme zu lösen sind: Forschung orientiert sich nicht an den dringendsten Bedürfnissen der Menschen, sondern daran, was den größten Profit bringt. Und gibt es die nötigen Impfstoffe, Diagnostika oder Medikamente, sind diese oft viel zu teuer – selbst in den reichsten Ländern Europas. Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, diese Dinge zu lösen. Ansonsten wird ein kaputtes System mit Steuergeldern künstlich am Leben gehalten, während Menschen weltweit unnötigerweise leiden und sterben.



DR. OLIVER MÜLLER, *Leiter von Caritas international*: Gesundheit ist ein Menschenrecht und in den nachhaltigen Entwicklungszielen der Vereinten Nationen verankert. Um Menschen weltweit den Zugang zu guter Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, sind starke Gesundheitssysteme und ausreichende Finanzierung notwendig. Die Bundesregierung sollte hierbei eine Führungsrolle einnehmen und mindestens 0,1 Prozent des Bruttonationaleinkommens für die Entwicklungszusammenarbeit zur Gesundheit aufbringen, um unter anderem die Basisgesundheitsversorgung von Müttern und Kindern zu gewährleisten und den Zugang zu sauberem Trinkwasser, Sanitäranlagen und ausgewogener Ernährung zu fördern.

KARIN DOBBERSCHÜTZ, *AOK International Consulting by KomPart*: Es ist wichtig, mehr Geld in den Aufbau von Gesundheitssystemen in Entwicklungs- und Schwellenländern zu investieren. Für Patienten gehen damit eine bessere medizinische Versorgung und mehr Schutz vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall einher, die örtliche Wirtschaft profitiert von gesünderen Arbeitskräften und staatliche Behörden können Epidemien schneller selbst bekämpfen. Deutsches Know-how ist dabei gefragt: Im Auftrag von Entwicklungshilfe-Organisationen haben AOK-Experten weltweit in mittlerweile 48 Ländern den Aufbau sozialer Krankenversicherungssysteme unterstützt.



STUDIE

Sozialstatus wirkt auf die Gesundheit

Steigen Menschen beruflich auf oder ab, hat dies auch Einfluss auf ihre Gesundheit. Dabei gebe es einen großen Unterschied zwischen den Menschen in Ost- und Westdeutschland, heißt es in einer neuen Studie der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg, die von der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung gefördert worden ist. Über die beste Gesundheit verfügten danach jene Menschen, die aus einer



Familie mit hohem Status kamen und diese Position während ihres Berufslebens halten konnten. Die schlechteste Gesundheit hatten diejenigen, die dauerhaft in niedriger beruflicher Position feststeckten. Stiegen Menschen beruflich auf, gaben sie ihre Gesundheit als besser an, bei einem Abstieg verschlechterte sich ihre Einschätzung. Als Erklärung greifen die Wissenschaftler auf psychische Faktoren zurück: „Es ist anzunehmen, dass dies auf eine andauernde Benachteiligung und damit assoziierte Faktoren wie psychosoziale Belastungen zurückzuführen ist.“ ■

RICHTLINIE

Zweitmeinung bei Mandel-Operation

Bei geplanten Mandeloperationen und bei der Entfernung der Gebärmutter haben Patienten künftig Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) entschieden. Darüber hinaus hat das Gremium die Regeln für das Zweitmeinungsverfahren festgelegt und in der neuen Richtlinie festgeschrieben. Geregelt wurde, was zu einer Zweitmeinung gehört und welche Qualifikationen Ärzte haben müssen, um eine zweite Meinung abgeben zu dürfen. Zu den Pflichten des Arztes gehört, die Patienten über ihr Recht auf eine zweite Meinung aufzuklären und sie zu informieren, wo sie einen Zweitmeinungsarzt finden. ■

AUSGABEN

Teure Krankheiten

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen in Deutschland die höchsten Krankheitskosten. Sie betragen 46,4 Milliarden Euro im Jahr 2015, teilte das Statistische Bundesamt mit. Mit 44,4 Milliarden Euro lagen Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen knapp dahinter. Drittgrößter Kostenverursacher waren Krankheiten des Verdauungssystems (41,6 Milliarden Euro), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (34,2 Milliarden Euro). Insgesamt verursachten Krankheiten 2015 Kosten von 338,2 Milliarden Euro. Für seine Berechnungen zogen die Statistiker neben den Kosten für die Heilbehandlung auch Ausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege heran. ■

PFLERGEHEIME Zahl der Betreuer verdoppelt

Die Zahl zusätzlicher Betreuer in stationären Einrichtungen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht. Wie das Bundesgesundheitsministerium mitteilte, seien derzeit rund 60.000 Betreuungskräfte in der stationären Pflege tätig – vor vier Jahren seien es noch etwa 28.000 gewesen. Damit stehen laut Ministerium im Schnitt mehr als vier zusätzliche Betreuungskräfte je Pflegeeinrichtung zur Verfügung, die ausschließlich aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden. Umgerechnet kämen den Pflegebedürftigen so 1,8 Millionen Stunden zusätzliche Betreuungsangebote zugute. Im Zuge der Pflegereform wurde zum 1. Januar 2015 das Verhältnis von Betreuungskraft zu Pflegebedürftigen verbessert. Darüber



Zeit für ein Würfelspiel: Betreuungskräfte unterstützen die Arbeit professioneller Pflegekräfte.

hinaus stehen Betreuungskräfte seither Pflegebedürftigen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz zur Seite. Betreuungskräfte unterstützen die Arbeit von Pflegefachkräften, indem sie mit pflegebedürftigen Menschen etwa spazieren gehen oder einfach nur da sind und zuhören. ■

MEDIZIN MZV-Ärzte fordern mehr Mitsprache

Der Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ) hat an die künftige Bundesregierung appelliert, „die Belange kooperativer Versorgungsstrukturen“ bei neuen Gesetzen in besonderer

Weise zu berücksichtigen. Handlungsbedarf bestehe etwa hinsichtlich der Honorarsituation für Medizinische Versorgungszentren und fachübergreifende Gemeinschaftspraxen. Dabei gehe es nicht darum, mehr Geld herauszuholen. Entscheidend sei vielmehr, die gleiche Leistungsvergütung wie Einzelpraxen zu erhalten. Außerdem sei die Position des angestellten Arztes in der Selbstverwaltung zu stärken. Obwohl angestellte Ärzte „augenscheinlich“ von den Patienten voll akzeptiert würden, mache die Selbstverwaltung zwischen niedergelassenen und angestellten Medizinerinnen nach wie vor große Unterschiede, kritisierte der neue BMVZ-Vorstand Dr. Peter Velling anlässlich des elften Praktikerkongresses des Verbandes in Berlin. Velling hatte das Amt kürzlich von Dr. Bernd Köppl übernommen, der viele Jahre lang an der Spitze des BMVZ stand. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Bessere Gesundheitschancen für den Hamburger Osten“

Ein offenes Ohr für die Probleme: Fragen an **Dieter Kolsch**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg (IG Metall), zu einem Projekt zur integrierten Vollversorgung in Hamburg.

G+G: Herr Kolsch, was waren die Gründe, ein Projekt zur integrierten Vollversorgung für die Stadtteile Billstedt und Horn zu initiieren?

KOLSCH: Billstedt und Horn gehören zu den ärmeren Stadtteilen Hamburgs. Das wirkt sich auch auf die Gesundheit aus: Die Menschen sterben hier früher, leiden häufiger und früher an chronischen Erkrankungen wie Diabetes, und es gibt weniger Ärzte als in anderen Teilen der Stadt. Diesen Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung sehen wir in ganz Deutschland. Chancengleichheit sieht anders aus. Wir wollen die Gesundheitsversorgung vor Ort spürbar verbessern.

G+G: Welche Angebote macht das Netzwerk den Bewohnern?

KOLSCH: Die Zusammenarbeit und Vernetzung aller Gesundheitsprofessionen vor Ort wird gestärkt, der Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten im Stadtteil erleichtert. Kernstück und für die Billstedter und Horner wohl der sichtbarste

Baustein unseres Versorgungsprojekts ist der „Gesundheitskiosk“ am Billstedter Markt. Den Anwohnerinnen und Anwohnern bietet er einen zentralen und leicht zugänglichen Anlaufpunkt zu allen Gesundheitsfragen direkt im Stadtteil.

G+G: Viele der Bewohner haben Migrationshintergrund. Wie erreicht man diese Menschen am besten?

KOLSCH: Mit einem niedrigschwelligen, unbürokratischen Angebot und Mitarbeitern, die ein offenes Ohr und Zeit für die individuellen Probleme der Menschen haben. Im „Gesundheitskiosk“ empfängt ein bunt gemischtes Team die Anwohner: Hebamme, Gesundheitswissenschaftler und medizinische Fachkräfte arbeiten Hand in Hand. Das Team spricht acht Sprachen. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben selbst Migrationshintergrund und auch deshalb eine besondere Sensibilität für die Lebenswirklichkeit der Menschen in Billstedt und Horn.

Siehe auch Bericht auf Seite 16

Viele Baustellen zu beackern

Stolperstein ist die Gesundheitspolitik für die mögliche Jamaika-Koalition wohl nicht. Dennoch warten auf Union, FDP und Grüne viele ungelöste Versorgungsprobleme, meint **Eva Quadbeck**.



BEI DER ORGANISATION der Gesundheitsversorgung befinden wir uns in Deutschland aktuell in einer Art Auge des Sturms, wo es ja bekanntlich ruhig zugeht. Die gerade angekündigte leichte Senkung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen künftig wieder unter Druck geraten wird und dass es für die Zukunft der Versorgung von der Digitalisierung bis zur Angebotssicherung im ländlichen Raum viele Baustellen gibt.

Eine mögliche Jamaika-Koalition wird bei den Passagen für die Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag ans Eingemachte gehen müssen. Union, Liberale und Grüne haben sich das Thema Digitalisierung auf die Fahne geschrieben. Im Gesundheitswesen müssen sie dafür sorgen, dass die elektronische Gesundheitskarte nicht schon überholt ist, bevor wichtige Funktionen endlich in Gang kommen. Es kann nicht sein, dass Patienten im Jahr 2017 immer noch Röntgenbilder hin- und hertragen und auf der Gesundheitskarte immer noch nicht flächendeckend ein Notfall-Datensatz gespeichert ist. Die elektronische Vernetzung wird insbesondere für die Versorgung im ländlichen Raum dringend gebraucht.

Die elektronische Vernetzung wird insbesondere im ländlichen Raum dringend gebraucht.

Auch das Problem, dass Ärzte sich lieber in Ballungsräumen als auf dem Land niederlassen, ist bislang ungelöst. Der Masterplan Medizinstudium 2020 enthält viele sinnvolle Regelungen. Doch solange sie nicht in Gesetzesform gegossen sind, wird es auch nicht gelingen, das Hausarztwesen zu stärken und gezielt junge Mediziner für den Beruf des Landarztes zu gewinnen. Die Praxis, wonach de facto gleich nach dem Abitur nur derjenige ein Medizinstudium aufnehmen kann, der eine Abiturnote von 1,1 oder besser vorweist, ist zynisch. Im Dienste der Menschen, die auf dem Land leben, muss Jamaika zu tauglicheren Regelungen kommen – auch wenn das Auswahlverfahren dann größere Mühe machen sollte.

Wenn sich die künftigen Koalitionäre tatsächlich die angekündigte nachhaltige Finanzpolitik auf die Fahne schreiben wollen, können sie das Gesundheitswesen nicht aussparen. Die angeschobenen Reformen, die mehr Kosten-Nutzen-Balance ins System bringen sollen, laufen viel zu langsam. Derweil steigen die Gesundheitskosten jedes Jahr schneller als das Bruttoinlandsprodukt. Diese Hypothek ist aufzulösen. ■

Eva Quadbeck leitet das Berliner Parlamentsbüro der Rheinischen Post.

PRESSECLUB GESUNDHEIT „Konflikte mit Geld zugeschüttet“

Ein nüchternes Fazit der Gesundheitspolitik der vergangenen Legislaturperiode haben Fachjournalisten anlässlich einer Presseclub-Runde auf Einladung des AOK-Bundesverbandes gezogen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sei zwar ein guter, aber auch „konflikt-scheuer“ Moderator gewesen, sagte der Hauptstadt-korrespondent der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (F.A.Z.), Andreas Mihm. Timot Szent-Ivanyi, der für die „Berliner Zeitung“ und die „Frankfurter Rundschau“ berichtet,

zusammengeführt zu haben. Mit Blick auf eine mögliche Koalition von Union, FDP und Grünen konstatierte Mihm: „Gesundheitspolitik wird kein Stolperstein für Jamaika. Sie hat vor der Wahl niemanden interessiert, und sie wird auch nach der Wahl niemanden interessieren.“ ■

Siehe auch Kommentar.

RAHMENVEREINBARUNG Höhere Ausgaben für Heilmittel

Im den nächsten Jahr steigen die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für Heilmittel um 3,9 Prozent. Das ent-



Rück- und Ausblick im Atrium: (v.l.n.r.): Andreas Mihm (F.A.Z.), Rebecca Beerheide (Ärzteblatt), Timot Szent-Ivanyi (DuMont-Mediengruppe), Gerhard Schröder (DLF) und Moderatorin Lisa Braun.

nannte Gröhe einen „guten Verwalter“, dem jedoch die für das Gesundheitswesen nötigen Visionen fehlten. Gerhard Schröder vom „Deutschlandfunk“ (DLF) sagte, Gröhe könne sich ob der guten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenkassen glücklich schätzen. Diese hätten es ihm erlaubt, alle aufkommenden Konflikte „mit Geld zuzuschütten“. Allein Rebecca Beerheide vom „Deutschen Ärzteblatt“ rechnete dem CDU-Politiker zugute, die lange zerstrittenen Hebammenverbände wieder

spricht einer Summe von etwa 230 Millionen Euro. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung bei den Verhandlungen zu den überregionalen Rahmenvorgaben für Heilmittel geeinigt. Kostensteigernd wird sich beiden Seiten zufolge die zum 1. Januar 2018 vorgesehene Einführung der Ernährungstherapie als neues Heilmittel auswirken. ■

MEHR INFOS:

www.gkv-spitzenverband.de >
Presse

Feinarbeit beim Finanzausgleich

Seit geraumer Zeit steht der Risikostrukturausgleich in der Kritik. Von Benachteiligung ist die Rede. Doch das aktuelle Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats nimmt den Kritikern Wind aus den Segeln und enthält Verbesserungsvorschläge. **Von Klaus Jacobs**

Der Risikostrukturausgleich ist der zentrale Schlüssel zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Weil es dabei pro Jahr um weit über 200 Milliarden Euro geht, ist das Interesse der Kassen an diesem Thema nur zu verständlich. Allerdings war der öffentlich ausgetragene Streit der Kassen und Kassenverbände über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zuletzt von ungewohnter Schärfe geprägt. Zwar besteht der Finanzausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung mit Krankheitszuschlägen schon seit 2009. Doch mit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes 2015 hat sich die Konstruktion der kassenindividuellen Zusatzbeiträge geändert. Durch die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds (von 15,5 auf 14,6 Prozent) bei gleichzeitiger Umwandlung der pauschalen in prozentuale Zusatzbeiträge gibt es wieder Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen, und zwar innerhalb aller Kassenarten

(AOKs, Ersatzkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen). Gegenüber der Zeit vor 2009, als die Beitragssätze um bis zu fünf Prozentpunkte streuten, sind die Unterschiede heute aber mit maximal 1,5 Prozentpunkten deutlich geringer. Dennoch sehen einige Kassen und Kassenverbände hierin die Folge einer ungleichen Behandlung, für die es aus ihrer Sicht nur einen Schuldigen gibt: den

Die wissenschaftlichen Gutachter stellen dem Risikostrukturausgleich ein gutes Zeugnis aus.

Morbi-RSA. Vor diesem Hintergrund beauftragte das Bundesgesundheitsministerium Ende vergangenen Jahres den Wissenschaftlichen Beirat mit einem Sondergutachten zur Evaluation des Morbi-RSA und verschiedener Reformoptionen.

Gutachterkreis hochkarätig besetzt. Der Beirat ist eine ständige Einrichtung zur Beratung des Bundesversicherungsamts (BVA), das den Gesundheitsfonds verwaltet und den Morbi-RSA durchführt. Ihm gehören sieben Wissenschaftler an: mit den Professoren Volker Ulrich (Universität Bayreuth), Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen) und Eberhard Wille (Universität Mannheim) drei Gesundheitsökonominnen mit langjähriger Erfahrung als Politikberaterinnen und Gutachterinnen im RSA-Kontext sowie mit Saskia Drösler (Hochschule Niederrhein, Krefeld), Edeltraut Garbe (Leibniz-Institut an der Universität Bremen), Joerg Hasford (Ludwig-Maximilian-Universität Mün-

chen) und Ingrid Schubert (PMV Forschungsgruppe an der Universität Köln) vier ausgewiesene Experten für gesundheitswissenschaftliche Informationssysteme und Methoden. Für das Sondergutachten wurden zwei weitere Wissenschaftler hinzugezogen: die Professoren Wynand van de Ven von der Erasmus Universität Rotterdam, weltweit einer der Väter von „Risk Adjustment“ in Krankenversicherungssystemen, sowie Achim Wambach, der in der Gesundheitsszene gut bekannt ist, seit die Monopolkommission unter seinem Vorsitz im März 2017 ein Gutachten zum Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung vorlegte. Ein derart exzellent zusammengesetztes Expertengremium dürfte es vermutlich nicht allzu häufig geben.

Was sind nun die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen des Beirats, die laut seinem Vorsitzenden Jürgen Wasem nach intensiven Diskussionen in großem Konsens erarbeitet wurden? Die insgesamt 21 Punkte der Zusammenfassung lassen sich grob in drei Bereiche gliedern: erstens die Zielstellung des RSA und Methoden zur Überprüfung der Zielerreichung im Gesamtkontext der GKV-Wettbewerbsordnung; zweitens die Analyse der RSA-Methodik unter besonderer Berücksichtigung von Qualität und Manipulationsresistenz der Datengrundlagen; und drittens die Auseinandersetzung mit konkreten Reformoptionen für die Ausgestaltung des RSA.

Mittel gegen Risikoselektion. Zur Funktion des RSA lautet die zentrale Aussage, dass sein Ziel in der Vermeidung von Risikoselektion liegt: je größer die Zielgenauigkeit der Mittelzuweisungen auf Individual-, Versichertengruppen- und Kassenebene, desto geringer die durch Krankheitslast bestehenden Wettbe-

Lese- und Webtipps

- Zusammenfassung der Ergebnisse des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: www.bundesversicherungsamt.de > Presse > 19. Oktober 2017
- Informationen des AOK-Bundesverbandes zum Morbi-RSA: www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
- Timm Paulus: Risikostrukturausgleich: **Klartext statt Rauchzeichen.** In: G+G 7-8/2017, Seite 36–41
- **Risikostrukturausgleich: Mit Bedacht justieren.** G+G-Spezial 10/2016. Download unter: www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > G+G-Spezial

„Gutachter zeigen einen zukunftsweisenden Reformpfad für den Wettbewerb“



Jens Martin Hoyer ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Herr Hoyer, wie ist das Gutachten einzuordnen?

Hoyer: Wir haben zum ersten Mal seit 2011 eine wirklich wissenschaftlich unabhängige Untersuchung des Risikostrukturausgleichs auf Basis

aller verfügbaren Daten vorliegen. Nach der aufgeregten Debatte in den vergangenen Monaten wollten alle gesundheitspolitischen Entscheider in Bundestag und Bundesregierung Klarheit über den notwendigen Änderungsbedarf am Risikostrukturausgleich. Auch alle Kassenverbände hatten das Gutachten gefordert. Die neutrale Expertise des BVA-Beirates zeigt allen Beteiligten nun einen zukunftsweisenden Reformpfad für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

Was sollte die Politik jetzt tun?

