



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

NEU IM LAND
Wie Ärzte Sprachbarrieren
überwinden

NEU IM AMT
Was Martin Litsch als
AOK-Vorstand plant

Wie geht's euch, Kinder?

Report: So ist es um die Gesundheit
der Jüngsten bestellt

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Migration verändert die Medizin

Flüchtlinge brauchen in Deutschland nicht nur akute medizinische Hilfe, sagt Rotkreuz-Präsident **Rudolf Seiters**. Vielmehr sollte das Gesundheitssystem mit strukturellen Anpassungen auf die Zuwanderung reagieren.

Auf die große Zahl an Flüchtlingen, die aktuell nach Deutschland kommen, muss auch das Gesundheitssystem reagieren. Geht es zunächst darum, die akute medizinische Versorgung der zuwandernden Menschen sicherzustellen, sind längerfristig Anpassungen der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen vonnöten. Aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) sind die Ende September von Bund und Ländern zur Asyl- und Flüchtlingspolitik beschlossenen Maßnahmen im Gesundheitsbereich zielführend, um eine Verbesserung der akuten medizinischen Versorgung zu erreichen. Ein ausreichender Impfschutz, der dem Impfschutz aller Bürger in Deutschland entspricht, ist hierbei von zentraler Bedeutung. Zudem müssen Flüchtlinge einen guten Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen haben. Viele Menschen, die zu uns kommen, haben in ihren Herkunftsländern physische und psychische Gewalt erlebt und brauchen deshalb eine kontinuierliche Behandlung.

Wenn aber das Gesundheitssystem angesprochen ist, darf der Ansatz nicht bei der akuten Hilfe enden. Nach Angaben des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen sind heute weltweit 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Es ist nicht abzuschätzen, wie lange weiterhin eine große Zahl von ihnen nach Deutschland kommt. Daher tut die Bundesrepublik gut daran, sich auch im Gesundheitswesen systematisch mit strukturellen Fragen zu befassen. Aus Sicht des DRK bedarf es hier zuvorderst einer Stärkung der amtsärztlichen Tätigkeit. Amtsärzte sind besonders in der ersten Phase der Betreuung von Flüchtlingen wichtige Partner der Verantwortlichen und der Helfer. Auch für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum entstehen durch den Zuzug von Menschen aus Krisengebieten neue Herausforderungen. Da es sinnvoll ist, Menschen mit Bleibperspektive in Bereichen unterzubringen, in denen sie schnell in leerstehende Wohnungen einziehen können, entsteht im ländlichen Raum neuer Versorgungsbedarf.

Im ländlichen Raum entsteht neuer Versorgungsbedarf.

Aus Sicht des DRK ist es daher erforderlich, bei der systematischen Fortentwicklung des Gesundheitssystems Überlegungen zum Thema Migration und Gesundheit unter Berücksichtigung spezifischer Gesundheitsprobleme und der Unterschiede im Verhalten im Blick zu haben. Vor diesem Hintergrund widmet sich das DRK seit einigen Jahren intensiv der interkulturellen Öffnung. Was unser Verband im März 2009 als Schwerpunktaufgabe der nächsten Jahre definiert hat, gilt im übertragenen

Sinne auch für das Gesundheitssystem und seine Vernetzung mit dem System der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr, an der sich Organisationen wie das DRK beteiligen. Eine umfassende und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund am Gesundheitssystem muss das Ziel sein.

Dieses Ziel ist unter den besonderen Bedingungen der bevorstehenden demografischen Umbrüche im Gesundheitswesen zu realisieren.

Das an Effektivität und Effizienz ausgerichtete deutsche Gesundheitssystem hat in der Vergangenheit einen Webfehler enthalten. Es war lange Zeit darauf eingestellt, Patientinnen und Patienten aus ärztlich verantworteten Behandlungseinrichtungen der medizinischen Katastrophenhilfe wie zum Beispiel mobilen Hospitälern aufzunehmen. Diese Fähigkeit hat es durch kürzere Verweildauern im stationären Bereich zunehmend eingebüßt. In ähnlicher Weise gilt dies für die Fähigkeit zur flexiblen Reaktion und zur Schwerpunktbildung in medizinischen Notlagen wie zum Beispiel bei Katastrophen oder Epidemien. Das DRK teilt daher die Auffassung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der in seinem Gutachten 2014 die Etablierung von multiprofessionellen, an den konkreten Bedarf und die jeweilige Situation vor Ort angepassten lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung als aussichtsreich bewertet. Diese können nach Einschätzung des DRK Ausgangspunkt für weitere gemeinsame Überlegungen sein. ■



Dr. Rudolf Seiters, geboren 1937, ist seit 2003 Präsident des Deutschen Roten Kreuzes. Er studierte Rechts- und Staatswissenschaften in Münster. 1958 trat er in die CDU ein und machte Karriere in der Jungen Union. Ab 1969 saß Seiters im Bundestag und wurde in acht weiteren Wahlen als direkt gewählter Abgeordneter bestätigt. 1989 wurde er Bundesminister für besondere Aufgaben im Kanzleramt, 1991 Bundesinnenminister. Von diesem Amt trat Seiters 1993 zurück. Von 1992 bis 2002 war er Präsidiumsmitglied der CDU, von 1994 bis 1998 Stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und von 1998 bis 2002 Bundestags-Vizepräsident.

Kontakt: drk@drk.de

Starthilfe im neuen Land



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Mohammad Akkad ist das, was Großmütter einen Spargeltarzan nennen: Der 15-Jährige hat nichts auf den Rippen, weil er gerade kräftig in die Höhe schießt. Doch ob Mohammads Familie ihm beim Wachsen zuschauen kann, steht in den Sternen. Der Junge aus Syrien ist nach Deutschland geflüchtet – allein.

In seiner neuen Heimat Berlin kümmert sich der Verein KARUNA um Mohammad und neun weitere Jugendliche, die ohne Eltern hierher gekommen sind. **Jeden Tag erreichen etwa 60 unbegleitete Jungen und Mädchen die Hauptstadt.** Ab Februar will KARUNA deshalb 20 weitere Betreuungsplätze schaffen – da sind die 3.000 Euro Weihnachtsspende des AOK-Bundesverbandes willkommen.

Zu den anstrengendsten Aufgaben von Mohammads Betreuern zählen die Behördengänge, die sie mit ihren Schützlingen absolvieren müssen – eine Erfahrung, die Abdullah Yakiti ebenfalls gemacht hat. Der junge Syrer hat in Jordanien Medizin studiert und besucht jetzt einen **Sprachkurs für ausländische Ärzte am VIA-Institut in Nürnberg.** Für seine Approbation in Deutschland soll er ein polizeiliches Führungszugnis aus seiner Heimat vorlegen – nur wie, wenn dort alles zerstört ist? Doch seinen Willen, hierzulande als Mediziner Fuß zu fassen, lässt Yakiti sich ebenso wenig nehmen wie die anderen Kursteilnehmer, hat G+G-Autor Christoph Fuhr bei seiner Stippvisite festgestellt: „Die sind hochmotiviert.“

Weniger Bürokratie an der richtigen Stelle macht die Gesundheitskarte für Flüchtlinge möglich. Vorbehalte gegen die Karte kann Martin Litsch nicht verstehen: Unkomplizierter, so der künftige Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes im G+G-Interview, lasse sich die Versorgung kaum organisieren.

Eine friedvolle Weihnacht und ein gutes neues Jahr wünscht Ihnen



Sprachtrainer: VIA-Institutsleiter Dr. Matthias Klug (links) im Gespräch mit G+G-Autor Christoph Fuhr.

MAGAZIN

12 KLINIKVERGLEICH BEI PROSTATA-OPS

Die Komplikationsraten bei Prostata-Eingriffen sind unterschiedlich. Der Krankenhaus-Navigator bringt Licht in die Behandlungsqualität von Kliniken.

Von Peter Willenborg

14 OHNE TRUPPEN KEINE PFLEGEREVOLUTION

Gute Nachricht für Pflegebedürftige: Die zweite Stufe der Pflegereform tritt in Kraft. Woher aber das Personal kommen soll, steht noch in den Sternen.

Von Thomas Hommel

16 RAUS AUS DEM TABERNAKEL

Experten waren sich auf einem Kongress einig: Die Klinikvergütung an der Qualität auszurichten, ist ein Gewinn. Qualitätsindikatoren soll es in Kürze geben.

Von Ines Körver

17 FRISCHE IDEEN IM INNOVATIONS-CAFÉ

Neuartige Konzepte für die Versorgung von morgen: Beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care dreht sich alles um Innovationen.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

18 GESUNDHEIT SUCHT ANSCHLUSS

Digital auf der Höhe der Zeit sein – wie dies Ärzten, Krankenhäusern und Patienten gelingen kann, diskutierten Experten auf einer Tagung in Stuttgart.

Von Ines Körver

19 „PROBANDEN MACHEN BEGEISTERT MIT“

Wie es um die Gesundheit der Bundesbürger bestellt ist, erfassen derzeit Forscher in der NAKO-Studie. Ein Mammutprojekt, sagt Studienleiter Karl-Heinz Jöckel, das auf große Resonanz stößt.



42

Interview:
Maria Michalk,
gesundheitspolitische
Sprecherin der
CDU/CSU-Bundestags-
fraktion

20 WOHL UND WEHE BEI JUNGS UND MÄDELS

Blinddarmentfernung, Mandel-OPs, Pillen – die ärztliche Versorgung von Heranwachsenden unterscheidet sich von Ort zu Ort. Ein Grund: Standards fehlen.

Von Karola Schulte



Untersucht: Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

26 „VIELES WIRD NUR TEURER GEMACHT“

Klinik, Pflege und Co. – die Politik hat vieles neu geregelt. Martin Litsch, designerter Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, hat aber Zweifel, ob am Ende auch mehr Gesundheit für Patienten herauskommt.

30 MITTENDRIN STATT AUSSEN VOR

Die Politik will die Teilhabe von Menschen mit Behinderung verbessern. Das geplante Gesetz darf aber nicht dazu führen, nur die Kosten zu verschieben.

Von Ilona Nowak

36 ÄRZTE IN DER WILLKOMMENSKLASSE

Mediziner aus dem Ausland, die hier arbeiten wollen, müssen viele Hürden nehmen. Ein Vorbereitungskurs in Nürnberg erleichtert ihnen den Berufseinstieg.

Von Christoph Fuhr (Text) und Gerd Grimm (Fotos)

42 „DIE KLINIKREFORM BRAUCHT GEDULD“

Milliarden für Hospitäler, Millionen für Pflegestellen und Hospizdienste – im G+G-Interview erläutert die gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion, Maria Michalk, warum das Geld gut angelegt ist.



Befragt: Martin Litsch (2. v. l.), künftiger Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes beim G+G-Interview

- 9 **Rundruf** Pflegeausbildung: Aus drei eine machen?
- 11 **Kommentar** Sterbehilfe-Gesetz: Unschärfe Regelung
- 44 **Recht** Gendiagnostik nicht auf Kassenkosten
- 46 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 52 **Debatte** Mehr Personal für die Psychiatrie
- 53 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 54 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Besucht: Ausländische Mediziner in ihrem Nürnberger Sprachkurs

WEIHNACHTSSPENDE Als Kinder allein in der Fremde

Die Weihnachtsspende des AOK-Bundesverbandes kommt in diesem Jahr Jungen und Mädchen zugute, die ohne ihre Eltern allein aus Syrien nach Deutschland geflüchtet sind. Der Betrag in Höhe von 3.000 Euro fließt in die Kasse des Berliner Vereins „KARUNA – Zukunft für Kinder und Jugendliche in

der Gegend von Aleppo haben ihre Eltern seit mehreren Monaten nicht mehr gesehen. Die beiden Teenager wohnen zusammen mit acht weiteren Schicksalsgenossen in einer KARUNA-Einrichtung in Reinickendorf. Zu ihren Betreuern dort gehört Sozialarbeiter Michael Ternig: „Wir helfen den Kindern, sich im Alltag zurechtzufinden und sind so etwas wie ein Familienersatz.“ Der 36-Jährige und seine fünf Kollegen sind

Jörg Richert. Der Verein will ab Februar 2016 weitere 20 Plätze für minderjährige Flüchtlinge schaffen. Doch es ist schwer, geeigneten Wohnraum und qualifiziertes Personal zu finden. Richert: „Hier ist uns jede Unterstützung willkommen.“ Einen Mitstreiter hat er bereits gefunden: Ghassan Beydoun, WiDO-Mitarbeiter mit syrischen Wurzeln, will künftig nicht nur bei Scheckübergaben dolmetschen, sondern

LEITLINIEN Blutdruck-Zielwerte überdenken

Daten einer US-amerikanischen Studie belegen, dass es sinnvoll ist, den Blutdruck hochdruckkranker Patienten stärker zu senken als bislang empfohlen. Die Deutsche Hochdruckliga/Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention sprach angesichts der Ergebnisse von einem „Paradigmenwechsel in der Therapie“. Im Rahmen der SPRINT-Studie (Systolic Blood Pressure Intervention Trial-Studie) waren Patienten, insbesondere mit Herz-Kreislauferkrankung, eingeschränkter Nierenfunktion und über 75-Jährige, per Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt worden. In der einen Gruppe folgte die Therapie dem bisherigen Standard mit dem Ziel, den Blutdruck auf einen Wert von unter 140 mmHg zu senken. Bei den Probanden der anderen Gruppe betrug der Blutdruck-Zielwert 120 mmHg. „Wir haben uns den Studienaufbau und die Daten genau angesehen“, sagte Professor Dr. Martin Hausberg, Chef der Deutschen Hochdruckliga. „Die Ergebnisse werden Eingang in die weltweiten und deutschen Leitlinien finden und diese maßgeblich verändern.“ ■



Ein Scheck für ein neues Leben in Deutschland: Mohammad Akkad und Ahmad Chahayid (vorne) freuen sich gemeinsam mit Ghassan Beydoun, Martin Litsch, Jörg Richert, Frank Michalak und Michael Ternig (von links) über die Spende des AOK-Bundesverbandes.

Not“, der im Rahmen seines Projektes „NeuKunft“ derzeit zehn Minderjährige in einer Wohngruppe betreut. Bei der symbolischen Scheckübergabe machten die kommissarischen Vorstände des AOK-Bundesverbandes, Frank Michalak und Martin Litsch, deutlich, dass sie lieber Geld für einen guten Zweck spenden, als Weihnachtskarten zu verschicken: „Flüchtlinge brauchen unsere Hilfe. Ganz besonders gilt das für Kinder und Jugendliche, die ohne ihre Familie nach Deutschland kommen.“ Mohammad Akkad (15) und Ahmad Chahayid (16) sind zwei von ihnen. Die beiden Jungen aus

nahezu rund um die Uhr für die Kids aus Syrien da, melden sie in Willkommensklassen an, damit sie Deutsch lernen können, gehen mit ihnen Einkaufen, kochen gemeinsam, unternehmen am Wochenende Ausflüge ins Fußballstadion und unterstützen sie bei Behördengängen.

„Allein in Berlin treffen jeden Tag etwa 60 Kinder und Jugendliche ein, die meisten davon Jungs. Ihre Eltern haben Angst, dass sie als Kindersoldaten missbraucht werden, aber natürlich spielt auch die Hoffnung auf eine Familienzusammenführung in Deutschland eine Rolle“, sagt KARUNA-Geschäftsführer

KARUNA auch sonst mit seinen Sprachkenntnissen behilflich sein. ■

MEHR INFOS:
www.karuna-berlin.de

kurz & bündig

+++ ARZNEIMITTEL: Rund 3.800 Präparate enthält die Liste der Medikamente, die der GKV-Spitzenverband von der Zuzahlung der Patienten befreit hat. Darin enthalten sind Generika ebenso wie patentgeschützte Wirkstoffe. Die Listen werden alle zwei Wochen aktualisiert. Sie gelten für alle gesetzlich Versicherten – unabhängig davon, bei welcher Kasse sie versichert sind. **+++ ALKOHOL:** Die Zahl der Krankenhauseinweisungen wegen Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen ist weiter zurückgegangen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sank sie um vier Prozent auf knapp 22.391. Im Jahr 2013 mussten noch 23.267 Jugendliche stationär versorgt werden, weil sie zu tief ins Glas geschaut hatten.



Aller guten Dinge sind drei

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

GRÜNEN-ANTRAG Medizinprodukte strenger prüfen

Schärfere Kontrollen von Medizinprodukten hat die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen verlangt. Seit Jahren erreichten die Öffentlichkeit Meldungen über unzureichend geprüfte, fehlerhafte oder gefälschte Implantate, heißt es in einem Antrag an den Bundestag. Auch die Europäische Kommission sehe Handlungsbedarf und habe im Herbst 2014 den Entwurf einer Medizinprodukteverordnung vorgelegt. Vorgesehen sind dort strengere Auflagen zur Benennung und Überwachung Benannter Stellen, die Möglichkeit der Rückverfolgung durch eindeutige Identifikationsnummern und den Implantatepass sowie unangekündigte Inspektionen bei den Herstellern. Die Vorschläge, so die

Zitat des Monats

Die Stabilität zahlreicher Staaten würde gefährdet, wenn sie morgen die Sozialversicherung aufgaben oder auch nur wesentlich einschränkten.

Helmut Schmidt (1918–2015), ehemaliger Bundeskanzler

Grünen, gingen in die richtige Richtung, reichten aber nicht aus, um Patientensicherheit zu gewährleisten. Nötig seien insbesondere eine für die Hersteller verpflichtende Produkthaftpflichtversicherung für alle Hochrisiko-Medizinprodukte und Implantate sowie eine ergänzende Bewertung der Produkte durch eine Expertenkommission. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/6650

MERKBLATT Neue Infos zum Mamma-Screening

Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren erhalten ab 2016 ein neues Merkblatt zum Mammographie-Screening. Diesen Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss. Die neue Version soll Frauen umfassendere und verständlichere Infos zum Nutzen und Schaden der Vorsorgeuntersuchung vermitteln. Gleichzeitig hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, das mit der Überarbeitung des Merkblatts beauftragt war, ein neues Einladungsschreiben verfasst. Es soll bundesweit für Einladungen zum Mamma-Screening verwendet werden. Erstmals enthält das Schreiben auch Hinweise zur Umsetzung des Rechts auf ein Aufklärungsgespräch, wie es Anfang 2013 mit dem Patientenrechtgesetz verankert wurde. ■

HEILKUNDE Urteil zum Angebot von Osteopathie

Physiotherapeuten dürfen nur dann osteopathische Behandlungen anbieten, wenn sie über die uneingeschränkte Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz verfügen. Diese Regelung hat jetzt das Oberlandesgericht Düsseldorf

in einem Urteil bekräftigt. Dies gelte auch für Fälle, in denen ein Osteopath auf Verordnung des Arztes oder Heilpraktikers tätig werde. Zur Begründung hieß es, dass die Osteopathie über den Tätigkeits- und Ausbildungsbereich eines Physiotherapeuten hinausreiche und nur von Fachkräften mit entsprechender Qualifikation ausgeübt werden dürfe. Diese Voraussetzung erfüllen nach Auffassung des Gerichts nur Heilpraktiker und Ärzte. Demnach dürfen Physiotherapeuten selbst nach Absolvieren einer langjährigen osteopathischen Weiterbildung keine osteopathischen Behandlungen anbieten. ■

ONLINE-UMFRAGE AOK gewinnt Marken-Award

Der „Young Brand Awards 2015“ für die beliebteste Krankenkasse bei den 13- bis 30-Jährigen geht erneut an die AOK – Die Gesundheitskasse. In der Kategorie „Beste Krankenkasse“ (Bereich Finanzen) waren auch die Techniker Krankenkasse (TK), die Betriebskrankenkassen, die Kaufmännische Krankenkasse, die BARMER GEK und die DAK nominiert. Die AOK lag dabei mit 43,6 Prozent der Stimmen deutlich vor der TK (35,5 Prozent). Die anderen nominierten Krankenkassen bleiben alle unter acht Prozent. Bereits 2011, 2013 und 2014 war die Gesundheitskasse die beliebteste Kasse unter jungen Menschen. Die Marktforschungsagentur „youngcom“ befragt junge Erwachsene seit 2011 nach ihren beliebtesten Marken. Die Online-Umfrage gehört zu den bundesweit größten Marken-Votings. ■

Köpfe und Karrieren



+++ HEINRICH BEDFORD-STROHM, 55, steht für weitere sechs Jahre als Ratspräsident an der Spitze der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Vor gut einem Jahr trat er dieses Amt erstmals an. Zugleich ist er Landesbischof der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern. Heinrich Bedford-Strohm studierte zunächst Jura, Geschichte und Politik. Dann wechselte er zur Theologie. 1992 promovierte er an der Universität Heidelberg und habilitierte dort 1998.

Unter anderem war er Gastprofessor für Sozialethik in New York, arbeitete als Gemeindepfarrer in Coburg, leitete die Dietrich-Bonhoeffer-Forschungsstelle für Öffentliche Theologie an der Universität Bamberg und ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Stellenbosch/Südafrika.

+++ HAGEN PFUNDNER, 55, ist für weitere zwei Jahre zum Vorstandsvorsitzenden des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) gewählt worden. Der promovierte Pharmazeut und Vorstand der Roche Pharma AG Deutschland und Geschäftsführer der Roche Deutschland Holding GmbH hat dieses Amt seit November 2011 inne. Ihm zur Seite steht als stellvertretender vfa-Vorsitzender weiterhin Hanspeter Quodt von der MSD Sharp & Dohme GmbH.



Aus drei eine machen?

Um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, sollen die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung zusammengelegt werden. Die Bedenken gegenüber der sogenannten Generalistik wachsen jedoch. Zu Recht?



MANUELA SCHWESIG (SPD), Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Wir müssen die Pflegeausbildung auf die Höhe der Zeit bringen. Das verlangt schon die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft. Wenn sich Bedarf und Versorgungsstrukturen verändern, müssen wir die Anforderungen an die Pflegekräfte entsprechend anpassen. Sie werden künftig nicht nur gut ausgebildet, sondern breit aufgestellt und flexibel einsetzbar sein: Frauen und Männer mit übergreifenden Kompetenzen zur Pflege von Menschen jeden Alters. Die Kostenfreiheit der neuen Ausbildung ist dabei ein wichtiges Signal zur Aufwertung eines Berufs, in dem noch immer überwiegend Frauen arbeiten.

ERWIN RÜDEL, pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: Auf meine Initiative hin hat sich die Koalition auf eine wichtige Übereinkunft verständigt: Die Rechtsverordnung, die die praktische Ausgestaltung der Ausbildung festlegt, muss vor der Beendigung des Gesetzgebungsverfahrens vorliegen. Im Verfahren muss konkret belegt werden, dass alle Schwerpunkte der Pflegesparten gleichermaßen in der Ausbildung berücksichtigt sind, Qualität gesteigert wird, angemessene Praxisteile gesichert sind und gleichzeitig ein niedrigschwelliger Zugang in einer dreijährigen Ausbildung ab Hauptschulabschluss erhalten bleibt. Im Verfahren ist zudem zu klären, ob die Kinderkrankenpflege in die Generalistik passt.



ELISABETH SCHARFENBERG, pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen: Erstaunlich finde ich es, dass die Bedenken erst jetzt auftauchen. Drei Ausbildungen zu einer zusammenzulegen, ohne dabei jedoch die Ausbildungszeit zu verlängern, kann nur zu Kompetenzverlust führen. Statt Spezialisten bekommen wir Allrounder, die sich auf eigene Kosten nachqualifizieren müssen. Ein Beruf wird dann attraktiver, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern. Doch an den Arbeitsbedingungen ändert eine Ausbildungsreform gar nichts. Hier haben es in erster Linie die Arbeitgeber in der Hand, etwas anders zu machen.

GERNOT KIEFER, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes: Für eine gute Pflege in Deutschland braucht es neben dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch eine professionelle Ausbildung und attraktive Rahmenbedingungen für Pflegenden. Eine generalistische Ausbildung zur Pflegefachkraft wird einen beruflichen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen erleichtern. Wichtig dabei ist, dass die Reform der Pflegeausbildung möglichst viel Differenzierung zulässt. Wir brauchen Ausbildungsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichsten Bildungsabschlüssen. So kann eine Ausbildungsreform einen Beitrag zur Lösung des Fachkräftemangels in der Pflege leisten.