Hoyer: Die mögliche Jamaika-Koalition wäre gut beraten, sich diese Expertise zu eigen zu machen. Das einzige Gegenmittel gegen den

Kassen-Streit ist eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des RSA. Ziel der Reform muss die Vermeidung von Risikoselektion sein. Darin sehen alle Fachleute die zentrale Funktion des Morbi-RSA. Bei der Frage, ob Beitragsgelder regional anders verteilt werden müssen, sollte die Politik keine voreiligen Festlegungen treffen, bevor nicht das Folgegutachten vorliegt und klar ist, wie sich dies beispielsweise im ländlichen Raum auswirkt. Und dann sollte sich die Koalition auf die wirklich wichtigen Reformbaustellen im Gesundheitswesen konzentrieren, wie zum Beispiel die Digitalisierung, den Abbau der Sektorengrenzen oder auf die Sicherstellung der ländlichen Versorgung.

Findet mit dem Gutachten der Streit unter den Krankenkassen nun ein Ende?

Hoyer: Der Streit zwischen den Krankenkassen ist sicher nicht leicht zu befrieden, wie erste Reaktionen einiger Kassen zeigen. Da ist nach wie vor von Fehlverteilung die Rede, obwohl die wissenschaftliche Expertise das klar widerlegt. Manche Kassenforderungen würden sogar die Selektionsanreize vergrößern. Aber Streit lässt sich befrieden, indem man sich auf die Fakten konzentriert. Ist die Langfassung des Gutachtens da, liegen über 700 Seiten Fakten vor. Auf die sollte sich die Politik stützen und sich nicht in die Irre führen lassen. ■

werbsverzerrungen. Dabei bedeutet die Angleichung der Deckungsquoten der Kassen jedoch für sich betrachtet noch keine Verbesserung des Verfahrens. Ein möglichst zielgenauer RSA trägt zu fairen Chancen im Kassenwettbewerb bei, doch müssen dazu noch weitere Bedingungen erfüllt sein. Hier sprechen sich die Gutachter etwa für ein einheitliches Handeln aller Kassenaufsichten von Bund und Ländern sowie für den Wegfall der kassenartenbezogenen Haftungsverbände aus.

Für ambulante Kodierrichtlinien. Was Methodik und Datengrundlagen angeht, halten die Gutachter die Verwendung ambulanter Diagnosen zur Abbildung der Krankheitslast weiterhin für unverzichtbar, und zwar aus zwei Gründen: wegen der nur so zu gewährleistenden hohen Zielgenauigkeit sowie im Hinblick auf das Kriterium der Versorgungsneutralität, ohne die eine unerwünschte Bevorzugung bestimmter Behandlungsformen droht. Zur Sicherung der Diagnosequalität plädiert der Beirat für die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien.

Zudem hält er die Berücksichtigung von Pharmakostengruppen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit für sinnvoll.

Alle Krankheiten einbeziehen. Mit Blick auf konkrete Reformoptionen plädiert der Beirat dafür, die Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80 aufzuheben. Darin sieht er großes Potenzial, um die Zielgenauigkeit des RSA weiter zu verbessern. Es sei sinnvoller, die heute für die Krankheitsauswahl erforderlichen Ressourcen in die Entwicklung und Pflege eines Vollmodells zu stecken. Bei Fortbestand der Krankheits-Obergrenze sollte am aktuellen Auswahlmodus festgehalten werden. Andernfalls würden Gesunde zulasten von Kranken bevorzugt.

Forderungen nach einem alternativen Wegfall der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und nach veränderten Zuweisungen für Verwaltungsausgaben erteilt der Wissenschaftliche Beirat klare Absagen. Auch steht er der Einführung eines Hochrisikopools äußerst skeptisch gegenüber. Allerdings sieht er hierzu noch

Untersuchungsbedarf wie auch bei der möglichen Problematik von Präventionsanreizen der Kassen.

Kein Anlass zu schnellem Handeln. Alles in allem stellt der Beirat dem RSA ein gutes Zeugnis aus. Für dessen gezielte Weiterentwicklung macht er gleichwohl etliche Vorschläge. Für den Gesetzgeber besteht kein Anlass zu schnellem Handeln. Vielmehr kann erst das zweite Sondergutachten zu Regionaldimensionen Ende April 2018 abgewartet werden, ehe mögliche Anpassungen dann aus einem Guss erfolgen. Soweit die Vorschläge in den Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes fallen, etwa zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells, kann dagegen unverzüglich mit der Umsetzung begonnen werden. Die von allen Seiten geforderte wissenschaftliche Expertise ist endlich da. Ihr nicht zu folgen, dürfte mehr als schwerfallen. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).
Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Wenig Antrieb zum Klinikabbau

Der Krankenhaus-Strukturfonds soll dazu dienen, stationäre Überkapazitäten zu verringern und den Klinikmarkt zu bereinigen. Doch die Länder nutzen die Gelder kaum dazu, um überzählige Häuser zu schließen. **Von Anja Schnake**

Knapp 2.000 Kliniken gibt es derzeit in Deutschland. Es sind zu viele Häuser und zu viele bieten die gleichen Leistungen an. Mit dem Krankenhaus-Strukturfonds wollte die Bundesregierung einen Impuls zum Umbau der Kliniklandschaft geben: 500 Millionen Euro sollen die Bundesländer für den Abbau von Überkapazitäten erhalten, wenn sie dieselbe Summe noch einmal selbst investieren. Seit dem Ende der Antragsfrist steht jedoch fest: Die gewünschte Wirkung erzielt der Fonds allenfalls in Teilen.

Kassengelder zweckentfremdet. Der Krankenhaus-Strukturfonds fördert die Schließung ganzer Kliniken oder einzelner Abteilungen; er finanziert Baumaßnahmen zur Konzentration von Leistungen an einem Standort oder trägt die Kosten der Umwandlung von Häusern oder Abteilungen in Versorgungseinrichtungen – und dies mit Mitteln aus dem Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen beteiligen sich damit an Investitionen, die eigentlich Ländersache sind.

War es anfangs fraglich, ob die Länder Mittel überhaupt abrufen, so verbuchte der Krankenhaus Rating Report 2017 das

Experiment schon wegen der Nachfrage als Erfolg. Den größten Teil der Gelder, 437 Millionen Euro, beantragten die Länder jedoch für Baumaßnahmen, die der Bündelung von Leistungen verschiedener Kliniken an einem Standort dienen. Von insgesamt 74 Projektanträgen drehen sich 50 um Vorhaben im Förderbereich „Konzentration“. Halb so viele

Für eine zweite Auflage des Fonds gehören die Vergabekriterien auf den Prüfstand.

entfallen auf die beiden Förderbereiche Umwandlung und Schließung. „Viele der geförderten Projekte mögen sinnvoll sein“, sagt Dr. Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung stationäre Versorgung beim AOK-Bundesverband: „Fest steht aber, dass wir nur geringe Struktureffekte erwarten können – auch weil der Anteil an Kapazitätsverminderung und -umwidmung gegenüber den Konzentrationsmaßnahmen klein ist.“ Nur Nordrhein-

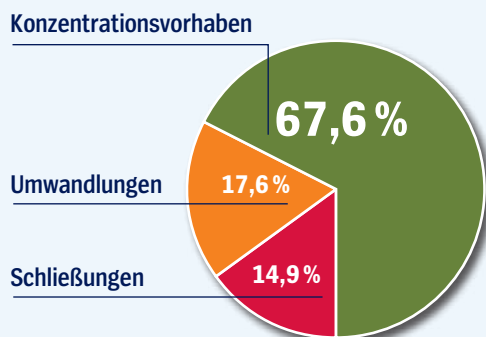
Westfalen hat neben elf Anträgen für Konzentrationsprojekte je vier für Umwandlungen und Schließungen eingebracht – ein Muster, das dem Wunschzenario der Krankenkassen näher kommt als das Programm der Bundesländer Rheinland-Pfalz, Saarland, Bremen oder Schleswig-Holstein. Diese stecken ihre Gelder vollständig in Konzentrationsvorhaben. „Von einem Strukturfonds erwarten wir Kassen umfassende Verbesserungen bei den Klinikstrukturen – insbesondere durch weniger kleine Krankenhäuser in Städten. Damit kann die Qualität der Versorgung steigen“, sagt Malzahn. Dafür seien jedoch größere Anstrengungen bei der gesamten Investitionsfinanzierung erforderlich.

Struktureffekte müssen Maßstab sein.

Mit dieser Meinung steht der Krankenhausexperte nicht allein da. Bei einem Umsatz von knapp 100 Milliarden Euro im Jahr schlägt eine Milliarde in drei Jahren gerade mal mit 0,3 Prozent zu Buche. Bereits im Juni hatten die Länder auf der Konferenz ihrer Gesundheitsminister dafür plädiert, den Strukturfonds fortzusetzen und künftig aus Steuermitteln zu finanzieren. Dafür spricht sich auch Professor Dr. Boris Augurzky aus, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit beim Essener Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Zudem sei mehr Effizienz im Verfahren möglich: „Im Fall einer Neuauflage sollten die Gelder nach dem Verhältnis von finanziellem Aufwand und Struktureffekt vergeben werden“, so der Klinikexperte: „Wenn diese Art von Effizienz das Vergabekriterium wäre, könnten die Krankenhäuser ihre Anträge sogar selbst stellen.“ ■

Anja Schnake ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Wofür die Länder die Fördermittel einsetzen wollen



Neueste Zahlen machen deutlich: Der Krankenhaus-Strukturfonds wirkt nicht strukturbereinigend. Der Großteil der Förderanträge der Bundesländer (rund 68 Prozent) bezieht sich auf die Konzentration stationärer Leistungen an einem Standort. Auf die Schließung von Kliniken entfallen nur knapp 15 Prozent der der Anträge.

Quelle: Länderangaben, Bundesversicherungsamt

Blitzgescheit statt blitzgefährlich

Das Digitale hält ins Gesundheitswesen Einzug – in Deutschland aber langsamer als anderswo. Wie sich das ändern lässt, ist Thema auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Wenn Volker Amelung auf die mangelnde Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens zu sprechen kommt, wird der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC) leidenschaftlich: „Viele tolle Projekte verhungern in Selektivverträgen und verbessern nicht in der Breite die Versorgung. Es ist Zeit, dass wirksame digitale Lösungen eine reguläre Leistung der Krankenkassen werden wie Arzneimittel oder Physiotherapie.“ Doch wie lässt sich das erreichen? Antworten auf diese und weitere Fragen bietet der Jahreskongress des BMC unter der Überschrift „Managed Care im digitalen Zeitalter“ am 23. und 24. Januar 2018 in Berlin. G+G gehört zu den Medienpartnern der Veranstaltung.

Start-ups fehlt das Geld. Dass sich digitale Anwendungen wie Apps und Videosprechstunden im deutschen Gesundheitswesen bei weitem noch nicht so durchgesetzt haben wie in Dänemark oder der Schweiz, hat für Volker Amelung nicht nur etwas zu tun mit langen Zulassungsverfahren („Unterwegs geht vielen Start-ups das Geld aus“) und nicht mehr zeitgemäßen ärztlichen Berufsordnungen („Das Fernbehandlungsverbot muss fallen.“). Der Hochschulprofessor stellt vor allem bei zahlreichen niedergelassenen Ärzten eine grundlegende Abwehrhaltung gegenüber der Digitalisierung fest, die Innovationen zugunsten der Patienten blockiere. „Dabei müssten Mediziner doch eigentlich froh darüber sein, wenn sie künftig eine qualitätsgesicherte App wie ein Arzneimittel verordnen könnten und sich damit ihr Instrumentenkasten für Diagnostik und Therapie erweitert.“

Welche Chancen die Digitalisierung für den ärztlichen Berufsalltag bietet, zeigt beim BMC-Kongress Prof. Dr. Christian Lovis vom Universitätsklini-

kum Genf auf. Der Medizininformatiker geht in seinem Vortrag nicht zuletzt auf die Frage ein, wie sich die ungeheure Fülle an medizinischem Wissen mithilfe von digitalen Anwendungen leichter verfügbar machen lässt. Volker Amelung: „Mediziner müssen – wie andere Berufsgruppen auch – weg von dem Anspruch, möglichst viel selbst zu wissen, hin zu der Haltung, möglichst viel Know-how nutzen zu können.“

lassmanagement über Arzneimitteltherapiesicherheit bis hin zur ländlichen Versorgung – immer unter dem Blickwinkel der digitalen Möglichkeiten. Wer sich schnell einen Überblick über Projekte und Vorhaben in einzelnen Bereichen verschaffen will, dem empfiehlt die neue BMC-Geschäftsführerin Patricia Ex die geführten Posterrundgänge: „Einfacher lassen sich ein Dutzend Themen in einer Stunde kaum aufschreiben.“



Ideen fürs Digitale: Die mehr als 200 Mitglieder des Bundesverbandes Managed Care setzen auf ihrem Jahreskongress Impulse.

Schwellenländer schneller. Dass Entwicklungs- und Schwellenländer den Möglichkeiten von App, Web und Smartphone vielfach aufgeschlossener gegenüber stehen als so mancher Gesundheitsprofi und Patient aus den Industriestaaten, wird beim BMC-Kongress nicht nur Nuria Toro Polanco von der WHO deutlich machen. Auch Zukunftsforscher Matthias Horx geht zum Auftakt der Frage nach, ob es künftig eine „digitale Gesundheit“ gibt. Amelung: „Querdenker wie Matthias Horx setzen Impulse.“

Frische Gedanken und Ideen präsentiert der BMC auf dem Kongress in zahlreichen Diskussionsforen. Die Spannweite reicht dabei von Prävention und Ent-

Arbeitsgruppe gegründet. Erste Einblicke dürfen die voraussichtlich 500 Besucherinnen und Besucher des Jahreskongresses darüber hinaus in die Tätigkeit einer neuen internen Arbeitsgruppe „Digital Health“ des BMC erwarten. Gegliedert in vier Themenbereiche wird sich die Arbeitsgruppe unter anderem mit der Frage beschäftigen, wie sich Zulassungsverfahren für digitale Produkte beschleunigen lassen, ohne Qualitätsansprüche zu vernachlässigen. Volker Amelung: „Auch bei Digital Health reicht die Palette von blitzgescheit bis blitzgefährlich.“ ■

MEHR INFOS:
www.bmckongress.de

Gesundheit vom „Kiosk“

Einfach und schnell soll der Zugang zum Gesundheitswesen für die Einwohner der Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn sein. In einem „Gesundheitskiosk“ können sie sich künftig kostenlos beraten und weiterhelfen lassen. **Von Thomas Hommel**

Hochhaussiedlungen, Imbiss-Buden und Ein-Euro-Shops, dann wieder Ein-Familien-Häuser mit großen Gärten, dörfliche Atmosphäre und Naturidyll am Öjendorfer See: Hamburg-Billstedt ist ein bunter Stadtteil voller Gegensätze.

Ende der 1920er Jahre entstand das im Osten Hamburgs gelegene Viertel durch den Zusammenschluss der Ortschaften Kirchsteinbek, Öjendorf und Schiffbek. In den 1970er Jahren kam die Großwohnsiedlung Mümmelmannsberg hinzu. Heute leben rund 70.000 Menschen in Billstedt – gut die Hälfte hat einen Migrationshintergrund.

Billstedt wie das benachbarte Horn gelten als Stadtteile mit sozialen Brennpunkten, wie man sie in anderen Metropolen auch findet. Mit all den Schwierigkeiten – auch gesundheitlichen. Um ihnen besser beizukommen, hat in Billstedt der bundesweit erste „Gesundheitskiosk“ seine Pforten geöffnet.

Niedrigschwelliger Zugang. Das neue Angebot nach internationalem Vorbild (siehe Kasten) ist Teil eines Netzwerkes, das die Gesundheit für Billstedt/Horn UG mit ihrem Hauptgesellschafter – dem Ärztenetz Billstedt-Horn – und die AOK Rheinland/Hamburg in Billstedt und Horn gemeinsam mit Partnern aus der Region aufbauen. Gefördert wird das Projekt zur integrierten gesundheitlichen Vollversorgung einer städtischen Region

International erprobtes Konzept

Das Modell des „Gesundheitskiosks“ basiert auf dem finnischen Terveyskioski. Dabei gilt das „Walk-In-Prinzip“: Besuch ohne vorherige Anmeldung. Im Allgemeinen dient der Terveyskioski der Erstberatung sowie der Bereitstellung von Erstinformationen für die Anliegen der Besucher.

vom Innovationsfonds, der sich aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung speist. Ziel des Netzwerkes ist es, die gesundheitlichen Chancen der Menschen im benachteiligten Hamburger Osten deutlich zu verbessern und die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen.

„Der ‚Gesundheitskiosk‘ ist ein innovatives Projekt, das Patientinnen und Patienten in Billstedt und Horn ein neues, niedrigschwelliges Hilfs- und Bera-

Vor allem Patienten mit Sprachproblemen können profitieren.

tungsangebot macht, um ihre Gesundheitskompetenz zu stärken“, betont Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. Ansätze wie der des „Kiosks“ seien ein wichtiger Baustein, um die gesundheitliche Versorgung insbesondere in sozial schwächeren Stadtteilen weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Unterstützung für Ärzte. Das Angebot des „Gesundheitskiosks“ ist vielfältig: So berät das medizinisch ausgebildete Team Patienten vor und nach Arztbesuchen, koordiniert Behandlungsschritte und vermittelt die Patienten an Einrichtungen und Vereine im Kiez. Damit wollen Projektinitiatoren und -partner nicht nur bestehende Versorgungslücken schließen, sondern auch Gesundheitsförderung und Prävention stärken.

„Chronische Erkrankungen wie Diabetes treten in Billstedt/Horn fast zehn Jahre früher auf als im Hamburger Durchschnitt. Das wollen wir ändern“, sagt Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg. Der „Gesundheitskiosk“ sei ein wichtiger

Schritt hin zu einem Gesundheitswesen, „das sich stärker an den Menschen orientiert und sie in ihrem Alltag abholt“.

Mit seinem Beratungsangebot soll der „Gesundheitskiosk“ Patienten auch dabei unterstützen, Experten für ihre eigene Gesundheit zu werden. „Unser Ziel ist es, dass wir die Gesundheitskompetenz der Patienten verbessern und sie zu mehr Eigeninitiative aktivieren“, so Dr. Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG.

Hier sehen auch die Ärzte Vorteile des Projektes, wie Facharzt Dr. Gerd Fass als Mitinitiator des Gesundheitsnetzwerkes betont: „Die Beratungen erhöhen die Wirkung unserer ärztlichen Empfehlungen und unterstützen die Patienten nachhaltig bei der Verhaltensänderung.“

Kioskteam spricht mehrere Sprachen.

Das Beratungsangebot ist kostenlos. Die sieben Mitarbeiter im „Gesundheitskiosk“ sprechen neben Deutsch die in den Stadtteilen am häufigsten genutzten Sprachen, darunter Türkisch, Russisch, Polnisch, Spanisch, Englisch, Portugiesisch, Dari und Farsi. Zuvor wurde das Konzept des „Gesundheitskiosks“ im Rahmen einer dreimonatigen Testphase in Mümmelmannsberg erprobt. Vor allem Patienten mit sprachlichen Schwierigkeiten profitierten vom Angebot, so Facharzt Fass.

Um den Erfolg des „Kiosks“ beurteilen zu können, evaluiert das Hamburg Center for Health Economics an der Universität Hamburg das Projekt. Dazu werden unter anderem die Zufriedenheit der Patienten und ihr Aktivierungsgrad ermittelt. Das Projekt ist langfristig angelegt. Ziel der Initiatoren ist es auch, weitere Akteure und Kassen mit ins Boot zu holen. ■

MEHR INFOS:

www.gesundheit-bh.de

Digitalisierung mit Sorgfalt

Roboter, Apps, Telemedizin: Das Gesundheitswesen wird immer digitaler. Welche Chancen und Risiken das mit sich bringt, diskutierten Experten aus Wissenschaft, Politik und Praxis beim 1. Bayerischen Gesundheitsgespräch in Baierbrunn. Von Karola Schulte

Ein Roboter gibt Pflegebedürftigen ein Stück Selbstständigkeit zurück. Mithilfe der Telemedizin gewinnt der Arzt entscheidende Minuten bei der Versorgung eines Schlaganfall-Patienten, der hunderte Kilometer entfernt ist. Mit Filmbeiträgen haben Studierende der Deutschen Journalistenschule München (DJS) beim ersten Bayerischen Gesundheitsgespräch illustriert, was digitale Produkte schon heute im Gesundheitswesen leisten können. Die Digitalisierung der Welt ist nicht aufzuhalten und geht jeden an – in diesem Punkt herrschte noch Einigkeit bei den Teilnehmern der Podiumsdiskussion aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Krankenversicherung, zu der die AOK Bayern, die DJS und der Wort & Bild Verlag an den Verlagssitz nach Baierbrunn eingeladen hatten.