INFEKTIONEN

Mücken reisen in Gebrauchtreifen

Fachleute des Internetportals „Mückenatlas.de“ schlagen Alarm: In diesem Jahr, so die Experten, sei der Anteil exotischer Mückenarten höher als gewöhnlich. Auch asiatische Tiger- und Buschmücken seien unter den eingewanderten Arten. Dabei nutzen die kleinen Blutsauger den internationalen Gebrauchtreifen-Handel zum Transfer: In klei-



Mit Altreifen für den Straßenbau kommen exotische Mückenarten von Asien nach Europa.

nen Wasserpflützen in den Reifen legen Mücken ihre Eier ab, die dann per Schiff mit auf die Reise von Asien nach Europa gingen. Asiatische Busch- und Tigermücken könnten Krankheiten wie etwa West-Nil-Fieber oder Dengue übertragen. Der Mückenatlas informiert regelmäßig über die Verbreitung heimischer und zugewandelter Stechmückenarten. ■

MEHR INFOS:
www.mueckenatlas.de

GESETZESINITIATIVE

Bundesrat will weniger Gentechnik

Der Bundesrat will den Anbau gentechnisch veränderter Pflanzen beschränken. Die Gesetzesinitiative sieht vor, eine Ausnahmeregelung für die EU-Mitgliedstaaten anzuwenden, nach der sie nationale Anbauverbote oder Beschränkungen für gentechnisch veränderte Pflanzen in ihrem Hoheitsgebiet oder in Teilen davon beschließen dürfen. Darüber hinaus sollen ein bundesweit zentrales und einheitliches Verfahren sowie eine bundesweit geltende Beschränkung oder aber ein Verbot Ziel sein. ■

GESUNDHEITSPREIS

Telemedizin-Projekt ausgezeichnet

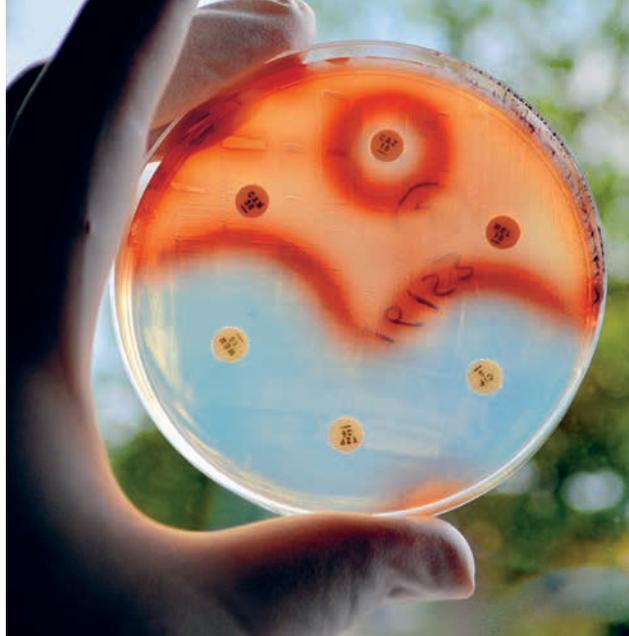
Das Klinikum Oldenburg hat für ein Projekt, mit dem Patienten und Ersthelfer in entlegenen Regionen mittels digitaler Vernetzung Fachärzte konsultieren können, den Niedersächsischen Gesundheitspreis 2015 in der Kategorie eHealth erhalten. Diese und zwei weitere Kategorien sind mit jeweils 5.000 Euro dotiert. Die Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die AOK Niedersachsen, die Apothekerkammer sowie die Kassenärztliche Vereinigung im Land vergeben den Preis jährlich – bereits zum fünften Mal. „Niedersachsen bietet im Gesundheitsbereich viele innovative Projekte und Ideen“, sagte Gesundheitsministerin Cornelia Rundt anlässlich der Preisverleihung. ■

MEHR INFOS:
www.gesundheitspreis-niedersachsen.de

ANTIBIOTIKA

Mehr Resistenzen bei Darmkeim E. coli

Antibiotikaresistenzen erschweren die Behandlung bakterieller Infektionen und verursachen zusätzliches Leid und Kosten. Eine europäische Vergleichsstudie, zu der das Robert Koch-Institut (RKI) Daten beigetragen hat, belegt, dass die Situation bei Antibiotikaresistenzen in Deutschland weniger angespannt ist als in vielen anderen europäischen Staaten. Dennoch gebe es hierzulande Verbesserungsbedarf und „problematische Trends, die unbedingt gestoppt werden müssen“, sagte RKI-Präsident Professor Dr. Lothar H. Wieler. Das European Antimicrobial Resistance Surveillance Network erhebt Daten zu ausgewählten Keimen. Der Studie zufolge ist der Anteil Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), einer der wichtigsten Erreger



Durchblick: Eine europäische Vergleichsstudie liefert Daten zu Antibiotika-Resistenzen.

von Klinikinfektionen, in Deutschland weiter rückläufig. Er liegt mit 11,8 Prozent unter dem europäischen Mittelwert (18 Prozent). Sorgen bereiten den Forschern die gramnegativen Erreger. Dazu gehören *Escherichia coli*, das Harnwegsinfektionen verursacht, und *Klebsiella pneumoniae*, das im Krankenhaus zu Lungenentzündung und

Blutvergiftung führen kann. Bei *E. coli* ist die Resistenz gegenüber Cephalosporinen der dritten Generation – eine wichtige Gruppe von Breitband-Antibiotika – in Deutschland auf über zehn Prozent gestiegen. ■

MEHR INFOS:

www.rki.de/antibiotikaresistenz

ARBEITERWOHLFAHRT
Palliativversorgung weiter stärken

Eine gut funktionierende Palliativversorgung nimmt den Menschen laut Arbeiterwohlfahrt (AWO) am ehesten die Angst vorm Sterben. „Wenn allen Schwerkranken und Sterbenden eine ausreichende und gute Palliativversorgung zur Verfügung stünde, würde sich die Frage nach einem Suizid in der Regel nicht stellen“, sagte AWO-Vorstandsmitglied Brigitte Döcker. Allerdings gebe es auch Fälle, in denen Menschen unheilbar erkrankt seien und an starken Schmerzen litten. Hier müsse der legale ärztliche Handlungsspielraum bei der Behandlung am Lebensende „frei von Dogmatismus“ sein. Anfang November hatte der Bundestag das Hospiz- und Palliativgesetz sowie eine gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid verabschiedet. *Siehe auch Interview S. 42 und 43.* ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Es gibt große Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken“

Die AOK NordWest hat ihren Krankenhausnavigator um Informationen zur Qualität von Prostata-Operationen erweitert. Dazu Fragen an **Johannes Heß**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der Kasse.



G+G: Herr Heß, im Krankenhausnavigator finden Versicherte der AOK NordWest neuerdings auch Informationen zur Qualität von Prostata-Operationen. Was zeigt der Vergleich?

Heß: Unser Vergleich hat große Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken ergeben. Das zeigt eindrucksvoll, wie wichtig die angestrebten Reformen des Krankenhausstrukturgesetzes sind, mit denen Qualitätsergebnisse künftig noch stärker in die Krankenhausplanung einfließen sollen. Die Kliniken erhalten in den kommenden Jahren erhebliche zusätzliche Finanzmittel, die müssen nunmehr auch zu einer besseren Versorgung führen.

G+G: Die Versicherten wünschen sich – so sie vor einer Operation stehen – das jeweils beste Krankenhaus für diesen Eingriff. Wie hilft Ihnen der AOK-Krankenhausnavigator hier konkret weiter?

Heß: Der Krankenhausnavigator bietet unseren Versicherten eine gute Transparenz. Mit leicht verständlichen Informationen wird ihnen ge-

holfen, die richtige Klinik für sich auszuwählen. Die einzelnen Indikatoren sind zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst und anhand von Lebensbäumen kenntlich gemacht. So sehen die Nutzer schnell und einfach die Krankenhäuser in der Region mit den niedrigsten Komplikationsraten und der geringsten Zahl von Folgeeingriffen.

G+G: Zur Qualitätsmessung setzt die AOK auf die „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, kurz QSR. Welchen Vorteil bietet das Verfahren?

Heß: Bei QSR werden die verschiedenen Risikostrukturen der Krankenhäuser bereits in der Analyse berücksichtigt, so dass ein fairer Klinikvergleich möglich ist. Das Verfahren ermöglicht eine Langzeitbetrachtung von Behandlungsergebnissen, die über den Krankenhausaufenthalt hinausgeht. Und neben den Klinikdaten werden ebenso die Daten der ambulanten Versorgung mit einbezogen. So lassen sich unerwünschte Ereignisse analysieren, die innerhalb eines Jahres nach der Klinikentlassung auftreten. *(Siehe auch Seite 12 f.)*

Unscharfe Regelung

Das Parlament hat ein Gesetz zur Suizidbeihilfe verabschiedet. Zwielfichtige Sterbehilfevereine sind künftig verboten. Doch das Gesetz hat auch eine Schattenseite, meint Rainer Woratschka.



AM ENDE HATTEN VIELE nicht mehr daran geglaubt: Der Bundestag hat die Suizidbeihilfe tatsächlich gesetzlich reglementiert – trotz aller Appelle, bloß die Hände davon zu lassen. Und dass eine derart deutliche Mehrheit für ein Verbot votieren würde, nennen selbst die Befürworter im Nachhinein ein „politisches Wunder“.

Dass die Entscheidung so umstritten war, beruht auf einem Wertekonflikt. Der Staat hat das Leben des Einzelnen zu schützen, aber ebenso dessen Selbstbestimmungsrecht. Und – Grundgesetz, erster Artikel – die Würde des Menschen. Doch wie, bitteschön, ist die zu wahren in der Extremsituation schwersten Leidens? Indem man Patienten die Offerte unterbreitet, dass ihnen bei Bedarf jederzeit beim Suizid geholfen wird? Oder indem man ihnen Angst und Schmerzen zu nehmen versucht und sie von dem Druck befreit, möglichst flott und pflegeleicht aus dem Leben zu scheiden?

Das Parlament hat sich glücklicherweise für Letzteres entschieden. Wer Menschen geschäftsmäßig Gelegenheit zur Selbsttötung „gewährt, verschafft oder vermittelt“, dem droht Geldbuße oder Haft bis zu drei Jahren. Das macht dubiosen Sterbehilfevereinen den Garaus. Es verhindert, dass der Suizid zum Normalfall und die Beihilfe dazu zum Regelangebot wird. Und es impliziert das Versprechen, professionelle Schmerzmedizin und Sterbegleitung weiter auszubauen. Zugleich belässt es Angehörigen und Ärzten die Möglichkeit, im Extremfall auch bei einer Selbsttötung helfen zu dürfen.

Soweit das Positive. Doch die als maßvoll gepriesene Regelung hat eine Kehrseite. Sie ist zu unscharf. Das betrifft vor allem Ärzte, die ständig mit Todkranken zu tun haben. Im Grunde muss nun jeder Palliativmediziner oder Onkologe fürchten, Ärger mit dem Staatsanwalt zu bekommen, wenn er Patienten zu schnellerem Sterben verhilft. Das beeinträchtigt die Versorgung Schwerstkranker in erheblichem Maße.

Im Grenzbereich von Leben und Tod kann und soll der Staat nicht alles regeln. Doch es ist nicht in Ordnung, dass die Politik die Grenzziehung der Justiz überlässt. Und es ist ein Risiko. Auch Ärzte, die wiederholt Suizidbeihilfe leisten, müssen sich sicher sein können, nicht belangt zu werden – solange darin kein Geschäftsmodell erkennbar ist. Alles andere würde die gute Absicht des Gesetzes ins Gegenteil verkehren. ■

Rainer Woratschka ist Redakteur beim „Tagesspiegel“ aus Berlin.

PFLEGEPROGRAMM

Verband kritisiert Wirtschaftsweise

Die Stellungnahme der sogenannten Wirtschaftsweisen zum Krankenhausstrukturgesetz und dem darin enthaltenen Förderprogramm für neue Pflegestellen ist beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) auf scharfe Kritik gestoßen. Die Sachverständigen hatten Zweifel an der Sinnhaftigkeit des Programms geäußert, zumal die zu schaffenden Stellen wegen des Mangels an Bewerbern zeitnah nicht zu besetzen seien. Der DBfK reagierte empört. „Wer den Nutzen von mehr Pflege am Krankenbett infrage stellt und dies mit einem einzigen Gutachten einer Forschergruppe der Universität Southampton zu belegen versucht, kennt die internationale Evidenz zu diesem Thema nicht“, sagte Verbandssprecherin Johanna Knüppel. Es lägen etliche Studien vor, die den Zusammenhang zwischen Patienten-Outcomes und der Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Pflegepersonals beweisen würden. Dies zu ignorieren heiße, die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern bewusst aufs Spiel zu setzen. ■

MEHR INFOS:
www.dbfk.de > Presse

UMFRAGE

Glücklich im Beruf

Wer erfolgreich im Beruf ist, ist nicht unbedingt zufriedener im Leben. Es kommt vielmehr darauf an, wie man die eigene berufliche Entwicklung bewertet. Das hat ein Forscherteam der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg um die Sozial-

psychologin Andrea Abele-Brehm herausgefunden. Die Forscher befragten 990 Berufstätige zweimal im Abstand von zwei Jahren zu ihrem Berufserfolg, der Bewertung ihrer beruflichen Leistungen und zu ihrer Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse wurden jetzt im „Journal of Happiness Studies“ veröffentlicht. ■

IGEL-MONITOR

Film über Glaukom-Früherkennung

Die Mediathek des IGeL-Monitors wird erweitert. Dort ist bereits ein Film über den PSA-Test zu sehen. Hinzu kommt nun ein Film, der über die Früherkennung des Glaukoms („Grüner Star“) aufklärt. Die Glaukom-Früherkennung ist nicht nur eine der häufigsten, sondern auch eine der umstrittensten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) – also Leistungen, die Patienten selber bezahlen müssen. Während der Berufsverband der Augenärzte in Deutschland die Untersuchung für geeignet hält, um Glaukome im frühen Stadium zu erkennen, interpretiert der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes die Studienlage anders. Verwiesen wird auch auf eine Übersichtsarbeit der amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality. Diese komme zu dem Ergebnis, dass ein Nutzen der Glaukom-Früherkennung nicht erwiesen sei. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss, der über die Kassenleistungen entscheidet, sehe keine ausreichenden Nutzen-Belege. ■

MEHR INFOS:
www.gkv-spitzenverband.de

Klinikvergleich bei Prostata-OPs

Wenn sich Patienten wegen Krebs oder einer gutartigen Vergrößerung der Prostata unters Messer legen, können Komplikationen auftreten. Wie sich die OP-Ergebnisse von Klinik zu Klinik unterscheiden, lässt sich anhand von Abrechnungsdaten zeigen. **Von Peter Willenborg**

Bei knapp jeder fünften Entfernung der Prostata wegen Krebs und bei etwa jeder sechsten Operation aufgrund einer gutartigen Vergrößerung der Prostata treten Komplikationen auf. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) auf Basis der „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR). Das QSR-Verfahren erlaubt es, die Häufigkeit von OP-Komplikationen für jede einzelne Klinik mit ausreichender Fallzahl transparent zu machen. Seit Ende Oktober stehen die Qualitätsdaten zu den Prostata-Operationen allen Interessierten im Krankenhaus-Navigator der AOK im Internet unter www.aok.de/krankenhausnavi zur Verfügung. Der Navigator macht anhand von Symbolen auf einen Blick sichtbar, welche Kliniken eine höhere oder geringere Wahrscheinlichkeit für Komplikationen haben.

Einfluss auf Krankenhausplanung. Die QSR-Ergebnisse zeigen bei der vollständigen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) große Unterschiede zwischen den einzelnen Häusern: So hatten im schlechtesten Viertel der Kliniken mindestens 27 Prozent der Patienten nach der Operation Probleme aufgrund von Komplikationen. Im besten Viertel der Krankenhäuser waren es dagegen nur höchstens 13 Prozent. Die Gesamt-Komplikationsrate lag bei 19 Prozent. Basis der Analyse sind die Abrechnungsdaten für 15.500 Prostatektomien zwischen 2011 und 2013 in 220 Kliniken (*siehe Abbildung auf dieser Seite*).

Ein ähnliches Bild ergibt die Auswertung von mehr als 44.000 Fällen der gutartigen Prostatavergrößerung, die im gleichen Zeitraum in 420 Krankenhäusern operiert wurden: Die Gesamt-Komplikationsrate lag hier bei insgesamt

18 Prozent. Während im besten Viertel der Kliniken bei höchstens 13 Prozent der Patienten Komplikationen zu verzeichnen waren, waren es im schlechtesten

Patienten können sich im Krankenhaus-Navigator über die Häufigkeit von Komplikationen informieren.

ten Viertel mindestens 23 Prozent der Patienten. „Die QSR-Ergebnisse zeigen erneut, wie wichtig es ist, dass die Behandlungsqualität der Kliniken künftig eine größere Rolle bei der Krankenhausplanung spielt“, kommentiert Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband.

Das Krankenhausstrukturgesetz gehe bei diesem Thema in die richtige Richtung, lasse aber die nötigen Vorgaben für eine verbindliche und zügige Umsetzung der angekündigten Qualitätsoffensive vermissen.

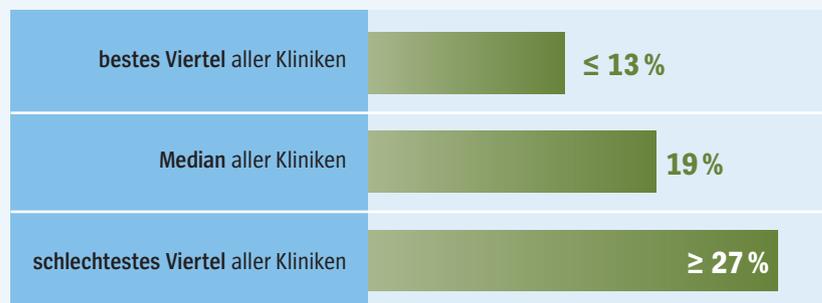
Sterblichkeit wird abgebildet. Zu den Komplikationen, die im QSR-Verfahren ausgewertet werden, gehören erneute Eingriffe an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter während des Klinikaufenthaltes und bis zu einem Jahr danach. Diese Langzeit-Betrachtung ist möglich, weil das WiDO in seine Auswertung Daten von erneuten Krankenhausaufenthalten bereits operierter Patienten einbezieht. Darüber hinaus werden allgemeine Komplikationen wie Lungenembolien oder Herzinfarkte analysiert.

Zu den Themen Inkontinenz und Impotenz sowie zur vollständigen Besei-

Routinedaten machen Unterschiede sichtbar

Komplikationsrate bei radikaler Prostatektomie

ohne Berücksichtigung von postoperativer Inkontinenz oder Impotenz und der vollständigen Beseitigung des Tumors



Bei fast jeder fünften Prostata-Entfernung bei Prostatakrebs (Radikale Prostatektomie) treten Komplikationen auf. Das zeigt eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) im Rahmen der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). Im schlechtesten Viertel der Kliniken ist die Komplikationsrate mehr als doppelt so hoch wie im besten Viertel.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) 2015

tigung des Tumors bei der Prostatektomie kann das QSR-Verfahren dagegen keine Aussage machen. Im Navigator werden die Nutzer darauf hingewiesen, dass dafür die Datengrundlage fehlt. Dies seien zwar wichtige Kriterien für die Patienten, sagt Jens-Uwe Stolzenburg, Direktor der urologischen Klinik an der Uniklinik Leipzig und Mitglied im QSR-Expertenpanel. „Dass Inkontinenz und Impotenz nicht erfasst werden können, schmälert die Qualität des Verfahrens aber nicht“, betont er. „Immerhin werden extrem wichtige Kriterien wie Folge-OPs, Bluttransfusionen, allgemein chirurgische Komplikationen oder Sterblichkeit abgebildet.“ Patienten könnten sich mit den Ergebnissen im Navigator darüber informieren, wo solche Komplikationen häufiger oder seltener auftreten. Diese „umfassende Betrachtung der Versorgungsqualität“ in Deutschland sei einzigartig.

Indikatoren sind risikoadjustiert. Die große Stärke von QSR ist die ausgefeilte Risikoadjustierung, die einen fairen Klinikvergleich ermöglichen soll. So werden bei den Auswertungen des WiDO beispielsweise die verschiedenen Risiko-

Viele Kliniken nutzen die Ergebnisse, um ihre Qualität zu verbessern.

strukturen der Krankenhäuser berücksichtigt, die sich aus Alter oder Begleiterkrankungen der Patienten ergeben. Dennoch äußert sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) in einer ersten Stellungnahme kritisch zu den QSR-Daten: Sie müssten „deutlich differenzierter betrachtet werden, um Patienten vor Fehlinterpretationen und falschen Entscheidungen für oder gegen eine Klinik zu bewahren“, heißt es in einer Pressemitteilung. Die DGU kritisiert unter anderem, dass die Unterschiede zwischen verschiedenen Operationsverfahren nicht ausreichend berücksichtigt würden. So gehe zum Beispiel ein operatives Verfahren, welches Nerven und damit die Erektionsfähigkeit erhalte, mit einem höheren Blutverlust einher als ein nicht nerverhaltendes Operationsverfah-



Blutverlust, erneuter Eingriff oder eine andere Komplikation? Das ermitteln Wissenschaftler mithilfe des QSR-Verfahrens.

ren. „Diese Unterschiede werden bereits berücksichtigt, die QSR-Indikatoren sind danach risikoadjustiert“, stellt Christian Günster, Leiter des Forschungsbereiches Integrierte Analysen im WiDO, klar. „Die urologischen Fachmediziner im QSR-Expertenpanel zu den Prostata-Operationen haben großen Wert darauf gelegt, dass der Einfluss des nerverhaltenden Operierens bei der Berechnung berücksichtigt wird.“

Abrechnungsdaten liefern harte Fakten.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie übt in ihrer Stellungnahme auch Grundsatzkritik an der Qualitätssicherung mit Routinedaten. So ist es aus Sicht von DGU-Präsident Kurt Miller „völlig unzulässig“, aus Abrechnungsdaten qualitätssichernde Komplikationsraten ableiten zu wollen. Die Auswertung von Routinedaten sei im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung längst „gesetzt“, betont dagegen QSR-Experte Christian Günster. Es zeichne sich zudem ab, dass Routinedaten auch eine wichtige Basis für die Arbeit des neu gegründeten Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bilden sollen. „Viele Krankenhäuser arbeiten schon seit Jahren mit diesen Daten und nutzen die QSR-Ergebnisse, um ihre Behandlungsqualität zu verbessern“, berichtet Günster.

Auf Wunsch erhält jedes Krankenhaus in Deutschland mit dem QSR-Klinik-

bericht eine individuelle Auswertung zu seiner Behandlungsqualität bei insgesamt 16 Eingriffen. Diese Berichte ermöglichen unter anderem einen Vergleich der eigenen Ergebnisse mit dem bundesweiten Durchschnitt. Die Abrechnungsdaten seien eine gute Basis für solche Auswertungen, denn sie lieferten „knallharte Fakten“, sagt WiDO-Experte Christian Günster: „Wenn zum Beispiel eine Bluttransfusion notwendig war, dann findet sie sich auf jeden Fall in der Abrechnung der Klinik wieder.“

Informationen zu acht Eingriffen.

Der Krankenhaus-Navigator enthält inzwischen Qualitätsinformationen zu acht Leistungsbereichen, die mit der QSR-Methodik analysiert worden sind: Neben den beiden Prostata-Operationsverfahren sind dies die Implantation einer Hüftgelenksprothese bei Arthrose, die Implantation einer Hüftgelenksprothese bei Hüftfraktur, die Implantation einer Kniegelenksprothese, die Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen, das Einsetzen eines therapeutischen Herzkatheters bei Patienten ohne Herzinfarkt sowie die Blinddarm-Entfernung. Für diese Eingriffe wurden die Ergebnisse im Navigator jetzt aktualisiert. ■

Peter Willenborg ist Referent für Kommunikation beim AOK-Bundesverband.
Kontakt: Peter.Willenborg@bv.aok.de

Ohne Truppen keine Pflegerevolution

Der zweite Teil der Pflegereform der Großen Koalition hat den Bundestag passiert.

Das Gesetz sei grundsätzlich richtig, loben Experten. Doch sie fragen auch:

Wo bleibt das zusätzliche Personal, das die Neuerungen umsetzt? **Von Thomas Hommel**

Stell' dir vor, der Gesetzgeber beschließt neue Pflegeleistungen und es fehlt an Pflegefachkräften, die diese an die Frau und den Mann bringen. So ließe sich wohl, leicht zugespitzt, die Sorge umschreiben, die viele Pflege- und Sozialexperten wie Oppositionspolitiker beim Gedanken an die kürzlich verabschiedete zweite Pflegereform beschleicht.

Personalfrage ungelöst. Das Pflegestärkungsgesetz II enthalte ja durchaus „eine Vielzahl von guten und wichtigen Neuregelungen“, findet etwa der Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus. Dazu gehöre ganz klar der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017. Er arbeitet mit fünf Pflegegraden und soll Demenzzkranken den gleichen Zugang zu Pflegeleistungen ermöglichen wie Menschen, die aufgrund körperlicher Beschwerden auf Hilfe angewiesen sind.

Mit dieser Philosophie stelle die Koalition die Pflegeversicherung 20 Jahre nach ihrer Einführung auf eine neue Grundlage, sagt Westerfellhaus. Da die Reform jedoch nicht von Regelungen für mehr Personal begleitet sei, drohe sie zu versanden – mit der Folge, dass der neue Pflegebegriff zwar die Gesetzbücher fülle, aber nicht im Alltag ankomme.

Elisabeth Scharfenberg befürchtet ähnliches. Jede Pflegereform, prophezeit die pflegepolitische Sprecherin der Grünen-Fraktion im Bundestag, auch jede künftige – „führt in eine Sackgasse, wenn kein Personal da ist, das die neuen Leistungen erbringen kann“. Da helfe es auch nicht weiter, dass das Pflegegesetz die Ent-

**Aus für den Pflege-TÜV:
Spätestens ab 2018
soll ein neues System
die Noten ablösen.**

wicklung und Erprobung eines Instruments zur Personalbemessung in den bundesweit rund 22.000 Pflegeeinrichtungen vorsehe. Die Frist dafür sei eindeutig zu lang. Die Koalition müsse sich „jetzt“ und nicht erst in fünf Jahren um die Personalfrage in der Pflege kümmern.

Minutenpflege ist passé. Union und SPD wollen sich ihre Reform aber nicht kleinreden lassen. „Mehr Hilfe für Pflegebedürftige, eine bessere Absicherung der vielen pflegenden Angehörigen und mehr

Zeit für die Pflegekräfte“, listet Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Effekte seiner Reform auf.

Mehr als 2,7 Millionen Pflegebedürftige würden zum 1. Januar 2017 automatisch in einen der neuen Pflegegrade übergeleitet. Niemand stehe am Ende leistungsrechtlich schlechter da. Auch der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, sieht mit dem neuen Pflegebegriff das Ende von „Minutenpflege und Defizitorientierung“ eingeläutet. Stattdessen gebe es eine Begutachtung, die bei jedem Einzelnen genau schaue, wie selbstständig er seinen Alltag noch gestalten könne. „Das ist ein Quantensprung“, findet Laumann.

Einen weiteren Pluspunkt der Reform sieht Laumann darin, dass der seit Langem umstrittene Pflege-TÜV „in seiner jetzigen Form ein klares Verfallsdatum“ erhält. Laut Gesetz soll spätestens ab 2018 ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem greifen, das pflegebedürftigen Menschen wie Angehörigen bei der Auswahl eines Pflegeheimes oder Pflegedienstes mehr Orientierung an die Hand gibt als es die derzeit geltenden Pflegenoten tun.

Beratung für pflegende Angehörige.

Ausgeweitet wird mit dem Gesetz auch die Pflegeberatung. Pflegende Angehörige erhalten demnach einen eigenen Beratungsanspruch. Dafür hatte sich insbesondere die AOK im Vorfeld der Reform stark gemacht. Die Zusammenarbeit aller Beratungsstellen vor Ort wird gestärkt. Welche Rolle die Kommunen dabei spielen, wollen Union und SPD im kommenden Jahr klären. Erst danach sei die große Pflegereform abgeschlossen, heißt es aus Koalitionskreisen. ■

Siehe auch Interview auf Seite 42 und 43.

Deutscher Pfl egetag 2016

Eine breite gesellschaftliche Koalition von Institutionen und Personen entwickelt zukunftsweisende Ideen für die Pflege: Diesem Ziel fühlt sich der Deutsche Pfl egetag verpflichtet, der vom **10. bis 12. März 2016 in Berlin** stattfindet und zu dem rund 8.000 Teilnehmer erwartet werden. Schirmherr des Deutschen Pfl egetages ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Der **AOK-Bundesverband ist Gründungspartner**. Martin Litsch, designierter Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, unterstreicht die Bedeutung der Pflege für die AOK, bei der gut 50 Prozent aller Pflegebedürftigen versichert sind: „Im Zeitalter der Pflege braucht es einen **guten Versorgungsmix aus professioneller Pflege, Angehörigenunterstützung und helfenden Strukturen**. Dafür setzt sich die AOK ein.“ Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates, nennt die Pflege „das wichtigste gesundheitspolitische Thema dieses Jahrzehnts. Sie stellt die Gesellschaft vor riesige Herausforderungen, die nur im Dialog mit allen Beteiligten aus der Pflegebranche, der Politik und der Wirtschaft zu meistern sind.“ **Infos & Anmeldung: www.deutscher-pflegetag.de**



Hilfe für Flüchtlinge Jetzt spenden!