Kein Ersatz für Menschlichkeit. Die Leitfrage „Roboter als Retter?“ beantwortete die Runde dann allerdings schon nicht mehr so einmütig. Allein für Ulla Kieserg, Executive IT-Architect bei IBM, überwiegen bei dieser Vorstellung klar die Vorteile: „Gerade in der Pflege ist die Abhängigkeit von anderen ein großes Thema. Roboter können ein Stück Selbstbestimmtheit zurückgeben.“ Auch aus Sicht von Kathrin Sonnenholzner kann der Robotereinsatz durchaus „segensreich“ sein, aber schon beim Thema Essen stößt er an Grenzen: „Wir kämpfen doch



Ein gelungenes Zusammenspiel: Digitale Produkte können Menschen unterstützen aber nicht ersetzen.

nicht bei Kindern um gemeinsame Mahlzeiten, um im Alter mit Robotern essen zu müssen“, sagte die Ärztin, die Vorsitzende des gesundheitspolitischen Ausschusses im Bayerischen Landtag ist. Für den Vorstandsvorsitzenden der AOK Bayern, Dr. Helmut Platzer, und den Vorsitzenden der Ethikkommission an der Technischen Universität München, Prof. Georg Schmidt, ist die Grenze dort erreicht, wo es nicht mehr um die sinnvolle Unterstützung von Pflegekräften geht, sondern um ihren Ersatz.

Über den Roboter als Sinnbild für die Vermenschlichung der Maschine gelangten die Teilnehmer zur gesamten Palette des Themas Digitalisierung von elektronischer Gesundheitskarte über Apps bis zu Diagnose-Computern. „Als Krankenkasse haben wir es an unzähligen Stellen

mit Fragen der Digitalisierung zu tun, die die Versorgung massiv beeinflussen“, sagte Platzer.

Daten müssen zuverlässig sein. Die traditionellen Regelungen seien auf viele digitale Produkte nicht mehr anzuwenden. „Deshalb sind dafür klare Regeln mit Blick auf Qualität, Nutzenbewertung, Zulassung, Finanzierung und Datenschutz nötig“, betonte Platzer und verwies auf die „Riesenverantwortung“ bei den Krankenkassen. Um dieser besser gerecht zu werden, berief die AOK Bayern bereits einen Wissenschaftlichen Beirat ein (siehe Kasten „Expertise aus Wissenschaft und Praxis gefragt“). Für den Ethikexperten Schmidt erfordert der Umgang mit Daten ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein, beispielsweise beim Vorhersagen von Sterblichkeitsrisiken: „Wir brauchen wissenschaftliche Belege dafür, dass solche Daten tatsächlich relevant sind.“

Die Politik spielt nach Ansicht von Sonnenholzner auf dem Weg der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle: Sie muss „verantwortungsvoll aber ohne Scheuklappen“ Entscheidungen treffen. ■

Expertise aus Wissenschaft und Praxis gefragt

Mit der Gründung eines Wissenschaftlichen Beirats hat sich die AOK Bayern stärker für die Herausforderungen der Zukunft aufgestellt: Der zehnköpfige Beirat rund um die emeritierte Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Dr. Margarete Landenberger beschäftigte sich bereits intensiv mit dem Thema Digitalisierung. In einem ersten Schritt legten die Experten eine Systematik digitaler Angebote vor. Danach lassen sich fünf Kategorien voneinander abgrenzen: 1. Digitale Kommunikation, 2. Digitale Anwendungen zur Prävention, 3. Angebote für Diagnostik, Therapie und Nachversorgung, 4. Telemonitoring und Telemedizin, 5. Wellness-Apps.

Esten-Power für E-Health

Die baltische Ostseerepublik Estland ist klein, aber digital. Von den Konzepten für grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen sollen jetzt auch andere Länder der Europäischen Union profitieren. **Von Thomas Rottschäfer**

In Estland leben nicht mal halb so viele Menschen wie in Berlin. Doch die nördlichste der baltischen Ostseerepubliken setzt deutliche Akzente in der Europapolitik. Noch bis Jahresende hat das Land die EU-Ratspräsidentschaft. Die Regierung nutzt das nach Kräften, um ihr Lieblingsthema nach vorne zu bringen: die digitale Gesellschaft. Wie Dänemark ist auch Estland ein Vorreiter bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Es gibt schon seit über zehn Jahren eine digitale Gesundheitsakte. Patienten können sie über ihr Smartphone aufrufen, auf Wunsch Daten sperren und über Log-in-Einträge nachvollziehen, wer sich die Gesundheitsakte angesehen hat. Laut estnischem Gesundheitsminister Jewgeni Ossinowski werden inzwischen 99 Prozent der Rezepte elektronisch ausgestellt.

Tallinn drückt auf die Tube. Um den digitalen Schwung auf die gesamte EU zu übertragen, hatte Estland kürzlich unter dem Motto „Health in the Digital Society, Digital Society for Health“ zu einer Art Zukunftswerkstatt in die Hauptstadt Tallinn eingeladen. Daran nahm als Sprecher der Krankenkassen auf Europaebene auch der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente, teil. Estland wird beim Engagement für digitale Innovationen von der „European Connected Health Alliance“ unterstützt (siehe Kasten). Gemeinsam mit der Allianz hatten die



Gastgeber eine Deklaration vorbereitet, in der die Chancen, Hürden und Lösungen für die Digitalisierung im Gesundheitsbereich aufgezeigt werden. Außerdem stellten in Tallinn vier bereits im Juli ins Leben gerufene Projektgruppen ihre Ergebnisse vor. Sie bezogen sich auf vier zuvor definierte Schwerpunktfelder:

- Grenzüberschreitende Interoperabilitätsstandards;
- Austausch von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke;
- Rechtsrahmen für freien Datenfluss und Zweitnutzung von Daten;
- Empfehlungen für die digitale Transformation und Change-Management in Gesundheitsorganisationen.

„Zum Ende der Ratspräsidentschaft im Dezember will Estland ein Konzept zur Digitalisierung im Gesundheitswesen erarbeiten, das dann in den Ratsschlussfolgerungen aufgenommen werden wird“,

erläutert AOK-Europaexperte van Lente. Die Esten-Power passt EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis gut ins Konzept. Die Kommission fördert digitale Konzepte, denen an den Landesgrenzen nicht der Strom ausgeht. In Tallinn stellte Andriukaitis die noch frischen Ergebnisse einer öffentlichen Konsultation seiner Behörde zum Thema vor. Von Juli bis Oktober konnten sich Verbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen, nationale Behörden und Forschungseinrichtungen, Entwickler digitaler Lösungen, aber auch jeder einzelne Bürger dazu äußern, ob und welche Maßnahmen auf europäischer Ebene zur Förderung digitaler Innovationen erforderlich sind. Der Kommission geht es dabei neben technischen Lösungen auch um die Frage, wie sich die Kommunikation zwischen Patienten und Leistungserbringern verbessern lässt.

Digitaler Datenaustausch gewünscht.

Laut Andriukaitis sind 90 Prozent der Teilnehmer der Ansicht, dass die Bürger selbst den Zugriff auf ihre Daten steuern sollen. 80 Prozent betrachten es als Vorteil, Gesundheitsdaten teilen zu können. Allerdings bereiten die Themen Datensicherheit und der Schutz der Privatsphäre den Teilnehmern an der Konsultation große Sorgen.

„Alles in allem ist das ein Spiegelbild der Diskussion in Deutschland“, sagt van Lente. Seine Präsentation des AOK-Gesundheitsnetzwerkes, mit dem die Gesundheitskasse digitale Anwendungen im Gesundheitswesen vorantreibt, stieß bei den Konferenzteilnehmern auf großes Interesse. ■

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

Transparenter Rahmen für Datenschutz und Datenfluss

In Tallinn wurde die „Digital Health Society Declaration“ verabschiedet. Die Unterzeichner verpflichten sich, digitale Gesundheitslösungen und grenzüberschreitende Kooperation zu fördern. An die EU wird appelliert, die verwirrende Zahl der Vorgaben für den inhaltlich richtigen Rechtsrahmen zum Datenschutz und Datenfluss auf ein transparentes Maß zu reduzieren. Beteiligt am Text war die „European Connected Health Alliance“. Dem Netzwerk gehören 600 staatliche und nichtstaatliche Organisationen, Forschungseinrichtungen und Unternehmen aus 40 Ländern an. **Infos zur Deklaration:** www.echalliance.com/digitalhealthsociety

„Ein Schock für Teile der Ärzteschaft“

Die Diskussion um die Disease-Management-Programme (DMP) war bei ihrem Start vor 15 Jahren teils von Polemik geprägt, erinnert sich **Gabriele Müller de Cornejo**. Die Hausärztin hat die DMP mit entwickelt und empfindet sie in ihrer eigenen Praxis als hilfreich.

Frau Dr. Müller de Cornejo, welche Herausforderungen gab es bei der Einführung der DMP?

Müller de Cornejo: Vor allem die Hausarztmedizin sah damals völlig anders aus als heute. Eine vorausschauende und kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Menschen war nicht die Regel. Unter der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat die Politik dann entschieden, dass der Behandlung von chronisch Kranken viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Wie lief die Entwicklung der Programme damals ab?

Müller de Cornejo: Die AOK hat das Konzept in einem Team von etwa 60 Fachleuten entwickelt. Das dauerte nur wenige Monate und war extrem arbeitsaufwendig. Denn wie die DMP konkret aussehen sollten, war zu Anfang völlig offen – es gab ja nichts dergleichen. Wir saßen also vor einem leeren Blatt und mussten sämtliche Inhalte und Prozesse definieren. Aber wir haben uns von Anfang an eng mit Ärztenvertretern ausgetauscht und diese in die Entwicklung einbezogen, um die DMP möglichst praxistauglich zu machen.

Wie reagierten die Ärzte auf die neuen Programme?

Müller de Cornejo: Die Diskussion lief damals zum Teil sehr polemisch und wurde von einigen Fachgesellschaften mit Verflechtungen zur Pharmaindustrie auch bewusst angeheizt. Aus heutiger Sicht ist das eher zum Schmunzeln. In den Köpfen der Ärzte ist längst verankert, dass Leitlinien und evidenzbasierte Medizin im ärztlichen Alltag hilfreich sind.

Zunächst gab es aber viel Unverständnis und heftigen Widerstand, weil die DMP gerade in der Diabetes-Behandlung als großer Eingriff in die Therapiefreiheit erlebt wurden. Im DMP Diabetes sollten ja vorrangig Medikamente mit erwiesener Evidenz verordnet werden – das war ein Schock für Teile der Ärzteschaft.

Was halten Sie von den geplanten neuen DMP?

Müller de Cornejo: Ein DMP Depression würde ich für sehr sinnvoll halten. Es ist zum Beispiel ein Riesenproblem, Psychotherapie-Plätze für betroffene Patienten zu finden. Auch ein DMP Rücken-



Eine vorausschauende Betreuung chronisch kranker Menschen war nicht die Regel.

Dr. Gabriele Müller de Cornejo

Wie sieht es heute mit der Akzeptanz der DMP aus?

Müller de Cornejo: Die Praxen, die ich kenne, machen alle mit – mehr oder weniger intensiv. Es gibt aber immer noch Ärzte, denen die Bürokratie zu viel ist oder die Kontrolle der Krankenkassen in ihre Therapiefreiheit fürchten. Manche Kollegen schreiben auch nicht alle Patienten ein. Ich selbst kann mir überhaupt nicht mehr vorstellen, eine Hausarztpraxis ohne diese Programme zu führen. Ich habe über 400 Patienten in die DMP eingeschrieben und empfinde es als extrem hilfreich, diese Patienten regelmäßig wegen ihrer Erkrankung zu sehen. Bei Privatpatienten mit Diabetes, für die es keine DMP gibt, passiert es mir immer wieder, dass ich sie zwei Jahre lang nicht sehe – und dann stehen sie auf einmal mit katastrophal schlechten Werten vor mir.

schmerz finde ich spannend, denn Rückenschmerz-Patienten sehe ich noch öfter als Diabetiker. Allerdings dürfte bei diesem Thema eher die Überdiagnostik das Problem sein – und die Frage, nach welchen Kriterien die Patienten überhaupt in ein solches Programm eingeschrieben werden. Auch diesbezüglich bin ich sehr gespannt. ■

Das Interview führte Peter Willenborg.

Zur Person

Dr. Gabriele Müller de Cornejo ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und Innere Medizin. Von 1998 bis 2004 arbeitete sie beim AOK-Bundesverband, ab 2002 als verantwortliche DMP-Projektleiterin. Nach Tätigkeiten beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und als Leitende Ärztin beim Hausärzterverband praktiziert sie seit April 2007 als Hausärztin in Bruttig-Fankel an der Mosel.



Mit Lupenbrille und Fingerspitzengefühl:
Nach einer Bypass-Operation im
Deutschen Herzzentrum Berlin vernäht
Physician Assistant Katrin Klünner
die Haut am Brustkorb des Patienten.

Expertin an der Schnittstelle

Physician Assistant Katrin Klünner

entlastet und unterstützt im Deutschen

Herzzentrum Berlin die Chirurgen und

greift auch selbst zum Skalpell. Sie

kommt aus der Pflege und hat sich in

einem dreijährigen Studium für ärztliche

Aufgaben qualifiziert. [Ulrich P. Schäfer](#)

(Text) und [Stefan Boness](#) (Fotos) haben

ihr im OP über die Schulter geschaut.

Hier geht es um Millimeterarbeit. Katrin Klünner steht seit 8:20 Uhr auf einem kleinen Podest, damit sie besser an den linken Arm des Patienten herankommt. Sie arbeitet sich durch einen drei Zentimeter langen Schnitt in der Nähe des Handgelenks langsam in Richtung Ellenbogen vor. Mit der linken Hand schiebt sie den Retraktor vorsichtig nach oben, eine etwa 40 Zentimeter lange Metallschiene, die zwischen Muskeln und Haut des Patienten einen Operationstunnel bildet. Durch die Haut leuchtet der vordere Teil, wo Kaltlicht und Kamera befestigt sind. Mit der rechten Hand bewegt sie das Endoskopie-Instrument. An dessen Spitze befindet sich eine

Zange, mit der sie die Speichenarterie vom Muskelgewebe trennt und die Abgänge der Arterie mit Hitze versiegelt. Das Tissue welding – Gewebeschweißen – funktioniert punktgenau. Schäden am umliegenden Gewebe, zum Beispiel an den Nerven, werden vermieden. Auf dem Bildschirm gegenüber kann Katrin Klünner sehen, was sie unter der Haut des Patienten auslöst. Beim Schweißen entsteht Wasserdampf, aber ein stetiger Fluss von CO₂, der über einen Schlauch zugeführt wird, sorgt für freie Sicht. Ein Stückchen Schieben mit der linken Hand, dann Auslösen des Schweißens mit der rechten. Ein Tonsignal zeigt an, dass es weitergehen kann. Einen Krampf in ihrer linken Hand schüttelt sie weg. Um 8:45 Uhr hat sie zehn Zentimeter geschafft.

Ihr Ziel liegt kurz vor der Stelle, an der die Oberarm-Arterie sich ungefähr in Höhe des Ellenbogens in Speichen- und Ellenarterie teilt. Die Oberarm-Arterie hat sie ganz zu Beginn mit einer Blutdruckmanschette abgesperrt. Die Speichenarterie (Arteria radialis) ist in der Regel kräftig und wird an dieser Stelle nicht unbedingt gebraucht. Vorausgesetzt, die Voruntersuchungen haben ergeben, dass die Ellenarterie, die Arteria ulnaris, ausreichend Blut durchlässt. Dann ist die Versorgung des Unterarms und der Hand mit Blut gesichert. Denn die Speichenarterie wird heute in eine neue Umgebung verlegt. Sie wird dringend im Brustkorb des Patienten benötigt, wo sie als Bypass helfen soll, das Herz ausreichend mit Blut zu versorgen. Das Einsammeln körpereigener Blutgefäße bezeichnen die Angelsachsen mit dem

Physician Associates heißen) und in den Niederlanden. Braucht man wirklich für jede ärztliche Tätigkeit einen Arzt? Nein, sagen viele Klinikleitungen und inzwischen auch der Deutsche Ärztetag. Ihr Mittel der Wahl ist die Delegation. Grundlage ist ein Studium für Menschen mit medizinischer Vorbildung und Berufserfahrung. Sie arbeiten selbstständig, aber in enger Abstimmung mit den verantwortlichen Ärzten und nicht auf eigene Faust. So werden Ärzte von Aufgaben entlastet, für die sie eigentlich überqualifiziert sind, und können sich auf ihre Kernkompetenz konzentrieren, auf Diagnose und Therapie. Und die Krankenhäuser – die berichten, dass es immer schwieriger wird, junge Ärzte zu gewinnen – sichern die Versorgung ihrer Patienten.



Vorbereitung für die Operation: Katrin Klünner (l.) desinfiziert die Haut des Patienten vom Hals bis zu den Füßen. Ein OP-Pfleger (m.) hilft ihr dabei.



Um an eine Unterarm-Arterie heranzukommen, schiebt Katrin Klünner eine Metallschiene unter die Haut des Patienten. Auf dem Monitor kontrolliert sie ihre Arbeit.

schönen Begriff Harvesting. Es ist sozusagen Erntezeit. Um 9:15 Uhr ist es soweit: Katrin Klünner schnürt die Arterie am oberen Ende mit einem Ligaturfaden ab und zieht sie mit einem Haken aus dem Arm. Dann spült sie die Arterie durch, die etwa 20 Zentimeter lang ist und entfernt an einen korpulenten Regenwurm erinnert. Sie legt eine Drainage, vernäht die Wunde und versieht sie mit einem Pflaster.

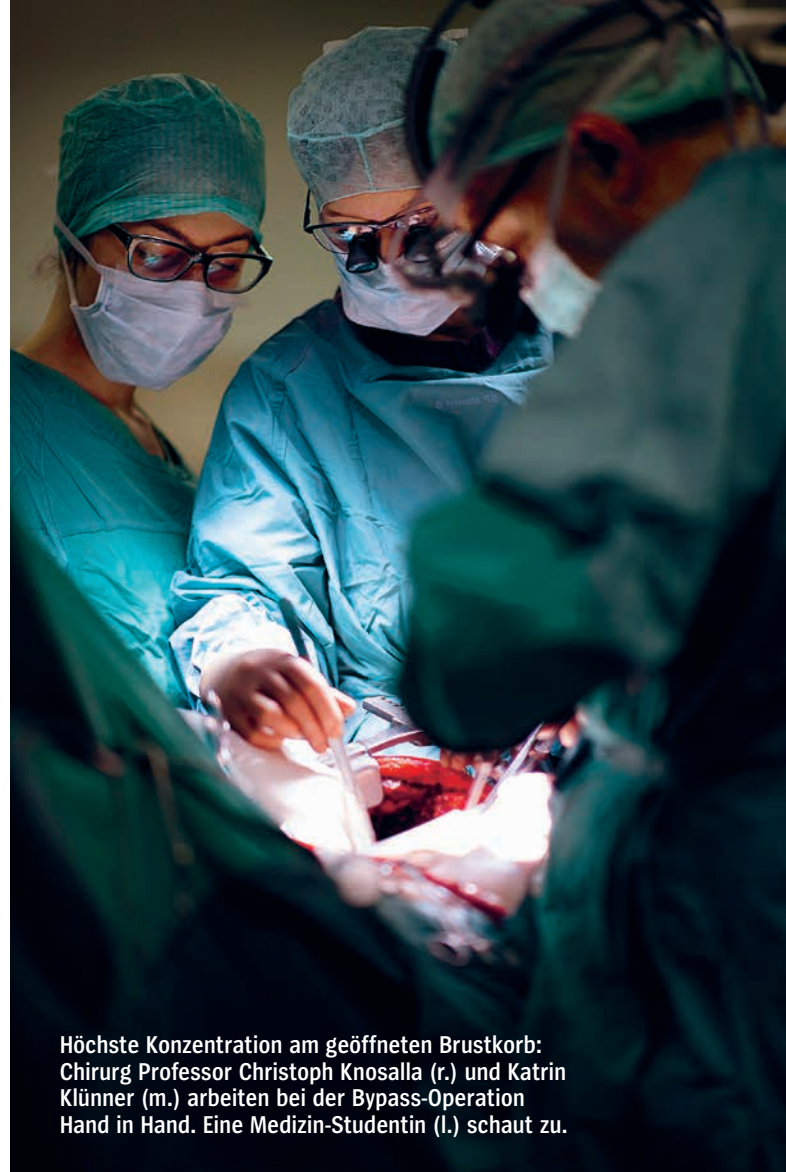
Physician Assistants stimmen sich eng mit Ärzten ab. Das Harvesting, an anderen Kliniken die Aufgabe von Assistenzärzten, wird am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) immer häufiger Physician Assistants wie Katrin Klünner anvertraut. Physician Assistant (PA, wörtlich: Arztassistent) ist hierzulande ein noch kaum bekannter Beruf. In den USA werden PAs schon seit den 60er-Jahren ausgebildet. Inzwischen arbeiten dort mehr als 100.000, etwa zur Hälfte in Arztpraxen und zu einem Drittel in Krankenhäusern. Physician Assistants gibt es außerdem vor allem in Kanada, in Großbritannien (wo sie

Erst wenige Absolventen. Auch nach dem positiven Beschluss des Deutschen Ärztetages im Mai 2017 bleibt das Studium bei Landesvertretern weiter umstritten. Der Vorsitzende des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, nennt die Absolventen „Barfuß-Ärzte“. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg warnt vor Qualitätsverlusten in der Versorgung. Der Berufsverband für Pflegeberufe sieht in der Ausbildung eine „Geringschätzung der Profession Pflege“ (siehe Kasten „Debatte um ein neues Berufsbild“ auf Seite 23). „Ärzte und Physician Assistants ergänzen sich sehr gut“, sagt dagegen Professor Christoph Starck, Leitender Oberarzt und Leiter des Projekts „Physician Assistants“ am DHZB. „Wenn Ärzte von delegierbaren Aufgaben entlastet werden, kann sich auch die Weiterbildung der Assistenzärzte auf das Wichtige konzentrieren.“

Inzwischen bieten fünf deutsche Hochschulen eine Ausbildung zum Physician Assistant an. In der Regel dauert das Studium drei Jahre, setzt eine Ausbildung in einem medizinischen Fachberuf voraus und schließt mit einem Bachelor of Science

ab. Die Studierenden arbeiten häufig zumindest als Teilzeitkraft in Kliniken. Rund 200 Absolventen (fast ausschließlich im stationären Bereich) und etwa 250 Studierende können die Hochschulen vorweisen. Eine Besonderheit gibt es an der Carl-Remigius-Hochschule in Frankfurt/Main und München. Sie lässt auch Bewerber ohne abgeschlossene medizinische Ausbildung zu. Der Deutsche Ärztetag hat das zwar abgelehnt. Direkte Auswirkungen auf den Studiengang hat das aber nicht – er ist von einer Akkreditierungsagentur für geeignet befunden worden und kann damit weiter angeboten werden.

Gehälter wie junge Ärzte. Katrin Klünner hat an der Steinbeis-Hochschule Berlin studiert. Hier vertiefen die Studierenden ihre medizinischen Kenntnisse in Präsenzveranstaltungen an der Hochschule und auch in der Klinik, in der sie arbeiten, angeleitet durch einen Betreuer und dokumentiert in einem „Praxis-Logbuch“. Die Studierenden arbeiten in Absprache mit der jeweiligen Klinik an einem Projekt, das sie in der Abschlussarbeit zusammenfassen. Zugangsvoraussetzung ist auch in Berlin eine einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung, zum Beispiel als Krankenschwester oder Pfleger. Bewerber mit mittlerer Reife brauchen drei Jahre Berufserfahrung, für Bewerber mit Abitur reichen zwei. 500 Euro monatlich kostet das Studium bei Steinbeis, nach drei Jahren summiert sich das für die Studierenden auf 18.000 Euro. Eine Investition in die Zukunft, auch mit Blick auf das Einkommen. „PAs werden meist wie junge Assistenzärzte eingestuft“, sagt Frank Merkle, Leiter des Studiengangs Physician Assistance an der Steinbeis-Hochschule. „Das entspricht einem Jahreseinkommen von etwa 60.000 Euro brutto.“ Inzwischen seien Krankenhäuser zunehmend bereit, qualifizier-



Höchste Konzentration am geöffneten Brustkorb: Chirurg Professor Christoph Knosalla (r.) und Katrin Klünner (m.) arbeiten bei der Bypass-Operation Hand in Hand. Eine Medizin-Studentin (l.) schaut zu.

Debatte um ein neues Berufsbild

Für die einen haben Physician Assistants viel Potenzial. Andere sehen das neue Berufsbild hingegen kritisch. Während der **Deutsche Ärztetag** in seinem Beschluss von Mai 2017 den Physician Assistant als **Karrierechance für Gesundheitsfachberufe** wie etwa Pflegeberufe beschreibt, widerspricht der **Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)** dieser Auffassung: Angesichts eines „bedeutsamen Mangels an Pflegefachpersonen“ sei es „kontraproduktiv, hochqualifizierte Pflegeexpert/innen zu Arztassistent/innen umzuqualifizieren. Dies ist eine **Vergeudung pflegerischer Kompetenz und eine Geringschätzung der Profession Pflege**“, heißt es in einer Stellungnahme des DBfK von Juli 2017.

Am Physician Assistant entzündet sich einmal mehr der **Streit um Delegation und Substitution**. So hat sich der Deutsche Ärztetag „klar für Modelle der Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip ausgesprochen, aber die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe klar abgelehnt“. Das kritisiert der DBfK: „Das zentrale Problem bei der Neuordnung von Aufgaben ist die mangelnde Bereitschaft der Ärzterverbände, das ärztliche Monopol in der medizinischen Heilkunde aufzugeben.“ Demgegenüber kommt das Deutsche Krankenhausinstitut in einer im November 2016 veröffentlichten Evaluation zu folgendem Fazit: „Insgesamt spricht vieles dafür, dass sich das Berufsbild des Physician Assistant/Arztassistenten mittel- bis langfristig auch in Deutschland etablieren wird.“

(G+G)

ten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Studium zu bezahlen, berichtet Merkle.

Aufgaben im Vorfeld der Operation. Katrin Klünner ist seit dem frühen Morgen auf den Beinen. Kurz nach halb sieben hat sie den Patienten begrüßt, der im Vorraum des Operationssaals 4 schon auf dem fahrbaren OP-Tisch lag. Dann hat sie im Operationsplan überprüft, ob sich über Nacht Änderungen ergeben haben. Aus der Dokumentation geht zum Beispiel hervor, dass der Patient über die Risiken der Operation aufgeklärt wurde und welche Aufgabenverteilung während der OP vorgesehen ist. Wenig später ist der Patient anästhesiert und Katrin Klünner kann ihn auf dem OP-Tisch richtig lagern. Mit Hilfe von Keilkissen sorgt sie dafür, dass während des stundenlangen Liegens keine Druckstellen entstehen. Der rechte Arm wird mit Binden am Körper fixiert, damit der Operateur möglichst nahe an den Brustkorb herantreten kann. Der Patient liegt ein wenig schräg; zwei Pfleger helfen ihrer 1,56 Meter großen Kollegin, den 120 Kilogramm schweren Körper des Patienten so zu bewegen, dass er gerade liegt. Dann kann es in den OP-Saal gehen.

Mit einem kleinen Rasierer entfernt Katrin Klünner letzte Haare von der Brustmitte des Patienten. Anschließend desinfi-



Katrin Klünner (l.) operiert eine Arterie aus dem Arm des Patienten heraus, ihr Kollege Andrej Schmik eine Vene aus dem Bein (r.). Das Harvesting (Ernte) – die Entnahme von Blutgefäßen, die als Bypass verstopfte Herzkranzgefäße ersetzen – ist im Deutschen Herzzentrum Berlin eine Aufgabe für Physician Assistants.

ziert sie den Körper halsabwärts mit Hilfe von in Desinfektionsmittel getauchten Tupfern, die sie mit einer Zange aus einer Metallschale greift. Dabei hilft der „Springer“, ein OP-Pfleger, indem er die Arme an den Händen anhebt und die Beine an den Füßen. Hände und Füße des Patienten werden anschließend mit sterilen, selbstklebenden Tüchern gründlich verpackt.

Im Deutschen Herzzentrum arbeiten vier PAs. Katrin Klünner hat immer im OP gearbeitet, nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester an der Uniklinik Rostock, am Humboldt-Klinikum Berlin und seit 1996 schließlich am DHZB. Irgendwann fragte sie sich, ob da nicht noch etwas mehr ging. Sie fand schließlich „genau das Richtige“. Von 2005 bis 2008 absolvierte sie als eine der ersten das PA-Studium, nahm die langen Fahrten zu den Präsenzphasen in Süddeutschland in Kauf und verzichtete drei Jahre lang auf Urlaub. „Wie habe ich das bloß geschafft?“ Kurz nach ihrem Studienabschluss übernahm sie die Pflegerische OP-Leitung am DHZB und damit erst einmal für einige Jahre eine organisatorische Funktion. Dann richtete der Ärztliche Direktor des DHZB, Professor Volkmar Falk, 2016 ein Projekt ein, um ärztliche Routinetätigkeiten an PAs zu delegieren. Er will damit eine kontinuierliche Qualität dieser Tätigkeiten sichern. Für Katrin Klünner eine Gelegenheit, in den ärztlichen Dienst zu wechseln und in die OP-Praxis zurückzukehren. Inzwischen gibt es im OP-Bereich zwei weitere Physician Assistants, Andrej Schmik und Friederike Schwedes.

Die vierte PA im Herzzentrum, Claudia Schmidt, arbeitet auf der Intensivstation. Sie ist Fachkrankenschwester und qualifizierte sich zum Intensive Care Practitioner mit einem Bachelor-Abschluss. Schon damit hatte sie ihr Arbeitsgebiet erweitern können. Sie wurde für die Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal in der Reanimation und Notfallmedizin eingesetzt. Von dem Studium zum Physician Assistant, ihrem zweiten Studienabschluss, erwartet sie noch mehr Vielfalt. Zum Beispiel

begleitet sie schon jetzt Patienten der Intensivstation, wenn Transporte innerhalb der Klinik notwendig sind – auch das ist grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe.

Teamarbeit am offenen Brustkorb. Im OP-Saal 4 hat Professor Christoph Knosalla inzwischen den Brustkorb des Patienten geöffnet. Auf dem Weg zum Brustbein setzt er den Elektrokauter ein – der erzeugt Hitze, durchtrennt das Gewebe und verschließt gleichzeitig die Blutgefäße. Im OP-Saal verbreitet das Kautern den strengen Geruch hocherhitzten Gewebes. Das Brustbein durchtrennt Professor Knosalla anschließend in Längsrichtung genau in der Mitte, mit einer elektrischen Säge. PA Andrej Schmik entnimmt währenddessen auf herkömmliche Weise, mit einem langen Schnitt, eine Vene aus dem linken Bein des Patienten. Knosalla löst die linke Arterie von der Brustwand und verbindet sie mit dem Herzen.

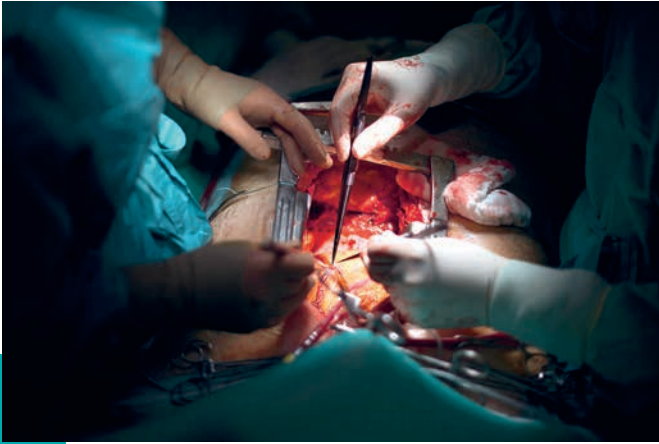
Auf einem Bildschirm an der Wand des Operationssaals ist der Röntgenfilm zu sehen, der bei der kardiologischen Untersuchung des Patienten mit einem Katheter entstanden ist. So weiß

PA: Studienangebote in Deutschland

Das Studium zum Physician Assistant (PA) dauert in der Regel drei Jahre und schließt mit dem Bachelor of Science ab. Folgende Einrichtungen bieten den Studiengang an: die Steinbeis-Hochschule (Berlin und Hamburg), die Carl Remigius Medical School (Frankfurt/Main und München), die Duale Hochschule Baden-Württemberg (Karlsruhe), die Berufsakademie Sachsen – Staatliche Studienakademie (Plauen), die Hochschule Döpfer (Regensburg) und die Praxishochschule (Rheine und Köln).

Zu den Zugangsvoraussetzungen gehören meist Abitur oder Fachabitur plus Zugangsprüfung und eine Ausbildung sowie Berufserfahrung in einem medizinischen Fachberuf. An den privaten Hochschulen fallen Studiengebühren von rund 500 Euro monatlich an.

(ups)



Während Chirurg Professor Christoph Knosalla am Herzen des Patienten Blutgefäße verbindet, assistiert Katrin Klünner: Sie säubert die Nahtstellen und schneidet Fäden ab.

der Operateur genau, an welcher Stelle die Stenosen liegen, also die Arterien verstopft sind, und kann sie mit einem Bypass gezielt umgehen. Das muss alles möglichst schnell geschehen, weil das Herz nur so lange stillgelegt werden soll wie unbedingt nötig, um das Absterben von Zellen zu vermeiden. Die Arbeit des Herzens übernimmt derweil die Herz-Lungen-Maschine. Mit absolut ruhiger Hand schneidet Knosalla Öffnungen in das Herzkranzgefäß und näht die beiden Arterien und die Vene an. Lupenbrille und Stirnlampe helfen ihm, die Einstiche dicht an dicht zu setzen. Katrin Klünner assistiert jetzt, ebenfalls mit Lupenbrille, am geöffneten Brustkorb, säubert die Stellen, an denen genäht wird, mit einem winzigen Tupfer, und schneidet Fäden ab. Schließlich verbinden beide gemeinsam unter einiger Kraftanstrengung das Brustbein mit acht Stahldrähten, die sogenannte Cerclage. Das Vernähen der Haut sieht dagegen fast wie ein Kinderspiel aus.

Hier geht es immer ums Überleben. Im OP-Saal geht es ruhig zu. Das Piepen des Herzmonitors und das Rauschen der Klimaanlage sind die meiste Zeit die einzigen Geräusche. Das Kernteam isst nichts und trinkt nichts; man kann während einer Operation weder in die Kantine noch auf die Toilette gehen. Kompressionsstrümpfe helfen Katrin Klünner, das lange Stehen auszuhalten. Am OP-Tisch weiß jeder, was der andere als nächstes tun wird. Die OP-Schwester reicht Instrumente an, ohne dazu aufgefordert zu werden. Für alles andere genügt ein gedämpft gesprochener Hinweis. Um sicherzugehen, wiederholt der Kardiotechniker an der Herz-Lungen-Maschine die Ansagen vom OP-Tisch, die an ihn gerichtet sind. In Momenten höchster Konzentration wird geschwiegen. In Phasen leichter Entspannung, zum Beispiel beim Verknoten der chirurgischen Fäden, ist Raum für private Gesprächsthemen.

Es ist diese höchste Konzentration, die für Katrin Klünner das Faszinierende an ihrem Beruf ausmacht: „Zu wissen, dass

jederzeit eine Komplikation eintreten kann – und dass jeder im Team ganz genau weiß, was dann getan werden muss.“ Bypass-Operationen gelten heute als Routineeingriff; die Sterblichkeit liegt bei einem Prozent. Und trotzdem: „Alles kann sich von einer Sekunde auf die andere ändern“, sagt die 45-Jährige. „Hier geht es immer ums Überleben.“

Übergabe auf der Station. Seit seiner Gründung im Jahr 1986 haben im Deutschen Herzzentrum Berlin fast 120.000 Operationen stattgefunden. 2.500 Herzen und/oder Lungen wurden transplantiert, fast 3.000 Kunstherzen implantiert. Jedes Jahr werden 8.000 Patienten stationär und 22.000 ambulant behandelt. Im ehemaligen Hauptgebäude des Virchow-Klinikums im



Geschafft: Rund fünf Stunden hat die Bypass-OP gedauert. Katrin Klünner (r.) hebt den Patienten gemeinsam mit einer Kollegin vom OP-Tisch.

Wedding und an anderen Standorten arbeiten 1.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In den zehn Operationssälen des DHZB können die Teams parallel arbeiten. Es gibt OP-Säle speziell für die Kinderherzchirurgie und zwei sogenannte Hybrid-Operationssäle mit strahlendurchlässigen, für das Röntgen geeigneten Operationstischen. Hier können Kardiologen und Chirurgen gemeinsam arbeiten.

Im Operationssaal Nummer 4 ist es 13 Uhr. Der Patient wird auf dem OP-Tisch aus dem Saal geschoben. Vor dem Aufzug wartet das Bett der Intensivstation. Ein paar geübte Hebegriffe und der Patient kann mit dem Aufzug zur Intensivstation gebracht werden. Auf der Station fassen Katrin Klünner und die Anästhesistin für ihre Kollegen zusammen, wie die Operation verlaufen ist. Sie wissen: Wenn er sich ausreichend bewegt und gesund ernährt, liegen noch viele Jahre vor dem Patienten. ■

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

Stefan Boness ist freier Fotojournalist in Berlin (www.iponphoto.com).



OLIVER WEISS

Mehr Power für Patienten

Fünf Jahre gilt das Patientenrechtegesetz nun schon. Es soll Patienten schützen und ihnen gegenüber Behandlern rechtlich den Rücken stärken. Doch das Werk hält nicht, was es verspricht. Die Politik muss deshalb an vielen Stellen kräftig nachlegen, meint **Nora Junghans**.

Das Gesetz ist der Freund des Schwachen. Diesen Satz ließ Friedrich Schiller Anfang des 19. Jahrhunderts einen seiner Protagonisten im Drama „Die Braut von Messina“ sagen. Als die Bundesregierung gut 200 Jahre später das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ – kurz Patientenrechtegesetz – schuf, zeigte sie sich vollkommen davon überzeugt, dass dieser Satz tatsächlich auch für dieses Regelwerk zutrifft.

Es sollte Patienten künftig besser schützen, unterstützen und als mündige Vertragspartner auf Augenhöhe zu den Behandlern bringen. Kritiker zeigten sich dagegen von Anfang an enttäuscht, sprachen von Mutlosigkeit und verpassten Chancen. Am 26. Februar 2018 ist das Patientenrechtegesetz fünf Jahre in Kraft: Damit ist ein guter Zeitpunkt gekommen, um zu bilanzieren, wie sich das Gesetz im Alltag von Patienten und ihren Behandlern von Ärzten über Physiotherapeuten bis zu Hebammen und Heilpraktikern bewährt hat – und wo es nachgebessert werden muss.