Millionen Menschen sind weltweit auf der Flucht vor Krieg, Hunger, Gewalt und Verfolgung. Die Hilfsorganisationen von Aktion Deutschland Hilft lassen die Menschen nicht im Stich und helfen dort, wo Flüchtlinge dringend Hilfe brauchen. **Helfen auch Sie - mit Ihrer Spende!**



Spendenkonto (IBAN): DE62 3702 0500 0000 1020 30

Stichwort: Hilfe für Flüchtlinge

Online spenden unter: www.Aktion-Deutschland-Hilft.de



Raus aus dem Tabernakel

Qualität soll in der Klinikvergütung künftig eine größere Rolle spielen. Zudem müsste für Patienten nachvollziehbar sein, wie gut die Ergebnisse von Operationen und Behandlungen sind, forderten Teilnehmer des Nationalen Qualitätskongresses. **Von Ines Körver**

Großer Wurf oder Milliardengrab: Über das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist in den Monaten vor seiner Verabschiedung im November 2015 viel geschrieben worden. Was es wirklich bringt, diskutierten Experten auf dem 9. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit Anfang Dezember in Berlin. Ulf Fink, CDU-Politiker und Kongresspräsident, sprach von einem „Meilenstein“. Erstmals sei eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung als Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung definiert. Außerdem bewirkten Qualitätsmängel im Krankenhaus künftig Vergütungsabschläge und nach drei Jahren Vergütungsabschlägen einen Ausschluss dieser Leistungen der entsprechenden Klinik aus der Krankenhausplanung der Länder. Dr. Christof Veit, Direktor des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, erklärte, mit den im KHSG vorgesehenen Mitteln Planung, Vergütung und Transparenz ließen sich Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen gut steuern.

Nicht jeder muss alles machen. Auch Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, lobte das Gesetz. Es sei wegweisend, weil Bund und Länder von Anfang an gemeinsam die Richtung vorgegeben hätten. Besonders zufrieden zeigte sich Widmann-Mauz damit, dass die Mindestmengen für bestimmte Leis-

tungen rechtssicher ausgestaltet worden seien. „Nicht jeder muss alles machen“, erklärte sie. Dem stimmte Dr. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes Gesundheit in Hamburg, zu. Bei Hüft-OPs beispielsweise griffen Operateure oft während eines Eingriffs auf eine andere Prothese als die ursprünglich vorgesehene zurück,

Wir haben Qualität wie eine Monstranz vor uns hergetragen.

weil die vorgesehene sich als weniger geeignet erweise. „So viele Prothesen kann ein normales Krankenhaus gar nicht vorhalten“, so Gruhl. Konzentration sei das Gebot der Stunde.

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, erhofft sich vom KHSG Druck auf die Kliniken. „Wenn ein Patient zwei Tage im Krankenhaus mit einem Oberschenkelhalsbruch herumliegt und der Eingriff nicht stattfindet, weil kein Operateur da ist, dann ist das miese Qualität. Den Patienten können wir nicht vermitteln, warum eine Klinik dafür genauso entlohnt werden soll wie für eine schnelle Operation“, sagte sie. Es sei viel gewonnen, wenn die vier oder fünf Prozent der Kliniken mit der schlechtesten Qualität vom Markt verschwinden.

Versorgungsketten betrachten. „Viel mehr als das werden Sie mit dem KHSG auch nicht erreichen“, sagte Professor Dr. Matthias Schrappe, Lehrbeauftragter für Patientensicherheit und Risikomanagement an der Universität Köln. Das KHSG fokussiere nach wie vor auf Kliniken und insbesondere Operationen. Die Herausforderung der Zukunft sei aber die demografische Entwicklung und damit der Anstieg von chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Hier müssten neue Qualitätsindikatoren ansetzen, Versorgungsketten müssten stärker in den Blick genommen werden. Professor Dr. Michael Schäfer, Präsident der deutschen Schmerzgesellschaft, forderte zudem, den Umgang mit Schmerz zu einem Qualitätsindikator zu machen.

Einfach mal anfangen. Das war ganz im Sinne von Hedwig François-Kettner. Die Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit vermisste in der Diskussion und in der aktuellen Gesetzgebung die Konzentration auf das Patientenwohl: Die Patienten hätten einen schlechten Überblick über das System und die Behandlungsqualität verschiedener Leistungserbringer: „Der Patient ist immer noch außen vor.“ Der künftige Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes pflichtete dem bei: „Wir haben jahrelang Qualität wie eine Monstranz vor uns hergetragen. Jetzt kommt es darauf an, sie aus dem Tabernakel zu befreien und für alle erlebbar zu machen.“ Er zeigte sich optimistisch: Es lägen viele Daten vor, etwa im Rahmen der AOK-Initiative Qualitätssicherung mit Routinedaten. Litsch warnte davor, an einer Superdokumentation zu arbeiten, stattdessen plädierte er dafür, „einfach mal anzufangen“. ■

Viel Arbeit fürs Qualitätsinstitut

„Wir müssen in überschaubaren Zeiträumen viel Konkretes liefern.“ Soviel verriet der Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Dr. Christof Veit, auf dem Qualitätskongress. Einen detaillierten Zeitplan legte er nicht vor. **Erste Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung wolle das IQTIG im April 2016 liefern.** Klar machte Veit: Es sollen nicht nur schlechte Kliniken vom Markt verschwinden, sondern Exzellenz belohnt werden. Es müssten außerdem Indikatoren hinterfragt werden, die nichts bewirkt hätten.

Ines Körver ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

Frische Ideen im Innovations-Café

Internationale Experten, praxistaugliche Konzepte und Impulse für die Versorgung von morgen: Beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care dreht sich diesmal alles ums Thema „Innovation“. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Passender hätte der Zeitpunkt nicht sein können: Der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss steht kurz vor dem Start, die Große Koalition hat die gesetzliche Grundlagen für Selektivverträge verschlankt – und das Thema des Jahreskongresses des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC) am 19. und 20. Januar 2016 in Berlin heißt „Innovation“. Im Mittelpunkt der Veranstaltung – G+G gehört zu den Medienpartnern – stehen dabei keineswegs bahnbrechende Projekte mit revolutionärem Charakter.

Step by Step zu neuen Strukturen. „Uns geht es vor allem darum zu zeigen, wie mit vielen kleinen, innovativen Schritten die Regelversorgung modernisiert werden kann, wie sich etablierte Strukturen zugunsten der Patienten verbessern lassen“, betont der Vorstandsvorsitzende des BMC, Professor Dr. Volker Amelung. „Leider verharren immer noch zu viele Leistungserbringer und Kostenträger in ihren angestammten Positionen und erschweren so Fortschritte im Gesundheitssystem. Warum es zum Beispiel bei uns immer noch keine Walk-In-Praxen wie in Großbritannien gibt, obwohl die Kliniknotaufnahmen überquellen und die meisten Patienten dort gar nicht hingehören, ist mir ein Rätsel.“

Blick über den Tellerrand. Eigentlich ist Innovation aber gar nicht so schwer. „Zum einen haben wir in Deutschland bereits viel Wissen darüber, wo man den Hebel ansetzen könnte“, sagt BMC-Geschäftsführerin Dr. Susanne Ozegowski. Zum anderen müsse man das Rad ja nicht unbedingt neu erfinden: „Ein Blick über den Tellerrand ins Ausland kann hilfreich sein.“ Und so glänzt auch in diesem Jahr der BMC-Kongress wieder mit interna-



Koffein und Köpfchen:
Beim BMC-Kongress können
Besucher bei einem Kaffee
neue Gesprächsformate testen.

tionalen Experten. So halten neben Gesundheits-Staatssekretär Lutz Stroppe auch Dr. Edward Kelley von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Dr. Paul Grundy vom Computerriesen IBM Vorträge.

Vom WHO-Experten Edward Kelley dürfen sich die Gäste – der BMC rechnet mit mehr als 500 Besuchern – einen Überblick über internationale Trends und erfolgreiche Projekte in einzelnen Staaten erhoffen. „Bei System-Innovationen und Best Practice-Beispielen kennt Kelley sich hervorragend aus. Die WHO hat längst nicht mehr ausschließlich die Nöte von Entwicklungs- und Schwellenländern im Blick“, weiß Susanne Ozegowski.

IBM-Fachmann Grundy gewährt demgegenüber einen Einblick in das Watson-Projekt des Konzerns. Im Kern handelt es sich dabei um eine lernende Software, die unter anderem Onkologen bei komplizierten Diagnosen und Therapien unterstützt. Watson ist für Volker Amelung ein gutes Beispiel dafür, dass man für Innovationen im Gesundheitswesen bisweilen einen langen Atem braucht: „IBM arbeitet bereits seit sieben

Jahren an der Software. Wer vom Innovationsfonds nach einem halben Jahr schon erste Ergebnisse erwartet, sollte noch einmal nachdenken.“

Natürlich dekliniert der Kongress das Thema „Innovation“ auch ganz konkret durch: Vergütung, Evaluation, Arzneimittel, E-Health, Medizinprodukte, Selektivverträge – auf zwölf parallelen Foren bietet sich die Gelegenheit, einzelne Aspekte zu vertiefen.

Austausch in kleinen Runden. Neuland betritt der Bundesverband Managed Care gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse beim „InnovationsCafé“: Dieses zwanglose Format nach dem Prinzip des World-Cafés ermöglicht den Besuchern, sich in kleinere Diskussionsrunden einzubringen und über die Digitalisierung im Gesundheitswesen auszutauschen. Susanne Ozegowski: „Das Innovations-Café ist eine Mischung aus Wissenstransfer und Networking. Wir sind gespannt, wie es ankommt.“ ■

MEHR INFOS UND ANMELDUNG:
www.bmckongress.de

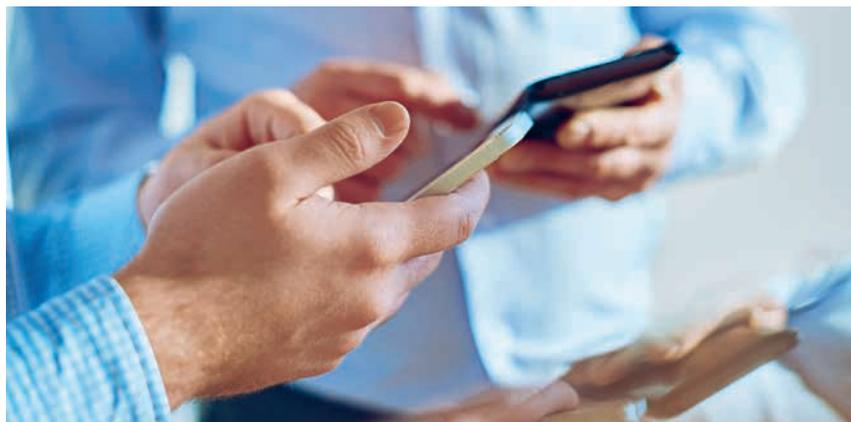
Gesundheit sucht Anschluss

Die Vernetzung der Welt ist weit vorangeschritten – nur das Gesundheitswesen hinkt hinterher. Wie Ärzte, Kliniken und Patienten digital mithalten könnten, diskutierten Experten auf einer Veranstaltung in Stuttgart. **Von Ines Körver**

Einmal in der Woche lässt sich Sylvia Thun von einer Smartphone-App mitteilen, was zurzeit ihre wahrscheinlichste Todesursache ist. Die Professorin für Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen an der Hochschule Niederrhein hat ihre Gene entschlüsseln lassen. Sie glaubt an die

sitzende des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg, fest. Dem pflichtete Arno Elmer, Professor an der FOM Hochschule für Oekonomie und Management, bei. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens könne vor allem zwei Dinge leisten: eine intelligentere Ressourcenallokation und eine bessere Patienten-

den-Württemberg betonte, dass diejenigen, die die Entwicklung vorantreiben wollen, klare Rahmenbedingung und Handlungsspielräume brauchen. Er verwies darauf, dass die AOK gute Erfahrungen mit der digitalen Vernetzung im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge mache: „Wenn die Ärzte den Nutzen neuer Technologien verstehen und sich ihr Engagement auszahlt, dann machen sie auch bei der Digitalisierung mit.“



Mit dem Smartphone zum Arzt: Patienten sammeln selbst Gesundheitsdaten.

Chancen der modernen Technologie in der Medizin. Doch was Deutschland bislang bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und einer Telematikinfrastruktur zuwege gebracht hat, frustriert die Ärztin und Diplomingenieurin. Thun arbeitet daher inzwischen am liebsten bei internationalen Projekten mit.

Defizite digital ausgleichen. Inwieweit eine Digitalisierung das Gesundheitswesen voranbringen kann, diskutierten Thun und andere Experten bei der Veranstaltung „Wird unsere Versorgung digital?“ der AOK Baden-Württemberg. „Versorgung ist ohne IT nicht denkbar, IT kann aber den menschlichen Faktor in der Versorgung nicht ersetzen“, stellte Monika Lersmacher, alternierende Vor-

versorgung. Der frühere Hauptgeschäftsführer der für die Einführung der eGK und einer Telematikstruktur zuständigen Gematik, wies auf die Defizite hin, die das deutsche Gesundheitssystem trotz seines hohen Niveaus noch habe. Viele Ärzte hätten beispielsweise keinen Überblick über die Arzneimittel, die ihre Patienten von Kollegen verordnet bekämen, sagte Elmer. Ein digitaler Medikationsplan könne unter Umständen jedes Jahr mehrere Tausend Todesfälle verhindern. Aufgrund des E-Health-Gesetzes gäbe es zwar im Oktober 2016 einen solchen Plan – zunächst aber nur auf Papier.

In Deutschland habe sich bei der Einführung der eGK und einer Telematikinfrastruktur „niemand mit Ruhm bekleckert“, so Dr. Christopher Hermann. Der Vorstandsvorsitzende der AOK Ba-

Smart und safe. Hans-Peter Bröckerhoff, Herausgeber und Chefredakteur des Magazins E-Health-Com, zählt zu den Gründen für die schleppende Einführung der eGK, dass die Politik es lange versäumt habe, Ziele zu benennen, und die Öffentlichkeit sich uninteressiert am Thema zeige. Professor Mark Dominik Alscher, Geschäftsführender Ärztlicher Direktor des Robert-Bosch-Krankenhauses, präziserte: Die Bevölkerung nutze ausgiebig „smart technology“, interessiere sich aber wenig für Sicherheitsaspekte und damit für „safe technology“. Patienten kämen immer öfter mit per App gemessenen Gesundheitswerten zum Arzt und wollten auf Basis dieser Daten eine Diagnose. Wenn der Arzt ihnen dann sage, dass die App aber unter Umständen keine aussagekräftigen Werte liefere, seien sie frustriert. Es brauche also eine Art TÜV-Siegel für Gesundheits-Apps.

Hoffnung setzten mehrere Teilnehmer auf einige junge Parlamentarier: „Die sprechen schon zum Teil von der Notwendigkeit eines zweiten E-Health-Gesetzes“, berichtete Elmer. Dieses könne dafür sorgen, dass smart und safe häufiger zusammenkommen. Elmer ist optimistisch: „Die nötige Technik haben wir alle in der Tasche. Sie heißt Smartphone.“ ■

Ines Körver ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

„Probanden machen begeistert mit“

Blutdruck, Lungenfunktion, Blutzucker – seit 2014 erfassen Forscher in der NAKO-Studie den Gesundheitszustand eines repräsentativen Bevölkerungsquerschnitts. Vorstandsvorsitzender **Karl-Heinz Jöckel** ist zufrieden mit dem Zuspruch.

Vor einem Jahr startete die Hauptphase der NAKO-Gesundheitsstudie. Wie läuft die Studie heute?

Jöckel: Inzwischen sind wir sehr zufrieden. Wie bei einem Projekt dieser Größe nicht anders zu erwarten, hat es am Anfang etwas geholt, die Prozesse mussten sich erst einspielen. Wir haben die Zahl der Eingeladenen langsam hochgesetzt. Kummer macht uns immer noch, dass einige Teilnehmer kurzfristig absagen oder einfach nicht erscheinen. Dies kann man nur bis zu einem gewissen Grad organisatorisch auffangen. Den Bekanntheitsgrad der NAKO konnten wir steigern.

Die Untersuchung der einzelnen Teilnehmer braucht Zeit. Wie schaffen Sie es, einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung einzubeziehen, also auch die junge, berufstätige Kettenraucherin und nicht nur rüstige Rentner?

Jöckel: Tatsächlich kann der zeitliche Aufwand ein Grund für die Nicht-Teilnahme sein. Wir haben daher die einzelnen Untersuchungen und die Abläufe in den Studienzentren optimiert. Je nach Intensitätslevel dauert ein Besuch im Studienzentrum zurzeit drei beziehungsweise fünf Stunden. Damit haben wir uns deutlich verbessert. Wir machen außerdem die Erfahrung, dass die Probandinnen und Probanden, sind sie erst mal an Ort und Stelle, mit großer Begeisterung mitmachen – unabhängig vom Alter und der zeitlichen Dauer. Eine weitere Aktion, die bundesweit Kreise zieht, ist eine Initiative, in der Arbeitgeber die Studie unterstützen, indem sie eingeladene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Gesundheitsuntersuchung freistellen. Die Ergebnisse der NAKO-Gesundheits-

studie können langfristig für eine bessere Gesundheitssituation für uns alle sorgen. Das gelingt aber nur, wenn möglichst viele Menschen bereit sind teilzunehmen. Zum Stichtag 1. November 2015 haben wir bundesweit rund 36.000 Bürgerinnen und Bürger untersucht. Damit ist die NAKO bereits jetzt größer als die meisten

haben wir es an einigen Stellen noch optimieren können, aber das Grundgefüge haben wir beibehalten. Es liefert umfangreiche medizinische, aber auch soziologische Informationen zu Lebensweise und Lebensstil, auf deren Basis die Wissenschaft die detaillierte Erforschung der Volkskrankheiten wird betreiben können.



Die Studie kann langfristig für eine bessere Gesundheitssituation für uns alle sorgen.

Professor Dr. Karl-Heinz Jöckel

anderen epidemiologischen Studien in Deutschland.

Wie hoch ist der Anteil der Absagen? Wie rekrutieren Sie Ersatz-Teilnehmer?

Jöckel: Der Anteil der Absagen ist überschaubar. Aber es gibt relativ viele Menschen, die wir noch nicht erreichen konnten oder die sich noch nicht entschieden haben. Parallel zur Arbeit mit den bereits gezogenen Adressen werden die regionalen Einwohnermeldeämter sukzessive mit weiteren zufälligen Personen-Ziehungen beauftragt. Diese Menschen schreiben wir in einer weiteren Einladungswelle an.

Erweisen sich die Gesundheitsuntersuchungen als sinnvoll und praktikabel?

Jöckel: Das Untersuchungsprogramm hat sich sehr gut bewährt. Wie schon erwähnt,

Wann beginnt die Auswertung, wann gibt es erste Ergebnisse?

Jöckel: Wir gehen davon aus, dass erste Ergebnisse in jedem Fall vor dem geplanten Ende der Erstuntersuchung vorliegen werden, also noch vor 2018. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Zur Person

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel, Direktor des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen, ist Vorstandsvorsitzender der NAKO-Gesundheitsstudie. In der NAKO werden seit 2014 Männer und Frauen zwischen 20 und 69 Jahren bundesweit in 18 Studienzentren medizinisch untersucht und nach ihren Lebensumständen befragt. Insgesamt 200.000 Probandinnen und Probanden sollen 20 bis 30 Jahre beobachtet werden. www.nationale-kohorte.de

Wohl und bei Jungs und



Wehe Mädels

Arztbefunde, Medikamente, Operationen – wie Ärzte Kinder und Jugendliche medizinisch versorgen, hängt vom Wohnort ab.

Ein Grund für die regionalen Unterschiede: Es fehlen einheitliche Standards für Diagnosen und Indikationen. **Von Karola Schulte**

Wie an andere ungute Nachrichten haben wir uns leider auch an diese irgendwie schon gewöhnt: Vor allem wie viel medizinische Versorgung man bekommt, hängt stark mit dem Wohnort zusammen. Und das gilt nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder. Je nachdem, ob die Bens, Annas und ihre Millionen minderjährigen Altersgenossen in Nordfriesland, im Oberallgäu, an der polnischen oder niederländischen Grenze leben, landen sie nach wie vor mit ein- und derselben Erkrankung öfter oder seltener auf dem OP-Tisch – ohne medizinische Erklärung und mit allen Risiken, die das mit sich bringt. Das zeigen die Autoren des Versorgungs-Reports „Kinder und Jugendliche“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) sowohl für die Entfernung der Gaumenmandeln als auch für die Blinddarmentfernung – und damit für die beiden häufigsten Operationen bei den 2,1 Millionen Kindern und Jugendlichen, die 2013 im Krankenhaus behandelt werden mussten.

Konservative Behandlung nicht ausgereizt. Für die Gaumenmandeln belegen die Experten in dem Sammelband verschiedener Studien dabei erstmals auch, dass bei etwa der Hälfte der Patienten vor der OP die konservative Behandlung mit Antibiotika nicht ausgereizt war. Auch stellen sie fest, dass Mädchen in der Pubertät und jungen Frauen fast doppelt so oft der Blinddarm entfernt wird wie gleichaltrigen Jungen und jungen Männern. Bei beiden Operationen beobachten die Autoren schließlich große regionale Unterschiede bis etwa zum Vierfachen.

Für Jürgen Klauber, Geschäftsführer des WiDO, besteht kein Zweifel, dass das Niveau der medizinischen Versorgung in Deutschland enorm hoch ist. Jeder Arzt arbeite nach bestem Wissen und Gewissen. „Aber wenn wir es mit der Chancengleichheit in der medizinischen Versorgung für Kinder ernst

meinen, müssen wir nach einheitlichen Standards arbeiten und damit überflüssige Operationen und so weit wie möglich auch regionale Unterschiede vermeiden.“ Die kürzlich erschienene Leitlinie zur Therapie der Tonsillitis (Entzündung der Gaumenmandeln) sei ein richtiger Schritt, um Ärzte beim Stellen ihrer Indikation zu orientieren. „Für die Blinddarmentfernung steht eine solche Leitlinie noch aus.“

Leitlinie empfiehlt abzuwarten. Orientierung schaffen nicht nur Leitlinien, sondern auch Datenanalysen: Wo können wir in der Versorgung besser werden? Wo müssen wir dafür ansetzen? Auf der Suche nach Hinweisen werteten die Autoren die AOK-Daten alters- und geschlechtsstandardisiert dahingehend aus, dass sie nicht nur regionale Unterschiede der Raten bei der vollständigen Mandelentfernung (Tonsillektomie) filterten. Sie untersuchten auch, wie oft die Patienten zuvor mit Antibiotika behandelt worden waren – ein Hinweis darauf, ob vor der OP alle Möglichkeiten ausgeschöpft waren. Die Leitlinie empfiehlt, die

Lesetipp



Jürgen Klauber, Christian Günster, Bettina Gerste, Bernt-Peter Robra, Norbert Schmacke:
Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche.
 Mit Online-Zugang.
 2015. 488 Seiten. 54,99 Euro.
 Schattauer-Verlag, Stuttgart

Entfernung der Gaumenmandeln überhaupt erst dann in Betracht zu ziehen, wenn Kinder in den vergangenen zwölf Monaten sechs Mal unter einer eitrigen Mandelentzündung litten und mit Antibiotika behandelt wurden. Waren es weniger, sollte bis zum Erwägen einer OP abgewartet werden, ob innerhalb des nächsten halben Jahres das sechste Mal hinzukommt.

Zu schnell die Mandeln entfernt. Die ausgewerteten Daten zeigen jedoch, dass das längst nicht Standard ist: Jeder dritte Patient (35 Prozent) mit einer Mandelentfernung hatte im Jahr vor dem Eingriff kein einziges Antibiotikum zur Behandlung einer Tonsillitis verschrieben bekommen. Und in einem Zeitraum von drei Jahren vor der Mandelentfernung waren – bei Vorliegen einer relevanten Diagnose – 45 Prozent der operierten Patienten in maximal einem und 64 Prozent in maximal zwei Quartalen mit einem Antibiotikum behandelt worden. So kommen die Autoren zu dem Schluss, dass das Potenzial aus konservativer Therapie und Selbstheilung bislang „nicht vollends ausgeschöpft“ ist: In der Altersgruppe der bis 24-Jährigen kommen 31 Operierte auf 10.000 Einwohner – nicht nur im Hinblick auf die möglichen Risiken sind das aus Expertensicht viel zu viele. Und das gilt, obwohl die Rate der vollständigen Gaumenmandel-

entfernung zwischen 2006 und 2012 bereits um 22,2 Prozent zurückging. Dieser Rückgang geht zwar einher mit einer starken Zunahme der teilweisen Mandelentfernung (plus 161 Prozent). Doch der Zuwachs bei diesem schonenderen Eingriff erklärt den Rückgang bei der vollständigen Entfernung nur zum Teil. Bei den Mandel-OPs unterscheiden sich die Zahlen in manchen Regionen bis zum Vierfachen, auf Bundeslandsebene bis etwa zum Zweifachen (siehe Grafik „Mandel-OP: Unterschiede von Land zu Land“). Während im Saarland auf 10.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von bis zu 24 Jahren 55 dieser OPs kommen, sind es in Sachsen nur 25.

Vor allem Mädchen bekommen den Blinddarm raus. Zu ähnlichen Einschätzungen wie bei den Gaumenmandeln kommen die Autoren bei den Blinddarm-OPs. Auch bei der Blinddarmentfernung verzeichnen sie zwar über alle Altersgruppen hinweg einen rückläufigen Trend um 11,6 Prozent zwischen 2006 und 2012. Doch der Eingriff bleibt eine der häufigsten Operationen bei Kindern und Jugendlichen. Mit über 50 Eingriffen auf 10.000 junge Versicherte fällt auf, dass es die 13- bis 17-Jährigen sind, bei denen der Blinddarm besonders oft entfernt wird. Bei Mädchen ab 13 Jahren und jüngeren Frauen kommt es fast doppelt so oft vor wie bei männlichen Patienten. Dahinter stecken bei den Mädchen und Frauen oft unklare Unterleibsbeschwerden, für die am Ende Hilfe in einer OP gesucht wird. Beim Vergleich der OP-Verfahren zeigt sich, dass die Komplikationsrate beim minimal-invasiven laparoskopischen Verfahren deutlich niedriger ist als beim offenen chirurgischen Verfahren. Ungeplante Folgeeingriffe gab es im untersuchten Zeitraum beim offenen Verfahren in 6,8 Prozent der Fälle, beim laparoskopischen in 2,6. Gerade kleine Kinder bis fünf Jahren haben besonders häufig mit komplizierten akuten Blinddarmentzündungen zu tun, weshalb es bei ihnen unabhängig vom OP-Verfahren zu mehr Komplikationen kommt als bei älteren Kindern.

Neben Alter und Geschlecht hängt die Wahrscheinlichkeit einer OP auch hier stark davon ab, wo die Kinder und Jugendlichen leben. Am wahrscheinlichsten werden sie am Blinddarm operiert, wenn sie im bayerischen Ingolstadt, Landshut oder Augsburg, in Nordthüringen oder in Nordhessen leben. Hier kommen bis zu 52 OPs auf 10.000 junge Versicherte. Am unwahrscheinlichsten ist es für sie, in Schleswig-Holstein Ost, in Bremen oder Bremen-Umland auf dem OP-Tisch zu landen. Auf 10.000 Versicherte kommen 13 bis 17 Eingriffe.