„Tod nach Behandlungsfehler – 6.500 Euro für Lenis Leiden“, „Chirurgen vergaßen Schere im Bauch“, „Herzinfarkt nicht erkannt“. Wenn es um Patientenrechte geht, hat man gleich Schlagzeilen um spektakuläre Behandlungsfehler und ihre Folgen vor Augen (siehe auch Interview „Wir müssen die Position der Patienten weiter verbessern“ auf Seite 31). Doch geht es bei den Rechten von Patienten um viel mehr als die reine Behandlung. Wie und wann muss mich mein Arzt über eine bevorstehende Operation aufklären? Muss mir der Arzt Alternativen zur Behandlung aufzeigen? Was muss in meiner Patientenakte dokumentiert sein und habe ich das Recht, diese einzusehen? Welchen medizinischen Nutzen haben Selbstzahler-Angebote (IGeL)? Diese und viele weitere Aspekte gehören ebenso zum Feld der Patientenrechte. Bevor es zum Patientenrechtegesetz kam, hatte die Politik bereits viele Jahre über die verschiedensten Fragestellungen rund um die Beziehung zwischen Patienten und Behandlern debattiert. Insofern werteten viele allein die Tatsache, dass ein Gesetz zustande kam, als großen Erfolg.

Streitfälle landeten einzeln vor Gericht. Durch das Patientenrechtegesetz änderten sich insgesamt sieben Gesetze und Verordnungen – von Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) über das Sozialgesetzbuch V (SGB V) bis zur Bundesärzteordnung. Bis zum Inkrafttreten des Gesetzes im Februar 2013 waren wesentliche Aspekte des Arzthaftungsrechts nämlich gar nicht normiert. Stattdessen basierten sie auf dem so genannten Richterrecht. Das bedeutet: Weil es kein Gesetz gab, landeten Streitfälle einzeln vor Gericht. So mussten sich die Gerichte beispielsweise jahrzehntelang immer wieder mit der Frage beschäftigen, worüber ein Arzt den Patienten vor einer Behandlung aufklären muss, damit dieser rechtswirksam in die geplante Maßnahme einwilligen kann. Diese Aufklärungspflichten regelt das Gesetz endlich transparent und konkretisierte sie. Patienten können nun unter anderem nachlesen, dass sie grundsätzlich das Recht haben, ihre Patientenakte einzusehen und welche Regelungen bei der Beweislast gelten. Insgesamt handelt es sich in den entsprechenden Passagen zum Behandlungsvertrag, vor allem im BGB, im Wesentlichen um eine Zusammenfassung dessen, was Gerichte in den vorangegangenen Jahrzehnten ausgeurteilt hatten. Dieses Zusammenfassen, das Juristen als Kodifikation bezeichnen, sollte aber nicht nur die Praxis des Richterrechts beenden. Der Gesetzgeber verknüpfte damit gleichzeitig den Anspruch, im Alltag das Verhältnis zwischen Behandlern und Patienten auf eine andere Ebene zu befördern: Durch Transparenz und Rechtssicherheit sollte es für Patienten leichter werden, ihre Rechte durchzusetzen. Wohl auch mit diesem Ziel stellte der Gesetzgeber noch einmal klar, dass Behandelnder und Patient zusammenwirken sollen. Allerdings stellt sich die Frage, ob sich das Gesetz angesichts des erheblichen Wissensgefälles überhaupt dazu eignet, ein Verhältnis auf Augenhöhe zu erzeugen.

Große Lücken im Gesetz. Trotz aller guten Absichten vermag man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass das Papier, auf dem diese und andere Pflichten der Behandler verankert sind, sehr geduldig ist und das Patientenrechtegesetz insbesondere im Hinblick auf die Regelungen zum Behandlungsvertrag im BGB

zum weitgehend zahnlosen Tiger mutierte. Denn: Die Normen werden in der Praxis unzureichend, nur zögerlich oder gar nicht umgesetzt. Das mag daran liegen, dass die Behandler über ihre jeweiligen Pflichten schlicht nicht informiert sind. Dahinter mag Vertrauen auf die Ärzteschaft und die anderen Behandler gestanden haben. Böse Zungen könnten jedoch behaupten, dass hinter der mangelnden Umsetzung steckt, dass Ärzte kaum rechtliche Folgen befürchten müssen, wenn sie ihre Pflichten nicht einhalten. Wie auch immer: Fünf Jahre Praxis des Gesetzes zeigen, dass es im Interesse der Patienten unumgänglich ist, rechtliche Konsequenzen für Behandler direkt in das Gesetz aufzunehmen.

Wissensgefälle schadet Patienten. Gute Ideen dafür, wie sich das Verhältnis zwischen Behandler und Patienten ausgewogener gestalten ließe, hatte es durchaus im Vorfeld der Gesetzgebung gegeben. Doch verwarf die damalige Bundesregierung Änderungsvorschläge, die unter anderem der Bundesrat gemacht hatte, fast vollständig. Ein Vorschlag lautete beispielsweise, dass ein Behandler seinen Patienten immer und unverzüglich informieren muss, sobald er Umstände erkannt hat, die einen Behandlungsfehler vermuten lassen. Das Patientenrechtegesetz in seiner jetzigen Form normiert diese Informationspflicht aber nur für die (wenigen) Fälle, in denen der (mutige) Patient konkret die Frage nach einem Behandlungsfehler stellt oder die Information zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist. Im Hinblick auf das schon genannte Wissensgefälle zwischen Behandler und Patient führt dies nicht zu einer Stärkung der Position des Patienten. Auch ist nicht nachvollziehbar, warum Architekten und Steuerberater über eigene Fehler grundsätzlich ohne Nachfrage Auskunft geben müssen, Behandler aber nur in bestimmten Einzelfällen.

Patienten vor hohen Hürden. Versäumt hat es der Gesetzgeber dagegen, rechtliche Konsequenzen für die Behandler in das Gesetz aufzunehmen, falls sie den Patienten selbst auf Nachfrage nicht über einen Behandlungsfehler informieren. Dem Grundsatz, dass die Ärzte sich in einem Verfahren nicht selbst belasten müssen, ist dagegen sehr wohl im Gesetzestext entsprochen. Geht der Patient nun – obwohl der Behandler ihn nicht informiert hat – seinem Verdacht auf einen möglichen Behandlungsfehler nach, liegen erhebliche Hürden vor ihm. Die größte davon ist die so genannte Beweislastverteilung: Der Patient muss bis heute grundsätzlich den Vollbeweis erbringen. Das bedeutet, er muss nicht nur nachweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, sondern auch dass es einen Schaden gab und dass zwischen Fehler und Schaden ein kausaler Zusammenhang besteht. Gerade der Kausalitätsbeweis stellt die Patienten zumeist vor große Probleme. Auch in diesem Punkt vermochte das Patientenrechtegesetz noch immer keine Waffengleichheit zwischen Behandler und Behandeltem herzustellen.

Insbesondere bei Fällen, in denen Ärzte außerhalb des Bewusstseins des Patienten handeln, ist die Verhandlungsposition des Patienten von vornherein geschwächt. Ein Beispiel: Ein Patient erleidet durch eine fehlerhaft durchgeführte Rückenoperation in Vollnarkose eine Querschnittslähmung. Obwohl er die

Operation nicht bewusst erlebt hat und medizinischer Laie ist, muss er nun zunächst den Beweis dafür erbringen, dass der Eingriff nicht standardgerecht erfolgt ist und der Schaden nicht auf einer unvermeidbaren Komplikation beruht. Anschließend muss er darlegen und beweisen, dass tatsächlich ein Kausalzusammenhang zwischen der Lähmung und dem Fehler besteht.

Die AOK hatte sich schon vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes für Modifizierungen hinsichtlich der Beweislastverteilung eingesetzt. So wäre es grundsätzlich noch vertretbar, wenn der Patient als Anspruchssteller zwar darlegen und beweisen müsste, dass Fehler und Schaden vorliegen. Hinsichtlich der Kausalität sollte es aus Sicht der AOK aber ausreichen, wenn mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit, also zu mehr als 50

Dokumentation ganz oder teilweise ablehnt beziehungsweise die Unterlagen nur unvollständig herausgibt, sollte der Lauf der Verjährungsfrist erst in dem Moment beginnen, wenn die vollständige Einsicht gewährt wurde. So würde der Patient zumindest bis dahin davor geschützt, dass er einen etwaigen Anspruch unter Umständen nicht mehr durchsetzen könnte.

Weitere Unterlagen miteinbeziehen. Darüber hinaus setzt sich die AOK dafür ein, das Einsichtsrecht der Patienten auf weitere Unterlagen auszudehnen, etwa auf Dokumentationen zur Einhaltung von Hygienevorschriften oder das Medizinproduktebuch. Die Unterlagen können – obwohl nicht ausschließlich patientenbezogen geführt – ebenfalls im Zusammenhang mit



Patienten haben das Recht auf Einsicht in ihre Akte – doch leider gilt es oft nur auf dem Papier.

Prozent, feststeht, dass der Gesundheitsschaden Folge des festgestellten Behandlungsfehlers ist. Damit würde die größte Hürde im Rahmen der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen auf ein vertretbares Maß verkleinert.

Essentiell für jede Prüfung eines Verdachts auf einen möglichen Behandlungsfehler ist die Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation. Patienten, die sich vor Inkrafttreten des Gesetzes mit diesem Ansinnen an Behandler wandten, brauchten oft viel Geduld, häufig auch einen Rechtsanwalt oder Richter. Da das Einsichtsrecht in die Akte gesetzlich normiert ist, sollte man davon ausgehen können, dass mit dieser Regelung auch ein Vollzugsdefizit behoben wurde und Probleme bei der Einsichtnahme der Vergangenheit angehören.

Viele Hinweise auf Defizite. Das ist jedoch nicht der Fall. Noch immer ist die Anzahl der Patienten unerträglich hoch, bei denen die Einsichtnahme in ihre Behandlungsunterlagen maßgeblich verzögert oder grundlos verweigert wird. Das zeigen die zahlreichen Hinweise, die das Behandlungsfehlermanagement der AOKs in den vergangenen fünf Jahren erreichten.

Die AOK fordert deshalb schon lange eine gesetzliche Normierung von Sanktionen. So wäre beispielsweise folgende Regelung sachgerecht: Wenn der Behandler die Einsicht in die

der Vermutung auf einen Fehler relevant sein und zudem eine Prüfung und Bewertung überhaupt erst ermöglichen.

Viel Streit um Aufklärung. Ein weiteres Thema, das immer wieder Stoff für außergerichtliche Auseinandersetzungen und Rechtsstreite bietet, ist die Aufklärung vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme. Allerdings ist hier der Behandler beweisbelastet. Das bedeutet, dass er darlegen und beweisen muss, dass er den Patienten in einer für ihn verständlichen Weise vollumfänglich, rechtzeitig und mündlich aufgeklärt hat. Darüber hinaus hat er dem Patienten Abschriften von den Unterlagen auszuhändigen, die dieser im Zusammenhang mit der Aufklärung unterzeichnet hat. Für den Patienten ist dies im Zusammenhang mit dem Verdacht auf einen möglichen Behandlungsfehler von immenser Bedeutung: Zum einen gilt die von ihm – meist im Zusammenhang mit einem Aufklärungsbogen – unterzeichnete Einwilligungserklärung als Indiz dafür, dass tatsächlich ein mündliches Aufklärungsgespräch stattfand. Zum anderen kann der Patient nach einer Behandlung noch nachvollziehen, worüber er zuvor aufgeklärt wurde – und im Streitfall auch, worüber nicht. Leider gibt es Fälle, in denen Behandler bei nicht optimalem Behandlungsverlauf und -ergebnis nachträglich Eintragungen im Aufklärungsformular



vornehmen. Diesen Nachtrag kann der Patient nur nachweisen, wenn er das entsprechende Formular vor der Behandlung ausgehändigt bekam. Auch in solchen Fällen könnte eine gesetzliche Sanktionierung eventuell Abhilfe schaffen. Folgendes sollte in diesem Sinne diskutiert werden: Wenn die Kopie nicht ausgehändigt wurde, sollte die Indizwirkung für die Durchführung eines Aufklärungsgesprächs und dessen Inhalt entfallen.

Klare Linie bei Selbstzahlerleistungen nötig. Neben dem Umgang mit Behandlungsfehlern und Aufklärungspflichten offenbart auch das stetig wachsende Angebot an den sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) eine Gesetzeslücke, die es zu schließen gilt. Zwar findet sich im Bürgerlichen Gesetzbuch seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes zumindest eine Regelung zur Informationspflicht des Behandlers. Allerdings schreibt die entsprechende Passage nur vor, dass der Patient über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung informiert werden muss, sofern deren vollständige Übernahme durch einen Dritten, wie etwa die Krankenkasse, nicht gesichert ist. Das noch viel größere Problem dürfte in diesem Zusammenhang aber für die Patienten darin liegen, sich für oder gegen diese Leistung zu entscheiden, die sie selbst bezahlen müssen: Eine Pflicht des Behandlers, den Patienten über den Nutzen einer IGeL-Leistung aufzuklären, sucht man im Patientenrechtegesetz nämlich vergebens. Wie wichtig und überfällig eine Normierung

in diesem Punkt ist, zeigte erst kürzlich erneut der IGeL-Monitor: Danach schaden die meisten dieser Leistungen mehr als sie nützen. Vor diesem Hintergrund wäre eine Normierung im Gesetz eine immens wichtige Stärkung der Patientenrechte.

Arzneimittel und Medizinprodukte aufnehmen. Mit dem Patientenrechtegesetz sollte nach dem Willen der Bundesregierung auch eine Stärkung der Rechte der Patienten gegenüber Leistungserbringern einhergehen. So verankerte der Gesetzgeber unter anderem im Paragraf 66 Sozialgesetzbuches V (SGB V) eine Soll-Vorschrift, wonach die Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen sollen, die aus Behandlungsfehlern entstanden sind.

Eine Vielzahl von Beispielen zeigt, dass es für die Stärkung der Patientenrechte wichtig wäre, wenn die Kassen dazu auch bei Arzneimittelschäden und Medizinproduktschäden aufgefordert wären. Patienten wünschen dies ausdrücklich. Aus ihrer Sicht ist es nicht zielführend, wenn die Behandlungsfehler anders als Arzneimittel- und Medizinproduktschäden bewertet werden.

Tausende Betroffene suchen Hilfe bei der AOK. Vollzugsdefizite hinsichtlich der Unterstützung von Versicherten gemäß Paragraf 66 SGB V gab es im AOK-System weder vor noch nach dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes. Seit mehr als 17 Jahren unterstützen die Service-Teams in den AOKs ihre Versicherten fachkompetent, individuell und vertraulich.

Über 15.000 Versicherte wenden sich jährlich an die Experten mit der Bitte um Unterstützung bei Behandlungs- und Pflegefehlern. Die Folgekosten fehlerhafter Behandlungen sind hoch. Die AOK kümmert sich daher auch intensiv darum, die von ihr dafür aufgewendeten Beträge vom Schädiger beziehungsweise dessen Haftpflichtversicherung zurückzuerlangen und der Versichertengemeinschaft wieder zuzuführen. Allein in den vergangenen zwei Jahren konnten mehr als 65 Millionen Euro im Bereich der Krankenversicherung und 14 Millionen Euro in der Pflegeversicherung an die Versichertengemeinschaft zurückgeführt werden.

Politik muss nachlegen. In der Gesamtschau ist es ein guter Ansatz, die bisherige, umfangreiche Rechtssprechung zu kodifizieren. Denn mit dieser Transparenz über Rechte und Pflichten schafft es das Gesetz tatsächlich, dem Schwachen als Freund zur Seite zu stehen – um noch einmal zurück zum eingangs erwähnten Schiller-Zitat zu kommen.

Insgesamt hat das Patientenrechtegesetz jedoch nicht zu der von vielen Patienten erhofften spürbaren Stärkung ihrer Rechte und zum Abbau der Vollzugsdefizite geführt. Fünf Jahre nach seinem Inkrafttreten bedarf es deshalb eines Patientenrechtstärkungsgesetzes. Nur damit ist das Ziel zu erreichen, Patienten und Behandelnde auf Augenhöhe zu bringen und die tatsächliche Durchsetzung der Rechte der Patienten vollumfänglich zu ermöglichen. Es gibt also noch viel zu tun – ob die künftige Bundesregierung die Patientenrechte weiter stärkt, bleibt abzuwarten. Nötig wäre es in jedem Fall. ■

Nora Junghans ist Referentin für Behandlungsfehlermanagement beim AOK-Bundesverband. **Kontakt:** nora.junghans@aok.bv.de

Lese- und Webtipps

- Junghans, Nora: **Behandlungsfehler. Die Wahrheit erfahren.** In: G+G-Spezial 11/2017, S. 18–19
- G+G Wissenschaft 4/2016. **Schwerpunkt: Verbraucherschutz im Gesundheitswesen.**
- „Bei der Patientensicherheit sind wir keinesfalls spitze.“ Interview mit Tanja Manser. In: G+G 9/2015, S. 30–34
- G+G-Spezial 2/2013: **Patientenrechtegesetz. Eine Mogelpackung?** Positionen. Chancen. Hintergründe.
- Infos rund um das Gesetz:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossier > **Patientenrechte**
www.aok-bv.de > Hintergrund > Reformdatenbank > 2013 > **Patientenrechtegesetz**
- Zum Nutzen von IGeL-Leistungen: www.igel-monitor.de
> Pressemitteilungen > **Bilanz nach fünf Jahren IGeL-Monitor**

„Wir müssen die Position der Patienten weiter verbessern“

Beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler haben Betroffene oft einen langen und beschwerlichen Weg vor sich, um zu ihrem Recht zu kommen. **Olaf Schrodi** und sein Team unterstützen Betroffene.

Herr Schrodi, die Schere im Bauch vergessen, das Baby per Notkaiserschnitt zu spät geholt: Haben Sie es mit solchen Behandlungsfehlern bei der AOK PLUS zu tun?

Olaf Schrodi: Solche Fälle kommen vor, sind aber selten. Wir beobachten vielmehr, dass Operationen in der Regel ordnungsgemäß verlaufen, es aber im Anschluss zu Komplikationen kommt. Darauf reagieren die Behandler oft nicht richtig. Das gilt zum Beispiel für infizierte Wunden oder Fieber, oft passiert zu lange nichts. Patienten beklagen vielfach mangelnde Kommunikation von Ärzten.

Was tut die AOK, wenn sich Versicherte mit dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler melden?

Schrodi: In der Regel nehmen zunächst geschulte Mitarbeiter in der AOK-Filiale des Versicherten den Vorwurf auf und dokumentieren ihn. Gibt uns der Versicherte eine Schweigepflichtentbindung, fordern wir die Behandlungsunterlagen an. Ab hier kümmert sich unser Team aus acht Experten für das Behandlungsfehlermanagement um den Fall. Deutet etwas auf einen Fehler hin, fordern wir beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eine medizinische Einschätzung an.

Und wenn sich der Verdacht bestätigt?

Schrodi: Dann beraten wir den Versicherten über die rechtlichen Möglichkeiten. Wir dürfen aber weder Anwalts- noch Gerichtskosten übernehmen. Allerdings können wir selbst auch klagen, wenn Kosten durch weitere Behandlungen entstehen. Von den 851 Fällen, die wir im Jahr 2016 abgeschlossen haben, erwiesen sich 122 als Behandlungsfehler. Die große Zahl gemeldeter Verdachtsfälle zeigt, dass die Hemmschwelle der Patienten niedrig ist, sich bei uns zu melden. Das finden wir gut.

Seit fünf Jahren gibt es das Patientenrechtegesetz. Taugt es, um Patienten zu ihrem Recht zu verhelfen?

Schrodi: Für Patienten gibt es auf dem Weg zu ihrem Recht nach wie vor viele Hürden. Zum Beispiel kommt es trotz des gesetzlich

vorgeschriebenen Einsichtsrechts in die Behandlungsunterlagen immer noch vor, dass sie sich dieses erstreiten müssen. Zudem müssen Patienten weiterhin lange gerichtliche Auseinandersetzungen durchstehen, Haftpflichtversicherer verschleppen oft trotz eines eindeutigen Sachverhalts Zahlungen. Insgesamt hat das Gesetz nur bedingt Waffengleichheit zwischen Behandler und Patient hergestellt. Allein durch das Wissensgefälle ist der



Olaf Schrodi ist Bereichsleiter Behandlungsfehler/Fehlverhalten bei der AOK PLUS. Kontakt: olaf.schrodi@plus.aok.de

Patient weiter in der schlechteren Verhandlungsposition. Das müssen wir verbessern.

Was müsste sich ändern?

Schrodi: Wir haben viele konkrete Vorschläge, um die Rechte der Patienten zu stärken. Gibt der Behandler beispielsweise die Unterlagen nicht heraus, sollte erst bei vollständigem Vorliegen der Dokumente die Verjährungsfrist einsetzen. Gibt es Anhaltspunkte für einen Fehler, müsste der Behandler den Patienten automatisch informieren müssen. Klären Ärzte nicht über den Nutzen von IGeL-Leistungen auf, sollten sie ihren Anspruch auf Vergütung verlieren. Zum Vermeiden langer gerichtlicher Auseinandersetzungen sollte das Gericht eine Mediation anordnen dürfen. ■

Die Fragen stellte Karola Schulte.

Was hat das

Das Patientenrechtegesetz hat vor fünf Jahren Richterrecht in Gesetzestexte gewandelt. Zwei neue Aspekte sind für die operativen Disziplinen hinzugekommen: die verpflichtende Aushändigung einer Kopie des Aufklärungsbogens (Empfehlungen sollen dargelegt werden) und die Verpflichtung zu einer detaillierten Dokumentation des Behandlungsablaufs in Form einer



„Wissen über Fehler ist besser als eine Mauer des Schweigens“

Dr. Eric Lorenz ist Chefarzt der Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie am Alexianer St. Hedwig Krankenhaus in Berlin.

Patientenakte. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber über den Gemeinsamen Bundesausschuss die Einführung eines klinischen Risikomanagements verordnet. Das Infektionsschutzgesetz und die konsekutiven Hygieneverordnungen haben die Anforderungen an die Hygiene im Krankenhaus und in der Praxis erhöht. Parallel stiegen die haftungsrechtlichen Konsequenzen.

Das Gesetz gibt für die Praxis keinen Hinweis, wer und in welchem Ausmaß für den erheblich gestiegenen personellen Mehraufwand Rechnung trägt – im Vergütungssystem werden diese Personalbindungen bislang nicht abgebildet.

Kernanliegen des Patientenrechtegesetzes ist neben der Stärkung der Patientenrechte die Erhöhung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität. Die organisatorischen und administrativen Vorgaben könnten diese wohlformulierten Ziele konterkarieren, da die Ressourcen gerade in chirurgischen Fächern für die Umsetzung nicht zur Verfügung gestellt werden.

Die Praxis in der Chirurgie zeigt, dass die offene Kommunikation mit dem Patienten Haftungsprozesse vermeiden kann. Selbst mit dem Wissen eines Behandlungsfehlers und dem Bemühen des Arztes, diesen zu korrigieren und ihn einzugestehen, können Patienten weit besser umgehen als mit der eisigen Mauer des Schweigens. So wird der Geist des Gesetzes für das Patientenwohl eher durch dieses Verhalten umgesetzt. ■

Die Politik hat in den vergangenen Jahren immer mehr Rechte für Patienten und Patientenvertreter etabliert. Das ist gut so. Dabei wird jedoch die Bedeutung der durch die Sozialwahlen legitimierten Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung zu wenig berücksichtigt. Sie spielen eine zentrale Rolle, denn sie repräsentieren die Versicherten sowohl aus Perspektive der Patienten als auch der Beitragszahler im Gesundheitswesen. Sie haben beachtliche Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes und des Versorgungsgeschehens.

Ein gutes Beispiel für den praxisnahen Austausch mit Versichertenvertretern ist in Hessen die AOK-Veranstaltungsreihe „Selbsthilfe im Dialog“ mit jährlich zehn Terminen in unterschiedlichen Regionen. Dort erhalten wir als Versichertenvertreter regelmäßig wertvolle Hinweise von Menschen aus Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen. Seit vielen Jahren praktizieren wir in Hessen dieses Zusammenspiel.

Insgesamt hat sich durch das Patientenrechtegesetz die Realität im Behandlungszimmer des Arztes kaum verändert. Zu einer wirklich spürbaren Stärkung der Patientenrolle gegenüber dem Arzt haben die Neuregelungen kaum geführt. Die beab-



„Realität im Sprechzimmer hat sich kaum geändert“

Angelika Beier ist Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Hessen, des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes und des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes.

sichtigte formale Bündelung der Patientenrechte in einem Gesetzeswerk hat stattgefunden – jetzt müssen sie aber auch noch stärker gelebt, respektiert und in Anspruch genommen werden. Zudem sehe ich auch weiteren Handlungsbedarf, wenn Patienten Behandlungsfehler vermuten. Hier muss es weitere Beweiserleichterungen geben. Alle Seiten sind gefragt – und damit alle Akteure im Gesundheitswesen. Als AOK wollen wir uns hierzu auch weiterhin engagieren. ■

Gesetz bewirkt?

Die Patientenrechte haben sich durch das Patientenrechtegesetz nicht verbessert, aber wohl auch nicht verschlechtert. Aus juristischer Sicht ist das Gesetz handwerklich gut gelungen. Doch besteht inhaltlich Verbesserungsbedarf. Die „Doktrin des groben Behandlungsfehlers“ wurde mit dem Patientenrechtegesetz nicht aufgegeben. Was ein grober Behandlungsfehler ist, sollte zwar eine rechtliche Frage sein. Faktisch wird dies jedoch durch den



„Ein Schmerzensgeld für Hinterbliebene war längst überfällig“

Jörg Heynemann
ist Fachanwalt für Medizinrecht in Berlin.

medizinischen Sachverständigen im Arzthaftungsrecht bestimmt und dies nicht nur in Ausnahmefällen willkürlich. Jeder Patientenanwalt kann ein Lied davon singen, wie schwer es ist, einen medizinischen Sachverständigen dazu zu bringen, seinem Kollegen einen groben Behandlungsfehler zu attestieren, auch wenn dieser noch so offensichtlich ist. Nach wie vor muss der Patient im Wege des Vollbeweises den Behandlungsfehler, den erlittenen Schaden und den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden beweisen. In der Praxis scheitert die Anspruchsdurchsetzung sehr oft an der nicht nachweisbaren Kausalität. Bei Restzweifeln am Ursachenzusammenhang scheidet der Anspruch, die Behandlerseite haftet nicht.

Weitere „heiße Eisen“ wie das Arzneimittel- oder Medizinproduktehaftungsrecht fasste der Gesetzgeber nicht an. Die überfällige Einführung des Angehörigenschmerzensgeldes, für die sich auch der AOK-Bundesverband stark gemacht hatte, wurde erst 2017 im „Gesetz zur Einführung eines Anspruchs auf Hinterbliebenengeld“ umgesetzt. Damit wird das seelische Leid aufgrund der Tötung eines nahe stehenden Menschen zum Beispiel durch einen Behandlungsfehler anerkannt. Wie viel Geld Hinterbliebene von Opfern von Behandlungsfehlern erhalten, liegt im Ermessen der Gerichte. ■

Auf dem Weg zu einem allgemein verständlichen und transparenten Patientenrecht war das Gesetz ein wichtiger Schritt. Vorher kannten nur Fachleute die einzelnen Rechte und Pflichten aus der Rechtsprechung; nun sind diese in einem Gesetz gebündelt nachzulesen. Zudem brachte das Gesetz punktuelle Verbesserungen, wie die Pflicht für Behandelnde, auf Behandlungsfehler hinzuweisen.

Mein Anspruch geht aber weiter: Der Gesetzgeber muss einen fairen Rahmen für die Patienten und die anderen Akteure des Gesundheitswesens garantieren. Und er muss diesen kontinuierlich weiterentwickeln. Deshalb reicht es nicht, dort zu verharren, wo wir seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes stehen. Das Gesetz hat nichts daran verändert, dass die Pflichten bei der Aufklärung von Behandlungsschäden zwischen Patienten und Behandelnden sehr ungleich verteilt sind. Dies wird sich erst ändern, wenn der Gesetzgeber faire und zielgenaue Änderungen der Beweislast umsetzt. So sollte beispielsweise die Last des Beweises für einen Fehler während einer Operation nicht bei den narkotisierten Patienten, sondern bei den Behandelnden liegen. In Fällen, in denen Behandelnde gesetzeswidrig die vollständige und zeitnahe Herausgabe der Patientenakte verweigern, sollte sie künftig die volle Beweislast treffen. Weiterer



„Wir brauchen eine faire Änderung der Beweislast“

Johannes Wörn ist Geschäftsführer der Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte in Berlin.

Handlungsbedarf: Die Hinweispflicht für Behandelnde auf Behandlungsfehler sollte künftig auch ohne Nachfrage des Patienten gelten. Hilfreich wäre zudem eine Präzisierung, in welchen Fällen und in welcher Qualität die Krankenkassen ihre Versicherten bei vermuteten Behandlungsfehlern zu unterstützen haben. Dies alles mit einem Ziel: Die Patientenrechte weiter stärken, um Fairness sicherzustellen. ■



Zur Person

Franz Wagner, 1957 im bayerischen Kelheim geboren, ist seit September 2017 neuer Präsident des Deutschen Pflgerates (DPR). Er hat das Amt von Andreas Westerfellhaus übernommen. Franz Wagner ist Gesundheits- und Krankenpflger, Lehrer für Pflgerberufe und Master of Science in Nursing. Seit 1999 ist er Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflgerberufe (DBfK). Von 2005 bis 2009 war Wagner 1. Vizepräsident des Weltverbandes der Pflgerberufe, seit 2006 Vizepräsident des Deutschen Pflgerates. Franz Wagner ist Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien sowie Beiräten – beispielsweise in der Kommission zur Anerkennung von Magnethospitälern. In seiner Freizeit reist er so oft es geht nach Italien, um Land und Leute kennenzulernen.

„Pflege braucht keinen Stimmungsaufheller“

Mit warmen Worten allein ist es nicht getan: Um junge Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern, setzt der neue Präsident des Deutschen Pflegerates, **Franz Wagner**, auf mehr Selbstbewusstsein und Eigenständigkeit seiner Profession. Dabei könnten sich Deutschlands Pflegeprofis viel von ihren Kolleginnen und Kollegen in den USA abschauen.

Herr Wagner, dürfen Pflegekräfte eigentlich streiken?

Franz Wagner: Natürlich dürfen sie das. Pflegefachpersonen sind normale Arbeitnehmer, die wie andere Streikrecht genießen.

Der Streik am Berliner Universitätsklinikum Charité vor einigen Wochen sorgte dennoch für Wirbel. Ihren Kolleginnen und Kollegen wurde vorgeworfen, Patienten hätten infolge der Arbeitsniederlegungen zu Schaden kommen können.

Wagner: Diese Moralkеule kommt doch immer, wenn wir auf die Straße gehen. Klar tragen Pflegende eine große Verantwortung. Es ist ja etwas anderes, wenn Maschinen stillgelegt und keine Autos mehr produziert werden. In der Pflege muss ich dafür sorgen, dass auch im Streikfall eine Mindestversorgung gewährleistet ist. Das war an der Charité der Fall. Im Übrigen ging es dort nicht um mehr Geld. Es ging darum, dass genügend Pflegefachpersonal in der Intensivmedizin und auf Normalstationen vorgehalten wird. Das dient auch der Patientensicherheit.

Sollten Pflegekräfte öfter ihre Stimme erheben?

Wagner: Wir müssen uns mehr zu Wort melden und deutlich machen, was wir leisten. Viele Menschen haben kein klares Bild, was Pflegefachpersonen tun. Stattdessen herrscht ein reduziertes Bild vor – gepaart mit einem ambivalenten Kompliment, das so lautet: Toll, dass ihr den Job macht – ich könnte das nicht.

Was daran ist ambivalent?

Wagner: Einerseits schwingt Anerkennung mit, andererseits aber auch Mitleid mit dem Pflegeberuf, der – so die Wahrnehmung – vor allem eklig, traurig und hart ist. Hinzu kommt: Pflege ist für viele ein einziger, großer Brei. Die angelernte Helferin gehört genauso dazu wie die Pflegefachperson, die einen Bachelor- oder Masterabschluss besitzt oder sogar promoviert hat. So entsteht ein ziemlich durchschnittliches Bild. Entweder wir kümmern uns darum, wenn jemand nicht mehr alleine auf die Toilette gehen kann. Oder wir erledigen Dinge, die der Arzt zuvor angeordnet hat. Eigener Kopf und eigene Konzepte? Fehlanzeige! Ich sage immer: Pflege ist die am meisten unterschätzte Ressource im Gesundheitswesen.

Jetzt drücken Sie aber ganz schön auf die Tränendrüse. Hilft das der Pflegeprofession wirklich weiter?

Wagner: Ich höre diesen Vorwurf oft: Redet nicht ständig über die Probleme der Pflege, dann will ja keiner mehr den Beruf ausüben. Das ist ein Dilemma. Ich kann ja einerseits nicht toschweigen, was und wie es ist. Andererseits muss und will ich für den Pflegeberuf werben und sagen: Das ist ein toller Beruf, denn ich habe dort große Karrierechancen und viele Einsatzfelder, die von Hightech bis Hightouch reichen. Und das alles auf der Basis von nur einer Ausbildung.

Warum ist diese Botschaft so wenig zu hören?

Wagner: Weil sie nur die eine Seite der Medaille ist. Die andere ist: Ich habe eine gute Ausbildung, bin motiviert und komme trotzdem in die Situation, in der all das nichts wert ist, weil es heißt: Du bist jetzt auf Station zuständig für zwölf oder mehr Patienten. Siehe zu, wie du damit in der Spätschicht klarkommst. Diese Seite kann ich nicht ausblenden. Denn was haben wir davon, wenn wir junge Menschen in die Ausbildung locken und im ersten Einsatz realisieren die: Mit der Hochglanz-Broschüre hat das, was ich hier tue, absolut nichts gemein. Wir müssen die positiven Seiten hervorheben und den Finger in die Wunde legen.



„Wir wissen aus zahlreichen Studien: Je mehr qualifiziertes Pflegepersonal am Krankenbett steht, desto besser sind die Ergebnisse beim Patienten.“



Da werden wir oft in einem Atemzug mit Feuerwehrleuten genannt. Doch würde man fragen, ob Pflege ein anspruchsvoller Beruf ist, würden wir deutlich niedriger landen in der Bewertung.

Jeder, der in die Pflege will, sollte also ein Abitur in der Tasche haben und den Beruf an einer Hochschule erlernen?

Wagner: Wir brauchen in der Pflege zunächst einmal ganz viele Menschen. Wir wissen seit Langem, dass der Bedarf an Pflege wächst. Dafür brauchen wir unterschiedlich qualifizierte Menschen. Nicht jede Pflegeleistung ist von einer Pflegefachperson mit Hochschulabschluss zu erbringen. Entscheidend ist, dass

Streik, Kollaps, Todesengel: Solche Schlagzeilen sind doch gang und gäbe: Braucht Pflege nicht schönere Überschriften?

Wagner: Sicher. Aber seien wir ehrlich: Die Geschichte von Frau Meier, der Pflegenden nach einem Treppensturz helfen, wieder auf die Beine zukommen, verkauft sich nicht so gut wie die vom sogenannten Todesengel. Daher ist es an uns selbst, die guten Geschichten in die Öffentlichkeit zu transportieren. Wir müssen Botschafter unseres Berufes sein. Das passiert noch zu wenig.

Sie sind auch in zahlreichen internationalen Gremien tätig: Wie ist die Situation deutscher Pflegefachkräfte im Vergleich zu anderen Ländern?

Wagner: Meine Erfahrung nach mittlerweile 25 Jahren internationaler Arbeit ist, dass sich die Grundprobleme in der Pflege ähneln. Es geht fast überall um mehr Anerkennung, die Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft und eine angemessene Vergütung. International bewegt man sich natürlich auf unterschiedlichem Level. Was Deutschland anbetrifft, so liegen wir eher im unteren Mittelfeld. Das gilt auch für die Ausbildung.

Inwiefern?

Wagner: In der Mehrzahl der Länder weltweit wird die pflegerische Berufsausbildung an Hochschulen absolviert. Damit verknüpft ist auch eine andere Wahrnehmung von Pflege.

Wer studiert hat, kann mehr als Rückenwaschen. Dergestalt?

Wagner: Ja. Natürlich schneidet Pflege in Deutschland gut ab, wenn gefragt wird, welche Berufe als vertrauenswürdig gelten.

wir ein Instrument finden, um diesen Skill-Mix gut hinzubekommen. Wir müssen sicherstellen, dass die Menschen mit der richtigen Qualifikation an der richtigen Stelle zum Einsatz kommen. Im Übrigen: Die Begründung für ein Mehr an akademischer Pflege ist nicht, der Profession mal etwas Gutes zu tun.

Sondern?

Wagner: Es geht um eine bessere Versorgung. Wir wissen aus zahlreichen internationalen Studien: Je qualifizierter die Menschen in der Pflege sind und je mehr qualifiziertes Pflegepersonal am Krankenbett steht, desto besser sind die Ergebnisse beim Patienten, die sogenannten Outcomes. Das reicht über weniger Komplikationen bei Operationen und geht bis hin zur Absenkung der Sterblichkeitsrate. Akademisierung von Pflege ist also kein Selbstzweck, sondern eine Investition in gute Versorgung.

In den USA sorgen Magnethospitäler seit einigen Jahren für positive Schlagzeilen, weil sie für hervorragende Pflege stehen. Sie sitzen als einziger deutscher Vertreter in der Kommission, die darüber entscheidet, welche Klinik Magnet-Status erhält. Was steckt hinter dem Konzept?

Wagner: Magnethospitäler sind in den USA der Goldstandard, wenn es darum geht, Exzellenz in der Pflege zu bemessen und auszuzeichnen. Entstanden ist die Bewegung in den 1980er-Jahren. Maßgebliche Treiber waren Pflegenden. In den USA gab es damals einen großen Pflegekräftemangel. Es gab aber auch Kliniken, die keine Probleme damit hatten. Die American Academy of Nursing untersuchte die Gründe und stellte fest:

Krankenhäuser ohne Fachkräfteprobleme weisen bestimmte Eigenschaften auf, die Pflegefachpersonen quasi wie Magneten anziehen und langfristig an das Haus binden.

Was gehört zu diesen Magnetkräften?

Wagner: Es gibt 14 Kriterien. Dazu zählen etwa eine transformationale Führung und eine dynamische Organisationsstruktur. In Magnethospitälern gibt es Komitees, die interdisziplinär und quer zu irgendwelchen Hierarchieebenen besetzt sind. Da sprechen Stationschwester und Chefarzt über Dinge wie Qualität oder Hygiene. Kooperation auf Augenhöhe wird sehr geschätzt.



Und das zahlt sich auch für die Patienten aus?

Wagner: Qualität ist die Triebfeder für die Pflege und die Organisation der Magnethospitäler. Die Häuser weisen im Vergleich mit anderen Kliniken bessere Ergebnisse vor – egal, ob bei der Dekubitus- oder Sturzprophylaxe, der Infektionshäufigkeit oder den Reaktionszeiten auf Schmerz. Mitarbeiter wie Patienten werden auch regelmäßig danach befragt, wie zufrieden sie mit der Pflege sind. Schlechte Zahlen sind ein Ansporn, besser zu werden. In einer Klinik habe ich mal ein riesiges Schild auf einer Station hängen gesehen, auf dem stand: 17 Tage sturzfrei. Die Zahl wurde vom Pflegepersonal dort täglich aktualisiert.

Findet die Idee des Magnethospitals in Deutschland Anklang?

Wagner: Das Interesse ist groß. Angesichts des Wettbewerbs der Kliniken um Mitarbeiter und Patienten ist das auch logisch. In diesem Wettbewerb kann ich ja nur bestehen, wenn ich als Arbeitgeber und als klinischer Versorger hohe Attraktivität habe. Das Magnet-Konzept ist ein Schlüssel dafür.

Seit Kurzem stehen Sie dem Deutschen Pflegerat als Präsident vor. Was haben Sie sich vorgenommen für das neue Amt?