Ärzte bewerten Erkrankungen unterschiedlich. Als „zentrale Ursache“ für dieses uneinheitliche Bild sehen die Autoren die unterschiedliche Bewertung der Ärzte: Während manche bei eher unspezifischen Symptomen länger abwarten, greifen andere schneller ein. Auch der unterschiedliche Umgang mit erweiterter Diagnostik, mit alternativen Behandlungsmethoden oder die konservative Behandlung mit Antibiotika können dahinter stecken. Da auch Blinddarm-Operationen Risiken bergen, halten die Autoren es mit Blick in Richtung der Fachgesellschaften für sinnvoll, für die Therapieentscheidung „einen Standard zu schaffen“. Es müsse verglichen und vereinheitlicht werden. Untersuchungen von entfernten Wurmfortsätzen könnten

Mandel-OP: Unterschiede von Land zu Land

Operierte Patienten im Alter von bis zu 24 Jahren
je 10.000 Einwohner im Jahr 2012
(standardisiert nach Alter und Geschlecht)



Die Zahl der jungen Patienten, die ihre Mandeln vollständig oder zum Teil entfernt bekommen, variiert von Bundesland zu Bundesland erheblich. Spitzenreiter ist das Saarland. Hier kommen auf 10.000 Einwohner rund 55 operierte Patienten. In Sachsen hingegen sind es nur 25.

Quelle: Versorgungs-Report 2015/2016, WIdO; Darstellung: G+G

Aufschluss darüber geben, ob beispielsweise der Blinddarm tatsächlich entfernt werden musste, so die Experten.

Hyperaktive Kinder vor allem im Osten. Jenseits des Operations- saales beobachten die Autoren auch beim Dauerbrenner „Hyperkinetische Störungen“ (HKS) große regionale Unterschiede. So sind in den neuen Ländern viel mehr Kinder von dieser Diagnose betroffen. Dabei liegen Thüringen und Brandenburg mit 6,8 und 6,7 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 4,9 Prozent, während Hessen und Bremen weit darunter liegen (3,3 Prozent; 2,2 Prozent). In Kernstädten wird die Diagnose seltener vergeben als in weniger städtischen Gebieten. Einer der Gründe könnte sein, dass Familien mit Migrationshintergrund eher in Städten leben, aber weniger zum Arzt gehen. Hyperkinetische Störungen bleiben „in diesen Familien unterdiagnostiziert“, lautet die Annahme.

Anders als noch vor Jahren ist das Unterdiagnostizieren heute aber offenbar nicht mehr durchgängig das Problem – nicht zuletzt durch die Sensibilisierung von Öffentlichkeit und Ärzten. So bekamen im Jahr 2013 rund eine halbe Million Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren eine HKS-Diagnose. Seit 2006 steigen die Zahlen zwar kontinuierlich an, „die Kurve flacht jedoch nach 2008 zunehmend ab“. Auffallend ist, dass der Zuwachs bei den Mädchen (plus 67,5 Prozent) deutlich größer ausfällt als bei den Jungen (plus 46,6 Prozent). Doch bleibt es dabei, dass Letztere mit drei Viertel nach wie vor am meisten betroffen sind.

Mit 40,2 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Alter von sechs bis 17 Jahren, die ein Medikament bekamen, sind dies so wenig wie nie seit 2006. Offenbar greifen hier, so die Autoren, die Verordnungseinschränkungen für Psychostimulanzien des Gemeinsamen Bundesausschusses der vergangenen Jahre. Allerdings: „Wenn die Entscheidung zu einer Verordnung getroffen wurde, dann erfolgte dies langfristiger und/oder in höherer Dosis als früher“. Nach wie vor ist Methylphenidat – bekannt als Ritalin – am häufigsten das Mittel der Wahl.

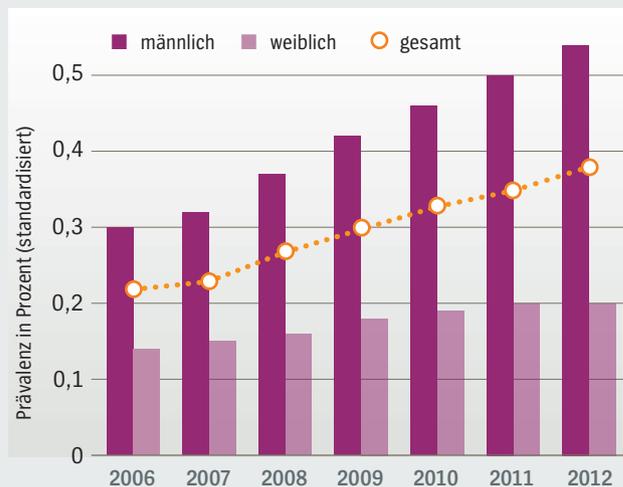
Verordnung von Antipsychotika deutlich gestiegen. Einen ähnlichen Trend wie bei Ritalin, wo der sprunghafte Anstieg in der Vergangenheit große Sorge auslöste, beobachten die Autoren derzeit bei der Gesamtgruppe der Antipsychotika. Bei einer konstanten Zahl neu erkrankter Kinder und Jugendlicher bekamen im Vergleich von 2006 und 2012 nun 34 Prozent mehr Patienten diese Medikamente.

Die meisten dieser Wirkstoffe, mit denen Ärzte Symptome wie Schizophrenie oder Probleme wie zwanghafte Bewegungen oder ungewollte Äußerungen (Tics) behandeln, sind aber gar nicht für Kinder und Jugendliche zugelassen. Sie kommen mangels anderer geeigneter und ausreichend getesteter Arzneimittel für Kinder zum Einsatz. Angesichts der rasanten Zunahmen bei diesen Verordnungen halten die Autoren es für sinnvoll, „Verordnungsanlässe und Ordnungsweisen näher zu untersuchen“. Wichtig sei es angesichts des Off-Label-Gebrauchs auch, nichtmedikamentöse Therapien für Kinder zu erproben.

Die Daten – hier liegen neben jenen der AOK auch die der Techniker Krankenkasse zugrunde – zeigen, dass die meisten

Autismus immer häufiger diagnostiziert

Entwicklung von Autismus-Spektrum-Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 24 Jahre von 2006 bis 2012



Immer häufiger bescheinigen Ärzte den bis zu 24-jährigen Menschen, autistisch zu sein. So hat sich die Häufigkeit (Prävalenz) autistischer Störungen binnen sechs Jahren fast verdoppelt. Weitere Auffälligkeit: Vor allem Jungen erhalten diese Diagnose. *Quelle: Versorgungs-Report 2015/2016, WIdO*

Antipsychotika-Patienten zwar auf die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen entfallen, es aber in der Gruppe der sieben- bis 13-jährigen Jungen einen besonders deutlichen Anstieg gibt. Oft weisen diese Kinder gleich mehrere Diagnosen aus dem Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ auf. Aus den Zahlen lesen die Experten zudem, dass viele Kinder und Jugendliche die Medikamente über längere Zeit verschrieben bekommen und dass eine zunehmend größere Rolle die sogenannten Atypika spielen – das sind modernere Antipsychotika, von denen man sich weniger Nebenwirkungen erhofft.

Schon kleine Kinder bekommen Hormonpräparate. Der Mangel an speziellen Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche sowie entsprechender Langzeitstudien betrifft aber längst nicht nur die Medikamente, mit denen psychiatrische Probleme behandelt werden. Das Problem damit zeigt sich genauso bei der Behandlung mit Hormonen. Die AOK-Daten zeigen beispielsweise: Drei Viertel der bei Kindern und Jugendlichen verschriebenen Estrogencremes, die eigentlich nur für Frauen in der Postmenopause gedacht sind, kommen vor allem bei Mädchen unter fünf Jahren wegen der Verschmelzung der Schamlippen zum Einsatz, ein Viertel bei Jungen unter zehn Jahren wegen Vorhautproblemen. Hormoncremes und Antipsychotika sind nur zwei Beispiele, die die Autoren appellieren lassen, sich künftig mehr und besser um die Sicherheit von Arzneimitteln für Kinder zu kümmern: „Nach wie vor stehen nicht ausreichend zugelassene Arzneimittel für Kinder zur Verfügung.“

Bei der Diagnose und der Therapie verhaltens-auffälliger Kinder herrscht Unsicherheit.

Autismus-Diagnosen steigen rasant. Der Arzneimitteleinnahme bei Kindern gehen die Autoren auch im Zusammenhang mit der Diagnose Autismus-Spektrum-Störung nach. Die seltene Erkrankung hat wegen ihres starken Zuwachses bereits den Ruf einer Mode-Diagnose (*siehe Grafik „Autismus immer häufiger diagnostiziert“ auf Seite 23*). So verzeichnen die Autoren binnen sechs Jahren bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 24 Jahren einen Anstieg um 68 Prozent (2006: 0,22 Prozent; 2012: 0,38 Prozent). Mehr als jeder dritte Patient erhält Psychopharmaka. Methylphenidat und Antipsychotika wie Risperidon werden dabei besonders oft verschrieben. Der rasante Zuwachs bei der Diagnose und der Behandlung mit Psychopharmaka erinnern an die Zeit der sprunghaften Zunahme von Verschreibungen von Methylphenidat bei Hyperkinetischen Störungen in den 90er und frühen 2000er Jahren mit allem, was dazu gehört: Mangel an exakten Diagnosen, keine Standards zur Verschreibung von Medikamenten, große regionale Unterschiede beim einen wie beim anderen.

Zertifizierte Autismus-Ambulanzen empfohlen. Mehr als die Hälfte der betroffenen Kinder mit Autismus-Diagnose hat zudem mit mindestens einem anderen psychiatrischen Problem zu kämpfen wie einem verringerten Intelligenzquotienten. Daraus lässt sich auf den Leidensdruck schließen, den Kinder und ihre Familien haben. Umso wichtiger ist es aus Sicht der Experten, hier einzugreifen und den „derzeit definitiv vorhandenen Wildwuchs bei Diagnostik und Therapie zu reduzieren“. Dafür fordern sie eine bessere Diagnostik und schlagen zertifizierte Autismus-Ambulanzen vor.

Sozialer Status beeinflusst Gesundheit. Mit Blick auf die Chancengleichheit haben die Autoren nicht allein die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen untersucht, sondern auch die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen. Mithilfe der Langzeitstudie zur Kinder- und Jugendgesundheit des Robert Koch-Instituts (KiGGS Welle 1) aus dem vergangenen Jahr zeigen sie erneut, dass es dem überwiegenden Teil von Jungen und Mädchen in Deutschland gut geht. Doch gilt das nicht im selben Maß für alle. Wer in Familien mit einem niedrigen sozialen Status aufwächst, hat ein 3,6-fach höheres Risiko eines insgesamt mittelmäßigen bis schlechten allgemeinen Gesundheitszustands als Gleichaltrige mit einem hohen sozialen Status der Eltern. Das gilt neben dem Übergewicht genauso für emotionale Auffälligkeiten wie für den Drogenkonsum: Beispielsweise wird die Diagnose ADHS in sozial benachteiligten Familien drei Mal öfter gestellt, die Raucherquote ist doppelt so hoch.

Als das Zukunftsproblem schlechthin in dieser Reihe machen die Autoren des Reports bei ihren Analysen Übergewicht und Adipositas aus – mit allen körperlichen und psychischen Folgen für die Betroffenen genauso wie mit drohenden Kosten für das

Gesundheitswesen und ganz neuen Aufgabenfeldern für Präventiv-, Kinder- und Jugendmediziner.

Arme Kinder tragen schwer. Besonders oft kämpfen Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten Familien damit, nämlich drei Mal häufiger als gut gestellte Kinder und Jugendliche. Gewichtsprobleme betreffen vermehrt Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, in ländlichen Regionen sind sie öfter zu finden als in städtischen. „Aus übergewichtigen Kindern werden übergewichtige Erwachsene mit hohem Risiko für das Auftreten von Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskulären, orthopädischen und anderen Erkrankungen“, fassen die Autoren zusammen. Laut KiGGS sind bereits 15 Prozent der Kinder übergewichtig und 6,3 Prozent adipös. Die Daten der aktuellen Schuleingangsuntersuchungen zeigen den Autoren allerdings, dass Übergewicht und Adipositas nicht mehr bei der Einschulung das große Problem sind. Offenbar tragen hier die Präventionsmaßnahmen der letzten Jahre Früchte. Einen „besorgniserregenden Anstieg“ beobachten die Experten nun in der Phase der Adoleszenz. Im Durchschnitt ist dabei derzeit nur „eines von zehn betroffenen Kindern und Jugendlichen bereit, an einem Schulungs- und Therapieprogramm teilzunehmen“, berichten die Autoren. Bei der stationären Behandlung der adipösen Kinder stehe zudem der längerfristige Nachweis der Wirkung aus.

Gemeinsam gegen Übergewicht. Um den Trend zu immer mehr Dicken zu stoppen, sehen die Autoren nur einen Weg: eine „konzertierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus Politik, Wissenschaft, Gesundheit und Industrie“. Über Verhältnis- und Primärprävention müssten die Lebensbedingungen so verändert werden, dass sie kein Übergewicht mehr fördern. „Erst wenn es gelingt, auf allen Ebenen deutliche Veränderungen zu erreichen, kann die besorgniserregende Entwicklung gebremst und eventuell sogar rückgängig gemacht werden“, heißt es im Report. Neben Lebensbedingungen, die kein Übergewicht mehr fördern, halten die Autoren zum Beispiel auch Antistigma-Kampagnen für nötig. Sie müssten darüber aufklären, dass Adipositas eine ernste Erkrankung und keine Frage des Willens ist.

Adipositas reiht sich in die lange Liste der Gesundheitsrisiken ein, denen Kinder aus benachteiligten Familien ausgesetzt sind. Denn: „Ob körperlich oder geistig – soziale Benachteiligung wirkt sich nicht nur kurzfristig, sondern das ganze Leben lang aus“, sagt Professor Bernt-Peter Robra, Mitherausgeber des Reports und Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie an der Universität Magdeburg. Studien zeigten aber auch, dass ein gutes Umfeld die negativen Folgen der Benachteiligung wieder ausgleichen könne. Deutschland habe hier bereits Weichen gestellt, müsse dies aber vor allem für die Gesundheitschancen von Kindern aus benachteiligten Familien noch mehr tun. Nur so können auch sie im selben Maß wie die Kinder aus gut situierten Familien an dem teilhaben, was die Wissenschaft auf lange Sicht voraussagt: Dass es den Deutschen 2050 gesundheitlich besser gehen wird als heute. ■

Karola Schulte ist freie Journalistin in Berlin.

Kontakt: redaktion@karola-schulte.de

„Adipositas ist eine soziale Epidemie“

Nicht allein Familie und Staat sind verantwortlich für das gesunde Aufwachsen von Kindern, meint **Bernt-Peter Robra**. Der Sozialmediziner sieht dafür neben Krankenkassen, Schulen und Ärzten jeden einzelnen Bürger in der Pflicht – auch beim Kampf gegen die Geißel Übergewicht.

Herr Prof. Robra, warum ist es nicht allein Sache der Familie, für die Gesundheit ihrer Kinder zu sorgen?

Bernt-Peter Robra: Die soziale Entwicklung der Kinder und ihre Erziehung finden ja nicht allein in der Familie statt, sondern in ihrem gesamten Alltag. Insofern ist es eine nationale Querschnittsaufgabe, sich um ihre Gesundheit zu kümmern. Damit ist neben der Familie jeder einzelne Bürger gefragt. Es gibt viele gute Beispiele, wie die Zivilgesellschaft, Ehrenamtliche und Kirchen sich in benachteiligten Gebieten engagieren. Aber natürlich brauchen wir auch professionelles Engagement. Hier kommen Staat und Krankenkassen zum Zug.

Wie sollte professionelles Kümmern vor Ort aussehen?

Robra: Wir brauchen Netzwerke für die Kindergesundheit in der Lebenswelt der Kinder. Insbesondere Erzieher, Lehrer und Kinderärzte müssen eng zusammenarbeiten. Jeder Spezialist muss das Ganze im Blick haben. Wir brauchen dafür zum Beispiel Kinderärzte, die sich über die Schwelle ihrer eigenen Praxis hinaus engagieren. Wir brauchen aber auch eine zumindest zum Teil akademisierte Erzieherausbildung, um den immer komplexeren Anforderungen besser gerecht werden zu können.

Was ändert sich für Kinder, wenn Erwachsene sich in Netzwerken zusammenschließen?

Robra: Lernen die Kinder außerhalb des Elternhauses, dass Bewegung gut tut, gesundes Essen Spaß macht und man Aggressionen im Zaum halten kann, wandert das zurück in die Familie. Wir erzielen mit diesem Engagement für sie also einen doppelten Gewinn.

Dieser Gewinn kostet aber auch Geld. Warum lohnt sich die Investition?

Robra: Gesunde Kinder werden leichter als andere gesunde Erwachsene. Gerade haben wir mit dem Präventionsgesetz beschlossen, mehr Geld für Prävention auszugeben. Aber im Vergleich zu den anderen Ausgaben der gesetzlichen Kranken-

versicherung ist die Prävention immer noch ein kleiner Posten. Und machen wir doch einmal die Gegenrechnung auf: Wie viel kostet uns der übermäßige Verzehr von Kalorien, Salz, Zigaretten und Alkohol? Haben wir Lebensverhältnisse gesundheitsförderlich umgestaltet, kostet uns das bewusste, gesunde Leben nicht mehr als das schlechte.



Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, MPH, ist Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie an der Universität Magdeburg und Mitherausgeber des Versorgungs-Reports „Kinder und Jugendliche“.

Bei welchen Themen müssen wir dafür dringend ansetzen?

Robra: Beim Verzicht auf die Zigarette sind wir auf einem guten Weg. Aber wir müssen sie vollständig aus unserem Leben verschwinden lassen. Adipositas ist eine soziale Epidemie. Um sie in den Griff zu bekommen, brauchen wir einen gesellschaftlichen Umschwung. Wer einen Supermarkt betritt, muss erst einmal an zehn Metern Süßigkeiten vorbei. Es ist ein Langzeitprogramm, hier Haltungen zu ändern, bei dem wir Lebensmitteletikettierungen wie ein einfaches Ampelsystem genauso wenig scheuen dürfen wie Eingriffe in den Markt. Aufgabe der Politik ist es, dafür eine Rahmenvereinbarung zu schaffen. Beim Tabak hat das ja auch mit Mitteln wie Aufklärung und Befähigung, Warnhinweisen, Steuererhöhungen und Werbeverbot gewirkt. ■

Die Fragen stellte Karola Schulte.

„Vieles wird nur



Zur Person

Der designierte Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes **Martin Litsch** (58) studierte Soziologie und Ökonomie in Trier. Dort war er bei der Caritas und an der Universität tätig. 1989 startete Martin Litsch seine Karriere bei der Gesundheitskasse – zunächst beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), dessen Leitung er später übernahm. Als Projektleiter „Change Management“ des AOK-Bundesverbandes und Geschäftsführer der AOK Consult GmbH trug er Verantwortung für verschiedene Aufgabenbereiche. 2002 wechselte Litsch zur AOK Westfalen-Lippe, die ihn 2006 zunächst zum stellvertretenden und 2008 zum Vorstandsvorsitzenden wählte. Unter seiner Führung fusionierten die AOK Westfalen-Lippe und die AOK Schleswig-Holstein zur AOK NordWest. Martin Litsch ist verheiratet und hat zwei Kinder.

teurer gemacht“

Die Gesetzesmaschine arbeitet fleißig. Doch kommt am Ende auch mehr Gesundheit für die Patienten raus? **Martin Litsch** hat Zweifel. Der künftige Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes warnt im G+G-Interview vor Rundum-Sorglos-Paketen für Ärzte und Kliniken – und freut sich auf seine neue Aufgabe in Berlin.

Herr Litsch, haben Sie schon ein Lieblingscafé in Berlin gefunden? Wir hätten da einen Tipp für Sie.

Martin Litsch (*lacht*): Sie machen mich neugierig.

Kennen Sie das Café Einstein Unter den Linden? Dort treffen sich viele Abgeordnete des Bundestages und andere Entscheidungsträger zu Hintergrundgesprächen – bei Kaffee und frisch gepresstem Orangensaft.

Litsch: Das Café kenne ich. Auch als Vorstandsvorsitzender einer Landes-AOK hat man ja gelegentlich das Bedürfnis, sich mit dem einen oder anderen Menschen auf Bundesebene auszutauschen. Insofern ist nicht alles neu für mich in Berlin.

Was hat Sie bewogen, zum 1. Januar 2016 den Vorstandsposten im AOK-Bundesverband zu übernehmen?

Litsch: Es ist ein ganzer Blumenstrauß an inhaltlichen Gründen. Als ich im Bundesverband im vergangenen Juli die Arbeit als Interimsvorstand aufnahm, war zunächst etwas anderes geplant. Aber wie das Leben so spielt: Neue Orte verändern die Perspektive. Die Arbeit im AOK-Bundesverband hat mir von Anfang an großen Spaß gemacht. Die Aufgaben hier sind sehr reizvoll. Deshalb freue ich mich auf die Herausforderung.

Und welche Aufgaben sind das?

Litsch: Schlüsselaufgabe ist es, die Interessen von rund 25 Millionen AOK-Versicherten glaubwürdig, wahrnehmbar und

wirksam in Berlin zu vertreten. Hier lässt sich viel bewegen – und der Bundesverband hält hier die Klammer für das AOK-System.

Was verstehen Sie unter Klammer?

Litsch: Regionalität ist und bleibt maßgeblich für die Versorgung. Überall gibt es eine andere Struktur an Ärzten und Kliniken, an Dichte und Qualität von Leistungen. Darauf antworten die AOKs mit regionalen Lösungen. Die eine Antwort auf alles gibt es im Gesundheitswesen eben nicht. Die Klammerfunktion des AOK-Bundesverbandes besteht darin, dass er unterschiedliche Positionen und Lösungsansätze im AOK-System zu einer Argumentation gegenüber Politik und Selbstverwaltung formt, die für alle Versicherten der Gesundheitskasse positiv spürbar wird.

Und wie fällt die Positionierung zur Gesundheitspolitik nach einer Halbzeit der Großen Koalition im Bund aus?

Litsch: Kaum ein Gesundheitsminister war so freigiebig und hat mehr Gesetze in so kurzer Zeit verabschiedet wie Hermann Gröhe. Bis zur nächsten Bundestagswahl in zwei Jahren muss der Minister aber zeigen, ob damit echte Strukturreformen angestoßen worden sind oder ob es sich am Ende um Rundum-Sorglos-Pakete für Ärzte und Kliniken handelt.

Befürchten Sie denn Letzteres?

Litsch: Es kommt jetzt auf die Umsetzung an. Nehmen Sie die Krankenhausreform. Wenn zig Milliarden Euro mehr in die

stationäre Versorgung fließen, dann muss das auch zu mehr Qualität in der Versorgung führen. Alles andere wäre Etikettenschwindel.

Die Krankenhäuser müssen sich stärker an Qualität ausrichten und daran auch messen lassen. Wer es nicht tut, muss Abschlüsse hinnehmen. Klingt das für Sie nach Etikettenschwindel?

Litsch: Ganz so simpel ist die Sache mit den Abschlüssen nicht. Schlechte Leistungen sollten gar nicht mehr vergütet werden. Ein Patient, der ins Krankenhaus geht, hat das Recht, von den Ärzten und Pflegekräften dort gut versorgt zu werden. Das ist die Qualitätshürde. Kliniken, die diese Hürde reißen, müssen entweder vom Netz oder brauchen zumindest ein neues Management. Im Übrigen funktioniert die Idee mit den Qualitätszuschlägen und Abschlüssen nicht überall.

Warum?

Litsch: Im Ruhrgebiet ist es relativ einfach, Kliniken zu selektieren und als Krankenkasse vielleicht auch mit einzelnen



Häusern Verträge zu planbaren Leistungen zu schließen, weil es dort ein Überangebot an Leistungserbringern gibt. Das geht in Regionen mit einer sehr viel dünneren Krankenhausstruktur nicht. Da müssen wir dafür sorgen, dass zumindest eine Grundversorgung sichergestellt ist. Und da ist niemandem gedient damit, nach einem bestimmten Algorithmus irgendwelche Abschlüsse zu errechnen. Es geht um eine gute Versorgung der Menschen. Dafür brauchen wir Lösungen.

Wie sehen diese Lösungen aus?

Litsch: Die Krankenhäuser sollten ihre Zusammenarbeit intensivieren. Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen. Es sollte sich vielmehr auf das spezialisieren, was es gut kann. Das schafft mehr Qualität in der Versorgung, macht die Bereitstellung der Leistungen preisgünstiger und erhöht letztlich auch die Wirtschaftlichkeit der Häuser. Strukturveränderung heißt aber auch, dass Krankenhäuser ganz vom Netz verschwinden können.

Mit Blick auf die Arzneimittelversorgung drängt die AOK weiter auf faire Preise. Sind Sie unzufrieden mit der letzten Arzneimittelreform von 2011, dem AMNOG?

Litsch: Das AMNOG ist gut. Das Gesetz gibt uns die Chance, den Nutzen einer Arzneimitteltherapie zu bewerten. Dadurch erzielen wir mehr Transparenz über echte Innovationen. Es ist uns aber nicht gelungen, den Ausgabenanstieg zu bremsen. Ursprünglich standen ja zwei Milliarden Euro jährlich im Raum. De facto sind die Arzneimittelausgaben seit 2011 von rund 29 Milliarden auf satte 33 Milliarden Euro im letzten Jahr gestiegen. Dieser Trend ist ungebrochen, er verschärft sich sogar noch.

Warum dreht sich die Kostenspirale ungebremst weiter?

Litsch: Wir haben bislang leider kein Instrument zur Hand, das uns bei der Preisfestsetzung bei innovativen Arzneimitteln hilft. Ein Jahr lang nach Markteinführung kann der betreffende Hersteller nach wie vor Mondpreise verlangen. Das Beispiel des Hepatitis-C-Präparates Sovaldi ist ein Beleg dafür.

Also brauchen wir ein AMNOG zwei?

Litsch: Auf jeden Fall müssen wir in den nächsten Monaten den Boden dafür bereiten, dass wir auch in der Preisfestsetzung innovativer Medikamente neue Instrumente bekommen. Bisherige Ansätze wie Preisermäßigung und Herstellerrabatt dürfen nicht

„Wenn zig Milliarden an die Kliniken fließen, muss das auch zu mehr Qualität führen.“

aufgeweicht werden. Mit Blick auf Hepatitis-C-Präparate, neue Krebsmedikamente, aber auch mit Blick auf angekündigte Innovationen zur dringend benötigten Behandlung der Demenz stünden wir ansonsten vor Kostendimensionen, die systemsprengende Wirkung hätten. Wir brauchen eine adäquate Antwort auf den Sovaldi-Effekt, also auf die Frage nach fairen Arzneimittelpreisen. Bleibt die Antwort aus, laufen uns die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung davon.

Bundesgesundheitsminister Gröhe hat kürzlich dazu aufgerufen, in der Debatte über Beitragssteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung Verhältnismäßigkeit zu wahren. Bei einem Monatsverdienst von 3.000 Euro bedeute ein Beitragsanstieg um 0,2 Prozentpunkte sechs Euro, so der Minister. Das entspreche gerade mal einer halben Pizza.

Litsch: Natürlich besteht kein Grund, zu dramatisieren. Das sehe ich auch so. Aber es ist eine sehr ernste Debatte, die nicht verniedlicht werden darf. Sie finden immer irgendeinen Bezugspunkt, um irgendetwas so kleinzurechnen, dass es dann pro Tag nur noch einen Cent kostet, was ja dann keine Aufregung mehr

„Der Alarmismus mancher Kassen beim Morbi-RSA ist nicht nachzuvollziehen.“



wert ist. Aber 0,2 Prozentpunkte im Schnitt mehr Beitragssatz sind für manche viel Geld – vor allem dann, wenn nicht gut begründet ist, was es dafür gibt. Anders sehe ich das bei der Pflegeversicherung, wo die Beiträge ja auch steigen. Mit dem neuen Pflegebegriff ist hier zumindest ein Durchbruch gelungen.

Aber der Gegenwert ist doch auch sonst beachtlich: neue Strukturen in der stationären und – siehe Versorgungsstrukturgesetz II – ebenso in der ambulanten ärztlichen Versorgung, mehr Hospiz- und Palliativmedizin. Reicht das nicht?

Litsch: Die Gesetzesmaschine ist fleißig. Aber die Begründung fällt oft schwach aus. Nehmen Sie die Konvergenzregelung bei der Vergütung der Kliniken. Die Politik gleicht die Preise an den Bundesdurchschnitt an, weil man sagt, der Blinddarm in der einen Region darf nicht weniger kosten als in der anderen. Aber es macht keinen Sinn, Preise anzuheben, ohne die Frage nach Strukturen und Qualität zu stellen. Bei den Ärzten stehen wir vor dem gleichen Dilemma: Ab 2017 werden auch hier orientiert am Bundesdurchschnitt Preise angehoben, ohne dass sich etwas in der Leistungserbringerstruktur oder bei der Qualität der Leistungen ändert. Vieles wird nur teurer gemacht.

Der halben Pizza, um im Bild zu bleiben, fehlt also der Belag?

Litsch: Wenn Sie so wollen, ja. Ich bin jetzt viel in Berlin unterwegs und stelle fest, dass es hier sehr preiswerte Pizzen gibt im Vergleich zu Köln oder Dortmund. Die Pizza-Anbieter in Berlin würden es wahrscheinlich gut finden, wenn es bundesdurchschnittliche Preise für Pizzen gäbe. Die in Köln würden es wahrscheinlich nicht so gut finden, weil sie ihre Preise absenken müssten, was in der Regel aber nie passiert.

Sie sprachen die ambulante ärztliche Versorgung an. Auch die gleicht einer Baustelle: Wartezeiten, Engpässe in einigen länd-

lichen Regionen und obendrein eine tief zerstrittene Kassenärzte-Lobby. Treibt Ihnen das Sorgenfalten auf die Stirn?

Litsch: Sorgenfalten nicht unbedingt. Aber es ist nicht gut, dass die organisierte Ärzteschaft derzeit ein so schwaches Bild in der Öffentlichkeit abgibt. Wir brauchen verlässliche Partner, um die Herausforderungen zu meistern – seien es nun lange Wartezeiten oder der Mangel an Hausärzten in der Fläche. Jeder gegen jeden ist da keine gute Medizin.

Was ist in der Gesundheitspolitik in der laufenden Legislaturperiode noch anzupacken – oder ist alles getan?

Litsch: Getan ist nie alles. Aber eine Atempause würde uns gut tun. Aus dem einfachen Grund, dass wir all die Reformen, die verabschiedet worden sind oder in Kürze die parlamentarischen Hürden nehmen, erst einmal mit Leben füllen müssen. Was wir auf keinen Fall aus dem Auge verlieren dürfen, ist die Frage der Versorgung der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge. Die AOK sieht in der elektronischen Gesundheitskarte nach wie vor die unkomplizierteste und auch wirtschaftlichste Lösung, um den Zugang der Menschen zu unserem Gesundheitssystem sicherzustellen. Einen föderalen Flickenteppich aus unterschiedlichen Regelungen sollten wir tunlichst vermeiden.

Und der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen – der Morbi-RSA? Einige Kassenarten fordern rasche Änderungen.

Litsch: Dieser Alarmismus ist nicht nachzuvollziehen. Experten bestätigen, dass der Finanzausgleich noch nie so zielgenau und verteilungsgerecht gearbeitet hat wie heute. Und die Aussage, der Morbi-RSA sei schuld an finanziellen Schieflagen und drohenden höheren Zusatzbeiträgen, wird auch dadurch nicht richtiger, dass man ihn gebetsmühlenartig wiederholt. ■

Die Fragen stellten Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

Mittendrin statt



außen vor

Damit Inklusion nicht nur ein Schlagwort bleibt, arbeitet die Politik an einem Teilhabegesetz. Welche Regelungen Menschen mit Behinderungen nützen und wo sich finanzielle Verschiebebahnhöfe zwischen Steuer- und Sozialkassen auftun, skizziert [Ilona Nowak](#).

Seit zwanzig Jahren lebt die 45-jährige Susanne M. in einem Wohnheim für geistig behinderte Menschen. Frau M. ist Analphabetin und hat kein Gefühl für Mengen und Zeiten. Sie braucht Hilfe beim Waschen, Anziehen, dem Zubereiten der Mahlzeiten und der Tagesgestaltung. Morgens um acht geht Susanne M. in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, die an das Wohnheim angegliedert ist. Dort verpackt sie bis 16 Uhr beispielsweise Schrauben oder Vogelfutter. Für die Betreuung im Wohnheim und in der Werkstatt erhält Susanne M. Eingliederungshilfe.

Mit dem geplanten Bundesteilhabegesetz soll die Eingliederungshilfe weiterentwickelt werden – zu einem modernen Teilhaberecht. „Das Bundesteilhabegesetz ist eines der größten sozialpolitischen Vorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode. Wir wollen die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbessern und so einen weiteren wichtigen

Meilenstein auf dem Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft setzen“, kündigte Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles das Gesetzesvorhaben der Bundesregierung an.

Hilfen wie aus einer Hand. Von dem Reformpaket sollen vor allem Menschen profitieren, die aufgrund von wesentlichen Behinderungen nur eingeschränkt am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Die Leistungen sollen sich an ihrem persönlichen Bedarf orientieren und in einem bundesweit einheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden. Ein Kernelement ist, die Leistungen nicht länger institutionen- sondern personenzentriert bereitzustellen. Das heißt, die Unterstützung soll sich künftig stärker am konkreten Hilfebedarf und den Ressourcen der Menschen orientieren. Dabei will der Gesetzgeber die Einführung eines Bundesteilhabegeldes prüfen. Ferner will er die Zusammenarbeit aller Rehaträger dahingehend verbessern, dass die anspruchsberechtigten Menschen die Leistungen der

verschiedenen Träger „wie aus einer Hand“ erhalten. Die Koalitionspartner fordern zugleich, dass die neuen Regelungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen die Ausgaben nicht noch stärker nach oben treiben. Außerdem haben sie sich darauf verständigt, dass der Bund die Kommunen ab 2018 bei der Eingliederungshilfe um fünf Milliarden Euro jährlich entlastet.

Zahl der Empfänger steigt. Bis Ende 2004 bildete das 1962 in Kraft getretene Bundessozialhilfegesetz (BSHG) die Grundlage für die Eingliederungshilfe. Das Sozialgesetzbuch (SGB) XII hat das BSHG zum 1. Januar 2005 abgelöst. Seither gewähren die Sozialhilfe-Träger die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem 6. Kapitel des SGB XII.

Die Ausgaben für die Eingliederungshilfe sind seit 1963 stetig gestiegen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lagen die Bruttoausgaben 1991 bei rund 4,1 Milliarden Euro für etwa 324.000 Hilfeempfänger. Im Jahr 2013 mussten die Kommunen bereits rund 15,6 Milliarden Euro für gut 834.000 Hilfeempfänger aufbringen (siehe Abbildung „Eingliederungshilfe: Die Zahl der Empfänger und die Ausgaben steigen stetig“ auf Seite 33). Damit haben sich die Kosten mehr als verdreifacht und die Zahl der Hilfeempfänger mehr als verdoppelt. Mit 84 Prozent dieser Mittel wurde der größte Anteil in Einrichtungen geleistet, also beispielsweise für Menschen, die längerfristig in einem Pflege- oder Wohnheim leben. Die 16 Prozent der Menschen, die nach der statistischen Definition Leistungen außerhalb einer Einrichtung beziehen, leben also beispielsweise zu Hause in der

Familie, arbeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder halten sich eher kurzfristig in einem Krankenhaus oder einer Rehaklinik auf. Bei den Anteilen der Leistungen in und außerhalb von Einrichtungen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während beispielsweise in Berlin und Hamburg 33 Prozent der Empfänger ausschließlich Hilfeleistungen in Einrichtungen erhalten, sind es in Rheinland-Pfalz 66 Prozent und in Sachsen-Anhalt 70 Prozent.

Für ein selbstständiges Leben. Die Eingliederungshilfe hat laut SGB XII die Aufgabe, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen beziehungsweise zu mildern und Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern. Sie soll behinderten Menschen ein weitgehend selbstständiges Leben ermöglichen. Die häufigsten Leistungen der Eingliederungshilfe sind Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen, heilpädagogische Leistungen für Kinder sowie Hilfen zur angemessenen Schulbildung. Weitere Leistungen – mit vergleichsweise geringeren Ausgaben verbunden – sind beispielsweise Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt, Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.

Im Jahr 2013 waren 59 Prozent der Hilfeempfänger Männer. Das Durchschnittsalter aller Leistungsempfänger lag bei 33 Jahren. 29 Prozent waren noch nicht volljährig und nur fünf Prozent waren bereits 65 Jahre und älter. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Hilfeempfänger in dieser Altersgruppe in den nächsten Jahren voraussichtlich steigen. Der Anteil der Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, unterscheidet sich regional stark: Mit 17 je 1.000 Einwohner ist er in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten und mit 7,1 je 1.000 in Baden-Württemberg am niedrigsten.

Ziel ist die Inklusion. Die Neuregelungen im geplanten Teilhabegesetz sollen die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger entlasten. Das ist ein konsequentes und wichtiges Ziel, um unter steigendem Kostendruck die Handlungsfähigkeit der Kommunen im Bereich der Eingliederungshilfe zu stärken. Ferner will der Gesetzgeber das bisherige Recht der Eingliederungshilfe nicht mehr in der Sozialhilfe verorten, sondern aus dem Fürsorgesystem herausführen. Damit will er unterstreichen, dass Menschen mit Behinderungen keine Bittsteller sind, die der staatlichen Fürsorge bedürfen. Gleichzeitig soll das Gesetz die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbessern und damit die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, siehe Kasten links) in Deutschland weiter umsetzen.

Ziel der UN-BRK ist die Inklusion. Es geht also nicht um Integration benachteiligter Menschen, sondern darum, von vornherein allen Menschen die uneingeschränkte Teilnahme an allen Aktivitäten zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, ist eine strukturelle Überarbeitung der Eingliederungshilfe vorgesehen. Zu den wesentlichen Ansatzpunkten der Reform gehört die Weiterentwicklung des Behinderungsbegriffs. Zudem sollen die

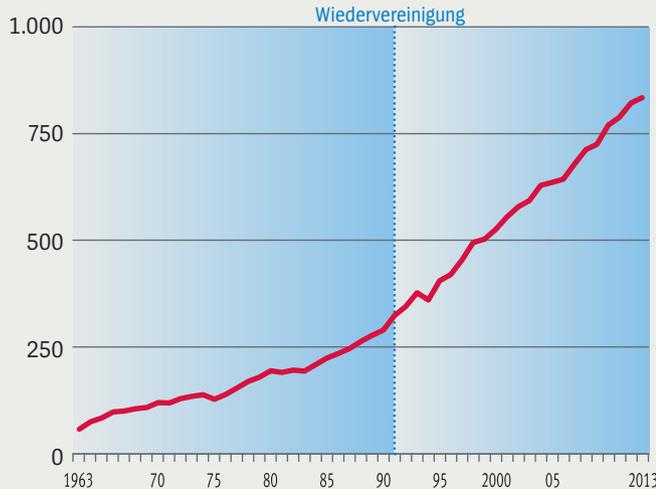
Teilhabe ist Menschenrecht

Schätzungsweise 650 Millionen Menschen leben weltweit mit einer Behinderung. Nur in etwa 45 Staaten gibt es Vorschriften, die die Rechte behinderter Menschen besonders schützen. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat deshalb 2006 das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) verabschiedet. Die UN-BRK schafft keine Sonderrechte, sondern konkretisiert und spezifiziert die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen vor dem Hintergrund ihrer Lebenslagen. Teilhabe behinderter Menschen ist ein Menschenrecht, kein Akt der Fürsorge oder Gnade. Die UN-BRK stellt dies klar. Grundlegend für die UN-BRK ist der Gedanke der Inklusion: Menschen mit Behinderung gehören von Anfang an mitten in die Gesellschaft. Quelle: www.behindertenbeauftragte.de

Die Behindertenrechtskonvention enthält Bestimmungen für Menschen mit Behinderungen – eine genaue Definition von Behinderung fehlt jedoch. In der Präambel ist erwähnt, dass „das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht“. Laut Konvention gehören zur Gruppe von Menschen mit Behinderungen „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Quelle: www.behindertenrechtskonvention.info

Eingliederungshilfe: Die Zahl der Empfänger und die Ausgaben steigen stetig

Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger in 1.000



Bruttoausgaben* in Milliarden Euro



Die Eingliederungshilfe soll Menschen mit Behinderungen ein Leben mitten in der Gesellschaft ermöglichen. Die Kommunen müssen dafür immer mehr Geld aufbringen. Seit 1991 hat sich die Zahl der Empfänger mehr als verdoppelt, die Höhe der Ausgaben mehr als verdreifacht: Lagen die Bruttoausgaben (* Ausgaben ohne Abzug der Einnahmen wie beispielsweise Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten und Arbeitslosenversicherung) 1991 noch bei 4,1 Milliarden Euro für rund 324.000 Menschen, waren es 2013 bereits 15,6 Milliarden Euro für rund 834.000 Menschen. *Quelle: www.destatis.de*

gegenwärtige Einkommens- und Vermögensanrechnung auf den Prüfstand, die Leistungen personenzentriert gestaltet und unabhängig von Wohnort und -form gezahlt werden. Die Eingliederungshilfe soll auf die Fachleistung (Leistungen wegen der Behinderung) konzentriert werden, ein partizipatives, bundeseinheitliches Verfahren soll für eine zielgenaue Leistungserbringung sorgen. Das Gesetz sieht außerdem eine Prüfung der Möglichkeiten unabhängiger Beratung, die Wirksamkeitskontrolle auf Einzelfall- und Vertragsebene sowie die Verbesserung der Steuerung der Leistungen der Eingliederungshilfe vor, um sie effektiv und effizient zu erbringen und die Situation behinderter Menschen zu verbessern.

Arbeitsgruppe führte Reformdebatte. An der Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes sollen sich Menschen mit Behinderungen nach dem Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“ kontinuierlich beteiligen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundessozialministerium (BMAS) eine Arbeitsgruppe berufen, die zwischen Juli 2014 und April 2015 in neun Sitzungen getagt hat. Darin vertreten waren Verbände von Menschen mit Behinderungen, die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, die Bundesvereinigung der Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstatträter, die Konferenz der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen, die Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, Länder, kommunale Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger, Sozialversicherungsträger und Sozialpartner. Die Arbeitsgruppe hat Reformbedarfe identifiziert und aufbereitet, Handlungsoptionen dargestellt und ihre Auswirkungen aufge-

zeigt. Es war nicht das Ziel, einen Konsens in allen Punkten zu erzielen. Vielmehr sollten Positionen ausgetauscht und verdeutlicht werden.

Einvernehmen über Handlungsbedarf. Zu einigen Themen bestand in der Arbeitsgruppe weitgehend Einigkeit, so zum Beispiel in Bezug auf eine UN-BRK-konforme und an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientierte Neufassung des Behinderungsbegriffs. Auch in der Frage, wer Anspruch auf Eingliederungshilfe haben soll, gab es kaum Differenzen. Einvernehmlich plädierte die Arbeitsgruppe für eine Abgrenzung von Fachleistungen zu existenzsichernden Leistungen (Leistungen zum Lebensunterhalt) und für eine Verbesserung des Prozesses der Bedarfsermittlung und -feststellung im Sinne der Betroffenen. Aber hier steckt der Teufel im Detail – wenn es um die konkrete Definition der Fachleistungen und Ausgestaltung der Prozesse geht. Denn die Neuerungen sollen nicht zu Leistungskürzungen und unklaren Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsträgern führen. In zahlreichen anderen Punkten trugen die an der Arbeitsgruppe Beteiligten unterschiedliche Auffassungen vor. Das war aufgrund der Vielzahl und Vielfalt der beteiligten Organisationen und Institutionen zu erwarten. Die Ergebnisse des Diskussionsprozesses sind Grundlage für einen Gesetzentwurf, den das BMAS in enger Abstimmung mit den weiteren Bundesministerien Anfang 2016 vorlegen will. Das BMAS hat den Beratungsprozess im Internet dokumentiert (www.gemeinsam-einfach-machen.de/bthg).

Enge Bezüge zu anderen Trägern. Die Eingliederungshilfe steht im engen Bezug zu weiteren Sozialleistungen, insbesondere



„Es gibt noch viel zu tun“

Ulla Schmidt, *Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages, ist Bundesvorsitzende der Lebenshilfe.*

Wie weit sind Menschen mit Behinderungen in Deutschland vom Rand in die Mitte der Gesellschaft gerückt?

Ulla Schmidt: Wenn man bedenkt, dass Ende der 1950er-Jahre Kinder mit geistiger Behinderung oft von ihren Eltern versteckt wurden und vor dem Gesetz als bildungsunfähig galten, sind wir inzwischen sehr weit gekommen. Seit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen durch den Bundestag 2009 gehört die Inklusion in Deutschland sozusagen zu den Menschenrechten. Kinder mit und ohne Behinderung gehen gemeinsam in den Kindergarten, mehr und mehr besuchen dieselbe Schule. Integrationsbetriebe helfen, Menschen mit Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt zu bringen. Auch in der Freizeit, zum Beispiel im Sportverein, finden häufiger Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne Behinderung statt. Das ist eine tolle Entwicklung, aber es gibt noch viel zu tun.

Wo bestehen Hindernisse für die gesellschaftliche Teilhabe?

Schmidt: Es gibt viele Gebäude, die Rollstuhlfahrern versperrt bleiben. Gehörlose Menschen sind oft beim Fernsehen ausgeschlossen. Für sie müssen Sendungen Untertitelt oder mit Gebärdensprache versehen sein. Sehbehinderte Menschen wiederum sind auf Audiodeskription angewiesen, um einen Film verfolgen zu können. Menschen auf dem Land können ohne eigenes Auto oder öffentliche Verkehrsmittel nicht am kulturellen Leben teilhaben. Das macht nicht nur Menschen mit Behinderung zu schaffen, dass trifft ganz besonders die Älteren unter uns.

Was erwarten Sie vom geplanten Teilhabe-Gesetz?

Schmidt: Dass alle Menschen mit Behinderung genau die Hilfe und Beratung erhalten, die sie persönlich brauchen. Und zwar umfassend und als Nachteilsausgleich: Dazu gehört, dass sie das Recht auf ein Sparguthaben – heute ist bei 2.600 Euro Schluss, dann muss das Ersparte aufgebraucht werden, bevor es Hilfe gibt. Fortschritte erwarten wir uns besonders bei der Teilhabe am Arbeitsleben durch das Budget für Arbeit. Menschen mit Behinderung können damit in Betrieben des ersten Arbeitsmarkts arbeiten und bekommen die Unterstützung, die sie dafür brauchen.

Wie lässt sich Inklusion weiter fördern?

Schmidt: Wir müssen vor allem bei den Schulen ansetzen. Wenn Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam die Schule besuchen, prägt sie das für ihr ganzes Leben. Dann wird die Inklusion zur Selbstverständlichkeit.

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Pflege, Teilhabe und medizinische Versorgung. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden nur gewährt, wenn kein anderer Leistungsträger wie Krankenkassen, Rentenversicherung oder Arbeitsagenturen in Betracht kommt und der Betroffene selbst finanziell überfordert ist. Einkommen und Vermögen werden bei der Eingliederungshilfe unter Berücksichtigung von Freibeträgen angerechnet. Deshalb sind bei einer Reform in diesem Bereich unmittelbare Folgen für weitere Sozialleistungsträger zu erwarten. Nachfolgend sollen zwei für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung zentrale Themenfelder näher beleuchtet werden.

Reform könnte Kosten verlagern. Mehr Personenzentrierung bei der Leistungserbringung sollte das Ziel haben, das Selbstbestimmungsrecht und die Wahlfreiheit der Menschen mit Behinderungen gemäß der UN-BRK zu stärken. Dies gilt unter anderem für die Wahl der Wohnform und des Wohnumfeldes. Ansatzpunkt für die Personenzentrierung muss die Bedarfsermittlung und Leistungsbemessung sein, die sich an den individuellen Bedarfen der Menschen orientiert. Versteht man unter Personenzentrierung lediglich eine Zergliederung bestehender ganzheitlich ausgerichteter Leistungen und Angebotsstrukturen in einzelne Leistungselemente mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, führt dies nicht zu einer Verbesserung der Versorgung. Vielmehr steigt der Koordinierungsaufwand und es entstehen finanzielle Verschiebepunkte zulasten anderer Sozialleistungsträger. Das würde zum Beispiel bedeuten, dass Pflegekassen für pflegebedürftige Menschen, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wohnen, zukünftig nicht mehr eine Pauschale von bis zu 266 Euro monatlich zahlen, mit der pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, wie zum Beispiel Injektionen, Verabreichen von Medikamenten, Blutzuckerkontrolle oder Verbandswechsel, abgegolten werden, sondern das volle Pflegegeld in der jeweiligen Pflegestufe. Im Jahr 2014 leistete die Pflegeversicherung für rund 85.000 Heimbewohner die Pauschale. Schätzungen zufolge würden sich für die Pflegeversicherung durch eine entsprechende Neuregelung der Finanzierung Mehrkosten in Höhe von bis zu zwei Milliarden Euro ergeben, ohne dass Menschen mit Behinderungen eine bessere Versorgung erhielten. Wenn die Abstimmung zwischen den einzelnen Kostenträgern nicht gut organisiert ist, müssen sie sich womöglich noch selbst darum bemühen, ihre Ansprüche bei allen Kostenträgern geltend zu machen.

Mehrkosten können Zusatzbeitrag erhöhen. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegekassen für Versicherte, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, aktuell je nach Pflegestufe einen Zuschuss zwischen 1.064 und 1.612 Euro (in Einzelfällen bis zu 1.995 Euro) monatlich zahlen, ist nachvollziehbar, dass die Träger der Eingliederungshilfe sich durch eine höhere Beteiligung der Pflegekassen von den Kosten in Behinderteneinrichtungen entlasten wollen. Letztlich führt dies aber zu einer beitragsatzrelevanten Mehrbelastung der Pflegeversicherung, die die Solidargemeinschaft aufzubringen hätte. Auch die Krankenversicherung wäre von einer konsequenten Umsetzung der

personenzentrierten Leistungsbereitstellung betroffen, wenn es um Leistungen der medizinischen Behandlungspflege geht. Diese werden bislang in der Regel in den Pflegesätzen der vollstationären Einrichtungen pauschal abgegolten und nicht extra erbracht. Wird die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen vollständig auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen, würde es die Krankenkassen mit hochgerechnet bis zu 2,3 Milliarden Euro jährlich mehr belasten. Diese Mehrausgaben wären ebenfalls beitragsatzrelevant und allein durch die Versicherten über den Zusatzbeitrag zu tragen.

Trägervielfalt erfordert gute Abstimmung. Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen haben häufig Leistungsansprüche gegenüber verschiedenen Trägern. So können zum Beispiel Ansprüche auf eine medizinische Rehabilitation der Krankenkasse, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben des Rentenversicherungsträgers und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft des Sozialhilfeträgers gleichzeitig oder nacheinander bestehen. Die Träger müssen untereinander klären, wer für die Leistungen im Einzelfall zuständig ist, die Leistungsbedarfe individuell ermitteln und bei der Teilhabeplanung und Leistungsgewährung zusammenarbeiten. Das SGB IX bildet seit 2001 für alle Rehabilitationsträger den rechtlichen Rahmen für eine personenzentrierte Teilhabeplanung und Leistungserbringung „wie aus einer Hand“. Der Gesetzgeber hat im SGB IX für die Rehabilitationsträger gemeinsame Ziele und Instrumente definiert und den Trägern weite Spielräume bei der Umsetzung eingeräumt. In der Praxis hat sich die geringe Verbindlichkeit als hinderlich für den Gesamtprozess und eine nahtlose und zügige Leistungserbringung erwiesen. Lange Bearbeitungszeiten und Verzögerungen wirken sich häufig zum Nachteil für den Betroffenen aus. Sie können den Erfolg der Rehabilitation beeinträchtigen und den Bezug von Lohnersatzleistungen (beispielsweise Krankengeld) verlängern.

Einheitliche Standards etablieren. Bei der Weiterentwicklung des SGB IX im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes geht es deshalb darum, eine trägerübergreifende Beratung, Ermittlung, Planung und Koordination der erforderlichen Leistungen nach einheitlichen Standards zu etablieren. Die Reform muss für Transparenz sorgen und die Zusammenarbeit fördern. Ziel muss ein praktikables, bundesweit vergleichbares und auf Partizipation beruhendes Verfahren der Gesamtplanung mit einer stärkeren Verbindlichkeit der Regelungen für die Zusammenarbeit aller Sozialleistungsträger sein, das auch die Träger der Sozial- und Jugendhilfe einbezieht. Ein verbindlich geregeltes Zusammenwirken der Reha-Träger darf jedoch nicht so weit gehen, dass es individuelle Zuständigkeiten und Entscheidungen über Leistungen der jeweiligen Rehaträger tangiert und auf den für die Steuerung des Gesamtprozesses verantwortlichen Träger überleitet.