Wagner: Zehn Gebote habe ich nicht mitgebracht. Bestimmte Themen sind gesetzt. Dazu gehören die Personalausstattung, die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und das Bestreben der Pflege, mit Pflegekammern eine eigene Selbstverwaltung zu schaffen. Darüber hinaus möchte ich mit den Kolleginnen und Kollegen im Präsidium die Themen vorantreiben, die wir bisher nur am Rande behandelt haben.

Als da wären?

Wagner: Ich bin fest überzeugt, dass Pflegefachpersonen in der Primärversorgung gerade in strukturschwachen Gebieten oder in sozialen Brennpunkten von Metropolen eine zentrale Rolle spielen können. Nicht gegen die Ärzte, sondern mit ihnen. Aber auch Themen wie Nachhaltigkeit in der Gesundheitsbranche gehören auf die Agenda. Da ist noch viel Brachland.

Pflege goes green?

Wagner: (lacht) Wenn Sie so wollen, ja. Die professionelle Pflege in Deutschland kann mithilfe solcher Themen wegkommen von ihrem Image als Problemfall – also harter Job, schlechte Bezahlung, kaum Mitsprache. Pflege würde ein Stück weit mehr als ein interessanter und relevanter Player wahrgenommen, der neue Perspektiven einbringt. Das zieht bei jungen Menschen.

Ein ehrgeiziges Ziel. Haben Sie sich denn einen Leitsatz für die nächsten drei Jahre aufgestellt, der Ihnen hilft, es zu erreichen?

Wagner: Eine Kaffeetassen-Weisheit finden Sie nicht auf meinem Schreibtisch. Ein ungeschriebenes Motto aber könnte lauten: Nicht ohne uns über uns! Es geht ja nicht darum, den armen Pflegenden mal etwas Gutes angedeihen zu lassen. Pflege braucht keinen Stimmungsaufheller. Was wir brauchen, ist eine gute Versorgung. Dazu kann Pflege einen großen Beitrag leisten – vorausgesetzt, unsere Arbeit wird wertgeschätzt und unsere Rolle in der Versorgung aufgewertet. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.

Gesundheitsschutz hat Vorrang

Die Gesundheit von Menschen hat nach dem Europarecht den höchsten Stellenwert. Wie und auf welchem Niveau die EU-Mitgliedstaaten den Gesundheitsschutz sicherstellen wollen, ist allein ihre Sache. Es ist zu tolerieren, dass dadurch die Niederlassungsfreiheit beschränkt wird. Dies hat der Europäische Gerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 21. September 2017
– C-125/16 –
Europäischer Gerichtshof

Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union können sich überall im EU-Ausland niederlassen und dort ihren Beruf ausüben. Aber Beruf ist nicht gleich Beruf. Denn das Europarecht unterscheidet zwischen reglementierten und nicht reglementierten Berufen. Unter die reglementierten fallen Ärzte, Zahnmediziner, Apotheker, Krankenschwestern und -pfleger oder auch Hebammen. Damit sie ihren Beruf im europäischen Ausland ausüben können, müssen sie nach der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen bestimmte Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen nachweisen (Artikel 4 der Richtlinie). Ist ihre Berufsqualifikation von der zuständigen Behörde ihres Herkunftslandes bescheinigt, können sie ihren Beruf im EU-Ausland unter denselben Voraussetzungen ausüben wie die Inländer (Artikel 13 der Richtlinie).

Kein einheitliches Berufsbild. Schwierig wird die Anerkennung dann, wenn Berufsbilder in zwei Ländern unterschiedlich sind, wie in dem Fall eines klinischen Zahntechnikers, der dem Europäischen Gerichtshof vorlag. Klinische Zahntechniker sind Fachkräfte für Zahnapparaturen. Sie fertigen nicht nur Brücken, Kronen und künstliche Zähne an, reparieren und ändern den Zahnersatz. Vielmehr behandeln sie auch Patienten selbstständig, also ohne dass ein Zahnarzt zwischengeschaltet ist. Den Beruf des klinischen Zahntechnikers gibt es in manchen EU-Ländern – nicht aber in Deutschland oder Malta.

Anerkennung abgelehnt. Ausgangspunkt für die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs ist ein noch laufendes Verfahren vor einem maltesischen Zivilgericht. Geklagt haben ein klinischer Zahntechniker, der seinen Beruf im EU-Ausland erlernt hatte, sowie die Maltesische Zahntechnikervereinigung. Die Kläger wollen erreichen, dass klinische Zahn-

Die europäischen
Mitgliedstaaten
dürfen die Bedingungen
für die Ausübung eines
Heilberufs festlegen.

techniker in das vom maltesischen Rat der ergänzenden Heilberufe (Kunsill) geführte Register der Zahntechniker aufgenommen wird und sie Patienten auf der Mittelmeerinsel behandeln dürfen, ohne dass diese zuvor von einem Zahnarzt überwiesen worden sind. Dabei berufen sich die Kläger auf Vorgaben des Europarechts, insbesondere die Niederlassungsfreiheit (Artikel 49 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union, AEU-Vertrag) und die EU-Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36. Zuvor hatten die maltesischen Gesundheitsbehörden ihre Anträge unter Hinweis auf den Schutz der Gesundheit und

die Verantwortlichkeit der EU-Mitgliedstaaten für die Organisation ihres jeweiligen Gesundheitssystems abgelehnt.

Das maltesische Zivilgericht setzte das Verfahren aus und wandte sich an den Europäischen Gerichtshof. Es wollte vorab wissen, ob die Weigerung der maltesischen Behörden, den Beruf des klinischen Zahntechnikers anzuerkennen, mit dem Europarecht unvereinbar ist, wenn keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit bestehe. Weiterhin fragte das nationale Gericht, ob die im vorliegenden Fall angefochtene Untersagung durch die maltesischen Gesundheitsbehörden dazu dienen könne, einen hohen Gesundheitsschutz zu gewährleisten, wenn fehlerhafte Gebisse ohne Gefahr für den Patienten ersetzt werden können.

Reglementierung erlaubt. Die Luxemburger Richter stellten zunächst fest, dass der Beruf des Zahntechnikers in Malta im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 der EU-Richtlinie reglementiert sei. Das nationale Gericht habe festzustellen, ob der Beruf des Zahntechnikers und des klinischen Zahntechnikers entsprechend Artikel 13 der Richtlinie 2005/36 als ein und derselbe anzusehen sei. Malta verwehre nicht den Zugang zum Beruf des Zahntechnikers. Vielmehr verträten die dortigen Behörden die Auffassung, dass sich die Tätigkeiten und Berufsqualifikationen entsprächen. Zugleich wiesen die Europarichter ausdrücklich darauf

TIPP FÜR JURISTEN



Compliance in der Gesundheitswirtschaft, Haftungsrisiken, Handhabung von Verstößen – diese und weitere Themen behandelt der Workshop „Compliance Management in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Er findet am 8. März 2018 in Leipzig statt. Veranstalter sind die Gesundheitsforen Leipzig. Mehr Infos: www.gesundheitsforen.net
> Veranstaltungen > Fokustage und Workshops

hin, dass ein Aufnahmemitgliedstaat die Bedingungen für die Ausübung eines reglementierten Berufs festlegen dürfe. Sie seien befugt, Vorschriften zur Organisation von Diensten im Gesundheitswesen zu erlassen. Sie müssten dabei aber das Unionsrecht beachten, insbesondere die Bestimmungen über die Niederlassungsfreiheit.

Allgemeininteresse im Blick. Diese Freiheit dürften EU-Staaten allerdings einschränken, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit zwingend erforderlich ist. Zu den zwingenden Gründen gehöre der Schutz der öffentlichen Gesundheit. Ob die maltesische Regelung geeignet ist, den Schutz der öffentlichen Gesundheit zu erreichen und nicht über das erforderliche Maß hinausgehe, gelte es zu prüfen. Hinsichtlich der Frage, ob der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit beachtet wird, sei zu berücksichtigen, dass von all den europarechtlich geschützten Gütern und Interessen die Gesundheit und das Leben von Menschen den höchsten Rang einnehmen. Auf welchem Niveau die Mitgliedstaaten den Gesundheitsschutz der Bevölkerung gewährleisten wollen und wie dieses Niveau erreicht werden soll, sei ihnen überlassen. Dieses Niveau könne sich von Mitgliedsland zu Mitgliedsland unterscheiden. Hier hätten die EU-Staaten einen Wertungsspielraum.

Angesichts der Gefahr für die Gesundheit des Patienten, der Bedeutung des Ziels, die öffentliche Gesundheit zu schützen, sowie des Wertungsspielraums, über den die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung dieses Ziels verfügen, sei festzustellen, dass das Erfordernis der verbindlichen Zwischenschaltung eines Zahnarztes zur Erreichung des Ziels geeignet ist und nicht über das hierfür erforderliche Maß hinausgeht. ■

Kommentar: Der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union stellt für die Mitgliedstaaten eine der wichtigsten rechtlichen Grundlagen dar. Dass der Europäische Gerichtshof die Grundfreiheit auf freie Niederlassung dem Gesundheitsschutz unterordnet, ist zu begrüßen.

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

Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de



DIE TAFELN

Essen, wo es hingehört

Foto: Viviane Wild, Design: artreuer



TAMARA, 19
Schwabmünchner Tafel

Wir retten Lebensmittel und helfen anderen. Mach mit!

Dank rund 60.000 ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern bewahren die Tafeln viele Tonnen Lebensmittel vor der Vernichtung und stellen sie Bedürftigen zur Verfügung. Wir suchen junge Freiwillige, die sich bei den Tafeln engagieren wollen. Weitere Informationen findest du unter:

www.junge-tafel.de

BADEN-WÜRTTEMBERG

Fast jeder Dritte erkältet

Nahezu jeder dritte AOK-Versicherte in Baden-Württemberg erkrankte 2016 an einer Erkältung. Vergleiche man die Erkältungszahlen der letzten vier Jahre, so lasse sich ein Anstieg um 2,4 Prozent unter den AOK-Versicherten im Südwesten feststellen, teilte die AOK Baden-Württemberg mit. Am häufigsten betroffen sind den Angaben zufolge Kinder zwischen einem und neun Jahren sowie 20- bis 30-Jährige. „Es ist keine Seltenheit, dass ein Kind sechs bis zehn Erkältungen pro Jahr aus der Schule, dem Hort oder Kindergarten mit nach Hause bringt. Erwachsene haben durchschnittlich zwei bis vier Erkältungen pro Jahr, meist im Winter“, sagte **Dr. Hans-Peter Zipp**, Kinder- und Jugendarzt bei der Gesundheitskasse. Eine Erkältung verläuft meist harmlos und klingt oft innerhalb einer Woche auch ohne Behandlung ab. In Einzelfällen kann es zu schweren Komplikationen kommen. Umso wichtiger sei es deshalb vorzubeugen, betonte AOK-Experte Zipp. ■



Heiße Zitrone: ein probates Mittel bei Erkältungskrankheiten.

NORDOST

Anspruch auf Darmkrebsvorsorge

Die AOK Nordost hat für ihre Versicherten das anspruchsberechtigte Alter für eine Darmkrebsfrüherkennung bei Männern auf 40 und bei Frauen auf 45 Jahre gesenkt. AOK Nordost und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin sowie Brandenburg haben hierzu entsprechende Verträge geschlossen. Seit Einführung

der Darmkrebsfrüherkennung 2002 ist die Zahl der Neuerkrankungen stark zurückgegangen. „Darmkrebsfrüherkennung geht jeden an“, betonte deshalb **Stefanie Stoff-Ahnis**, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost. „Wir wollen als Gesundheitskasse die Akzeptanz für Darmkrebsvorsorge noch weiter stärken.“ Bisher nimmt etwa nur jeder achte bei der AOK Nordost versicherte anspruchsberechtigte Mann und sogar nur jede zehnte Frau an einer Koloskopie teil. ■

NORDWEST

Laufwettbewerb für mehr Fitness

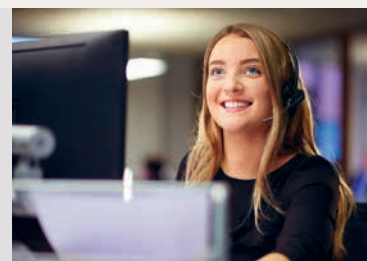
Dabei sein ist alles, zusammen laufen ist noch mehr: Das haben Schüler aus ganz Schleswig-Holstein eindrucksvoll beim diesjährigen landesweiten Jubiläumslauftag „AOK-Laufwunder“ an ihrer Schule bewiesen. „Der Laufabzeichen-Wettbewerb ist für die Schülerinnen und Schüler eine gute Gelegenheit, ihre körperliche Fitness zu verbessern“, sagte Bildungsministerin **Karin Prien** bei der Auftaktveranstaltung auf dem Kieler Rathausplatz. Veranstaltet wird der Laufwettbewerb vom Schleswig-Holsteinischen Leichtathletik-Verband und der AOK NORDWEST. Das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur unterstützt die Aktion. **Thomas Haeger**, AOK-Landesdirektor, sagte: „Gerade für Jugendliche ist es wichtig, Sport zu treiben. Denn immer mehr Schülerinnen und Schüler bewegen sich zu wenig und erreichen nicht einmal die Empfehlungen der WHO, wonach sich Kinder und Jugendliche mindestens eine Stunde täglich bewegen sollten.“ ■

AOK aktuell

Zweitmeinung: Guter Rat von den Besten

Die AOK Hessen kooperiert seit Kurzem mit BetterDoc. Der Service unterstützt Versicherte bei der Suche nach einem Spezialisten für eine Zweitmeinung, Behandlung oder Operation. Dabei geht es vor allem um schwere und komplexe Krankheiten. Versicherte der AOK Hessen können sich an BetterDoc wenden, um binnen 48 Stunden einen geeigneten Spezialisten zu finden. Jeder Patient wird bei BetterDoc durch einen festen Ansprechpartner betreut. Die Informationen zu geeigneten Spezialisten werden dem Patienten schriftlich zugestellt und im Anschluss durch seinen persönlichen Betreuer telefonisch erläutert. Auf Wunsch übernimmt BetterDoc auch die Terminvereinbarung. Allein in der Probephase der

Kooperation (Mai bis Oktober 2016) sind laut AOK Hessen mehr als 150 Fälle bearbeitet worden. Ergebnis: Ein Drittel aller Diagnosen wurde korrigiert, zwei Drittel der Therapiepläne wurden angepasst. „Für den Laien ist es nahezu unmöglich, eine vorgeschlagene Operation oder Therapie medizinisch zu beurteilen, zumal sich diese Menschen gerade in einer belastenden Lebenssituation befinden. Durch unsere Kooperation mit BetterDoc bieten wir hier eine schnelle, unkomplizierte Hilfe für unsere Versicherten“, so **Dr. Roland Strasheim**, verantwortlich für stationäre Versorgung bei der AOK Hessen. ■



Fotos: iStockphoto/papaslav/sturti

Engagiert im Ehrenamt

Wechsel an der Spitze: In mehreren AOKs sind Verwaltungsratsvorsitzende verabschiedet und für ihre Verdienste in der gesetzlichen Krankenversicherung gewürdigt worden.



Willi Kuhn (2.v.l.) ist als alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland von seinem Nachfolger **Dr. Bernd Vogler** (2.v.r.) sowie dem alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden **Dietmar Muscheid** (l.), der dieses Amt bereits seit dem Jahr 2003 inne hat, feierlich verabschiedet worden. Für seine herausragenden Verdienste wurde Willi Kuhn zudem mit der goldenen Ehrennadel des AOK-Bundesverbandes ausgezeichnet. Als Mitglied der Arbeitgeberseite habe Willi Kuhn die Geschicke der Gesundheitskasse „mit unermüdlichem Engagement in den vergangenen rund 23 Jahren“ maßgeblich mitbestimmt, hob **Fritz Schösser** (r.), Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, anlässlich der Verabschiedung Kuhns hervor. Ebenfalls verabschiedet und mit der AOK-Ehrennadel in Gold geehrt wurde **Richard Feichtner** (M.), der als Versichertenvertreter in der AOK-Selbstverwaltung seit 1974 in verschiedenen Ämtern – sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene – aktiv war.

Dr. Christian Münzer hat seit 1974 die Geschicke der AOK begleitet und ist dafür jetzt mit der goldenen Ehrennadel ausgezeichnet worden. Münzer war zunächst im ehrenamtlichen Vorstand der AOK Osnabrück tätig.



Von 1996 bis 2017 war er Mitglied der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat der AOK Niedersachsen, wo er auch Vorsitzender des Organisations- und Finanzausschusses und Mitglied im Grundsatzausschuss war. Seit 1996 war er für die Arbeitgeberseite Mitglied im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes – auch hier zusätzlich Vorsitzender des Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschusses. Seit 2007 war Münzer Mitglied im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes sowie seit 2011 auch Aufsichtsratsvorsitzender der AOK-Beteiligungsgesellschaft.

Karl Reuber war seit 2002 Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Rheinland und seit 2006 der AOK Rheinland/Hamburg. Zuvor engagierte sich Reuber in Köln sowie im Rhein-Erft-Kreis in den AOK-Regionalbeiräten und deren



Widerspruchsausschüssen für die Interessen der Versicherten der Gesundheitskasse. Für sein Engagement erhält er die goldene AOK-Ehrennadel. Reuber setzte sich besonders für versichertenfreundliche Regelungen und eine solide Finanzbasis ein. Durch seine fundierten Sachkenntnisse gestaltete er die paritätische Selbstverwaltung entscheidend mit. Dabei machte sich der „Metaller“ Reuber als harter Verhandler mit rheinischem Temperament einen Namen. Das Miteinander in einer Sozialpartnerschaft ist für ihn in Zeiten immer schnellerer gesellschaftlicher Entwicklungen wichtiger denn je.

Rainer Knerler, bislang für die Versicherten- seite im Verwaltungsrat der AOK Nordost als alternierender Vorsitzender aktiv, ist aus beruflichen Gründen nicht für eine weitere Amtszeit angetreten. Als ausgewiesener Sozial-



rechtsexperte vertrat Knerler erstmals 1993 die Interessen der Versicherten in der Selbstverwaltung der AOK Essen und wurde 1995 zum Vorsitzenden des Vorstandes gewählt. Nach beruflichem Wechsel nach Berlin wurde Knerler 1999 Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Berlin. Nach der Vereinigung der Landes-AOKs in Berlin und Brandenburg 2010 sowie ein Jahr später mit Mecklenburg-Vorpommern hat sich Knerler – ab 2011 als Verwaltungsratsvorsitzender für die Versicherten- seite – um das Zusammenwachsen der Dreiländerkasse verdient gemacht.

Schmerzpatienten Fachgerechte Behandlung nötig

Schmerzen sind keinesfalls Schicksalsschläge, die die Betroffenen erdulden müssen. Schmerzen sind – egal woher sie rühren – in der Regel vermeidbar und zumeist gut behandelbar, schreibt Sven Gottschling, Professor für Palliativmedizin am Universitäts-



klinikum des Saarlandes. Mit seinem Buch möchte er den Betroffenen Mut machen und Ängste nehmen. Schmerzen sind längst eine Volkskrankheit. Experten schätzen, dass rund 23 Millionen Menschen in Deutschland langanhaltend

daran leiden. Während akute Schmerzen den Betroffenen vor allem warnen und schützen wollen, sind chronische Schmerzen als eigene komplexe Erkrankung einzuordnen. Die chronifizierte Form fachgerecht zu behandeln, ist ein schwieriges Unterfangen. Die Behandlung gehört in die Hände von ausgewiesenen Schmerztherapeuten. Schließlich ist das Schmerzempfinden immer subjektiv und entzieht sich der üblichen Diagnostik. Schmerz lässt sich nicht mit einem Gerät messen wie der Blutdruck, und es gibt auch keine Werteskala, an der der Arzt die Schwere eines Symptoms ablesen könnte. Rückenschmerzen sind hierfür das Paradebeispiel. Mehr als 90 Prozent der Patienten leiden unter den sogenannten unspezifischen Rückenschmerzen. Die Diagnose gehört zu den häufigsten in den Gesundheitsstatistiken, aber nur selten kann eine Ursache eindeutig zugeordnet werden.