Die Diskussion um eine Leistungsverbesserung für Menschen mit Behinderungen kann nicht unabhängig von der Finanzierung geführt werden. Ein Verzicht oder eine Entschärfung der Einkommens- und Vermögensanrechnung auf Fachleistungen der Eingliederungshilfe, also etwa für eine persönliche Assistenz am



**Menschen mit Behinderungen
sind keine Bittsteller, die der
staatlichen Fürsorge bedürfen.**

Arbeitsplatz oder in der Schule, hätte erhebliche Mehrkosten für die Kommunen zur Folge. Die Arbeitsgruppe beim BMAS hat die jährlichen Mehrkosten bei vollständigem Wegfall der Einkommens- und Vermögensanrechnung in der Eingliederungshilfe auf 410 bis 580 Millionen Euro beziffert. Letztlich stellt sich auch die Frage nach der Einbeziehung der Pflegekosten, die die Kommunen ergänzend zu Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung tragen. Der Landkrestag rechnet in diesem Fall mit Mehrkosten von 13 Milliarden Euro. Das steht im Widerspruch zum Ziel der Koalitionspartner, keine neue Ausgaben- dynamik zu entfachen.

In ihren Stellungnahmen und Positionierungen verweisen nicht nur Länder und Kommunen auf mögliche Mehrbelastungen. Gleiche Befürchtungen haben Arbeitgeber und Sozialversicherungsträger, wenn es in Richtung Kostenverlagerungen zulasten der Beitragszahler geht.

Ausgaben steigen weiter. Wie die im Koalitionsvertrag vorgesehenen fünf Milliarden Euro jährlich zur Entlastung in der Eingliederungshilfe der Städte und Gemeinden beitragen sollen, ist noch unklar. Die Bundesregierung hat sich dafür ausgesprochen, die Entlastung nicht mit der Reform der Eingliederungshilfe zu verbinden. Auch ohne Reform der Eingliederungshilfe werden die Kommunen mit einer kontinuierlichen Ausgabensteigerung konfrontiert. Der vom Deutschen Städtetag 2014 veröffentlichte Gemeindefinanzbericht prognostiziert einen Anstieg der Kosten für Eingliederungshilfe bis 2020 um fast ein Drittel auf 21,6 Milliarden Euro. Dann reichen auch die fünf Milliarden Euro des Bundes zur Entlastung nicht aus. Die Länder und Kommunen wollen deshalb den Betrag dynamisieren.

Es bleibt zu hoffen, dass das angekündigte Bundesteilhabegesetz echte Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen bringt und nicht in einen finanziellen Verschiebeparkplatz mündet. Die Reform muss dafür sorgen, dass Menschen wie Susanne M. nicht außen vor bleiben. ■

Dr. Ilona Nowak leitet das Referat Rehabilitation und Vorsorge in der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Ilona.Nowak@bv.aok.de



Ärzte in der Willkommensklasse

Auf dem Weg in eine deutsche Klinik oder Praxis haben Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland sprachliche und bürokratische Hürden zu überwinden. Wie sie sich in einem Kurs in Nürnberg auf ihren Berufseinstieg vorbereiten, beschreiben **Christoph Fuhr** (Text) und **Gerd Grimm** (Fotos).



Deutschstunde für Ärzte: „Der Mann hat eine grünlich-schwärzliche Verfärbung auf der Zunge“, erläutert Dozentin Kim Richter (rechts hinten). Grünlich-schwärzlich ist für viele Kursteilnehmer ein neuer Begriff.

Abdullah Yakiti wirkt frustriert. „Ich bin ratlos“, sagt er. „Ich soll ein Führungszeugnis aus Syrien vorlegen. Aber wie soll das gehen, da ist doch niemand mehr, der mir das Dokument ausstellen könnte.“ Yakiti hat ein großes Ziel: Er will als Arzt in Deutschland arbeiten. Hürden gibt es reichlich, der Flüchtling aus Syrien mit dem abgeschlossenen Medizinstudium hat schon einige erfolgreich übersprungen und gerät doch immer wieder in die Mühlen der Bürokratie. Sein Blick wirkt entschlossen: „Ich bin angekommen in Deutschland“, sagt er, „ich werde kämpfen.“

Partner für ausländische Mediziner. Yakiti ist überzeugt, dass ihm dabei das VIA-Institut in Nürnberg helfen kann. Ausländische Ärzte benötigen einen starken Partner, um in der Zeit

des Integrationsprozesses all das lernen zu können, was sie brauchen, um dauerhaft eine Stelle als Arzt zu finden: Das war die Idee von Institutsleiter Dr. Matthias Klug, der VIA einst gegründet hat. Wer als Arzt im deutschen Gesundheitswesen Fuß fassen will, ist auf ein gutes Fundament angewiesen. Er muss sattelfest sein im Umgang mit der deutschen Sprache und der komplizierten medizinischen Fachterminologie. Und er muss gut auf die medizinischen Standards in deutschen Kliniken vorbereitet sein. Gerade erst hat das Institut, das mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund kooperiert, seinen 20. Geburtstag gefeiert. Mehr als 850 Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland sind hier fit gemacht worden für das deutsche Gesundheitssystem. „Viele haben es am Ende geschafft“, sagt Klug. „Sie sind beruflich dort angekommen, wo sie hinwollten und gebraucht werden.“

Schritt für Schritt zur Diagnose. Schulalltag in Nürnberg. Mehr als 20 Ärztinnen und Ärzte aus allen Teilen der Welt sitzen im Klassenraum. Thema der Unterrichtseinheit: Anamnese und Befunderhebung. Die Dozentin Dr. Kim Richter projiziert ein Bild auf eine Leinwand. „Beschreiben Sie, was zu erkennen ist“, fordert sie die Gruppe auf. Ein Mann mit geöffnetem Mund ist zu sehen. Seine Zunge hat eine markante Farbe. „Grün“, sagt ein Kursteilnehmer, „grün und schwarz“, sagt ein anderer. „Der Mann hat eine grünlich-schwärzliche Verfärbung auf der Zungensoberfläche“, erläutert die Dozentin. „Grünlich-schwärzlich“ ist eine Formulierung, die viele der Teilnehmer noch nicht gehört haben. „Das sieht aus wie Haare“, sagt ein junger Arzt, der in der ersten Reihe sitzt. „Die Verfärbung hat ein haariges Aussehen“, präzisiert die Referentin. Schritt für Schritt nähert sich die Lerngruppe der Diagnose. Der Patient leidet an einer Schwarzen Haarzunge, lateinisch Nigritis linguae. Nicht gefährlich, aber unangenehm. „Raucher haben sie manchmal“, weiß eine Ärztin. Die Kursleiterin sagt: „Bei diesem Patienten müsste überprüft werden, ob der Belag von der Zunge abgewischt werden kann.“ Abwischen? Auch dies ist ein Begriff, über den manch ein Kursteilnehmer stolpert. „Ich wische die Tafel ab“, erläutert Richter. So kann jeder das Wort auch im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild zuordnen. Der Unterricht ist anspruchsvoll, die Schüler, deren sprachliche Vorkenntnisse extrem unterschiedlich sind, wirken voll konzentriert. Motivationsprobleme, so scheint es, hat hier niemand.

Wissen wiederholen und vertiefen. Die Schüler sollen das medizinische Fachvokabular lernen, um im Alltag Sicherheit zu gewinnen für Kommunikationssituationen, die für die Arzt-Patienten-Beziehung typisch sind. „Genau da habe ich noch Schwierigkeiten“, sagt Yakiti. „Die Fachsprache ist nicht einfach“, bestätigt seine peruanische Kollegin Rocio Gonzales: „Ich hatte mir das leichter vorgestellt.“

Sprachkenntnisse für den Berufsalltag

Im Jahr 2014 hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) beschlossen, dass es für ausländische Ärzte nicht mehr genügt, wenn sie Umgangdeutsch sprechen. **Verlangt werden jetzt fortgeschrittene Kenntnisse in der ärztlichen Berufssprache** – ein „C 1-Qualitätsniveau“ auf Basis des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen. Ärzte müssen über Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, die für eine umfassende ärztliche Tätigkeit erforderlich sind. Die Bundesländer haben den rechtlich nicht bindenden GMK-Beschluss allerdings unterschiedlich weit umgesetzt.

Viele Ärzte aus dem Ausland haben den Einstieg in Deutschland schon geschafft: **Nach Zahlen der Bundesärztekammer waren Ende des vergangenen Jahres 39.661 ausländische Ärztinnen und Ärzte gemeldet** – eine Zunahme um 3.768 (plus 10,5 Prozent gegenüber 2013). Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 2.361 die Ärztinnen und Ärzte aus europäischen Staaten, insbesondere aus der Europäischen Union (1.692). Insgesamt stellt Rumänien die meisten ausländischen Ärzte (3.857), vor Griechenland (3.011) und Österreich (2.695). Aus Syrien kommen 1.656 Ärztinnen und Ärzte. *Christoph Fuhr*



Die Schüler des VIA-Instituts in Nürnberg wirken konzentriert, Motivationsprobleme hat hier niemand.

Ein weiteres wichtiges Ziel des Kurses ist es, das medizinisch-klinische Wissen für die Berufspraxis zu wiederholen und zu vertiefen. Dieses Kern-Knowhow müssen die meisten Ärzte aus Nicht-EU-Ländern in einer sogenannten Kenntnisprüfung unter Beweis stellen. „Der ausländische Arzt muss nachweisen, dass er über das gleiche Fachwissen verfügt, das von einheimischen Absolventen medizinischer Hochschulen verlangt wird“, erläutert VIA-Chef Klug.

Geschichte einer Flucht. Die Unterrichtsstunde ist vorbei, die Pause beginnt. Abdullah Yakiti berichtet aus seinem Leben. Es ist die Geschichte eines jungen Arztes, der das zerbombte Syrien verlassen hat, um in Deutschland neu anzufangen. Yakiti hat zunächst in seiner Heimat einen Schulabschluss gemacht und dann in Jordanien Medizin studiert. „Nach meinem Examen und dem Praktischen Jahr wollte ich unbedingt zurück in die Heimat und dort als Arzt arbeiten“, sagt er. Doch die Pläne zerschlugen sich. Es herrschte schon damals Krieg, alles war zerstört und ausgebombt. „Ich habe ein Herz für mein Heimatland, aber ich konnte dort als Arzt nicht helfen.“

Yakiti macht sich auf den Weg in die Türkei, er glaubt, dass die Chancen, dort als Arzt Fuß zu fassen, größer sind. Aber schnell wird klar, dass das nicht funktioniert. Er nimmt mit der deutschen Botschaft Kontakt auf, hofft auf ein Visum und möchte gerne ein Praktikum machen. Aber auch das funktioniert nicht. Zusammen mit einem befreundeten Ingenieur beschließt er, sich nach Deutschland durchzuschlagen. Eine lange, gefährliche Flucht beginnt. Zunächst übers Wasser nach Griechenland, dann über Serbien, Mazedonien weiter nach Ungarn, das damals seine Grenzen noch nicht dichtgemacht hatte. Und schließlich über Österreich nach Deutschland. Er ist vor einem Jahr angekommen und inzwischen als Asylbewerber anerkannt. Fleißig versucht er, seine Deutschkenntnisse zu verbessern. So richtig freuen kann sich der junge Arzt allerdings nicht. Er sieht, wie



„Ich habe ein Herz für mein Heimatland, aber ich konnte dort als Arzt nicht helfen.“

Abdullah Yakiti kommt aus Syrien, hat in Jordanien studiert und will nun in Deutschland arbeiten.



„Ich taste Ihre Schilddrüse ab. Tut es weh, wenn ich hier drücke?“ Sihame Mimouni (hinten) und Ceren Sen erproben die deutsche Sprache in einem Rollenspiel.

schwierig die Situation für viele seiner Landsleute ist, die erst jetzt als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. „Ihr Schicksal beschäftigt mich und lässt mich nicht los“, sagt Yakiti, „aber ich muss nun mein eigenes Leben in die Hand nehmen“.

Kompetenz in der Fachsprache. Die Pause ist vorbei. Jetzt wird eine Untersuchungssituation simuliert. Es geht um die Schilddrüse. Zwei Schülerinnen melden sich fürs Rollenspiel: Eine ist Patientin, die andere Ärztin. „Machen Sie den Oberkörper frei“, sagt die Ärztin. Das war nicht ernst gemeint, die Übung beginnt mit schallendem Gelächter, das Arbeitsklima ist unverkrampft. „Ich taste ihre Schilddrüse ab, tut es weh, wenn ich hier drücke?“ „Nein“, sagt die Patientin. „Drehen Sie bitte ihren Kopf nach links und rechts.“ Im nächsten Schritt geht es darum, die Beschwerden weiter einzugrenzen. Erneut ist die Lerngruppe gefordert. Die Kursteilnehmer sollen konkrete Fragen formulieren. Das bekommen manche Schüler locker hin, andere tun sich schwerer. Alle wissen, wie wichtig die medizinische Fachsprache für den Arbeitsalltag ist. Es ist eben ein gravierender Unterschied, ob etwa der Schmerz eines Patienten stechend, beißend oder kolikartig ist, ob er tief sitzt oder an der Oberfläche. Der Arzt muss genau diese Informationen im Gespräch mit seinem Patienten herausarbeiten. Eine anspruchsvolle Aufgabe, gerade für ausländische Ärzte. Sie können sie nur bewältigen, wenn sie ein Fundament an Kompetenz in der Fachsprache erworben haben.

Arbeitsagentur trägt Kursgebühren. Die wenigsten Teilnehmer zahlen die Gebühren – die je nach Kurslänge bei 3.000 bis 5.000 Euro liegen – für die Kurse bei VIA aus eigener Tasche. Die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter finanzieren die Lehrgänge auf Antrag. Darüber hinaus gibt es Stipendien von der Marburger Bund-Stiftung oder von „Ärzte helfen Ärzten“ des Hartmannbundes. VIA ist im System der Bundesagentur für Arbeit zertifiziert und wird entsprechend kontrolliert.

Auf 100 Bewerbungen immer nur Absagen – das liegt am Kopftuch,

vermutet Mouna Zaidi, Ärztin aus Tunesien (im Bild hinten).

Kursteilnehmerin Mouna Zaidi weiß nicht so recht, wie es weitergehen soll. Sie ist unmittelbar nach dem Studienabschluss in Medizin aus Tunesien nach Deutschland gereist, weil ihr Mann hier eine Arbeit als Ingenieur gefunden hat. Vor zwei Jahren hat sie eine Berufserlaubnis bekommen, doch die läuft in wenigen Monaten aus – es sei denn, sie kann bis dahin einen Job nachweisen. „Ich habe im Großraum München an die 100 Bewerbungen geschrieben, und immer gab es nur Absagen.“ Zwar fehlt ihr jede Berufserfahrung. „Aber das ist nicht der Grund für meine Probleme“, sagt die junge Frau, und verweist auf andere Tunesierinnen mit dem gleichen Erfahrungshorizont, die längst einen Job bekommen hätten. „Für mich gibt es keinen Zweifel“, gibt sie sich überzeugt: „Es liegt ganz einfach daran, dass ich Kopftuchträgerin bin. Das wird in den Krankenhäusern nicht gerne gesehen.“ Dass sie in Kliniken auf dem Land bessere Chancen hätte als im Umfeld der Großstadt, mag sie nicht glauben: „Da sind die Vorurteile noch größer.“ Der Antrag auf Anerkennung der Approbation ist eingereicht, die Kenntnisprüfung will sie, wenn gefordert, zeitnah ablegen. Auch eine Sprachprüfung scheut sie nicht. Bei VIA will Mouna Zaidi ihre Kompetenzen weiter verbessern und hofft, dass das Institut ihr bei der Stellensuche helfen kann. „Wir haben in vielen Jahren gute Kontakte zu Kliniken aufgebaut. Wir vermitteln in transparenten Verfahren erfolgreich Praktika und Assistenzarztstellen“, sagt Institutsleiter Klug. VIA ist nicht die einzige Schule, die Integrationskurse anbietet. Es gibt auch andere – zum Beispiel das mibeg-Institut in Köln.

Aus Peru nach Bayern. Rocio Gonzales hat ihren Mann beim Medizinstudium in Peru kennengelernt. „Er hatte einen Traum“, sagt sie. Er wollte seine Facharztausbildung unbedingt in Deutschland machen. „Wir haben lange im Internet recherchiert und uns über Bedingungen informiert.“ Am Ende waren die letzten Zweifel ausgeräumt: „Wir gehen nach Deutschland“. Vor etwa 14 Monaten sind sie angekommen und leben jetzt in Nürnberg. Sie sind auf das VIA-Institut gestoßen und haben entschieden, hier das Fundament für ihre Zukunft in Deutschland zu legen: „Es ist ein guter Start für unsere Karriere.“ Nachdem ihr Mann den Kurs vor einigen Monaten abgeschlossen hat, hat sich die Peruanerin jetzt selbst bei VIA eingeschrieben. Ihr Mann macht gerade ein Praktikum in der Chirurgie eines Nürnberger Krankenhauses. „Er bekommt positive Rückmeldungen von seinen Vorgesetzten, hat Freunde gefunden. Alles prima, doch



richtig glücklich ist er nicht.“ Das liegt nicht an den Arbeitsbedingungen, sondern an der Bürokratie. Der Mann aus Südamerika arbeitet auf Basis einer Berufserlaubnis. Die Hürde für diese Bescheinigung ist niedrig. Doch wer aus Nicht-EU-Ländern kommt, muss die Anerkennung seiner Approbation beantragen. Der Peruaner hat alle benötigten Dokumente eingereicht. Jetzt braucht er Geduld. Das Verfahren, für das nicht die Ärztekammern zuständig sind, läuft in manchen Bundesländern sehr langsam, in anderen schneller. Das Ehepaar sieht seine Zukunft

Föderalismus ist für viele Bewerber neu

Die Landesärztekammern sind zwar nicht für die Erteilung von Approbationen zuständig. Das ist Aufgabe von Länderbehörden. Die Bundesärztekammer (BÄK) weist aber darauf hin, dass eine mündlich-praktische Kenntnisprüfung, wie sie im Anerkennungsprozess vorgesehen ist, immer eine individuelle Komponente enthalte. „Es fehlt nicht an der bundesweiten Einheitlichkeit der Prüfungen, sondern eher an konkreten Vorgaben, wie die Prüfungen in der Praxis zu erfolgen haben“, so die Antwort der BÄK auf eine Anfrage von „Gesundheit und Gesellschaft“.

Mit Blick auf nachzuweisende Fachsprachenkenntnisse räumt die BÄK ein, dass die Besonderheiten des Föderalismus für viele Bewerber möglicherweise neu seien: „Eine große Intransparenz können wir jedoch nicht erkennen.“ Die zuständigen Behörden hätten nahezu ausnahmslos Merkblätter oder Hinweise im Internet veröffentlicht. Der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von Juni 2014 werde durch die Übertragung von Sprachprüfungen an die Ärztekammern sukzessive umgesetzt: „Uns ist kein Fall bekannt, dass die Fachsprachenprüfung einer Kammer durch die Approbationsbehörden eines anderen Bundeslandes abgelehnt worden wäre“, heißt es weiter. *Christoph Fuhr*



Nochmal die Schulbank drücken: „Wenn ich als Arzt in Deutschland arbeiten darf, werde ich sagen: Der Einsatz hat sich gelohnt“, sagt der Syrer Abdullah Yakiti.



in Bayern, deshalb wird dort über den Antrag entschieden. Nach Erfahrungen von VIA-Chef Klug kann das bis zu einem Jahr dauern. Es gibt Bewerber aus Ländern, bei denen praktisch schon vorher klar ist, dass der Abschluss nicht gleichwertig ist. Dann komme es zu weiteren Verzögerungen, sagt Klug.

Wissensstandards aufs Spiel gesetzt. „Fehlentwicklungen bleiben nicht aus“, bedauert der Institutsleiter und erläutert dies an einem Beispiel, das er selbst erlebt hat. Ein Bewerber findet eine Stelle an einer Klinik in einem Bundesland, die er eigentlich gar nicht haben will. Er bekommt in diesem Bundesland aber relativ schnell ohne aufwendiges Prüfverfahren die Approbationsurkunde. Nach kurzer Zeit kündigt der Mediziner seine Stelle, bewirbt sich mit der Approbation in der Tasche in einem anderen Bundesland, das ihm mehr zusagt und findet dort sehr schnell einen neuen Job als Assistenzarzt. So entwickle sich ein Tourismus der mobilen ausländischen Ärzte durch die Republik. „Wichtige nationale Mindest-Wissensstandards für die Approbationsreife werden auf dem Altar des Pragmatismus geopfert“, kritisiert der Schulleiter.

Bis Mitte des Jahres konnten Ärzte mit Berufserlaubnis ihre Weiterbildungszeit bereits beginnen, wenn sie einen Job bekamen. Bis zur Approbationsanerkennung konnten sie somit die Zeit in Kliniken sinnvoll nutzen. Doch jetzt gibt es eine neue EU-Richtlinie. Danach dürfen Mediziner die ärztliche Weiterbildung, also Spezialisierungszeiten für den Facharzt, nur noch mit Approbation machen. Alles, was vorher passiert, zählt nicht. „Was sollen die Kliniken mit einem Arzt, der in dieser Phase noch gar keine Weiterbildung machen kann?“, fragt Klug.

Zuwanderer im föderalen Dschungel. „Wir haben hier nicht nur Kursteilnehmer, die aus ihrer Heimat fliehen mussten“, erläutert der VIA-Chef. Es gibt Ärzte, die ihre Entscheidung bewusst getroffen haben, weil sie von der Qualität der medizinischen Ausbildung in Deutschland überzeugt sind und dazulernen wollen. „High-Potential“ nennt Klug diese Ärztegruppe. Jetzt beobachtet er, dass diese zuwanderungswilligen Mediziner auch mit Blick auf die ineffiziente Vorlaufzeit anfangen, sich doch gegen Deutschland zu entscheiden. Er finde dazu zunehmend Hinweise in einschlägigen Foren im Internet, wo sich potenzielle

Interessenten über das deutsche Gesundheitssystem austauschen. Das Fatale ist aus seiner Sicht der föderale Dschungel, in dem sich viele der zugewanderten Ärzte verirren. Jedes Bundesland approbiere nach eigenen Regeln und Ausführungsbestimmungen, sagt Klug. „Nach Gutdünken werden die fachsprachlichen Kenntnisse für ausländische Ärzte als Voraussetzung für Berufserlaubnis oder Approbation geprüft oder nicht geprüft, auf höherem oder niedrigerem Niveau, bei offiziellen strengen Prüfzentren oder lockeren Prüfungen.“

„Es war meine Entscheidung, nach Deutschland zu gehen. Deshalb muss ich mich auch den Bedingungen hier stellen und will nicht klagen“, stellte ein mexikanischer Arzt klar, der den VIA-Kurs ein Semester vorher abgeschlossen hat. „Aber vieles ist in Deutschland extrem verwirrend und es gibt immer wieder frustrierende Bürokratie.“ Dass eine bestandene schwere Sprachprüfung in Bundesland A alle Optionen für die Zukunft eröffnet, in Bundesland B aber nicht einmal das Papier wert ist, auf dem diese Sprachqualifikation attestiert wird, das könne er nicht verstehen.

Mit Optimismus in die Zukunft schauen. Die Zeiten sind nicht leicht für junge ausländische Ärzte, insbesondere, wenn sie nicht aus EU-Ländern kommen. Sie stellen sich Sprach-, Sachprüfungen und Anerkennungsverfahren, verirren sich im Dickicht der Bürokratie. Sie suchen nach einer Assistenzarztstelle, führen Bewerbungsgespräche, bekommen Zusagen und Absagen, erleben Zeitdruck, aber auch frustrierenden Leerlauf. Und dennoch, trotz aller Widrigkeiten: Sie kämpfen sich durch, und nur die wenigsten Bewerber lassen sich entmutigen.

Auch Abdullah Yakiti bleibt Optimist. Er will die Zulassungsbehörde überzeugen, dass es für ihn einfach unmöglich ist, nachträglich das geforderte Führungszeugnis aus seinem Heimatland zu besorgen. „Wenn ich am Ende alle Prüfungen geschafft habe“, sagt er, „und wenn ich dann tatsächlich als Arzt in Deutschland arbeiten darf, dann werde ich sagen: Es war eine gute Zeit, der Einsatz hat sich gelohnt.“ ■

Christoph Fuhr ist Redakteur bei der „Ärzte Zeitung“ (Springer Medizin) in Neu-Isenburg. **Kontakt:** cfuhr1@aol.com

Gerd Grimm ist freier Fotograf in Nürnberg.

„Die Klinikreform braucht Geduld“

Milliarden für die Krankenhäuser, Millionen für Pflegestellen und Hospizdienste: Das Geld der Beitragszahler sei gut angelegt, sagt die gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion, **Maria Michalk**, im G+G-Interview – und kündigt gleich ein weiteres Vorhaben der Koalition an.

Frau Michalk, der Bundestag hat zuletzt viel über das Sterben diskutiert und auch zwei Gesetze dazu verabschiedet. Mit einem soll die Palliativmedizin gestärkt werden. Dafür sind rund 200 Millionen Euro zusätzlich vorgesehen. Fällt der Betrag nicht zu klein aus, um der großen Aufgabe gerecht zu werden?

Maria Michalk: Wir fangen ja nicht bei null an, sondern erhöhen den Betrag von 400 auf rund 600 Millionen Euro. Die Palliativversorgung hat bei uns schon eine Tradition und wird sukzessive ausgebaut. Der Koalition war wichtig, nicht nur einer Säule mehr zu geben. Der ambulante Bereich soll genauso profitieren wie der stationäre. Man kann immer noch mehr Geld fordern. Aber unser Ansatz ist es, die Palliativversorgung zu stärken und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit im Blick zu haben.

Jeden Cent und Euro zweimal umdrehen in der letzten Lebensphase eines Menschen – ist das ethisch vertretbar?

Michalk: Sie müssen in jedem Bereich der Medizin schauen, ob das Geld, das Sie hineingeben, sinnvoll eingesetzt ist oder nicht. Ziel des Hospiz- und Palliativgesetzes ist ein flächendeckendes Betreuungsangebot, das ambulant wie stationär gut funktioniert, aber nach menschlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der besonderen Situation eines jeden Menschen am Ende des Lebens. Wichtig dabei ist mehr Fortbildung für Ärzte, Pflegekräfte und auch die rund 100.000 ehrenamtlichen Hospizhelfer.

Die Mehrzahl der Bundesbürger wünscht sich, zu Hause zu sterben – ohne Schmerzen und im Kreise der nahen Verwandten. Doch nur jeder Fünfte stirbt so. Woran liegt das?

Michalk: Das Phänomen hat viele Ursachen: Manche Angehörige haben schlichtweg Angst, sie könnten während des Sterbeprozesses etwas falsch machen. Manche Leistungserbringer sind aus haftungsrechtlichen Aspekten geneigt, das Optimum an lebensverlängernden Dingen anzubieten, damit wirklich alles getan wurde. Und dann liegt oft keine Patientenverfügung oder Betreuungsvollmacht vor. Hier braucht es mehr Mut zur Auseinandersetzung mit der Frage: Was verfüge ich persönlich für den Fall, dass ich unheilbar erkrankt bin, und die klare Information, was steht an Unterstützungsangeboten zur Verfügung.

Die Sterbehilfe wird gesetzlich geregelt, auch das hat das Parlament beschlossen. Muss der Gesetzgeber überhaupt eingreifen?

Michalk: Ja. Es lag ja auch ein Gesetzesantrag vor, demzufolge alles beim Alten bleiben sollte. Das wollte ich nicht. Warum? Weil sich auf Grundlage der bisherigen Gesetzeslage Angebote der Sterbehilfe etabliert haben, die nicht im Sinne des Grundgesetzes sind. Dass jemand Mitglied in einem Sterbeverein wird, ist legitim – jeder kann seinen Wünschen nachgehen. Als Gesetzgeber sind wir aber angehalten, Menschenwürde und Grundgesetz in den Vordergrund unseres Tuns zu stellen. Von daher musste eine Regelung kommen, die verhindert, dass Sterbehilfevereine ihr Tätigkeitsfeld ausbauen und der assistierte Suizid quasi zum geschäftsmäßig betriebenen „Regelangebot“ wird.

Viele Ärzte haben jetzt Angst, sie könnten als Wiederholungs-täter womöglich bald mit einem Bein im Gefängnis stehen.

Michalk: Das Wort von der Kriminalisierung der Ärzte kenne ich, aber ich teile es nicht. Das Vertrauensverhältnis zwischen



Arzt und Patient wird durch das Gesetz nicht tangiert. Die ärztliche Therapiegoheheit bleibt unangetastet. Jede Situation eines sterbenden Menschen ist anders. Darauf reagiert jeweils der Arzt.

Sterbehilfegesetz, Palliativ- und Hospizgesetz, Pflegereform und eHealth – in der Gesundheitspolitik passiert derzeit recht viel.

Michalk: Ja, wir sind sehr fleißig.

Und sehr spendabel – zumindest mit Blick auf die Kliniken, die im Zuge der Krankenhausreform ab 2016 mehrere Milliarden Euro mehr bekommen. Viel Geld, aber mit welchem Ertrag?

Michalk: Die Kernziele des Gesetzes kann man nicht oft genug wiederholen: Es geht um strukturelle und überfällige Anpassungen der Krankenhauslandschaft. Dafür haben wir im Gesetz finanzielle Stimuli. Das andere ist ein stärkerer Fokus auf die Qualität. Das bedeutet nicht, dass in der Vergangenheit Qualität keine Rolle gespielt hat. Im Gegenteil: Ich habe Hochachtung vor den medizinischen und pflegerischen Leistungen. Trotzdem muss es erlaubt sein, nach der Qualität in den einzelnen Häusern zu fragen.

Und ist es auch erlaubt, schlechte Kliniken zu sanktionieren?

Michalk: Genau diesem Zweck dienen die Qualitätszu- und abschläge. Das Instrument ist natürlich weiterzuentwickeln. Ich werbe daher auch ein Stück dafür, zu akzeptieren, dass eine solche Strukturreform nicht über Nacht Ergebnisse sichtbar machen kann. Diese Klinikreform braucht Geduld. Deshalb hoffe ich, dass nicht schon übermorgen gesagt wird, alles war umsonst, sondern sofort die Umsetzung angepackt wird.

Im Reformpaket für die Krankenhäuser enthalten ist auch ein Förderprogramm für neue Pflegestellen in Höhe von rund 800 Millionen Euro. Was macht Sie so sicher, dass die Mittel nicht zweckfremdet werden?

Michalk: Das Geld kommt aus zwei Maßnahmen. Das eine ist die Verlängerung des Pflegestellenförderprogramms mit 33 Millionen Euro jährlich. Hier muss nachgewiesen werden, dass das Geld tatsächlich für mehr Personal eingesetzt wird. Und 500 Millionen Euro kommen aus der Umwandlung des Versorgungs-

Zur Person

Maria Michalk (66) ist seit September 2015 gesundheitspolitische Sprecherin der Unions-Bundestagsfraktion. Der CDU gehört sie seit 1972 an. Seit 1990 ist sie Mitglied des CDU-Kreisvorstandes Bautzen. Maria Michalk lernte Industriekauffrau, danach studierte sie Betriebsökonomie. Sie ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Ehrenamtlich engagiert sich die Politikerin vor allem für den Erhalt der Kultur der Sorben. Maria Michalk ist zudem Landesvorsitzende von donum vitae in Sachsen.

zuschlags in den Pflegezuschlag. Hier erhalten die Häuser Geld, die jetzt schon in die Pflege investieren.

Beschlossen worden ist eine weitere Reform der Pflegeversicherung, die einen neuen Begriff von Pflegebedürftigkeit ab dem Jahr 2017 vorsieht. Nicht wenige Pflegebedürftige haben die Sorge, dass sie nach der Reform bei den Leistungen aus dem Topf der Pflegeversicherung schlechter dastehen als vor der Reform. Was antworten Sie denen?

Michalk: Es bleibt ganz klar bei unserem Versprechen, dass die bisher Pflegebedürftigen nicht schlechter gestellt werden. Sie haben eine lebenslange Bestandsgarantie. Bei neuen Pflegebedürftigen kann es in den unteren Pflegegraden zu Differenzierungen kommen. Das ist dem solidarischen System immanent.

Ist die Großbaustelle Pflege damit abgeschlossen?

Michalk: Nein. Im kommenden Jahr widmen wir uns den Schnittstellen der Pflege in den Kommunen. Vor allem die Beratung und die Vernetzung der örtlichen Angebote sind wichtig. Danach ist die große Pflegereform beendet. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

Gendiagnostik nicht auf Kassenkosten

Auch wenn eine Frau fürchtet, ihrem künstlich gezeugten Kind eine tödliche Krankheit zu vererben, müssen die Krankenkassen nicht die Kosten für die Diagnose schwerer Erbkrankheiten übernehmen. Dies gilt nicht nur für die Untersuchung von Embryonen, sondern auch von Eizellen, hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 12. September 2015
– B 1 KR 15/14 R –
Bundessozialgericht

Medizinisch ist heute vieles möglich. So können Eltern bei einer künstlichen Befruchtung die entnommenen Eizellen mittels der sogenannten Polkörperdiagnostik (PKD) auf eventuelle genetische Defekte untersuchen lassen. Anders als bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) – hierbei wird der Embryo untersucht – findet die PKD bereits vor der Verschmelzung von Eizelle und Spermium statt. Beide medizinische Verfahren werden nicht nur sozialetisch kontrovers diskutiert. Sie beschäftigen auch die Sozialgerichte. Dabei geht es um die Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten dafür übernehmen muss. Bereits im November vergangenen Jahres verneinte das Bundessozialgericht (BSG) die Frage, ob PID zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Nun mussten die obersten Sozialrichter darüber befinden, ob eine gesetzlich krankenversicherte Frau einen Anspruch auf PKD im Rahmen einer künstlichen Befruchtung hat.

Kasse bewilligt künstliche Befruchtung. Der Ehemann der Frau war wegen einer Fertilisationsstörung zeugungsunfähig. Das Ehepaar entschied sich für eine künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation IVF). Die Kosten dafür wollte die Krankenkasse übernehmen. Da die Frau an einem X-chromosomal-rezessiven Gendefekt leidet, wollte das Ehepaar ausschließen, dass dieser Gendefekt auf ihr Kind übertragen wird. Er verursacht bei männlichen Nachkommen die Muskeldystrophie vom Typ Duchenne. Diese

Erbkrankheit beginnt im Kleinkindalter mit einer Schwäche der Becken- und Oberschenkelmuskulatur und schreitet rasch voran. Da auch die Herz- und Atemmuskulatur abgebaut wird, sterben die Betroffenen meist schon im jungen Erwachsenenalter.

Nachdem die Krankenkasse die Kostenübernahme für die PKD abgelehnt hatte, klagte die Frau vor dem Sozialgericht, hatte aber keinen Erfolg damit.

Dem Gesetzgeber steht es grundsätzlich frei, die Voraussetzungen für Leistungen näher zu bestimmen.

Die Frau legte Berufung beim Landesozialgericht (LSG) ein. Während des Berufungsverfahrens ließ die Klägerin die PKD bei zwei IVF-Behandlungszyklen machen. Die Kosten beliefen sich auf rund 10.000 Euro. Die zweite IVF-Behandlung war erfolgreich. Das Ehepaar bekam eine gesunde Tochter. Aber die Frau verlor auch in zweiter Instanz. Die Richter sahen in der PKD weder eine Krankenbehandlung noch einen Bestandteil der künstlichen Befruchtung.

Daraufhin legte die Frau Revision beim BSG ein. Die Vorinstanz habe den Begriff „Krankheit“ verkannt. Wegen ihres Gendefekts sei sie krank und habe Anspruch auf Behandlung. Allein durch die PKD ließen sich mögliche Erbkrankheiten diagnostizieren. Um Abtreibungen zu vermeiden oder nach der Geburt dem Kind schweres Leid und einen frühen Tod zu ersparen, sei es sinnvoller, bereits vor der Entstehung des Embryos die Eizellen auf den Gendefekt hin zu untersuchen und gegebenenfalls auszusortieren.

Behandlungsbegriff präzisiert. Die obersten Sozialrichter schlossen sich der Argumentation der Frau nicht an und wiesen die Revision zurück. Nur wenn die Krankenkasse eine notwendige Behandlung zu Unrecht abgelehnt habe, bestünde ein Anspruch auf Kostenersatzung der selbstbeschafften Leistung (Paragraf 13 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Allerdings müsse die Behandlung zu den GKV-Leistungen gehören. Dies sei aber für die Untersuchung einer Eizelle auf Gendefekte nicht der Fall. Versicherte hätten nur dann Anspruch auf eine medizinische Behandlung, wenn diese erforderlich sei, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern (Paragraf 27 SGB V). Zur Krankenbehandlung gehörten Leistungen, die die Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit

TIPP FÜR JURISTEN



Reform der Pflegeversicherung, Studien zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments, Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege – diese und weitere Themen behandelt das 48. Kontaktseminar „Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat“. Es findet am 22. und 23. Februar in Kassel statt. Veranstalter ist der Deutsche Sozialrechtsverband. Mehr Infos: www.sozialrechtsverband.de > Termine

herstellen. Selbst wenn die Klägerin als krank anzusehen wäre, diene die PKD nicht der Behandlung des Gendefekts bei ihr als Überträgerin, sondern dazu, befruchtete Eizellen im vorembryonalen Stadium auf genetische Defekte hin zu untersuchen und gegebenenfalls absterben zu lassen. Dies geschähe vor der Entstehung neuen Lebens. Zudem sei die PKD keine medizinische Methode, um die Zeugungsfähigkeit herzustellen und eine Schwangerschaft herbeizuführen. Die Patientin könne die PKD auch nicht als Früherkennung beanspruchen (Paragraf 25 und 26 SGB V). Denn nicht sie würde untersucht, sondern die befruchtete Eizelle im vorembryonalen Stadium.

Keine verfassungsrechtlichen Bedenken.

Auch ist es für die Kasseler Bundesrichter verfassungsrechtlich unbedenklich, die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen allein auf solche medizinischen Maßnahmen zu begrenzen, die zu einer Schwangerschaft führen (Paragraf 27a SGB V). Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes (Gleichheit vor dem Gesetz) gebiete es nicht, dass Gerichte die Behebung einer Fertilitätsstörung mit der Embryonen-Vorauswahl zur Vermeidung erbkranken Nachwuchses bei bestehender Fruchtbarkeit gleichsetzen. Gleiches gelte auch für die Vorauswahl befruchteter Eizellen im vorembryonalen Stadium.

Auch ließe sich der Anspruch auf eine PKD nicht dadurch begründen, dass diese aus ethischen Gründen einer späteren, zum GKV-Leistungskatalog gehörenden Abtreibung vorzuziehen sei. Der Gesetzgeber sei nicht verpflichtet, jede nicht verbotene Form der „medizinisch unterstützten Erzeugung menschlichen Lebens“ in den GKV-Leistungskatalog einzubeziehen. Ihm stünde es grundsätzlich frei, die Voraussetzungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen näher zu bestimmen. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht setzt mit diesem Urteil seine bisherige Rechtsprechung zur Kostenübernahme der Krankenkassen bei der künstlichen Befruchtung fort. Zugleich räumt es zu Recht dem Gesetzgeber große Freiheit bei der Ausgestaltung des Leistungskatalog ein.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE	Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze, Bundestags-Drucksache 18/5293	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 3.12.2015. Der Bundesrat wird am 18.12.2015 erneut Stellung nehmen.
KORRUPTION	Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446	Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 13.11.2015.
KRANKENHÄUSER	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Bundestags-Drucksache 18/5372	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 5.11.2015. Der Bundesrat hat am 27.11.2015 zugestimmt.
PALLIATIVVERSORGUNG	Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundestags-Drucksache 18/5170	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 5.11.2015. Der Bundesrat hat am 27.11.2015 zugestimmt.
PFLEGE	Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-stärkungsgesetz – PSG II) Bundestags-Drucksache 18/5926	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 13.11.2015. Der Bundesrat wird am 18.12. 2015 erneut Stellung nehmen.

Stand: 4.12.2015



Internet-Tipp

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

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

SACHSEN/THÜRINGEN

Unterstützung für junge Sportler

Das Land Sachsen und die AOK PLUS haben eine Kooperationsvereinbarung für den bundesweiten Sportwettbewerb „Jugend trainiert für Olympia“ unterzeichnet. Allein im vergangenen Schuljahr nahmen rund 60.000 Schüler daran teil. „Kein anderer Schulwettbewerb kann so hohe Teilnehmerzahlen vorweisen“, betonte Sachsens Kultusministerin **Brunhild Kurth**. Die Gesundheitskasse stellt für das laufende Schuljahr 2015/2016 erneut 22.000 Euro für die Schülermannschaften in Sachsen zur Verfügung. Zusätzlich werden teilnehmende Schulen vom Freistaat durch Schulsportkoordinatoren bei den organisatorischen Aufgaben unterstützt. **Dr. Stefan Knupfer**, Vorstand der AOK PLUS, erklärte, bei dem begehrten Sportwettbewerb zeigten Mädchen und Jungen Jahr für Jahr, was körperlich alles in ihnen stecke. „Wer erst einmal vom ‚Bewegungsbazillus‘ infiziert ist, trägt ihn meist ein Leben lang in sich und bleibt so sportlich am Ball.“ ■



Von wegen träge: Viele Jugendliche haben Spaß an Bewegung, wie die hohe Teilnehmerzahl an Sportwettbewerben belegt.

BADEN-WÜRTTEMBERG

Mehr Verbindlichkeit bei E-Health

Bei der elektronischen Vernetzung hinkt das deutsche Gesundheitswesen nach Ansicht der AOK Baden-Württemberg anderen Ländern hinterher. Bislang tauschten nur 24 Prozent der Allgemeinmediziner Daten digital aus, teilte die Gesundheitskasse unter Verweis auf den Index für digitale Wirtschaft und Gesellschaft der EU-Kommission 2015 mit. Bessere Bedingungen für eine digitale Vernetzung will der Gesetzgeber nächstes Jahr mit dem E-Health-Gesetz schaffen. Für die AOK Baden-Württemberg bringt das Gesetz zwar

bessere Rahmenbedingungen der papierlosen Kommunikation im Gesundheitswesen mit sich. „Wenn die Akteure aber weiterhin eher die Bedenken als die Möglichkeiten fokussieren, dann werden die Versicherer kaum von digitalen Innovationen profitieren können. Mehr Effizienz und Transparenz im Gesundheitssystem bleiben dann ein frommer Wunsch“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg. Es sei nicht nachzuvollziehen, dass das IT-Netz im Gesundheitswesen nach zehn Jahren Arbeit und einer Milliarde Euro Investitionen aus Beitragsmitteln immer noch nicht funktioniere. Deshalb brauche es endlich mehr Verbindlichkeit. ■

BAYERN

Neues Forum für Gesundheitsthemen

Der Wort & Bild Verlag (WBV), die AOK Bayern und die Deutsche Journalistenschule München (DJS) schaffen ab 2016 ein neues öffentliches Forum für Themen aus dem Gesundheitsbereich. Unter dem Titel „Gesundheitsgespräche Bayern“ laden die Initiatoren zweimal im Jahr Gäste aus Politik, Medien und Gesundheitswesen sowie interessierte Bürger ein. „Auf diese Weise kann der Kreis der Beteiligten auch der Gesundheitspolitik, die ja ständig im Wandel ist, Impulse geben“, so **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Als Format ist eine Podiumsdiskussion geplant. „Mit einer Themenauswahl am Puls der Zeit wollen wir in unserem Hause eine Plattform bieten“, so **Dr. Dennis Ballwieser**, Geschäftsführer des WBV. Für die begleitende Faktensammlung ist die DJS verantwortlich. „Hier können wir Studenten eine praxisnahe Möglichkeit eröffnen, gesundheitspolitisch brisante und aktuelle Themen journalistisch aufzubereiten“, betonte DJS-Leiter **Jörg Sadrozinski**. ■

AOK aktuell

Bei Rückenschmerz sollte OP das letzte Mittel sein

Bei weniger als 20 Prozent der Versicherten, die sich im Rahmen des strukturierten Versorgungsprogramms „RückenSPEZIAL“ der AOK Nordost eine ärztliche Zweitmeinung vor einer Rücken-Operation eingeholt haben, war ein chirurgischer Eingriff unvermeidbar. In den übrigen Behandlungsfällen konnten die Betroffenen mit gezielter Therapie schonender behandelt werden, so das vorläufige Ergebnis der AOK Nordost nach rund sechs Monaten Programm-Laufzeit. Mehr als 5.600 Versicherte der Kasse wurden im Jahr 2012 an der Bandscheibe operiert. Unstrittig sei, dass es eindeutige Indikationen für chirurgische Eingriffe gebe, so **Harald Möhlmann**, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der

AOK Nordost. „Dennoch sollte eine Operation das letzte Mittel gegen die Schmerzen im Rücken sein“. Die Gesundheitskasse bietet Rückenschmerzpatienten daher im Rahmen ihres Versorgungsprogramms „RückenSPEZIAL“ ein interdisziplinäres Zweitmeinungsverfahren in ausgewählten Rückenzentren in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern an. Dazu vermittelt die Kasse die Betroffenen an ein Expertenteam und organisiert binnen weniger Tage für sie Facharzttermine in einem der Rückenzentren. ■



Trekking-Fan mit Gestaltungswillen

Mehr als ein halbes Jahrhundert war Fritz Müller für die Gesundheitskasse tätig. Der scheidende Vorstandschef der AOK Hessen hat dabei den Wandel der Ortskrankenkasse von der Behörde zum Unternehmen vorantreiben können – Frauenförderung inklusive. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Eigentlich hat Fritz Müller mit 16 Jahren nur Fußball im Kopf. „Die Mannschaft aus meinem Heimatort war damals eine der Besten im Landkreis“, erzählt der 67-Jährige noch heute mit einem stolzen Lächeln. Doch vom Kicken im defensiven Mittelfeld kann man nicht leben, schon gar nicht nach einer schweren Knieverletzung, und so bewirbt sich der junge Fritz nach der Schule „eher zufällig“ bei der AOK in Wetzlar: „Mein Vater wollte, dass ich einen sicheren Arbeitsplatz bekomme.“ So startet am 1. April 1965 die mehr als 50 Jahre währende Karriere des Fritz Müller aus Niederquembach, die ihn vom Lehrling bis an die Spitze des Vorstandes der AOK Hessen führt.

In diesem halben Jahrhundert erlebt Fritz Müller in der AOK einen tiefgreifenden Wandel, der auch an seiner Person nicht spurlos vorübergeht: „Wir waren als junge Eltern in den 60er-Jahren noch stolz darauf, dass meine Frau nicht arbeiten musste und sich in Ruhe um unsere beiden Töchter kümmern konnte. Heute würde ich das volkswirtschaftlich als ungenutztes Erwerbspotenzial betrachten und gesellschaftspolitisch als traditionell“, sagt der sechsfache Großvater. Damals war die Ortskrankenkasse noch eine Männerdomäne, heute sind 70 Prozent der Beschäftigten der AOK Hessen weiblich.

Kind und Karriere. Kein Wunder also, dass Fritz Müller das Diversity Management und die damit verbundene Frauenförderung besonders am Herzen liegen: „Die AOK Hessen kann es sich als Unternehmen angesichts des demografischen Wandels und des damit verbundenen Fachkräftemangels einfach nicht leisten, gut ausgebildete junge Frauen nach der Babypause quasi links liegen zu lassen.“ Für den Trekking-Fan heißt das zum



zu dürfen, das „war für mich immer die Triebfeder im Beruf. Bei neuen Aufgaben habe ich einfach immer gesagt: Ja, ich mache es!“

Aufbruch im Osten. Diese Tatkraft legt Fritz Müller nicht nur nach dem Fall der Mauer an den Tag, als er in Thüringen die AOK wieder mit aufbaut: „Seitdem weiß ich, wie wichtig eine wirtschaftlich stabile Basis für eine gute medizinische Versorgung ist.“ Er geht auch Mitte der 90er Jahre bei der Fusion von 20 Ortskrankenkassen zur AOK Hessen energisch ans Werk, obwohl er anfangs dem Zusammenschluss skeptisch gegenübersteht: „Heutzutage ist natürlich klar, dass kleine AOK-Einheiten im Kassen-Wettbewerb nicht überlebt hätten.“

Und jetzt? Im Ruhestand will sich Fritz Müller gemeinsam mit seiner Frau („Wir waren schon oft im Himalaya auf Trekking-Tour“) weiterhin für die Himalayan Care Foundation engagieren, die Waisenhäuser und Behindertenschulen in Nepal unterstützt. Doch zunächst wird sich Müller etwas Ruhe gönnen: „Meine Frau und ich stechen im Januar in See und machen eine Kreuzfahrt.“ ■

Beispiel, Karrierewege in Teilzeit zu ermöglichen – auch in Führungspositionen.

Der Wandel der AOK von einer Behörde zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen ist für Fritz Müller „der wichtigste Fortschritt, den wir als AOK in den vergangenen Jahrzehnten erreicht haben. Hier sind wir auf einem guten Weg, aber natürlich können wir noch besser werden.“ Dabei etwas für und mit Menschen tun zu können und zugleich Veränderungsprozesse mitgestalten

Lamm: Jeder dritte Hesse bei der AOK



Der neue Vorstandschef der AOK Hessen, **Detlef Lamm** (Foto), setzt auf die konsequente Fortführung der Unternehmensausrichtung: „Wir wollen unseren Marktanteil weiter ausbauen: Jeder dritte Hesse im GKV-Markt soll bei uns versichert sein.“ Finanzielle Solidität ist für ihn dabei zentral. Der 51-Jährige – seit 1984 im Unternehmen und seit 2011 Vorstandsvize – will die ambulante Versorgung der 1,5 Millionen Kunden durch Verträge und eigene Angebote weiter verbessern. Zudem stehe ein qualitätsorientierter Umbau der Kliniklandschaft an. Eine besondere bundespolitische Aufgabe sieht Lamm bei den Preisen für neue Arzneien. Mit Blick auf die 3.600 Beschäftigten der AOK Hessen baut der Hobbymusiker (Posaune, Tuba und Bass) – ebenso wie der künftige Vorstandsvize **Dr. Michael Karner** und die Bevollmächtigte **Dr. Isabella Erb-Herrmann** – weiter auf Diversity Management: „Vielfalt macht uns stark.“

EUROPA

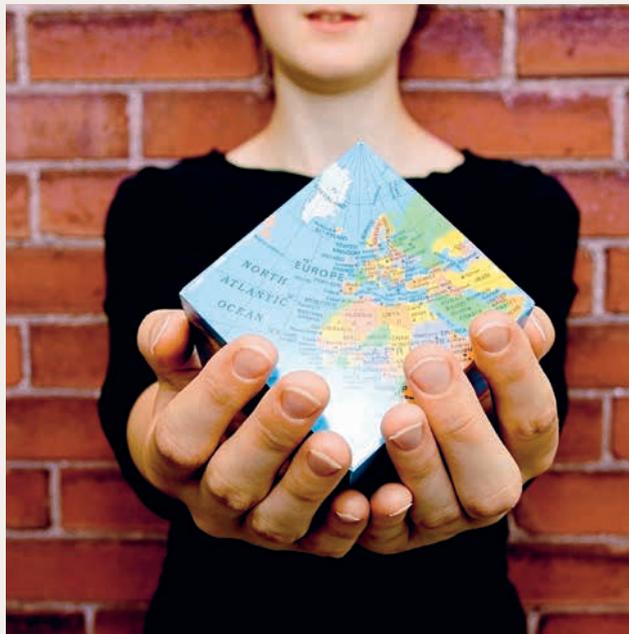
Versorgung ohne Schlagbäume

Ein zusammenwachsendes Europa bietet auch die Chance, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Die AOK nutzt diese Möglichkeit zugunsten ihrer Versicherten auf vielseitige Weise, wie ausgewählte Beispiele belegen. **Von Thomas Hommel**

RHEINLAND/HAMBURG

Wenn Versicherte auf Reisen gehen

Egal, ob beruflich oder privat: Die Bundesbürger verbringen immer mehr Zeit im EU-Ausland. Doch spätestens im Krankheitsfall tun sich Grenzen auf, welche die nationalen Gesundheitssysteme heute noch mit sich bringen – oft zum Nachteil für die Versicherten. Die AOK Rheinland/Hamburg hat deshalb Versorgungsverträge nach Paragraph 140 e Sozialgesetzbuch V mit Kliniken und MVZ in den Ländern Europas abgeschlossen, in die Versicherte der Gesundheitskasse häufig verreisen. In diese Verträge, die unter der Marke AOK-Europa-Service laufen, sind inzwischen die AOK Nordost, die AOK NORDWEST, die AOK Sachsen-Anhalt und seit 2013 auch die AOK Bremen/Bremerhaven, die AOK Niedersachsen sowie die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland eingebunden. Somit können rund elf Millionen Versicherte von dem Angebot profitieren. Und so funktioniert es: Versicherte legen am Empfang des Medizinischen Zentrums oder der Klinik ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) vor und erhalten online die Genehmigung der Versorgung im Rahmen des jeweiligen Vertrages. Der Leis-



tungserbringer rechnet für alle Partner-AOKen über die AOK Rheinland/Hamburg die Kosten für die Leistung ab. ■ **Mehr Infos: aok.europaservice24.de**

NIEDERSACHSEN

Baby-Notarztwagen in die Niederlande

Statistiken zeigen: Ein Herzfehler tritt bei jedem 100. Neugeborenen auf und zieht eine aufwendige Behandlung in einer Spezialklinik nach sich. Die AOK Niedersachsen hat daher 2010 eine Kooperationsvereinbarung mit dem Klinikum Oldenburg sowie Spezia-

listen am Zentrum für angeborene Herzerkrankungen der Uniklinik Groningen geschlossen. Seither können Versicherte ohne großen Verwaltungsaufwand in Groningen operiert werden. Groningen liegt nur 130 km von Oldenburg entfernt und damit deutlich näher als die großen deutschen Kinderherzzentren mit gleicher Qualifikation. Der Transport der Kinder erfolgt auch nicht im Helikopter, sondern mit einem speziellen Baby-Notarztwagen. Dort kann der Arzt jederzeit am Inkubator intervenieren, was in der Luft nicht möglich ist. Die Nachbehandlung der Babys erfolgt in der Kinderklinik