Lars Amend, Sven Gottschling:
Schmerz los werden. 2017.
272 Seiten. 16,99 Euro. S. Fischer
Verlag, Frankfurt am Main.

Arbeitswelt Kranke Seelen in der Klemme

Der Arbeitsplatz ist für viele Erwerbstätige eine zentrale Anlaufstelle, wenn sie in Krisen geraten. Nach einer Umfrage aus dem Fehlzeiten-Report 2017 wendet sich fast jeder dritte Beschäftigte in einer Krisensituation an seine Kollegen. Nahezu jeder Zweite bespricht seine Probleme auch mit den unmittelbaren Vorgesetzten. Zu den persönlichen Krisen gehören unter anderem psychische Erkrankungen, die mittlerweile zu den häufigsten Diagnosen bei Krankschreibungen zählen. Im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung hat jetzt ein multidisziplinäres Forscherteam untersucht, wie sich psychische Erkrankungen und Arbeitswelt gegenseitig beeinflussen. Die befragten erwerbstätigen Patienten zeichnen in der Studie ein zwiespältiges Bild davon, was sie als Erkrankte in ihrem Betrieb erlebten. Das Spektrum der Reaktionen von Vorgesetzten und Kollegen reicht demnach von Ignoranz, Schönrednerei bis hin zu Rat- und Hilf-



losigkeit. Viele der Betroffenen wünschen sich, intensiver unterstützt zu werden, aber haben Schwierigkeiten, dies einzufordern. Eine der zentrale Hürden, so die Autoren, sind die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, die sich im Berufsalltag zeigen und das Handeln prägen. Denn nicht selten gehen Vorgesetzte und Mitarbeiter so mit den erkrankten Beschäftigten um, dass diese gar nicht anders könnten, als sich auffällig zu verhalten.

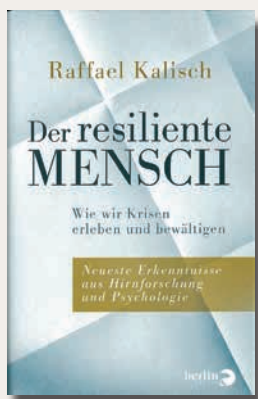
Nora Alsdorf, Ute Engelbach et al.:
Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. 2017. 344 Seiten. 29,99 Euro.
Transcript-Verlag, Bielefeld.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ 22. HANDELSBLATT-JAHRESTAGUNG „HEALTH“</p>	<p>Wettbewerb GKV/PKV, Morbi-RSA, Arzneimittelversorgung, Arztinformationssystem, Telemedizin</p>	<p>11.–12.12.2017 Berlin</p>	<p>Handelsblatt GmbH c/o Euroforum Deutschland SE Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86-3862 anmeldung@euroforum.com www.euroforum.de/health</p>
<p>■ HEALTH 4.0</p>	<p>Gesundheitspolitik nach den Wahlen, stationäre Versorgung, Digitalisierung, 3D-Druck, Robotics</p>	<p>16.–17.1.2018 Düsseldorf</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-19 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 staerk@mcc-seminare.de www.health4punkt0.de</p>
<p>■ BMC-KONGRESS 2018 „MANGED CARE IM DIGITALEN ZEITALTER“</p>	<p>Health Care Trends, Digitalisierung, innovative und vernetzte Versorgungskonzepte</p>	<p>23.–24.1.2018 Berlin</p>	<p>Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstr. 136 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/28 09-4480 Fax: 0 30/28 09-4481 events@bmcev.de www.bmckongress.de</p>
<p>■ DATENSCHUTZ IN DER KRANKENVERSICHERUNG</p>	<p>Rechtsrahmen, datenschutzgerechter Dialog mit Versicherten, Aufgaben Datenschutzbeauftragte</p>	<p>1.–2.3.2018 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88-339 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz</p>
<p>■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2018</p>	<p>Innovationsfonds, Morbi-RSA, eHealth, stationäre Versorgung, Bedarfsplanung</p>	<p>13.–14.3.2018 Köln</p>	<p>Gesundheitskongress des Westens c/o welcome Veranstaltungen GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen</p>	<p>Tel.: 0 22 34/9 53 22-51 Fax: 0 22 34/9 53 22-52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de</p>

Widerstandskraft Sinnsuche wappnet fürs Leben

Raffael Kalisch untersucht das Phänomen Resilienz (Stressresistenz, Widerstandsfähigkeit) mit dem Blick eines Hirnforschers. Er will ein „mechanistisches Verständnis“ der Resilienz gewinnen und darauf aufbauend Methoden entwickeln, die die psychische Gesundheit fördern. Es geht ihm darum, mehr zu erreichen als das, was bislang mit den sozialen Theorien und Methoden gelungen ist. Der Verweis auf den Sozialwissenschaftler Aron Antonovsky bleibt daher nur eine Randbemerkung. Dessen Konzept der Saluto-



genese aber ist die Basis, auf der auch Kalisch seine Forschungen zur Resilienz aufbaut. Während Antonovsky fragte, was uns gesund erhält, will Kalisch wissen, was uns aus erlebtem Stress wieder herausführt und uns zuweilen gestärkt aus Krisen hervorgehen lässt. Letztlich kommt Kalisch zum gleichen Schluss wie Antonovsky: Wer einen Sinn in seinem Leben – und zuweilen auch in seinem Leiden – erkennt, kann „Ja zum Leben“ sagen. Er ist dadurch besser fürs Leben gewappnet, dessen einzige Konstante die Ungewissheit ist. Wir Menschen sind „zum Sinnsuchen verdammt“, schreibt Kalisch.

Dass es dafür keine wissenschaftlichen Erkenntnisse oder Methoden braucht, muss der Hirnforscher am Ende einräumen. Die Antwort auf die Sinnfrage kann sich jeder Einzelne nur selber geben.

Raffael Kalisch: **Der resiliente Mensch.** 2017. 240 Seiten. 22 Euro. Piper Verlag, München.

Erfahrungsbericht Einblicke in den Notarzt-Alltag

Die Notfallmedizin führt ein Schattendasein. Falk Stirkat will dies ändern. Das zweite Buch des Notarztes steht bereits in den Bestsellerlisten. Die dramatischen Geschichten rund um Leben und Sterben, die er unterhaltsam aufbereitet, sind ein guter Lesestoff für ein breites Publikum. Nebenbei gelingt es ihm, seine Leser über das Gesundheitssystem aufzuklären: zum Beispiel, wenn er das voreilige Wählen der Notrufnummer 112 kritisiert. Alltägliche Erkrankungen wie Husten, Schnupfen oder Fieber gehören auch im Notfall in die Regie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Die bundesweite Rufnummer 116 117 ist jedoch zu wenig bekannt. Symptomatisch ist, dass Stirkat die Not, die sich in den Anrufen bei der Notfallzentrale offenbart, nicht bagatellisiert. Bei-



spielsweise jene des alten Ehepaares, das vereinsamt und verunsichert ist und über den Notrufknopf eine Strategie der Kontaktaufnahme für sich entwickelt hat. Hilfreich sind seine Schilderungen zu den Grobessätzen. Der erste Notfallmediziner vor Ort darf sich nicht eifrig auf den nächsten Verunfallten stürzen.

Er muss sich zunächst eine Übersicht verschaffen und klären, welche Hilfen noch gebraucht werden. Rettungsdienst ist nicht nur Medizin, sondern auch Organisation.

Falk Stirkat: **Ich kam, sah und reanimierte.** 2017. 280 Seiten. 9,99 Euro. Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ Psychotherapie: Kassen müssen Anspruch zeitnah prüfen

Die Berliner Rechtsanwälte Professor Martin Stellpflug und Till Sebastian Wipperfürth gehen Fragen zur Kostenerstattung bei Systemversagen in der psychotherapeutischen Versorgung nach. Der Anspruch auf Kostenerstattung bestehe, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig genehmigt oder zu Unrecht abgelehnt hat. Da nach der neuen Psychotherapeuten-Richtlinie eine niedrigschwellige, zeitnahe Versorgung sicherzustellen ist, müssten Kassen künftig deutlich schneller als bisher prüfen, ob ein Leistungsanspruch auf psychotherapeutische Leistungen besteht. Kämen sie dieser Verpflichtung nicht nach, habe der Versicherte automatisch Anspruch auf Kostenerstattung. **ZMGR – Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht** 4/2017, Seite 225–231

■ Gesundheitsunternehmen: Beteiligung von Ärzten ist zulässig

Ist es Ärzten erlaubt, sich an Unternehmen im Heilwesen zu beteiligen? Dies ist grundsätzlich zulässig, meint der Kieler Medizinrechtsexperte Dr. Paul Harneit. Vor dem Hintergrund der neu in das Strafgesetzbuch eingeführten Antikorruptionstatbestände für das Gesundheitswesen (Paragraf 299a und 299b Strafgesetzbuch) und offener Fragen, könnten aber Mediziner davon Abstand nehmen, um nicht den „bösen Anschein“ zu erwecken. Um Fehlentwicklungen in der Rechtsprechung zu vermeiden, wäre es sinnvoll, Fallgruppen zu bilden und die zulässigen Beteiligungsformen aufzuzeigen.

MedR – Medizinrecht (2017) 35: Seite 688–694

■ Organ-Lebendspende: Strenge Vorgaben für ärztliche Aufklärung

Der Fachanwalt für Medizinrecht, Martin Wittke warnt davor, die Risiken bei Nieren-Lebendspenden zu verharmlosen. Die Aufklärungspflichten seien streng. Ärzte müssten Spender beispielsweise über das Müdigkeitssyndrom ebenso informieren wie darüber, dass sich die Nierenfunktion dauerhaft um ein Drittel reduziert. Verstöße gegen die im Transplantationsgesetz geforderten Aufklärungsvorschriften machten die Patienteneinwilligung unwirksam. Eine hypothetische Einwilligung sei bei der Lebendspende ausgeschlossen. Ein Arzt könne sich also nicht darauf berufen, der Patient hätte auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung zugestimmt (Paragraf 630h Bürgerliches Gesetzbuch).

Versicherungsrecht 19/2017, Seite 1181–1188

■ Arzthaftung: Antrag auf Schlichtung hemmt Verjährungsfrist

Bei Arzthaftungsansprüchen besteht eine dreijährige Verjährungsfrist. Sie beginnt am Ende des Jahres zu laufen, in dem der Patient Kenntnis von einem Behandlungsfehler erlangt hat. Christoph Kremer, Fachanwalt für Medizinrecht, weist darauf hin, dass der Bundesgerichtshof klargestellt habe, dass das Einreichen eines Antrags bei der Schlichtungsstelle der Ärztekammer die Verjährung grundsätzlich hemmt. Wenn der Behandler und sein Haftpflichtversicherer einer Schlichtung nicht zustimmten, ende die Hemmung sechs Monate nachdem die Schlichtungsstelle dies dem Patienten mitgeteilt habe.

Gesundheit und Pflege (GuP) 4/2017, Seite 121–125

Ausbildungsreform ist überfällig

Inhalte, Organisation und Finanzierung der Psychotherapeutenausbildung werden den aktuellen Anforderungen nicht mehr gerecht, meint **Dietrich Munz**. Der Kammerpräsident fordert eine Reform, die die neuen Aufgaben in der Versorgung berücksichtigt.

Ohne die 45.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, seit 1999 ein Heilberuf, ist eine ausreichende und leitliniengerechte Beratung und Behandlung von seelisch kranken Menschen inzwischen nicht mehr denkbar – weder ambulant noch stationär.

Die Ausbildung der Psychotherapeuten ist jedoch dringend reformbedürftig. Nach der Bologna-Reform sind keine einheitlichen Qualifikationsstandards sichergestellt. Dies ist für einen Heilberuf aber unabdingbar. Außerdem fehlt in der postgradualen Ausbildung eine ausreichende Finanzierung. Viele Ausbildungsteilnehmer geraten aufgrund ihres Praktikantenstatus in prekäre finanzielle Situationen. Für viele ist insbesondere im Psychiatriepraktikum der Lebensunterhalt nicht gesichert. Ferner sind die Qualifikationsstandards bisher zu sehr auf die Tätigkeit in einer psychotherapeutischen Praxis ausgerichtet. Eine Reform muss künftig stärker die Qualifikationen berücksichtigen, die für die multiprofessionelle Teamarbeit und die Leitungsaufgaben im stationären und komplementären Sektor (Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe sowie Gemeindepsychiatrie) erforderlich sind. Schließlich haben die vom Gesetzgeber neu eingeführte Sprechstunde und die erweiterten Befugnisse dazu geführt, dass sich die psychotherapeutische Praxis zu einer zentralen Beratungs- und Koordinationsstelle entwickelt hat. Die dafür erforderlichen Kompetenzen muss die psychotherapeutische Ausbildung künftig stärker vermitteln.

An der Ärzte-Ausbildung orientieren. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) setzt sich deshalb für eine psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungsstruktur ein, die sich an der der Ärzte orientiert. Der Deutsche Psychotherapeutentag

hat im Mai 2017 ein Reformkonzept verabschiedet. Im Studium sollen Psychotherapeuten künftig wissenschaftlich und praktisch auf Masterniveau ausgebildet werden. Nach der abschließenden Staatsprüfung können sie die Approbation erwerben. Danach schließt sich die Weiterbildung an, in der sich Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen spezialisieren und für ein psychotherapeutisches Verfahren qualifizieren. Die Weiterbildung muss in der ambulanten und stationären Versorgung stattfinden, kann aber teilweise auch in der Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe oder in der Gemeindepsychiatrie absolviert werden, damit das ganze Tätigkeitsspektrum abgedeckt ist.

Arbeitsentwurf liegt vor. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat die geplante Reform in der vergangenen Legislatur nicht mehr geschafft, aber noch einen Arbeitsentwurf vorgelegt. Danach soll die heutige postgraduale Ausbildung durch ein fünfjähriges Studium abgelöst werden, das grundlegende Kompetenzen für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vermittelt und an dessen Ende die Approbation steht. Weitere Ziele des Studiums sind Kompetenzen zur Prävention und Rehabilitation, zur Übernahme von Leitungsfunktionen, zur Veranlassung von Behandlungsmaßnahmen durch Dritte sowie für gutachterliche Tätigkeiten. Aus Sicht der BPTK greift der Entwurf damit das heutige Berufsbild der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten adäquat auf.

Förderfonds für die Weiterbildung. Der Entwurf lässt allerdings die Weiterbildung völlig offen. Insbesondere fehlen wesentliche Regelungen zur Organisation und Finanzierung der Weiterbildung. Die BPTK hält für den ambulanten Anteil der Weiterbildung einen eigenen Förderfonds für notwendig, um zukünftig den Psychotherapeuten in dieser Phase einen gesicherten finanziellen Status zu ermöglichen. In der Weiterbildung sollten die heutigen staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute weiter eine tragende Rolle in der Kompetenzvermittlung und als Organisatoren spielen.

Die BPTK hält die Reform der Psychotherapeutenausbildung für überfällig. Mit dem Entwurf des BMG und den Vorarbeiten der Psychotherapeutenkammer steht einer Reform in der kommenden Legislatur nichts mehr im Wege. ■

Dr. Dietrich Munz ist Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer.
Kontakt: presse@bptk.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



G+G 10/2017

Reform der Notfallversorgung

Theorie mit praktischen Hindernissen

Die Notfallversorgung geht uns alle an. Jedem kann es jederzeit passieren, auf schnelle und richtige Hilfe angewiesen zu sein. Dass in der Notfallversorgung einiges schief läuft, zeigen die zahlreichen Berichte in den Medien über das Zusammenspiel von Rettungsdienst, Notfallambulanzen der Krankenhäuser und ärztlichem Notdienst der Kassenärzte. Gleichzeitig beklagen Krankenhäuser, dass ihre Notaufnahmen unterfinanziert seien und fordern zusätzliche Mittel in Milliardenhöhe. Vertragsärzte weisen darauf hin, dass vielen Patienten, die in einer stationären Notaufnahme behandelt werden, ebenso gut ein niedergelassener Arzt hätte helfen können. Offensichtlich haben wir ein echtes Strukturproblem. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen und ähnlich die AOK wollen mit Integrierten Leitstellen weg von dem Nebeneinander hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Je nach Zustand des Patienten würde der Rettungsdienst alarmiert, der Betroffene an ein Notfallzentrum verwiesen oder ein Termin in einer Arztpraxis vereinbart. So weit die Theorie. Und die hört sich erst einmal gut an. Wenn aber Integrierte Leitstellen rund um die Uhr an allen Tagen im Jahr betrieben werden sollen, muss es dort auch genügend Ärzte und hochqualifiziertes Personal geben. Andernfalls funktioniert es nicht, Notfallpatienten fallgerecht zu steuern. Und eine entsprechende Perso-

nalausstattung kostet Geld. Selbst wenn man sich der idealtypischen Vorstellung hingibt, es würde ständig genügend Fachpersonal vorgehalten – was wird bei einer telefonischen Ferndiagnose passieren? Wie wird die Entscheidung der Disponenten bei unklaren Beschreibungen und hektisch anrufenden Hilfesuchenden ausfallen? Können in so einem Kontext Patienten wirklich zielgenau gesteuert werden? Dies mag in betriebswirtschaftlichen Modellen funktionieren, aber sicher nur eingeschränkt in der Versorgungswirklichkeit.

L. B., Düsseldorf

G+G 10/2017

Einwurf: Lasst das Smartphone mal aus

Dem echten Leben eine Chance geben

Ihr Einwurf-Autor spricht mir aus der Seele: Kinder wollen die Welt mit vollem Körpereinsatz entdecken und nicht nur im Computerspiel. Wir alle brauchen analoge Auszeiten, um gesund zu bleiben. Aber der Sog der elektronischen Medien scheint meist stärker als diese Einsicht. Was also tun? Die Online- und Fernsehzeiten bei Kindern zu begrenzen, führt meist zu unschönen Szenen, Streit und Tränen. Das müssen Eltern manchmal aushalten. Aber viel wichtiger ist es, dass sie selbst es schaffen, möglichst oft und vor allem während der gemeinsamen Familienzeit der digitalen Welt fernzubleiben und Smartphone, Tablet oder Fernseher auszulassen. Um so dem echten Leben eine Chance zu geben.

U. F., Berlin

Impressum

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

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

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigen-
preislise Nr. 19
vom 1.1.2017
ISSN 1436-1728



BECKs Betrachtungen



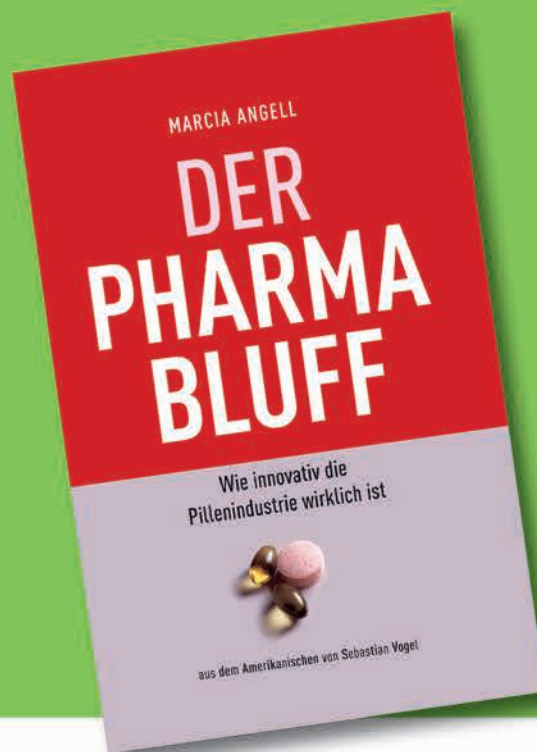
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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.



Wir sind da, wo Pflege Hilfe bekommt

Wir sind da – zum Beispiel mit der AOK-Pflegeberatung für Angehörige. Darauf vertrauen schon mehr als 25 Millionen Versicherte.

Gesundheit in besten Händen

aok.de