Oldenburg. Geplant ist, den Vertrag um die Versorgung von Kindern mit Hirntumoren zu erweitern. ■ **Mehr Infos: www.aok.de/niedersachsen**

BADEN-WÜRTTEMBERG

Unbürokratische Hilfe bei Epilepsie

Keine langwierigen Vorab-Genehmigungen, dafür kurze Abrechnungswege: Über einen Vertrag zwischen dem Epilepsiezentrum Kehl-Kork auf badischer Seite des Rheins und den Hôpitaux Universitaires de Strasbourg hat sich in den vergangenen Jahren eine Zusammenarbeit entwickelt, von der mittlerweile rund 100.000 an Epilepsie erkrankte Menschen auf beiden Seiten profitieren. Französische Patienten können für die Diagnostik mittels Magnetresonanztomografie sowie neuropsychologische Untersuchungen und chirurgische Eingriffe in Kork aufgenommen werden. Deutschen Patienten wiederum stehen auf Straßburger Seite die Positronen-Emissionstomografie, die Implantation von Tiefenelektroden sowie neurochirurgische Eingriffe offen. Auch unterhält die AOK Einzelverträge nach Paragraph 140 e Sozialgesetzbuch V mit Krankenhäusern in der Schweiz. ■ **Mehr Infos: www.aok-bw.de**

Guter Rat für Grenzgänger

Seit zwölf Jahren unterhält die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland mit ihrer französischen Nachbarkrankenkasse – der CPAM de Moselle – einen Kooperationsvertrag. Dieser beinhaltet Betreuung und Beratung von Grenzgängern. Die Beratung im Rahmen der Zusammenarbeit bietet die Gesundheitskasse in ihrer Landesdirektion in Saarbrücken. Kernpunkt der Vereinbarung ist jedoch ein Beratungsangebot der AOK bei der Partnerkasse in Frankreich selbst. Dort bieten Mitarbeiter der Kasse an drei Freitagen im Monat in den Geschäftsstellen Forbach und Sarreguemines Sprechstunden an – auch in Französisch. Eine ähnliche Rolle spielt die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland auch beim sogenannten MOSA-Projekt, das seit Juli 2015 am Start ist: Französische Arbeitnehmer, die sich auf Stellensuche ins Saarland oder nach Rheinland-Pfalz begeben, werden hier ausführlich informiert, was bei Krankenversicherungsschutz oder Rente zu beachten ist. ■ **Mehr Infos:** www.aok.de/rheinland-pfalz/saarland

NORDOST

Zum Arzttermin in Stettin

Die Idee ist simpel und einleuchtend: Polnische Versicherte der AOK Nordost können – wie mitversicherte Familienmitglieder auch – mit ihrer eGK in der Heimat und in



Gesundheitspolitik in der EU

Die Gesundheitspolitik in der Europäischen Union (EU) ist nach wie vor Angelegenheit der Nationalstaaten. Im Vertrag von Amsterdam ist festgelegt, dass die Mitgliedstaaten die Verantwortung für die Organisation des nationalen Gesundheitswesens und der Versorgung tragen. Nichtsdestotrotz gewinnt die EU auf diesem Politikfeld an Bedeutung. So verfügt sie über entsprechende Kompetenzen, um die Mitgliedstaaten zu unterstützen und ihre Kooperation im Gesundheitswesen zu fördern. **Dossier zur EU-Gesundheitspolitik:** www.aok-bv.de > Politik > Europa

Deutschland einen Haus- oder einen Facharzt aufsuchen. Um das zu ermöglichen, hat die Gesundheitskasse einen Versorgungsvertrag mit dem Asklepios Poland Gesundheitszentrum in Stettin geschlossen. Rechtliche Grundlage bildet Paragraph 140e Sozialgesetzbuch V. Die AOK Nordost reagiert damit als einzige Krankenkasse in der Grenzregion zu Polen auf das europäische Patientenrecht. Der Vorteil für polnische AOK-Versicherte und ihre mitversicherten Familienangehörigen: Sie erhalten kurzfristig einen Termin im Gesundheitszentrum in Stettin. Dort stehen den Patienten deutsch und polnisch sprechende Ärzte zehn unterschiedlicher Fachrichtungen zur Verfügung. ■ **Mehr Infos:** www.aok.de/nordost

BAYERN

Nach Skiunfall zum Spezialisten

Der Himmel blau, der Schnee wunderbar griffig: Alle Jahre wieder zieht es Hunderttausende von Skifahrern auf die Pisten hoch oben in den Alpen. An einen Unfall und lädierte Knochen denken die wenigsten. Sollten sie aber, denn Statistiken belegen, dass sich pro Saison etwa 50.000 Wintersportler so schwer verletzen, dass sie anschließend ärztlich versorgt werden müssen. Da es in den vom Skitourismus geprägten Regionen Österreichs mitunter zu Problemen bei der direkten Inanspruchnahme der dortigen Leistungserbringer mittels Krankenversicherungskarte kommen kann, hat die

AOK Bayern bereits 2007 als erste deutsche Krankenkasse einen Vertrag zur Behandlung von Versicherten während eines vorübergehenden Aufenthalts in Österreich mit der dortigen medalp-Gruppe abgeschlossen. Dank dieser Einzelverträge können Versicherte der Gesundheitskasse nach Vorlage ihrer eGK in Mayrhofen (Zillertal), in Sölden (Ötztal) und Imst mehrere und auf die Versorgung von Sportverletzungen spezialisierte Leistungserbringer – darunter Schwerpunktpraxen für Unfallchirurgie und Medizinische Zentren – zur Notfallversorgung aufsuchen. Im Rahmen der Verträge können auch Versicherte der AOK Baden-Württemberg die Leistungen mittels ihrer eGK in Anspruch nehmen. ■ **Mehr Infos:** www.aok.de/bayern

Demenz
Humor und Kunst als Heilmittel

„Ich glaube, nur wenn wir da hinschauen, wovor wir Angst haben, können wir diese Angst auch abbauen“, schreibt der 31-jährige Ron Zimmering in seinem Beitrag zum Buch „Demenz“. Der Schauspieler aus



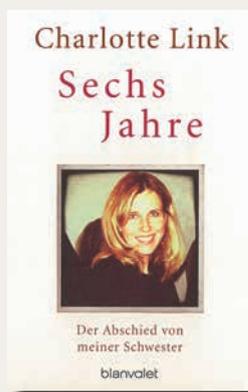
Hamburg erzählt darin von seinem Theaterprojekt: Gemeinsam mit Demenz-Patienten hat er Shakespeares „König Lear“ erarbeitet, geprobt und aufgeführt. Das Thema Demenz kam so leibhaftig auf die Bühne. Oliver Schultz, bildender Künstler aus Wiesbaden, beschreibt Episoden aus den Kunstgruppen für Menschen mit Demenz. Das Malen, so

zeigt sich dabei, weckt die Lebendigkeit in jenen, die sich langsam von der Wahrnehmung der Welt verabschieden. Zimmering und Schultz machen das, was der Schweizer Gerontologe Urs Kalbermatten in seinem Beitrag empfiehlt. Sie begegnen Demenz-Patienten so, dass sich deren Begeisterung wieder zeigen kann. Nicht das „Geistlose“, so Kalbermatten, stehe dann im Vordergrund, sondern der Lebensausdruck der Betroffenen in diesem Moment. Professor Thomas Klie aus Freiburg und Cartoonist Peter Gaymann aus Köln haben für „Demenz“ Texte und Cartoons zusammengestellt, die sich mit Humor und Herzlichkeit dem Thema Demenz widmen. Sie wollen damit zu einem sorgsamem Umgang mit der Krankheit beitragen. Denn die Kunst der Sorge bestehe darin, so Klie und Gaymann, in der Kränkung keine Demütigung, sondern Trost zu erfahren.

Thomas Klie, Peter Gaymann:
Demensch.
Texte und Zeichnungen.
2015. 128 Seiten. 24,99 Euro.
medhochzwei-Verlag, Heidelberg.

Angehörigen-Perspektive
Vom Hoffen und Verzweifeln

Charlotte Link ist vor allem als Krimi-Autorin bekannt geworden. Und auch ihr Buch „Sechs Jahre“ liest sich spannend wie ein Krimi. Verarbeitet wird darin jedoch der Stoff, den das reale Leben schreibt. Link beschreibt den Abschied von ihrer krebskranken Schwester Franziska und zeichnet ein eindrückliches Bild, wie die Diagnose die Familie erschüttert. Die Angehörigen werden zu Patientenmanagern, Ratgebern, Tröstern, Versorgern und verzweifelt Hoffenden. Und sie stehen dennoch häufig ohnmächtig neben dem Geschehen. Mit Anfang 20 war Franziska bereits an Lymphdrüsenkrebs erkrankt. Diesen hatte sie mithilfe von Chemotherapie und einer intensiven Bestrahlung überlebt. Bei der zweiten Krebserkrankung mit Mitte 40 holt sie die Krankengeschichte wieder ein. Der Krebs im Darm und in der Lunge kommt zwar zum Stillstand. Narbenwucherungen in der Lunge, eine Folge der Bestrah-



lungen Jahrzehnte zuvor, führen aber schleichend zum Erstickungstod. Link erzählt, wie die Familie verzweifelt unterschiedliche medizinische Wege und zuweilen auch bedenkliche Heilsversprechen sucht und aufnimmt. Sie beschreibt, wie nüchtern und kalt der Aufenthalt in einem Krankenhaus erlebt wird und wie wohl-tuend, menschlich zugewandt sich eine andere Klinik davon abhebt. Manche Hoffnungen im Umgang mit Ärzten lösen sich ein, andere Kontakte entzaubern sich als Scharlatanerie und Geschäftemacherei.

Charlotte Link: Sechs Jahre. Der Abschied von meiner Schwester.
2014. 320 Seiten. 19,99 Euro.
Blanvalet Verlag, München.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ VERNETZTE GESUNDHEIT: NUTZEN FÖRDERN – LÜCKEN SCHLIESSEN</p>	<p>Digitale Herausforderung für die Kassen, Innovationen in der Medizin, Versorgung von Flüchtlingen</p>	<p>12.–13.1.2016 Kiel</p>	<p>Wirtschaftsministerium Schleswig-Holstein Kongressbüro: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48, 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@vernetzte-gesundheit.de www.vernetzte-gesundheit.de</p>
<p>■ BMC-KONGRESS 2016: INNOVATION</p>	<p>Agenda der Bundesregierung, Vergütung von Innovationen, erste Projekte im Innovationsfonds</p>	<p>19.–20.1.2016 Berlin</p>	<p>Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstrasse 136 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 anmeldung@bmcev.de www.bmckongress.de</p>
<p>■ KASSENGIPFEL 2016</p>	<p>Evaluation der Gesundheitsreformen, Finanzierung, Kostenmanagement, Sachstand AMNOG, Prävention</p>	<p>18.–19.2.2016 Berlin</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit</p>
<p>■ DATENSCHUTZ IM GESUNDHEITSWESEN</p>	<p>Digitalisierung, geplante gesetzliche Änderungen, Best-Practice-Beispiele für Datenschutz-Lösungen</p>	<p>24.–25.2.2016 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88–331 claudia.schmidt@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen</p>
<p>■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2016</p>	<p>Kassenwettbewerb, Zukunft der stationären Versorgung, Versorgungsmanagement, E-Health und Digitalisierung</p>	<p>8.–9.3.2016 Köln</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Str. 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>

Pflege Fatale Fehler in den Strukturen

Mitte der 1980er Jahre beherrschte der Pflegekandal am Wiener Krankenhaus Lainz die Schlagzeilen. Vier Stationshelferinnen waren überführt worden, mehr als 40 pflegebedürftige Patienten getötet zu haben. Der Pflegewissenschaftler Jürgen Osterbrink hat zusammen mit der Juristin Franziska Andratsch diesen Fall aufgegriffen, um das Thema Gewalt in der Pflege zu bearbeiten. Das Buch analysiert sorgsam, wie es zu diesen erschreckenden Handlungen kommen konnte. Zentral ist



dabei, dass die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen besonders sensibel ist. Denn die Pflege eines hilfsbedürftigen Menschen ist auch eine Grenzüberschreitung. Der Pflegebedürftige erfährt, dass sein Schamgefühl übergangen wird. Die Pflegenden werden konfrontiert mit einer Hilflosigkeit, die auch Ekel auslösen kann. Gefühle aber haben in einem durchgetakteten Pflegealltag keinen Platz. Dies belastet Pflegefachkräfte ebenso wie Patienten. Die Pflegerinnen von Lainz waren nicht einfach mordlustige Frauen. Es stehen auch strukturelle Fehler hinter diesen Gewalttaten. Der Klinikalltag unterlag einem

strengen Zeitkorsett und in der Pflege fehlte qualifiziertes Fachpersonal. Die Führungskräfte ignorierten alle Anzeichen von Überlastung und griffen auch nicht ein, als die Beschwerden sich häuften. Das Buch setzt einen überzeugenden Impuls, den gesamten Prozess der Patientenversorgung zu hinterfragen.

Jürgen Osterbrink, Franziska Andratsch: **Gewalt in der Pflege**. 2015. 240 Seiten. 16,95 Euro. Verlag C.H. Beck, München.

Nachschlagewerk Überblick über den rechtlichen Rahmen

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist durch einen klaren rechtlichen Rahmen strukturiert. Dieser regelt nicht nur das individuelle, autonome Handeln der Bürger und Versicherten, sondern bildet auch die Grundlage für Organisationen und Abläufe im Gesundheitswesen. Das „Schwergewicht und der Angelpunkt“ im Gesundheitsrecht, so der Frankfurter Jura-Professor Ingwer Ebsen, ist das Sozialgesetzbuch V (SGB V), das den Rechtsrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung beschreibt. In seinem „Handbuch Gesundheitsrecht“ gibt Ebsen gemeinsam mit anerkannten Experten aus Wissenschaft,



Justiz und Verwaltung einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen des gesamten Gesundheitswesens. Mehr als 160 Gesetze haben in den vergangenen 25 Jahren allein das SGB V verändert. Die 15 Kapitel stellen unterschiedliche Versorgungsfelder dar – neben dem GKV-System unter ande-

rem auch die private Krankenversicherung, die Transplantationsmedizin, die Rehabilitation sowie die Regulierung des Arzneimittelmarktes.

Ingwer Ebsen (Hrsg.): **Handbuch Gesundheitsrecht**. 2015. 392 Seiten. 69,95 Euro. Verlag Hans Huber, Bern.

Zeitschriftenschau

■ Hüftoperation: Lokale Betäubung besser als Vollnarkose

Eine taiwanische Beobachtungsstudie hat ergeben, dass bei einer Hüftoperation eine Lokalanästhesie vorteilhafter ist als eine Vollnarkose. Die Wissenschaftler werteten die Gesundheitsdaten von über 104.000 Patienten aus, die über 65 Jahre alt waren und zwischen 1997 und 2011 an der Hüfte operiert worden waren. Bei Patienten, die eine lokale Anästhesie bekommen hatten, gab es signifikant weniger Komplikationen wie Schlaganfall oder Lungenversagen. Auch mussten sie seltener beatmet werden und ihr Risiko, im Krankenhaus zu sterben, war deutlich geringer als bei den Patienten mit Vollnarkose.

Anesthesiology 2015 May 8; 123: 136

■ Herz- und Kreislaufversagen: Neue Leitlinien für Reanimation

Der Deutsche Rat für Wiederbelebung (GRC) meldete kürzlich, dass es zu über 100.000 Todesfällen pro Jahr in Deutschland durch plötzlichen Herztod oder Kreislaufstillstand aufgrund einer anderen Ursache kommt. Um das zu ändern, hat die GRC nun die neuen Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation der European Resuscitation Council übersetzt und ins Netz gestellt. Um die Überlebendenzahlen zu steigern, werden mehr ausgebildete Ersthelfer, intelligente Alarmierungssysteme und eine deutliche Zunahme der Laienreanimation gefordert. Ein besonderer Fokus liegt auf der Ausbildung von Schülern. www.grc-org.de/leitlinien

■ E-Zigarette: Einstiegsdroge für Jugendliche

Nach einer amerikanischen Studie greifen immer mehr Jugendliche zur E-Zigarette – selbst diejenigen, die bisher überhaupt nicht geraucht haben. Zudem fangen jugendliche E-Zigaretten-Dampfer häufiger mit dem Rauchen an als ihre Altersgenossen, die nie zu einer E-Zigarette gegriffen haben. Knapp ein Drittel der anfänglichen E-Zigaretten-Konsumenten qualmten sechs Monate nach Studienbeginn auch normale Zigaretten, Zigarren oder Wasserpfeifen. Bei den Jugendlichen, die niemals eine E-Zigarette angerührt hatten, waren es nur 8,1 Prozent.

Journal of the American Medical Association 2015; 314: 700

■ Diabetes: Für viele Erkrankte noch immer ein Tabuthema

Jeder fünfte Diabetiker spricht nicht offen über seine Erkrankung – selbst dem engsten Familienkreis vertrauen sie sich nicht an. Dies geht aus einer aktuellen Forsa-Umfrage bei 750 Diabetikern im Auftrag von Bayer Diabetes Care hervor. In der Gruppe der Über-75-Jährigen ist der Anteil der Menschen, die den Diabetes verschweigen, am höchsten – 29 Prozent reden nicht mit Partner, Familie, Freunden oder anderen Personen aus dem privaten Umfeld. Das kann kritisch sein, da in dieser Altersgruppe der Unterstützungsbedarf zum Beispiel bei der Selbstkontrolle des Blutzuckerspiegels oder der Medikamenteneinnahme besonders groß ist. Menschen mit Diabetes, die ihr soziales Umfeld nicht mit einbeziehen, müssen ihre Therapie alleine im Griff behalten. Dies kann dazu führen, dass sie ihre Therapieempfehlungen nicht einhalten.

www.monitor-versorgungsforschung.de > News > 2.10.2015

Mehr Personal für die Psychiatrie

Patienten mit psychischen Krankheiten erhalten heute weniger Medikamente und mehr Psychotherapie. Auf den Wandel im Behandlungskonzept sollte der Gesetzgeber reagieren und den Personalschlüssel für psychiatrische Kliniken erhöhen, fordert Kammerchef **Dietrich Munz**.

Die Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik hinkt zeitgemäßen Behandlungskonzepten und Leitlinien für eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen hinterher. Das gilt sowohl für die Behandlung von Erwachsenen als auch insbesondere für die von Kindern und Jugendlichen. Das liegt vor allem daran, dass die Krankenhäuser nicht mehr ausreichend Personal beschäftigen. Deshalb muss zügig sichergestellt werden, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die für eine gute Versorgung notwendigen Personalstandards verbindlich einhalten.

Mit der geltenden Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist dies nicht gesichert. Die Personalausstattung, deren Finanzierungsgrundlage die Psych-PV ist, ist auf den Stationen kaum mehr zu finden. In der Erwachsenenpsychiatrie werden diese Personalstandards nur noch zu durchschnittlich 90 Prozent erfüllt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen sie erheblich darunter. Einerseits führten die gedeckelten Krankenhausbudgets dazu, dass die Kliniken bei steigenden Lohnkosten ausreichendes und qualifiziertes Personal nicht mehr finanzieren können. Auf der anderen Seite stecken Krankenhäuser das Geld, das für die Personalausstattung der psychiatrischen Abteilung vorgesehen ist, in andere Abteilungen oder verwenden es für dringend notwendige Investitionen. Quersubventionen sind an der Tagesordnung. In den psychiatrischen Kliniken wird schlicht zu viel getrickt.

Länder überprüfen Mittelverwendung nicht. Unter dieser teilweise erzwungenen betriebswirtschaftlichen Kreativität leiden bereits heute die Patienten. Es fehlt an Transparenz über die Verwendung der Finanzmittel und die Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken oder Abteilungen.

Die Bundesländer überprüfen den Einsatz der verhandelten Mittel für Personal – mit Ausnahme von Hessen – nicht. Die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen ist dadurch oft mangelhaft. Eine leitlinienorientierte Versorgung psychisch kranker Menschen ist nicht gewährleistet.

Vor allem aber sind die Behandlungskonzepte, auf denen die Psych-PV beruht, nicht mehr auf dem neuesten Stand. Der Personalstandard, der mit der Psych-PV ermittelt wird, stammt aus einer Zeit, in der Patienten überwiegend mit Psychopharmaka und wenig mit Psychotherapie behandelt wurden. Die Psych-PV hat die Weiterentwicklung zur Verbesserung des Behandlungserfolgs mit Psychotherapie und vor allem zu settingübergreifenden Versorgungsansätzen verpasst. Beide Entwicklungen erfordern mehr Personal als früher. Der Gesetzgeber sollte jetzt auf die Entwicklung reagieren.

Verbindliche Personalanforderungen festlegen. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss bereits beauftragt, bis zum 1. Januar 2017 Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik zu erarbeiten. Damit ist gewährleistet, dass der Prozess transparent und im Konsens mit allen Beteiligten abläuft: Krankenkassen und Kliniken, ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Leistungserbringern sowie Patientenvertretern. Das war ein richtiger Schritt.

Der Gesetzgeber sollte jetzt klarstellen, dass die neuen Personalstandards verbindliche Vorgaben und keine Empfehlungen sind. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat er dies noch nicht getan, um dem vom Bundesgesundheitsministerium initiierten strukturierten Dialog zum pauschalierenden Finanzierungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nicht vorzugreifen. Doch die Zeit drängt. Die neuen Personalanforderungen müssen vorliegen, bevor das PEPP verbindlich wird, um den zusätzlichen Finanzbedarf für die Umsetzung der Personalanforderungen mit kalkulieren zu können. Der verbindliche Umstieg ist für den 1. Januar 2017 vorgesehen. Diese Frist ist für die Erarbeitung der Personalstandards zu knapp. Wir fordern daher im ersten Halbjahr 2016 ein Gesetzgebungsverfahren, in dem die Verbindlichkeit der Personalanforderungen festgelegt wird und gegebenenfalls eine Verlängerung der Frist zur Erarbeitung der neuen Personalanforderungen erfolgt. Der Zeitplan zum Umstieg auf das neue Finanzierungssystem müsste dann entsprechend angepasst werden. ■

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 11/2015

Doktoren zwischen Herz und Knete

Ein kleines bisschen extra

Schön wär's, wenn allein die „heilberufliche Motivation“ Ärzte zu guter Leistung anspornen würde. Meine Erfahrung ist eine andere, nicht nur in Bezug auf die Arbeit von Medizinerinnen, sondern auch, wenn ich meine eigene Motivation anschau. Die kann sich durchaus verbessern, wenn jemand meinen Einsatz zusätzlich honoriert, auch in materieller Hinsicht. Allerdings: Das berufliche Ethos spielt eine wichtige Rolle. Steckt im Wort „Honorar“ nicht Ehre drin? Wichtig ist beides, dass mir jemand sagt: Das hast Du gut gemacht, beziehungsweise ich selbst Maßstäbe habe, an denen ich messen kann, wie gut meine Leistung ist. Und außerdem möchte ich für meine Arbeit Geld bekommen, vielleicht sogar ein kleines bisschen extra, wenn ich besser war als sonst. Auswüchse, wie beispielsweise überflüssige Operationen, resultieren nicht allein aus den Boni. Gute Arbeit muss belohnt werden, keine Frage. Aber wenn es möglich ist, nur für einen Bonus zu operieren, liegt Systemversagen im Management vor.

O. S., Hannover

G+G 11/2015

Geschützte Freiheit

Eine von mehreren Möglichkeiten

Das einzig wahre Konzept für die Betreuung demenzkranker Menschen wird es nicht geben, davon gehe ich aus.

Ein sogenanntes Demenzdorf sehe ich als eine von mehreren Möglichkeiten: vom Wohnen unter einem Dach mit der Familie über die Tagespflege oder Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz bis hin zu üblichen Altenheimen mit oder ohne Demenzabteilung. Gut ist doch, wenn es für unterschiedliche Bedürfnisse und Krankheitsstadien jeweils passende Angebote gibt. Eins ist sicher: Einen Familienangehörigen mit fortgeschrittener Demenz zu Hause zu betreuen, bringt jede und jeden irgendwann an die Grenzen der Belastbarkeit, nachvollziehbar bei einer Aufgabe, die Tag und Nacht unbedingten Einsatz verlangt. Wie gut, wenn man dann ein Pflegeheim findet, in das man den Mann oder die Mutter ohne schlechtes Gewissen einziehen lassen kann. Vielleicht ist das ja zum Beispiel eine Einrichtung wie das Demenzdorf in Hameln.

M. O., Köln

G+G 10/2015

Meldung „Embolie-Gefahr vor der Glotze“

Auch Laufen und Liegen kann Embolie vorbeugen

In der G+G-Oktoberausgabe berichteten Sie über die „Embolie-Gefahr vor der Glotze“. Ein ganz wichtiger Hinweis, um beim längeren Fernsehen eine tödliche Lungenembolie zu vermeiden, fehlt bei dieser Meldung. Mein Arzt im Venenzentrum empfiehlt bei längerem Lesen oder Fernsehen, dies im Liegen zu tun. Dies entlastet auch das Herz. Es gilt: Die beiden „s“ – sitzen und stehen – meiden, die beiden „l“ – laufen und liegen – machen.

J. F., Mainz

BECKs Betrachtungen



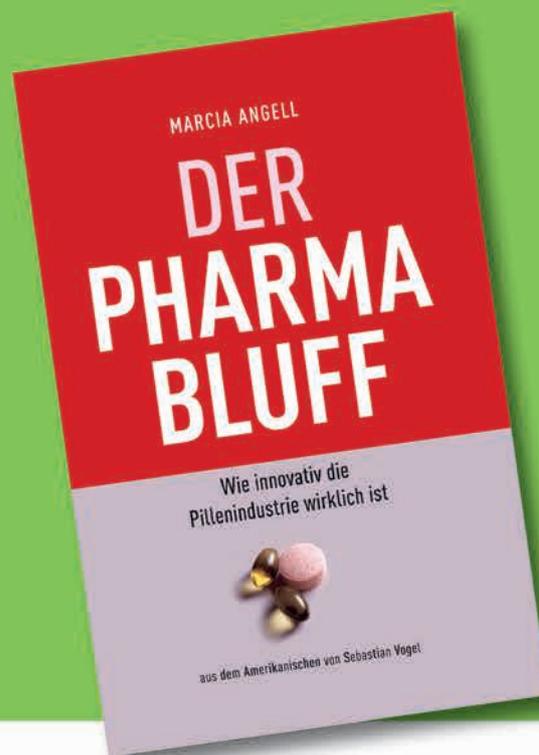
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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.schneesnee.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.



Das gesündeste Lieblingsgericht: Gemeinsamgekochtes

Kochen macht Spaß – auch Ihren Kindern. Gemeinsam kneten, würzen und anrichten – das fördert die Lust, Neues zu probieren. Sterneköchin Sybille Schönberger, Philipp Lahm und die AOK-Ernährungsexperten zeigen Ihnen kinderleichte Rezepte und praktische Tipps, wie aus gesund lecker wird.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie