

# G+G

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

# Hilft Hanf heilen?

**Cannabis: Warum sein Einsatz in der Medizin gut durchdacht sein sollte**

## **ADIPOSITAS**

Was eine Operation Patienten bringt

## **LEBENSENDE**

Wie Angehörige letzte Hilfe leisten können

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

Unter [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) bieten wir Ihnen:

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

## **AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN**

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

## **AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN**

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

## **AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

## **AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

## **AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN**

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

## **AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

# Endlich reden können

Was es heißt, eine HIV-Infektion jahrelang zu verbergen, hat **Maïke Conway** mit der Kamera festgehalten. Die Dokumentarfilmerin zeigt, wie sich eine junge Frau schließlich von dem Tabu befreit und wie ihr Umfeld darauf reagiert.

Im Jahr 2004 hatte ich in einer Zeitung die Geschichte eines Mädchens gelesen, bei dem Aids ausgebrochen war und das im Sterben lag. Das Mädchen litt darunter, nicht über die Krankheit reden zu können. Es lebte bis zu seinem Tod in ständiger Angst. Diese Geschichte ließ mich nicht mehr los. Mit dem Dokumentarfilm „Corinnes Geheimnis“ möchte ich zeigen, was es für einen Menschen bedeutet, ein Geheimnisträger zu sein – und wie sinnvoll es ist, wenn die Betroffenen reden können.

Ich lernte Corinne 2005 kennen. Ihre leibliche Mutter hat sie bei ihrer Geburt mit dem HI-Virus angesteckt. Seit ihrem 6. Lebensjahr, nach dem Tod ihrer Mutter, lebt Corinne in ihrer Pflegefamilie. Seit dem 8. Lebensjahr begleite ich sie mit der Kamera. Heute ist sie 22. Es geht ihr gut. Sie lebt und arbeitet auf Fuerteventura. Corinne ist für unsere Familie eine Freundin geworden. Meine Tochter ist ein Jahr älter, sie spielten als Kinder gerne zusammen. Am Anfang informierte ich mich über die möglichen Ansteckungswege, da ich meine Tochter auf keinen Fall in Gefahr bringen wollte. Damals stiegen Gedanken und Bilder in mir hoch: Ich sah Zahnfleischbluten, Mückenstiche, benutzte Gabeln, und was ist, wenn die Kinder hinfallen und bluten? Ich bekam von Ärzten die Information, dass beide Kinder ihre blutenden Wunden lange aneinander pressen müssten, um HI-Viren zu übertragen – ein unwahrscheinliches Szenario. Je länger ich mich mit der Krankheit auseinandersetzte, desto mehr verflogen meine Sorgen.

Nach der Ausstrahlung des Films im Fernsehen gab es viele Zuschauer-Reaktionen. Die meisten haben Corinnes Mut bewundert und ihr zugesprochen. Bei weiteren Vorführungen gab es auch Diskussionen darüber, ob man über die HIV-Infektion sprechen soll oder nicht. Einige Menschen meinten, es sei unverantwortlich, wenn infizierte Menschen mit Kindern spielten.

Daran habe ich gemerkt, dass noch viel Unwissenheit über die Ansteckungswege besteht. Viele

ältere Menschen haben die schlimmen Bilder aus den achtziger Jahren im Kopf. Sie differenzieren nicht zwischen der HIV-Infektion und der Krankheit Aids. Mit neuen Medikamenten lässt sich das HI-Virus im Blut gut unterdrücken, sodass der Ausbruch von Aids oft verhindert werden kann.

Andere Zuschauer meinten, Corinne und ihre Pflegefamilie hätten sich besser gleich offenbaren sollen. Aber man muss die Sorge der Pflegefamilie berücksichtigen: Die Entscheidung, sich für einen minderjährigen Menschen zu outen, kann man später nie mehr zurücknehmen. Von Beginn der Dreharbeiten war ausgemacht, dass Corinne selber mit 18 Jahren entscheiden kann, ob wir den Film veröffentlichen. Zehn Jahre lang habe ich das Material unter Verschluss gehalten. Ich bin Corinne und ihrer Familie für ihr Vertrauen sehr dankbar.

Die Erfahrungen, die Corinne nach ihrem „Coming out“ machte, waren größtenteils sehr positiv. Sowohl Freunde als auch ihr Arbeitgeber reagierten offen und informierten sich über HIV und Aids. Viele junge Menschen machen sich heute nur wenige Gedanken über die Krankheit. Die meisten kennen keine HIV-Infizierten. Das liegt sicher auch daran, dass die meisten Betroffenen es immer noch vorziehen, nicht über ihre Infektion zu reden. Daher hört man auch wenig über die Erfahrungen, wie zum Beispiel Arbeitgeber reagieren, wenn ein HIV-infizierter Arbeitnehmer sich bewirbt.

Wenn junge Menschen im entfernten Freundeskreis doch einmal mit HIV konfrontiert werden, dann haben die meistens weniger Berührungsängste als die ältere Generation. Was ist aber, wenn es ein Familienmitglied oder einen engen Freund trifft? In einer Partnerschaft kann eine Infektion ein größeres Thema werden.

Nach meinen Erfahrungen steht für viele Infizierte die Angst vor dem Tod nicht mehr im Vordergrund. Vielmehr wünschen sie sich gesellschaftliche Akzeptanz und wollen ein ganz normales Leben mit Freunden und Familie führen. ■

## HIV-infizierte Menschen wünschen sich gesellschaftliche Akzeptanz.



**Maïke Conway**, geboren 1967 in Starnberg, ist Regisseurin, Dokumentarfilmerin und Autorin. Seit 1996 arbeitet sie als freie Filmmacherin mit Schwerpunkt Dokumentationen. Ihr Langzeitdokumentarfilm „Corinnes Geheimnis“ ist mit dem Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung 2015/2016 ausgezeichnet worden. Der Film ist zudem in einer Fassung für die ZDF-Reihe 37° erschienen („Niemand darf es wissen – Corinne und ihr Geheimnis“), für die Maïke Conway den Bayerischen Fernsehpreis 2016 erhalten hat.

**Kontakt:**  
[Maïke.Conway@t-online.de](mailto:Maïke.Conway@t-online.de)

## Salut für Fritz Schösser



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Nein, viel Tamtam um seinen Abschied will Fritz Schösser nicht. Keine Auszeichnungen, keine opulenten Veranstaltungen, noch nicht einmal ein Interview möchte er geben, obwohl er die Selbstverwaltung der Gesundheitskasse in den vergangenen Jahren geprägt hat wie nur wenige. Nur zu einem feierlichen Essen mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Aufsichtsrat des

AOK-Bundesverbandes hat er sich überreden lassen – lauter sollte der Salut nicht sein.

Der „Schösser Fritz“ hat eben seinen eigenen Kopf. **Überzeugungen sind dem langjährigen und nun ehemaligen Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes wichtiger als Karriere und Eitelkeit.** So war es bei seinem Nein als SPD-

Bundestagsabgeordneter zu Praxisgebühr und höheren Zahlungen, so war es bei seinem Eintreten gegen die Neuorganisation der Krankenkassen-Spitzenverbände, so war es bei seinem Engagement für das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der frühere DGB-Chef von Bayern steht eben auf der Seite der Versicherten.

Doch prinzipientreu heißt nicht verbissen. Bajuwarischer herzlich im täglichen Umgang, **anekdotenstark und genussfreudig zu später Stunde nach Gremiensitzungen**, offen und empathisch für die persönlichen Belange der hauptamtlich Beschäftigten – nicht nur mir hat der mittlerweile 70-Jährige gut getan. So möchte ich Ihnen, lieber Fritz Schösser, im Namen der G+G-Redaktion und des KomPart-Verlages ganz herzlich für die gute Zusammenarbeit danken und Ihnen alles Gute für den (Un-)Ruhestand wünschen – neue Aufgaben im karitativen Bereich sollen ja schon auf Sie warten.

In diesem Sinne verbleibt mit einem kräftigen Salut Ihr

  
henkelhoving@kompart.de



Ein Charakterkopf in seinem Element: Fritz Schösser bei der Abschiedsrede im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes.



Adipositas-Chirurgie: Schilderungen einer Patientin über ihren Kampf gegen starkes Übergewicht

### MAGAZIN

#### 12 GELEGENHEITSCHIRURGIE MIT FOLGEN

Der Qualitätsmonitor belegt: Komplizierte Krebs-Operationen machen auch Kliniken, die darin nicht geübt sind. Das kann für Patienten gefährlich sein.

Von Thomas Hommel

#### 14 THERAPIE IM EIGENEN WOHNZIMMER

Zu Hause therapiert statt in der Psychiatrie: Ab dem kommenden Jahr ist die Behandlung psychisch Kranker in den eigenen vier Wänden möglich.

Von Patrick Garre

#### 15 SCHWÄCHE DES STARKEN GESCHLECHTS

Geht es um die Gesundheit, sind Männer gegenüber Frauen im Hintertreffen. Was die Gründe dafür sind, diskutierten Experten auf einer Tagung.

Von Anne Töpfer

#### 16 WARTEN AUF DEN GROSSEN WURF

Kleine Einzelschritte oder neue Richtung – was auf die Agenda der Gesundheitspolitik muss, thematisierte eine Diskussionsrunde in der Stuttgarter Staatsgalerie.

Von Ines Körver

#### 17 „DIE BIOLOGISCHEN UNTERSCHIEDE BLEIBEN“

Nicht nur wegen der Hormone sind Frauen gesundheitlich im Vorteil, sagt Demografieforscherin Anna Oksuzyan. Lebten Männer risikoärmer und gingen eher zum Arzt, könnten sie ihr Leben verlängern.

## TITEL

### 18 CANNABIS MACHT KARRIERE

Ärzte können Schmerzpatienten Cannabis als Medizin verordnen. Doch es gibt keine Nachweise für die Wirksamkeit und Sicherheit der Substanz.

Von Bettina Dubbick

## THEMEN

### 24 ADIPOSITAS-CHIRURGIE: DER GROSSE SCHNITT

Manche stark übergewichtige Menschen hoffen auf die Chirurgie. Über ihre Erfahrungen mit einer Magenverkleinerung berichtet eine Patientin.

Von Anne Töpfer

### 30 KLEINES EINMALEINS DER STERBEBEGLEITUNG

Sterbende Angehörige zu Hause begleiten – in Letzte-Hilfe-Kursen können auch Laien lernen, wie sie ihre Lieben bis zum Lebensende gut umsorgen.

Von Silke Heller-Jung (Text) und Olaf Hermann (Fotos)

### 36 „WIR MÜSSEN ÜBER QUALITÄT SPRECHEN“

Klinikstrukturen, hausärztliche Versorgung, Pflege – Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann macht im G+G-Interview deutlich, wie das Gesundheitswesen zu verbessern ist.

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Steuerfreie Äpfel und Birnen?
- 11 **Kommentar** Schub für die Pflegezunft
- 38 **Recht** Zahnarzthaftung: Pfusch an den Milchzähnen
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Rollenwandel im Arbeitsschutz
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Bestandsaufnahme: Der medizinische Einsatz von Cannabis und seine Tücken



Reportage: Letzte-Hilfe-Kurse zur Begleitung sterbender Menschen



Interview: Nordrhein-Westfalens Minister Karl-Josef Laumann über Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen

## AUFSICHTSBEHÖRDE EMA zieht nach Holland um

Neuer Sitz der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) wird Amsterdam. Die Entscheidung für die niederländische Metropole erfolgte im europäischen Rat für Allgemeine Angelegenheiten. Bonn, das sich ebenfalls als Standort beworben hatte, zog damit den Kürzeren. Beobachtern zufolge dürfte vor allem die passende Infrastruktur sowie die Nähe zum aktuellen EMA-Standort London den Ausschlag für die Wahl Amsterdams gegeben haben. Die EU möchte die europäische Arzneimittelaufsicht nach dem Austritt Großbritanniens aus der Europäischen Union so schnell wie möglich am neuen Standort ansiedeln, spätestens aber Ende März 2019, wenn der „Brexit“ wirksam wird. ■

## OFFENER BRIEF Kritik an reinen Zahnarzt-MVZ

Deutschlands Zahnärzte sehen bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) weiterhin den Gesetzgeber in der Pflicht. Das geht aus einem Brief der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer sowie des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte hervor, der an politische Entscheidungsträger adressiert wurde. Darin fordern die Vertreter der Zahnärzteschaft, MVZ für den vertragszahnärztlichen Bereich ausschließlich arztgruppenübergreifend auszugestalten. Andernfalls sei die „Sicherstellung einer deutschlandweit gleichwertigen Versorgung in Gefahr“, hieß es. Laut Zahnärzteschaft befinden



Von London nach Amsterdam: Europas oberste Arzneimittelbehörde hat bald einen neuen Sitz.

den sich heute etwa 79 Prozent der rein zahnärztlichen MVZ in städtischen und etwa 21 Prozent in ländlichen Gebieten. Somit würden reine Zahnarzt-MVZ „keinen erkennbaren Beitrag zur Verbesserung der Versorgung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen“ leisten. Vielmehr seien sie stark regional konzentriert und siedelten sich vor allem in Großstädten und einkommensstarken ländlichen Gebieten an. ■

## VORSORGE Gelbes Heft jetzt auch in Englisch

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat das Kinderuntersuchungsheft – das Gelbe Heft – ins Englische übersetzen lassen. Fremdsprachige Eltern sollen mithilfe des Buches besser nachvollziehen können, welche Untersuchungen für ihre Kinder in Deutschland vorgesehen sind. Offizielles Dokument bleibt das Gelbe Heft in deutscher Sprache. In diesem halten Ärzten das exakte Datum und die Ergebnisse aller U-Untersuchungen fest. ■

## ARBEITSBEDINGUNGEN Masterplan für die Pflege

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln hat die Politik aufgefordert, für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege zu sorgen. Konkret schlägt das Institut einen „Masterplan“ vor. Ziel sei es, die Vergütungen für das Personal – vor allem in der Altenpflege – um bis zu 30 Prozent anzuheben und bis zum Ende der Legislaturperiode rund 100.000 neue Pflegestellen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Zudem sei mehr

Geld in Forschung und hochschulische Pflegeausbildung zu investieren. Insgesamt seien für ein derartiges Paket Finanzmittel in Höhe von jährlich rund zwölf Milliarden Euro nötig. Diese Mittel ließen sich über die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie zusätzliche Steuermittel aufbringen. „Wer wirklich etwas erreichen will, muss jetzt klotzen und nicht kleckern“, sagte Institutsleiter Professor Dr. Frank Weidner. Die „sehr gute Kassenlage“ gebe das auch her. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.dip-online.de](http://www.dip-online.de) > Presse

## kurz & bündig

**+++ KLINIKEN:** Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betragen im Jahr 2016 rund 87,8 Milliarden Euro. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, waren das 4,3 Prozent mehr als 2015 (84,2 Milliarden Euro). Umgerechnet auf rund 19,5 Millionen Patienten, die 2016 vollstationär behandelt wurden, lagen die stationären Krankenhauskosten je Fall bei im Schnitt 4.497 Euro und damit 2,7 Prozent höher als im Jahr zuvor.

**+++ ALKOHOL:** Die meisten Bundesbürger kennen die Gefahren, die von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ausgehen. 89 Prozent stuften das Trinken von Wein, Schnaps & Co. als problematisch ein, sagte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler. Laut einer Studie gehen 70 Prozent der Befragten davon aus, dass Alkohol in der Schwangerschaft zu schweren Behinderungen beim Kind führen kann.



Foto: iStockphoto/saycheese

# 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](http://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

**AOK-BUNDESVERBAND**  
**Eine Spende für das Leben**

Die Weihnachtsspende des AOK-Bundesverbandes in Höhe von 3.000 Euro kommt in diesem Jahr der Suizidprävention zugute. Bei einer symbolischen Scheckübergabe an Catharina Woitke, Florian Schmiedler und Martin Schultz vom Berliner Verein „Freunde fürs Leben“ unterstrichen die Geschäftsführenden Vorstände Martin Litsch und Jens Martin Hoyer, wie wichtig die Aufklärungsarbeit über eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland ist. „Statt Geld in Weihnachtskarten zu stecken, investieren wir lieber in einen guten Zweck wie die Informationsangebote der Freunde fürs Leben“, so Martin Litsch. Seit dem Jahr 2001 klärt der Verein Jugendliche und junge Erwachsene über die Themen Suizid und seelische Gesundheit auf. Catharina Woitke:



Symbolische Scheckübergabe in Berlin: Mit 3.000 Euro unterstützt der AOK-Bundesverband den Verein „Freunde fürs Leben“.

„Bei jungen Menschen bis 25 Jahren ist Suizid die zweithäufigste Todesursache. Die Gründer von Freunde fürs Leben haben selbst geliebte Menschen durch Suizid verloren. Als Kommunikations- und PR-Experten haben sie es sich zur Aufgabe gemacht, über das Tabu-Thema Suizid zu informieren.“ So bietet die Website des Vereins frnd.de einen schnellen Überblick über bundesweite Hilfsangebote und zeigt auf, wie Angehörige und Freunde Warnsignale bei Suizidgefährdeten erkennen können. ■

**HNO-ÄRZTE**  
**Vorsicht bei Piercings**

Vor den Folgen durch Piercings hat die Deutsche Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde gewarnt. Piercings in der Ohrmuschel und an der Nase würden oft als ungefährlich eingestuft, was sie aber nicht seien, sagte HNO-Experte Professor Dr. Andreas Neumann vom Klinikum Bremen Mitte. „Der Knorpel im Ohr- und Nasenbereich ist ein sehr empfindliches Gewebe, das normalerweise durch eine Knorpelhaut geschützt und ernährt wird.“ Werde die Knorpelhaut beim Piercing durchtrennt, könnten Viren und Bakterien eindringen und eine Infektion auslösen. ■

**PERSONALENGPASS**  
**Pflegereform noch nicht zu Ende**

Der Bremer Gesundheitsökonom Professor Dr. Heinz Rothgang erwartet von der nächsten Bundesregierung weitere Reformen in der Pflege. Die größte Sorge der Politik müsse dem Personal-mangel in der Branche gelten, sagte Rothgang dem Evangelischen Pressedienst (epd). „Wir haben jetzt schon einen Notstand – aber das ist nichts im Vergleich zu dem, was kommt.“ ■

**OECD-VERGLEICH**  
**Mittlere Qualität trotz hoher Kosten**

Das deutsche Gesundheitswesen ist im Vergleich zu anderen Industriestaaten gut zugänglich, produziert aber hohe Ausgaben mit nur „gemischten Ergebnissen“ in der Versorgungsqualität. Das schreibt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in ihrer neuen Studie „Gesundheit auf einen Blick“. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt danach in Deutschland mit 80,7 Jahren etwa im OECD-Mittel. Deutschland wendet mehr Geld für Gesundheit auf als viele andere Staaten. Hierzulande sind es 11,3 Prozent des BIP, im OECD-Schnitt neun Prozent. ■

**SCHULESSEN**  
**Gesunde Mahlzeit für jedes Kind**

Das Deutsche Kinderhilfswerk setzt sich für bundesweit verbindliche Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen und Kitas ein. Die Standards sollten sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) orientieren. Studien belegten, dass die Empfehlungen der DGE in den seltensten Fällen erfüllt würden. „Deshalb sollte beim Kita- und SchulesSEN nicht weiter auf unverbindliche Freiwilligkeit mit Appellen und Ankündigungen gesetzt werden. Die gibt es schon seit Jahren zuhauf, ohne dass sich vielerorts substanziell etwas getan hätte“, sagte der Bundesgeschäftsführer des Werkes, Holger Hofmann. Laut Kinderhilfswerk braucht jedes Kind in Kita oder Schule eine gesunde, warme Mahlzeit. ■

Köpfe und Karrieren



**+++ CAROLA REIMANN, 50**, ist neue niedersächsische Sozialministerin. Die Sozialdemokratin legte für das neue Amt ihr Bundestagsmandat nieder, das sie seit 17 Jahren innehatte. Als stellvertretende SPD-Fraktionschefin kümmerte sie sich dort vor allem um die Themen Arbeit und Soziales. Von 2009 bis 2013 war sie Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit. Carola Reimann hat an der Technischen Universität Braunschweig Biotechnologie studiert.

Im Anschluss arbeitete sie am Institut für Technologie an der Bundesforschungsanstalt für Landwirtschaft, wo sie 1999 promovierte.

**+++ HARALD SCHRADER, 61**, steht für weitere zwei Jahre als Bundesvorsitzender an der Spitze des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ). Der in Schleswig Holstein niedergelassene Zahnmediziner trat dieses Amt erstmals im Oktober 2015 an. Die stellvertretenden Bundesvorsitzenden Dr. Peter Bührens aus Mecklenburg-Vorpommern, und Dr. Gudrun Kaps-Richter aus Baden-Württemberg sind ebenfalls wiedergewählt worden. Außerdem bestätigte die Hauptversammlung des Verbandes den gesamten Bundesvorstand im Amt.



## Steuerfreie Äpfel und Birnen?

Wer gesunde Ernährung fördern wolle, müsse auch konsequent handeln, fordert Foodwatch Deutschland – und schlägt vor, die Mehrwertsteuer auf Obst abzuschaffen. Was meinen Sie?



**CORNELIA PRÜFER-STORCKS**, *Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg*: Wir brauchen leicht verständliche Informationen zu Inhalt und Nährwert von Lebensmitteln, etwa in Form einer Ampel. Denn niemand kauft mit Lupe und Taschenrechner ein. Aber natürlich ist auch der Preis entscheidend. Viele Länder haben bereits gute Erfahrungen mit Systemen, die etwa Obst nur wenig, ungesunde Lebensmittel aber höher besteuern. Dies gibt Herstellern Anreize, um zum Beispiel Zucker zu reduzieren. Der Preis steuert auch das Kaufverhalten. Unser eher willkürliches System aus zwei Mehrwertsteuerstufen sollte mit diesem Ziel reformiert werden, denn ungesunde Lebensmittel produzieren auch gesellschaftliche Folgekosten.

**JOACHIM RUKWIED**, *Präsident des Deutschen Bauernverbandes*: Wir plädieren weiterhin für einen einheitlichen ermäßigten Mehrwertsteuersatz für alle Lebensmittel. Staatliche Bevormundung des mündigen Bürgers bei der Auswahl von Lebensmitteln und anderer Konsumgewohnheiten lehnen wir ab. Um sich gesund zu ernähren, ist vollwertige, abwechslungsreiche Ernährung zu empfehlen. Wir setzen uns dafür ein, dass dies durch Beratung und Kompetenz erreicht wird. In diesem Zusammenhang halten wir die Einführung eines Schulfaches Ernährung für sinnvoll. Die Aufklärungskampagne „5 am Tag“ – also täglich fünf Portionen Obst und Gemüse – unterstützen Obst- und Gemüsebauern seit Langem aktiv.



**DR. THOMAS FISCHBACH**, *Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)*: Wenn 20 Prozent der jungen Menschen in Deutschland übergewichtig oder gar adipös sind, ist das ein schrilles Alarmsignal. Die Folgeerkrankungen von Übergewicht sind ebenso belegt wie explodierende Gesundheitskosten. Hypertonie, diabetische Stoffwechsellaage und Muskelfizite sind der Preis, den „Couch Potatoes“ zahlen. Das Schlimme ist der Mangel an Verantwortung dort, wo Entscheidungen anstehen. Dass das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft jede Regulierung zugunsten gesunder Ernährung wie die Lebensmittelampel oder eine qualitative Besteuerung von Lebensmitteln wie in Frankreich verweigert, ist nicht hinnehmbar.

**ANNE LÜTKES**, *Vizepräsidentin des Deutschen Kinderhilfswerkes*: Wir unterstützen den Vorschlag von Foodwatch und der WHO, die Mehrwertsteuer auf Obst und Gemüse abzuschaffen. Wir müssen unseren Kindern zeigen, wie man sich gesund ernährt und dass Gesundes auch gut schmeckt. Gerade für Kinder aus armen Familien könnten kostengünstigeres Obst und Gemüse zu einer ausgewogeneren und gesünderen Ernährung beitragen, wenn eine Steuerbefreiung tatsächlich über niedrigere Preise bei den Kindern und Jugendlichen ankommen würde. Ergänzend wäre ein Ampelsystem denkbar, das dem Verbraucher klare Hinweise für gesunde Lebensmittel vor Augen führt.



## EUROPA Strengere Vorgaben für Pommes & Co.

Die EU-Kommission plant neue Vorgaben für die Herstellung von Pommes frites, Chips, Keksen und ähnlichen Nahrungsmitteln. Bereits ab dem Frühjahr 2018 sollen insbesondere für Lebensmittelhersteller Auflagen gelten, die zu einem geringeren Gehalt an dem umstrittenen Acrylamid in gerösteten, gebackenen und frittierten



gangenes Jahr etwa 3.100 Menschen in Deutschland, die Zahl der Neuinfektionen bleibt damit laut RKI gegenüber 2015 insgesamt konstant. Bei der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, sei die Zahl der geschätzten Neuinfektionen in den vergangenen Jahren zurückgegangen – von 2.500 im Jahr 2013 auf 2.100 im Jahr 2016. Laut RKI lebten Ende 2016 etwa 88.400 Menschen mit HIV, darunter rund 56.100 Männer, die Sex mit Männern haben, etwa 11.200 Heterosexuelle und etwa 8.200 Menschen, die intravenöse Drogen gebrauchen. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.rki.de](http://www.rki.de) > **Presse**

## LEBENSMITTEL Regionale Produkte im Kommen

Immer mehr Menschen achten offenbar auf die Herstellungsbedingungen von Lebensmitteln. Dies zumindest legt ein kürzlich erschienener Report des Marktforschungs- und Beratungsinstitutes „YouGov“ nahe, für den Daten und Angaben von rund 72.000 Bundesbürgern ausgewertet wurden. Danach würde knapp die Hälfte der Deutschen (47 Prozent) mehr Geld für Fleischwaren aus artgerechter Haltung ausgeben. Dem gegenüber steht eine nur um wenige Prozentpunkte größere Gruppe (53 Prozent), die nicht bereit ist, Mehrkosten, die aus artgerechter Haltung entstehen, über den Produktpreis zu tragen. Ungeachtet dieser Spaltung sind Attribute wie regionale Herkunft und Freilandhaltung für je gut ein Drittel der Konsumenten wichtige Kriterien für die Produktwahl. ■

Produkten führen sollen. Aber auch für Backstuben oder Imbissbuden sind neue Vorgaben vorgesehen. Acrylamid entsteht beim Rösten, Backen, Braten oder Frittieren vor allem bei besonders stärkehaltigen Lebensmitteln wie Kartoffeln und Mehl sowie Kaffee. In Tierversuchen wurde ein Krebsrisiko durch den Stoff nachgewiesen. ■

## HIV Zahl der Infektionen in etwa konstant

Anlässlich des Welt-Aids-Tages am 1. Dezember hat das Robert Koch-Institut (RKI) neue Zahlen zum HIV/Aids-Geschehen in Deutschland veröffentlicht. Danach infizierten sich ver-

## STUDIE Hundebesitzer leben länger

Viele Hundebesitzer wussten es wohl schon seit Langem: Wer einen Vierbeiner hat, lebt gesünder. Bestätigt wird diese Annahme jetzt von schwedischen und US-amerikanischen Forschern. Sie werteten die Gesundheitsdaten von mehr als 3,4 Millionen Menschen im Alter zwischen 40 und 80 Jahren über einen Zeitraum von mehr als zwölf Jahren aus. Ergebnis: Etwa 13 Prozent der untersuchten Personen beheimateten zuhause einen Vierbeiner – und hatten ein geringeres Sterberisiko infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Insbesondere Hundebesitzer in Single-Haushalten würden von dem treuen Gefährten auf vier Pfoten profitieren. Gründe für die gesundheitsfördernde Wirkung des Hundes gibt es den Wissenschaftlern zufolge mehrere: So beuge das Gassi-



Er hält Herrchen auf Trab – und damit gesund.

Gehen sozialer Isolation vor und helfe bei Einsamkeit und Depression. Auch litten Hundebesitzer seltener an stressbedingtem Bluthochdruck und bewegten sich – dem Vierbeiner sei es gedankt – öfter an der frischen Luft. ■

## IGEL Botox gegen Schwitzen?

Botox-Injektionen gegen krankhaftes Schwitzen können Betroffenen nützen, aber auch schaden. Zu diesem

Ergebnis kommt der IGeL-Monitor. Für ihre neue Bewertung wollten die Wissenschaftler der Internetplattform des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) herausfinden, welchen Nutzen und Schaden Menschen erwarten können, wenn sie ihr starkes Schwitzen unter den Achseln sowie an den Händen und Füßen mit Botox-Injektionen behandeln lassen. Die entsprechenden Studien zeigten, so die IGeL-Experten, dass das Schwitzen abnehme und die Lebensqualität steige. Gleichzeitig komme es häufig zu leichten und selten zu schweren unerwünschten Nebenwirkungen. Weil der IGeL-Monitor Hinweise sowohl für einen Nutzen als auch für einen Schaden sieht, bewertet er die Botox-Injektionen gegen Schwitzen mit „unklar“. ■

### MEHR INFOS:

[www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Die Wahlfreiheit würde sich erhöhen“

Hamburg übernimmt bei Beamten auf Wunsch jetzt den Arbeitgeberanteil zur GKV. Dazu Fragen an **Wolfgang Sölller**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bremen/Bremerhaven (Arbeitgeberseite).



**G+G:** Herr Sölller, Beamte in Hamburg können sich ab Mitte 2018 auch ohne finanzielle Abstriche gesetzlich krankenversichern – weil der dortige Senat ab diesem Zeitpunkt den Arbeitgeberanteil in der gesetzlichen Versicherung übernimmt. Was halten Sie davon?

**SÖLLER:** Als AOK Bremen/Bremerhaven begrüßen wir das „Hamburger Modell“, da es eine jahrzehntealte Ungerechtigkeit beseitigt. Beamte handeln bisher in der Regel wirtschaftlich vernünftig, wenn sie die private Krankenversicherung wählen. Nur hier bezahlt ihr Dienstherr die Beihilfe. Mit dem neuen Gesetz stellt der Staat seinen Beamten ab August 2018 frei, zwischen privat und gesetzlich zu wählen. Wenn sie sich zum Beispiel bei der AOK versichern, zahlt Hamburg den Beitrag wie für seine Angestellten – gemessen an dem jeweiligen Einkommen.

**G+G:** Ist das der Einstieg in die Bürgerversicherung?

**SÖLLER:** Nein, denn erstens gilt das Gesetz nur in Hamburg, und zweitens wird dort zunächst wohl nur ein Bruchteil der Beamten in

eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln können oder davon profitieren. Vor allem jene, die am Berufsbeginn stehen oder die schon gesetzlich krankenversichert sind. Trotzdem: Das Gesetz zeigt, was möglich ist – und wie einfach sich ein über viele Jahrzehnte als unverrückbar geltendes Relikt verändern lässt. Nach wie vor haben die Beamten die Wahl – aber die Benachteiligung beim Arbeitgeberbeitrag ist weg.

**G+G:** Wird die private Krankenversicherung durch das Hamburger Modell geschwächt?

**SÖLLER:** Nein, dafür sind die Effekte wohl zu gering. Die Diskussion um das Hamburger Modell macht aber deutlich, wie der Steuerzahler über die Beamten die private Krankenversicherung subventioniert. Ich hoffe, dass andere Bundesländer, so auch Bremen, dem Hamburger Weg folgen. Es ist an der Zeit, das Relikt der quasi „PKV-pflichtversicherten“ Beamten zu beerdigen.

## Schub für die Pflegezunft

Abbau von Personal und schlechte Bezahlung haben der Pflege arg zugesetzt. Zeit, dass die Politik eingreift, meint **Timot Szent-Ivanyi** – auch wenn sie nicht alle Probleme lösen kann.



**ES WAR DER ANGEHENDE PFLEGER** Alexander Jorde, der in einer Wahlsendung mit Bundeskanzlerin Angela Merkel seinen Frust abließ. Die Würde des Menschen in Krankenhäusern und Altenheimen werde tagtäglich tausendfach verletzt, empörte sich der junge Mann. „Es gibt Menschen, die liegen stundenlang in ihren Ausscheidungen.“ Die Pflegekräfte seien völlig überlastet, weil sie sich um zu viele

Patienten kümmern müssten, berichtete Jorde, der für seinen engagierten Fernsehauftritt viel Beifall erhielt.

Der Mann hat nicht übertrieben. Für den Personalmangel gibt es verschiedene Gründe. In Kliniken wurde jahrelang Pflegepersonal abgebaut, die Zahl der Ärzte stieg dagegen. Das Motto: Pflege kostet, Ärzte bringen Geld. Auch in der Altenpflege ist die Zahl der Mitarbeiter zu knapp kalkuliert, hinzu kommt die indiskutabel niedrige Bezahlung. Kein Wunder, dass mindestens 10.000 Stellen unbesetzt sind.

**Es bedarf verbindlicher Standards für die Bemessung der Mitarbeiterstärke.**

Die Politik hat endlich begriffen, dass sie eingreifen muss. An den Beschlüssen von Union, FDP und Grünen bei den gescheiterten Sondierungsgesprächen wird sich auch eine große Koalition orientieren, schließlich hat die SPD ähnliche Pläne: ein Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal sowie die Festlegung verbindlicher Standards bei der Bemessung der Mitarbeiterstärke.

Beides ist richtig, doch es kommt auf die Umsetzung an. Die Politik neigt dazu, Geld mit der Gießkanne und ohne Nachweis für dessen Verwendung auszuschütten. Diese Fehler dürfen nicht wiederholt werden. Klar ist auch, dass die Festlegung von Personalschlüsseln ins Leere läuft, wenn es keine Bewerber für neue Stellen gibt. Das kann Politik kaum lösen, hier sind Kliniken und Pflegeeinrichtungen gefragt, attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen. Dazu gehören vor allem in der Altenpflege höhere Löhne, eine Arbeitsorganisation, die auf Eltern und ältere Mitarbeiter Rücksicht nimmt, oder neue Karriereoptionen.

Die Politik könnte die Einrichtungen, die mit gutem Beispiel vorangehen, finanziell unterstützen – zum Beispiel durch Auflösung des unsinnigen Pflegevorsorgefonds. Auch die Arbeitnehmer dürfen nicht weiter warten, bis andere für sie die Probleme lösen. Eine schlagkräftige gewerkschaftliche Vertretung, egal ob als eigene Pflegegewerkschaft oder unter dem Dach anderer Organisationen, ist überfällig. ■

**Timot Szent-Ivanyi** ist Redakteur bei der DuMont-Mediengruppe.

### AOK-BUNDESVERBAND Aufsichtsrat in neuer Besetzung

Mitte November hat sich in Berlin erstmals der neu zusammengesetzte Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes getroffen. Dem Gremium gehören 22 Mitglieder an, sieben davon erstmalig. Sie wurden nach der Sozialwahl 2017 aus den Verwaltungsräten der elf AOKs neu benannt. Der neue alternierende Vorsitzende auf Versichertenseite heißt Knut Lambertin (46). Lambertin ist zuständig für Gesundheitspolitik beim DGB-Bundesvorstand und für sechs Jahre gewählt. Er folgt auf den langjährigen

von der AOK Hessen, Christoph Meinecke von der AOK Niedersachsen, Günter Roggenkamp von der AOK Rheinland/Hamburg sowie Dr. Bernd Vogler und Dietmar Muscheid von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. ■

#### MEHR INFOS:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse

#### PRÄVENTION

### Mehr Aufklärung über Diabetes

Anlässlich des Weltdiabetestages am 14. November hat Brandenburgs Gesundheitsstaatssekretärin Almuth Hartwig-Tiedt für mehr Auf-



**Starkes Duo:** die Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes Knut Lambertin (l.) und Dr. Volker Hansen.

Vorsitzenden Fritz Schösser, der sich nach 16 Jahren an der Spitze der Selbstverwaltung zurückzieht. Als alternierender Vorsitzender der Arbeitgebergruppe wurde Dr. Volker Hansen (62), der bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände den Bereich Gesundheits- und Sozialpolitik leitet, im Amt bestätigt. Neben Lambertin, den wie Hansen auch die AOK Nordost in den Aufsichtsrat entsendet, gibt es sechs weitere neue Mitglieder im Gremium: Frank Firsching von der AOK Bayern, Klaus Freitag

klärung über die „Volkskrankheit Diabetes“ gewonnen. „Viele Menschen wissen gar nicht, dass sie Diabetes haben, da die Krankheit häufig ohne Symptome beginnt.“ Mit gezielter Prävention lasse sich der Krankheit aber Einhalt gebieten. Dazu gehöre eine gesunde Ernährung, ein aktiver Lebensstil und Gewichtsabnahme. In Deutschland stand der Weltdiabetestag in diesem Jahr unter dem Motto „Diabetes – beweg(t) dein Leben!“ Genaue Zahlen, wie viele Bundesbürger an Diabetes leiden, gibt es laut Experten bislang nicht. ■

# Gelegenheitschirurgie mit Folgen

Komplizierte Krebs-Operationen sollten nur Kliniken vornehmen, die über genügend Erfahrung damit verfügen. Das aber ist in Deutschland oft nicht der Fall, wie der Qualitätsmonitor 2018 belegt. Leidtragende sind die Patienten. **Von Thomas Hommel**

**Fehlende Routine** des Operateurs und mangelnde Spezialisierung von Kliniken haben für viele Patienten in Deutschland gravierende Folgen. Belege dafür liefert der kürzlich in Berlin vorgestellte Qualitätsmonitor 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), des Vereins Gesundheitsstadt Berlin und der Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

Anhand mehrerer Krebs-Operationen weisen die Autoren des Reports nach, dass die Sterblichkeitsraten in Kliniken mit nur wenigen solcher Eingriffe pro Jahr deutlich höher liegen als in Zentren, wo solche Operationen häufig erbracht werden. Bei Lungenkrebs-Operationen etwa könnte die Zahl der Todesfälle laut Qualitätsmonitor von 361 auf 287 jährlich zurückgehen, wenn Kliniken diese Operation ab einer rechnerisch ermittelten Fallzahl von 108 Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr durchführen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei anderen Indikationen wie Speiseröhren-, Bauchspeicheldrüsen- sowie Blasen- und Darmkrebs.

**Zu selten Spezialisten am Werk.** Noch immer gebe es in Deutschland zu viele Kliniken, die nur „hin und wieder mal“ eine komplizierte Operation durchführten, sagte Professor Dr. Thomas Mansky, Gesundheitsexperte der Technischen Universität (TU) Berlin und Mitautor des Qualitätsmonitors.

Mansky verwies in diesem Zusammenhang auf Operationen zur teilweisen Entfernung der Lunge, die bei Lungenkrebs-Patienten in vielen Fällen erforderlich ist. Ein Fünftel der Patienten wird Untersuchungen einer TU-Arbeitsgruppe zufolge in insgesamt 260 Kliniken behandelt, die im Schnitt nur fünf solcher Eingriffe im Jahr ausführen.

Für die Patienten sei das keine gute Nachricht, stellte Experte Mansky fest.

Denn es sei sehr wahrscheinlich, „dass in diesen Kliniken die Operationsroutine und die für eine angemessene Gesamtbetreuung nötige Spezialisierung nicht vorhanden sein können“.

Ähnliches lasse sich für die Operation bei Speiseröhrenkrebs feststellen. Wer einen solchen Eingriff einmal mitverfolgt habe, wisse, „wie kompliziert das ist“, so Mansky. Derzeit würden in Deutschland 228 Krankenhäuser diese Operation im Durchschnitt zwei Mal im Jahr erbringen. „Das kann man aber nicht können, wenn man das in so kleiner Menge tut.“ Nötig sei eine Mindestmenge bei Speiseröhren-

krebs-Operationen von 22 pro Klinik und Jahr, um die Sterblichkeitsrate signifikant abzusenken. Derzeit liegt die entsprechende Mindestmenge für Operationen bei Speiseröhrenkrebs bei zehn Eingriffen pro Krankenhaus und Jahr.

Deutschland tue sich, verglichen mit anderen Ländern, noch immer schwer mit dem Thema Mindestmenge, so Mansky. „Deutschland ist übersät mit Leitplanken. Nur in der Medizin fehlen sie häufig.“

**Neue Mindestmengen für Krebs-OPs.** Für die AOK und ihre mehr als 26 Millionen Versicherten sei eine „Gelegenheitschir-

## NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS GESUNDHEIT

### Überfälliger Strukturumbau

Bei der Umsetzung der Qualitätsagenda im Krankenhausbereich liegt noch viel Strecke vor Deutschland: Darin waren sich die Teilnehmer einer Podiumsdiskussion zum Auftakt des 11. Nationalen Qualitätskongresses Ende November in Berlin einig. „Es ist immer hilfreich für Strukturveränderungen, wenn der finanzielle Druck groß ist. Aber diese Situation haben wir zurzeit nicht“, sagte AOK-Vorstand **Martin Litsch**. In den vergangenen Jahren sei viel zusätzliches Geld für die stationäre Versorgung zur Verfügung gestellt worden, der notwendige qualitätsorientierte Strukturumbau lasse jedoch weiter auf sich warten.

**Andrea Grebe**, Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes, berichtete über Probleme bei der Umsetzung von Mindestmengen und Zentralisierung im Konzern: „Wir haben hier teilweise kontroverse interne Diskussionen mit Ärzten und Direktoren“. Aber Vivantes verschließe sich diesem Thema nicht: „Wenn ich Patientin wäre, würde ich mich auch dort operieren lassen, wo der Eingriff oft durchgeführt wird.“ **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, forderte mehr Transparenz über die Qualität von Kliniken. „Ich hoffe, dass die Politik den Qualitätshebel nutzt, um notwendige Strukturreformen der Krankenhaus-Landschaft voranzubringen.“

**Hedwig Francois-Kettner**, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, zeigte sich überzeugt, dass Patienten auch Anfahrtswege von 50 Kilometern und mehr in Kauf nehmen würden, wenn sichergestellt sei, dass in der betreffenden Klinik die nötige Expertise für einen Eingriff vorhanden ist. Allerdings seien die entsprechenden Informationen den Patienten auch „gut zu vermitteln“.

**Mehr Infos:** [www.nationaler-qualitaetskongress.de](http://www.nationaler-qualitaetskongress.de)

urgie“, wie sie in der Onkologie zu beobachten sei, „inakzeptabel“, hob Martin Litsch, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, hervor. „Das Problem lässt sich nur durch die Einführung und konsequente Durchsetzung von Mindestmengen in den Griff bekommen.“

Die AOK werde daher die Forderung nach Einführung von Mindestmengen für komplizierte Operationen bei Lungenkrebs und bei Brustkrebs in den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) aus

**In Deutschland gibt es zu viele Kliniken, die eine komplexe Operation nur hin und wieder machen.**

Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und Patientenvertretern einbringen, kündigte Litsch an. Einfach werde das nicht, so Litsch. Die Vertreter der Krankenhäuser im GBA „bremsen, wo sie können“.

Gleichwohl wolle man den Druck auf die Kliniken erhöhen, bestehende Mindestmengen-Vorgaben umzusetzen. „Kliniken, die die Vorgaben nicht einhalten und bei denen kein Ausnahmetatbestand vorliegt, erhalten von der AOK im Sinne der Patientensicherheit keine Vergütung mehr für diese Eingriffe.“

**Plädoyer für Zentren.** Unterstützung erhalten AOK und TU-Forscher von der Deutschen Krebsgesellschaft. So sei für Eingriffe bei Lungenkrebs – mit Ausnahme von Notfällen – eine Mindestmenge an Operationen pro Jahr einzuführen, sagte Dr. Simone Wesselmann, Bereichsleiterin Zertifizierung. „Mit den 49 von uns zertifizierten Lungenkrebszentren haben wir fast alle Kliniken erfasst, die die Vorgaben für unsere Zertifizierung erfüllen können.“ Das Problem seien die vielen Kliniken am anderen Ende des Spektrums. „Das sind meist allgemein-chirurgische Abteilungen, die nur gelegentlich Thoraxchirurgie betreiben.“ Die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Lungenkrebszentren hinge-



Damit bei komplexen Operationen jeder Handgriff sitzt, braucht es vor allem Erfahrung.

gen müssten eine Mindestzahl von 75 Lungenkrebs-OPs pro Jahr erbringen. Zudem hätten sie zahlreiche Qualitätskriterien zu erfüllen, die regelmäßig überprüft würden. „Zertifizierte Zentren gewährleisten Qualität für alle Diagnostik- und Behandlungsschritte einer onkologischen Erkrankung.“ Für die Patienten zahle sich das in Form höherer Überlebenschancen nach einer Operation aus.

**Datenlage ist eindeutig.** Die Umsetzung von Mindestmengen sei für die Kliniken ein „dorniger Weg“ und für die Akteure dort mitunter auch „sehr schmerzhaft, denn am Ende reden wir über Spezialisierung“, sagte Professor Dr. Ralf Kuhlen, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der IQM, in der sich derzeit mehr als 400 Krankenhäuser freiwillig für mehr Versorgungsqualität einsetzen. Dennoch seien Mindestmengen und die damit einhergehende Zentralisierung von Leistungen angesichts der Datenlage „absolut folgerichtig“, betonte Kuhlen. Die rein auf Vertrauen basierende Zuwei-

sung von Patienten an eine Klinik reiche nicht mehr aus.

**Baukasten für die Länder.** Der Qualitätsmonitor 2018 liefert für sechs ausgewählte Krankheitsbilder Daten zu Fallzahlen und Qualitätskennzahlen deutscher Kliniken. Neben den Lungenkrebs-Operationen stehen die Versorgung von Frühgeborenen, die Geburtshilfe sowie die Implantation von Knie- und Hüftgelenks-Endoprothesen im Fokus. „In einer Klinikliste werden Ergebnisse von 1.352 Krankenhäusern dargestellt, in denen 2014 und 2015 eine dieser Behandlungen dokumentiert worden ist“, sagte Ulf Fink, früherer Berliner Gesundheitsminister und Vorstandsvorsitzender des Vereins Gesundheitsstadt Berlin. „Die Krankenhausplaner der Länder bekommen mit dem Qualitätsmonitor einen hilfreichen Werkzeugkasten in die Hand.“ ■

**MEHR INFOS:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse >  
**Qualitätsmonitor 2018**

# Therapie im eigenen Wohnzimmer

Es ist soweit: Ab dem kommenden Jahr können Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Spezialtherapeuten psychisch Kranke statt in der Klinik auch zu Hause versorgen. Was für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung erforderlich ist, skizziert **Patrick Garre**.

**Mit dem Gesetz** zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen führte der Gesetzgeber die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung ein (Paragraf 115d Sozialgesetzbuch V). Sie erfolgt im häuslichen Umfeld des Patienten durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Teams. Die neue Behandlungsform kann in medizinisch geeigneten Fällen statt einer vollstationären Therapie erfolgen.

**Richtschnur für die Behandlung.** Zur konkreten Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung haben der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Vereinbarung getroffen. Sie ist im August dieses Jahres in Kraft getreten. Diese Vereinbarung ist ein weiterer Schritt hin zu einer patientengerechteren Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Sie enthält Anforderungen an die Dokumentation, die Qualität der Leistungserbringung und die Beauftragung von Leistungserbringern, die an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmen.

**Häusliches Umfeld muss geeignet sein.** Voraussetzung für die stationsäquivalenten Leistungen ist die grundsätzliche Krankenhausbedürftigkeit des Patienten. Die psychiatrische Klinik entscheidet, ob das Therapieziel eher stationär oder im häuslichen Umfeld zu erreichen ist. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten, muss das Krankenhaus ihn umgehend aufnehmen können. Aber auch das häusliche Umfeld muss geeignet sein, um das Behandlungsziel zu erreichen. Deshalb müssen alle im Haushalt des

Patienten lebenden volljährigen Menschen mit dieser Behandlungsform einverstanden sein.

**Nicht alle Fragen geklärt.** Wegen der vom Gesetzgeber vorgegebenen engen gesetzlichen Frist für die Vereinbarung – sie betrug gerade mal sechs Monate – konnten GKV-Spitzenverband, PKV und DKG die komplexen leistungsrechtlichen Aspekte dieser neuen Krankenhausleistung nicht ausreichend diskutieren. Zu nennen ist hier exemplarisch der Umgang mit pflegebedürftigen Heimbewohnern. Hier würde sowohl das SGB V wie auch das SGB XI gelten. Eine Parallelität der Rechtskreise ist der Sozialgesetzgebung jedoch fremd. Die Verhandlungspartner auf Bundesebene hätten hier gerne einen einheitlichen Rahmen für

alle vereinbart. Der dazu notwendige Verhandlungsfahrplan war auch bereits bis in den Herbst terminiert. Doch das Bundesgesundheitsministerium gab vor, die gesetzlich vorgegebene Frist (30. Juni 2017) einzuhalten. Nun sind noch offene Fragen von Krankenkassen und interessierten Krankenhäusern vor Ort zu klären. Dies kann zu regional unterschiedlichen Lösungen und damit zu einer Art Flickenteppich führen.

Zwar ist noch nicht absehbar, inwieweit die stationsäquivalente Behandlung von psychiatrisch Kranken in Anspruch genommen wird. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen gibt es aber eine kleine Gruppe, für die diese Behandlung sinnvoll sein kann, beispielsweise für Patienten mit einer Angststörung. Auf jeden Fall wird viel von der Entwicklung intelligenter Konzepte der Krankenhäuser für die Behandlung im häuslichen Umfeld abhängen. Eine alleinige Ausdehnung dieser Leistung auf die psychiatrischen Institutsambulanzen gehört sicherlich nicht dazu.

**Psychiatrische Klinik muss nah sein.** Auch kommen aus Sicht der Krankenkassen nur Patienten im unmittelbaren Umfeld des behandelnden Krankenhauses infrage. Denn bei längeren Fahrzeiten stellen sich berechnete Fragen zum effizienten Einsatz von wertvollen personellen Ressourcen. Die kommenden Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern für das Jahr 2018 werden einen ersten Hinweis auf den zukünftigen Behandlungsumfang bei dieser neuen Leistung geben. ■

**Patrick Garre** ist Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation des AOK-Bundesverbandes.

**Kontakt: Patrick.Garre@bv.aok.de**

## Was gegeben sein muss

- Vorliegen der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung
- medizinisch geeignete Fälle
- Behandlung durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams
- Eignung des häuslichen Umfelds
- mindestens ein täglicher direkter Patientenkontakt
- wöchentliche ärztliche Visite
- Rufbereitschaft des Krankenhauses
- jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus
- Dokumentation in Patientenakte

Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes, der PKV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung:

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Psychiatrie > Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

# Schwäche des starken Geschlechts

Im Hinblick auf die Gesundheit haben Männer Nachteile – das signalisiert die um fünf Jahre höhere Lebenserwartung von Frauen. Worauf der Unterschied beruht, diskutierten Experten auf einer Tagung in Hannover. Von **Änne Töpfer**

**Männer bekommen häufiger** als Frauen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrebs, Aids, Suchterkrankungen und Depressionen. Doch das Geschlecht ist nur eine von vielen Determinanten der Gesundheit. Das ist ein Fazit der Tagung „Krank sein – darf ich das? Männer als Zielgruppen und Akteure in der gesundheitlichen Versorgung“, zu der die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen mit Unterstützung des GKV-Bündnisses für Gesundheit eingeladen hatte. Ein weiteres Resümee: Die Beschäftigung mit Fragen der geschlechtssensiblen Medizin verbessert die Gesundheitsversorgung insgesamt.

**Mehr Achtsamkeit gefragt.** Im Bundesgesundheitsministerium ist Dr. Andreas Schoppa für Fragen geschlechtsspezifischer Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit zuständig. Er betonte in seinem Grußwort, dass bei Männern „mehr Bewusstheit und Achtsamkeit“ für ihren Körper und die Gesundheit gefragt sei. „Sie definieren sich hauptsächlich über ihre Arbeit“, so Schoppa. Es sei eine politische Querschnittsaufgabe, die Gesundheitskompetenz von Männern zu verbessern. Doch die Veränderungen brauchten einen langen Atem.

Weniger Körperbewusstsein und -wahrnehmung attestierte auch Professor Dr. Toni Faltermaier von der Europa-Universität Flensburg seinen Geschlechtsgenossen. „Sie wissen zwar, was gut für sie wäre, setzen dieses Wissen aber nicht ein.“ Auf Nachfrage gäben Männer – im Widerspruch zu objektiven Erkenntnissen – eine höhere subjektive Gesundheit an als Frauen und hätten nach eigener Auskunft weniger Beschwerden. Gleichzeitig zeigten sie ein geringeres Interesse und weniger Motivation als Frauen für



Partnerschaft als Schutzfaktor: Männer leben gesünder, wenn sie eine Frau an ihrer Seite haben.

Fragen der Gesundheit. Deshalb entscheiden auch ihre sozialen Kontakte über ihren Gesundheitszustand: „Ehe und Partnerschaft sind für Männer ein wichtiger Schutzfaktor“, so Faltermaier. Zudem halte er den Settingansatz in der Prävention im Hinblick auf Männer für besonders wichtig. Doch positiv evaluierte Praxisansätze seien noch sehr selten.

## Potenziale der Beschäftigten nutzen.

Viele Gesundheitsanbieter fehlte der geschlechtsspezifische Blick, kritisierte Stefan Beier von der „Agentur für Männer“ aus Berlin. „Bei Männerangeboten verallgemeinern sie grob.“ Als positives Beispiel, da niedrigschwellig und passgenau, nannte er die „Gesundheitslotsen“ der Berliner Stadtreinigung. Dieses „sehr erfolgreiche Programm“ nutze die Potenziale und Ressourcen der Beschäftigten, lobte Beier. Auch Professorin Dr. Sabine Oertelt-Prigione vom Lehrstuhl für Gendermedizin am Radboud University Medical Center Nijmegen hatte ein Positivbeispiel parat: Das schottlandweite Präventionsprogramm „Footballfans in

training“ ([www.ffit.org.uk](http://www.ffit.org.uk)) setzt auf die Fußballbegeisterung vieler Männer auf. Die Gewichtsabnahme der fußballspielenden Fans liege bei durchschnittlich sechs, nach zwei Jahren immer noch bei vier Kilogramm. „Programme sind am erfolgreichsten, wenn sie Genderaspekte schon bei der Planung berücksichtigen“, sagt Oertelt-Prigione. Sie beschäftigt sich mit geschlechtsbedingten biologischen Unterschieden, um die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zu erhöhen. Beispielsweise werde die Schmerzempfindung bei Frauen und Männern von unterschiedlichen Zelltypen vermittelt. Das habe Konsequenzen für die Pharmakotherapie.

Die Versorgungsforschung greife die Geschlechtsspezifität noch zu wenig auf, meinte Annegret Hofmann, Sprecherin des Netzwerks Gendermedizin und Öffentlichkeit. Zudem müssten die Erkenntnisse der Gendermedizin „schnellstens in die Praxis übermittelt werden“. ■

## MEHR INFOS:

[www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

> **Veranstaltungen** > **Dokumentationen**

# Warten auf den großen Wurf

In Zeiten unklarer Regierungsbildung diskutierte die AOK Baden-Württemberg mit Gästen, was das Gesundheitssystem nach der Bundestagswahl braucht: kleine Einzelschritte oder einen grundsätzlichen Richtungswechsel? **Von Ines Körver**

**Was wird und was sollte** auf der gesundheitspolitischen Agenda möglicher Koalitionäre stehen? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der Veranstaltung „AOK im Dialog“ am 21. November in der Stuttgarter Staatsgalerie. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar war, welche Parteien letztlich die Regierung stellen würden, herrschte Einigkeit auf dem Podium: Große Würfe wird es in den nächsten vier Jahren wohl nicht geben. Anno Fricke von der Ärzte Zeitung rechnet mit einem Voranschreiten in Trippelschritten. Norbert Wallet, Hauptstadtkorrespondent der Stuttgarter Nachrichten und der Stuttgarter Zeitung, schloss sich dieser Prognose an. Er sieht in diesem Zukunftsszenario aber Positives: „Das bietet Chancen für die Akteure.“

**Streit um Finanzarchitektur beenden.** Gastgeber Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, betonte: „Nachdem sich die Parteien im Wahlkampf und in den gescheiterten Jamaika-Sondierungsgesprächen nicht gerade mit Feuereifer um das Thema Gesundheitspolitik gekümmert haben, bietet sich einer wie auch immer gearteten neuen Bundesregierung nun die Chance eines echten Neuanfangs.“ Hermann forderte eine Entschlackung des rechtlichen Regelwerks, mehr Gestaltungsspielräume, eine Abkehr vom Kontrahierungszwang mit Leistungserbringern sowie mehr selektivvertragliche

Möglichkeiten für die Krankenkassen. „Wir brauchen kassenspezifische, dezentrale Lösungen sowohl in der ambulanten und stationären als auch in der sektorenübergreifenden Versorgung. Für die Politik kann die Losung jetzt nur heißen: echter Neustart statt fortgesetzter Reformieritis.“ Zudem wünschte sich Hermann, dass der Streit um die Finanzarchitektur des Gesundheitssystems beendet werde. Der morbiditätsorientierte Risikostruk-

**Auf die Agenda der Gesundheitspolitik gehört eine bessere Zusammenarbeit.**

turausgleich (Morbi-RSA) diene nicht der Befriedigung der Finanzwünsche von Krankenkassen. Er sei vielmehr dazu da, Morbiditätsunterschiede in den Versicherungsstrukturen der Kassen auszugleichen. Hilfreich bei der Weiterentwicklung des Systems sei, nicht mehr nur wie bisher 80, sondern alle Krankheiten im Morbi-RSA zu berücksichtigen.

**Mehr Qualität ins System.** Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Leistungsbe-reichen und Gesundheitsberufen gehört aus Sicht der Teilnehmer des AOK-Fo-rums auf die gesundheitspolitische Agen-da. In der Notfallversorgung sieht Anno Fricke die Chance, das Problem exem-plarisch zu adressieren. In den letzten Jahren mehrten sich Berichte, dass Not-aufnahmen von Kliniken immer mehr zu Anlaufstellen für Menschen werden, die gar keine Notfallpatienten sind. Der Sachverständigenrat Gesundheit habe

bereits Restrukturierungsvorschläge ge-macht, die es aufzugreifen gelte.

Das Podium war sich einig: Zwingend notwendig für eine bessere Zusammen-arbeit ist eine Digitalisierung des Gesund-heitswesens. Dazu bedürfe es einer Digi-talisierungsstrategie der Bundesregie-rung, die Insellösungen und ein unkoordiniertes Nebeneinander ausschließe. AOK-Chef Hermann forderte ein zweites E-Health-Gesetz, das einen verbindlichen ordnungspolitischen Rahmen vorgeben solle. Gleichzeitig müssten die Akteure aber genügend Freiheiten haben, um aktiv vorzugehen und mehr Qualität ins System bringen zu können.

**Pflege attraktiv machen.** Handlungsbe-darf machte die Runde auch beim Thema Pflege aus. „Da steht uns sonst ein Knall bevor“, zeigte sich Anette Dowideit von der Tageszeitung „Die Welt“ überzeugt. Nach Ansicht von Bernadette Klapper von der Robert Bosch Stiftung sollte die Pflege endlich attraktiv gemacht werden. So müssten passende Stellen für Pflege-kräfte mit akademischer Ausbildung geschaffen werden. Das Haftungsrecht sei bei der Pflege in Teilen überarbei-tungsbedürftig.

Das Petikum von Norbert Wallet, Ge-sundheitspolitik müsse künftig wieder von der Politik und nicht von Lobbyver-bänden gemacht werden, griff AOK-Chef Hermann auf: „Wir brauchen Nachhaltig-keit. Wir müssen den Blick darauf lenken, wo wir in zehn, fünfzehn Jahren stehen wollen. Eine Enquete-Kommissi-on sollte sich daher frei von allen Zwän-gen des gesundheitspolitischen Tagesge-schäfts Gedanken über den ordnungs-politischen Rahmen machen.“ ■

**Ines Körver** ist Redakteurin beim Kompart-Verlag.

## Mehr Infos

Fotos, Video und Podcast von der Veranstaltung „Nach der Wahl verordnet: die ‚Hallo-Wach-Spritze‘ für das Gesundheitssystem“ in der Reihe „AOK Baden-Württemberg im Dialog“ stehen zum Download bereit unter: <https://aok-bw-presse.de>

# „Die biologischen Unterschiede bleiben“

Rauchen, ein rasanter Fahrstil oder ein körperlich anstrengender Beruf – Männer leben oft ungesünder als Frauen. Außerdem neigen sie dazu, Arztbesuche aufzuschieben, sagt Demografieforscherin **Anna Oksuzyan**. Doch nicht nur deswegen leben Frauen länger.

**Frau Dr. Oksuzyan, die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in Deutschland liegt bei 78 Jahren, für Frauen beträgt sie 83 Jahre. Warum gibt es diesen Unterschied?**

**Oksuzyan:** Tatsächlich gilt für die meisten Länder: Frauen leben länger als Männer. Im Wesentlichen werden drei Faktoren dafür verantwortlich gemacht: Biologie, Lebensgewohnheiten und soziale Unterschiede.

**Welche biologischen Faktoren gibt es?**

**Oksuzyan:** Wir wissen, dass die weiblichen Geschlechtshormone, die Östrogene, eine schützende Wirkung haben in Bezug auf Herz-Kreislauf-Störungen. Außerdem haben sie eine positive Wirkung auf das Immunsystem der Frau. Darüber hinaus gibt es auch genetische Gründe, die als Erklärung dafür dienen können, dass Frauen länger leben als Männer. Ein Beispiel: Der grundlegende genetische Unterschied zwischen Mann und Frau sind die zwei X-Chromosomen im weiblichen Organismus. Wenn es auf einem X-Chromosom einen Gendefekt gibt, kann das gesunde Gen auf dem anderen X-Chromosom der Frau – sehr vereinfacht erklärt – einspringen und den Defekt ausgleichen.

**Welchen Einfluss haben die Lebensgewohnheiten auf die Lebenserwartung?**

**Oksuzyan:** Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die belegen, dass Männer eher zu risikoreichem Verhalten wie Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum und Drogenkonsum neigen. Sie ernähren sich weniger gesund. Frauen sind mehr mit der Familie beschäftigt und kennen sich mit Krankheitssymptomen besser aus.

Sie sind eher geneigt, rechtzeitig zum Arzt zu gehen. Aus gesellschaftlicher Sicht ist es für eine Frau eher akzeptiert, zum Arzt zu gehen. Krankheit und damit Schwäche eingestehen – das ist in der stereotypischen Verhaltensweise des Mannes eher nicht vorgesehen. Außerdem haben Männer öfter stressige Berufe wie Manage-

Probleme. Umgekehrt schlagen Frauen heute Karrierewege ein, wo sie gegebenenfalls ähnlichen Stressfaktoren unterliegen, wie bisher vor allem die Männer.

**Wenn Männer wie Frauen leben – könnten sie dann den Rückstand in der demografischen Statistik aufholen?**



Männer neigen eher zu risikoreichem Verhalten.

Dr. Anna Oksuzyan

ment-Positionen oder riskantere, körperlich anstrengendere Jobs.

**Mit dem Streben nach Gleichberechtigung verändern sich langsam die Rollen und Verantwortungsbereiche. Könnte das den Unterschied in der Lebenserwartung künftig verringern?**

**Oksuzyan:** Es ist noch nicht ausreichend untersucht worden, wie und ob diese Entwicklung die Geschlechterunterschiede bei der Lebenserwartung beeinflusst. Aber sie könnte zumindest das Verhalten der Männer verändern. Wenn sich die Männer intensiver um ihre Kinder kümmern, zum Beispiel öfter mit ihnen zum Arzt gehen, werden sie Krankheitszeichen eher bemerken und selbst öfter medizinische Hilfe suchen. Dadurch bekommen sie eher Zugang zur Prävention oder zur frühzeitigen Erkennung gesundheitlicher

**Oksuzyan:** Sicherlich, ein Beispiel ist das Rauchen. Wenn also beispielsweise die Männer aufhören würden zu rauchen und die Frauen auf ähnlichem Niveau wie bisher weitermachen, würde das Geschlechtergefälle abnehmen. Aber auch wenn sich solche Lebensgewohnheiten ändern, bleiben trotzdem noch die biologischen Unterschiede. ■

Das Interview führte Grit Horn, Redakteurin im KomPart-Verlag.

## Zur Person

Dr. Anna Oksuzyan ist Ärztin und Demografieforscherin. Am Max-Planck-Institut für Demografische Forschung in Rostock leitet sie seit Februar 2015 die Nachwuchsgruppe Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Altern.

Kontakt: [Oksuzyan@demogr.mpg.de](mailto:Oksuzyan@demogr.mpg.de)



# Cannabis macht Karriere

Von der illegalen Droge zum ärztlich verordneten Medikament: Der Gesetzgeber hat die medizinische Anwendung des Hanfprodukts Cannabis erleichtert. Doch noch fehlen Nachweise für die Wirksamkeit und die Sicherheit der Substanz, kritisiert Arzneimittelexpertin [Bettina Dubbick](#).

**B**ei chronischen Schmerzen wie etwa durch Rheuma oder bei Krämpfen durch Nervenerkrankungen wie Multiple Sklerose hoffen manche Patientinnen und Patienten auf Hilfe vom Hanf. Nur sehr wenige von ihnen durften bisher unter strengen gesetzlichen Auflagen Cannabispräparate konsumieren. Die Kosten dafür hatten sie meist selbst zu tragen. Seit einer Gesetzesänderung im März 2017 können Ärztinnen und Ärzte nun cannabishaltige Arzneimittel als Therapeutikum einsetzen (Paragraf 31 Absatz 6 Sozialgesetzbuch V). Die Kosten übernimmt die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch vorliegen. Mit der Neuregelung will

der Gesetzgeber schwerkranken Patientinnen und Patienten den Zugang zu cannabishaltiger Medizin ermöglichen und erleichtern, wenn ihnen nicht anders geholfen werden kann. Die Zahl der mit Cannabispräparaten behandelten Patientinnen und Patienten ist seither deutlich gestiegen.

**Für wenige Anwendungsgebiete zugelassen.** Bis vor Kurzem galt Cannabis noch als Substanz, deren medizinischer Nutzen nur spärlich belegt ist. Für einige wenige Anwendungsgebiete – beispielsweise Spastik (Krämpfe) bei Multipler Sklerose – waren Cannabispräparate zugelassen. Außerhalb dieser Zulassungen übernahmen die Krankenkassen nur in absoluten Ausnahme-

fällen die Kosten für Cannabis als Medizin. Die gesetzlichen Hürden hierfür lagen sehr hoch: Voraussetzung war beispielsweise eine lebensbedrohliche Erkrankung. Für andere Patienten bestand lediglich die Möglichkeit, das Betäubungsmittel mit Sondergenehmigung durch die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Medikament zu bekommen. Mit der Ausnahme-Erlaubnis durften die Patienten Cannabis über Apotheken erwerben. Die anfallenden Kosten hatten sie in diesem Fall jedoch selbst zu übernehmen. Die Therapie mit Cannabis wurde lediglich ärztlich begleitet.

In den vergangenen zehn Jahren stieg die Zahl der Anträge auf Ausnahmegenehmigungen zur Anwendung von Cannabis auf zuletzt rund 1.061. Im Jahr 2016 scheiterte das BfArM in einem Revisionsverfahren beim Bundesverwaltungsgericht mit dem Vorhaben, die Zulässigkeit des Eigenanbaus zur Selbsttherapie zu unterbinden (siehe Kasten „Bundesgericht erlaubte Eigenanbau“ auf Seite 22). Dass Privatpersonen die Erlaubnis bekommen sollten, Cannabis anzubauen, war dem Gesetzgeber aus gesundheits- aber vor allem aus ordnungspolitischer Sicht ein Dorn im Auge. Denn laut dem Drogen- und Suchtbericht 2017 lag der Anteil der Cannabis-Handelsdelikte an allen Rauschgift handelsdelikten im Jahr 2016 bei rund 62 Prozent. Die Behörden stellten 7,8 Tonnen Cannabis sicher. Diese Situation bereitet den Weg für die Möglichkeit, Cannabis ärztlich

zu verordnen. Zudem hatte der Druck durch einzelne Ärzte und Patientenorganisationen über die Jahre hinweg stetig zugenommen, Cannabis als Medizin zu legalisieren. Nachdem die Gesetzesänderung im März dieses Jahres in Kraft trat, war ein Antrag auf Ausnahmegenehmigung nicht mehr erforderlich.

**Cannabisagentur steuert Versorgung.** Am Zulassungsstatus von Cannabis und an der Datenlage zu seiner Wirksamkeit und Sicherheit hat sich seit dem 10. März 2017 nichts geändert. Dennoch haben schwerkranke Versicherte nunmehr die Möglichkeit, Cannabis auf Rezept zu erhalten. Dies ist ein absolutes Novum: Bisher war die Zulassung eines Arzneimittels Voraussetzung für die Erstattung.

Mittlerweile haben mehr als 4.000 AOK-Versicherte auf Basis der neuen Regelung eine Genehmigung für eine Cannabis-therapie erhalten. Verglichen mit den insgesamt 1.061 bis zu diesem Zeitpunkt erteilten Ausnahmegenehmigungen für ganz Deutschland ist das eine hohe Zahl. So gehen GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung allein für 2017 vorläufig von Mehrkosten für die GKV in Höhe von 18 Millionen Euro aus. In der Vorbereitung der Neuregelung hatte der Gesetzgeber auf Basis der bis dato erteilten Ausnahmegenehmigungen mit 647 Patienten pro Jahr gerechnet und war von Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Höhe von jährlich 155.280 Euro ausgegangen. Diese Grenze ist längst deutlich überschritten. Die beim BfArM angesiedelte Cannabisagentur, die die Versorgung in Deutschland steuern und kontrollieren soll, hat für die Jahre 2021 und 2022 einen Cannabisbedarf für gerade einmal 5.500 Patientinnen und Patienten ausgeschrieben. Das wird bei der sich abzeichnenden Nachfrage und Verordnungspraxis bei Weitem nicht ausreichen.

## Cannabis: Medizin und Suchtmittel

Bei Cannabis handelt es sich um die getrockneten Blüten der weiblichen Hanfpflanze. **Cannabis kann in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon für therapeutische Zwecke Anwendung finden** (Paragraf 31 Absatz 6 Sozialgesetzbuch V). Für eine ärztliche Verordnung stehen derzeit 14 verschiedene Cannabisblütenprodukte mit unterschiedlichen Wirkstoffgehalten zur Verfügung, die als Rezeptur über Apotheken abgegeben werden können. Neben Cannabisblüten können Ärzte Rezepturen auf Basis von Cannabisvollextrakten oder des Cannabiswirkstoffs Dronabinol (THC) sowie die Fertigarzneimittel Sativex® Spray (Cannabisvollextrakt) oder Canemes® (Wirkstoff Nabilon) verordnen. In ihrer therapeutischen Wirksamkeit besteht kein Unterschied. Die Therapiekosten unterscheiden sich jedoch erheblich. Bei der Auswahl ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Cannabis-haltige Arzneimittel unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Eine beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angesiedelte Cannabisagentur steuert und kontrolliert den Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke in Deutschland. Mit der ersten Ernte rechnet die Cannabisagentur 2019. Bis dahin wird der Bedarf über Importe gedeckt.

**Cannabis ist gleichzeitig die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in Deutschland.** Nach Angaben des Drogen- und Suchtberichts 2017 ist die Bereitschaft Jugendlicher und Heranwachsender, Cannabis zu probieren, in den vergangenen Jahren gestiegen. Rund zwei Millionen in Deutschland greifen demnach regelmäßig zum Joint. Das ist insbesondere deshalb problematisch, weil der Wirkstoffgehalt von Cannabis heute etwa fünf Mal höher liegt als noch vor 30 Jahren.

**Gesetzgeber definiert enge Voraussetzungen.** Die gesetzliche Neuregelung sowie die begleitende Berichterstattung über Cannabis auf Kassenrezept haben bei den Patienten überzogene Erwartungen hinsichtlich der Anwendungsmöglichkeiten sowie des Leistungsanspruchs geweckt. Es liegt jedoch auf der Hand, dass nicht alle Patienten mit einem Wunsch nach einer Cannabis-therapie auch dafür infrage kommen. Denn bei der Cannabis-therapie im Rahmen des Paragrafen 31 SGB V handelt es sich um eine Anwendung außerhalb der üblichen Zulassungsverfahren. Es mangelt an Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit, wie sie üblicherweise für die Erstattung durch die Krankenkassen Bedingung sind. Zudem unterliegt die Substanz dem Betäubungsmittelgesetz. Die Anwendung eines Betäubungsmittels ist grundsätzlich nur dann begründet, wenn keine anderen Therapiemöglichkeiten für den beabsichtigten Zweck zur Verfügung stehen. Der Gesetzgeber hat daher die Möglichkeit einer Cannabis-therapie auf den Ausnahmefall beschränkt und enge Voraussetzungen dafür definiert, wann ein Einsatz im Einzelfall zulässig ist. Dazu gehört das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung. Darüber hinaus dürfen keine Therapiealternativen verfügbar beziehungsweise im Einzelfall anwendbar sein. Auch darf die Aussicht auf positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome „nicht ganz fern liegen“.

Die breite Palette an Einsatzmöglichkeiten für Cannabis, wie manche Patienten sie erwarten, ist demnach nicht gegeben. Erst wenn Patienten alle gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllen, haben sie einen Anspruch auf eine von den Krankenkassen finanzierte Cannabistherapie.

**Begleiterhebung über fünf Jahre.** Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, benennt in einer Pressemitteilung vom 4. Mai 2016 Nachbesserungsbedarf: „Der

Allein in 15 Prozent der Fälle musste der Antrag auf Kostenübernahme aus formalen Gründen abgelehnt werden – eine Prüfung im Sinne des Gesetzes war gar nicht möglich.

Um eine gemeinsame und einheitliche Begutachtungspraxis sicherzustellen sowie die Prozessabläufe zu stabilisieren und zu standardisieren, hat der GKV-Spitzenverband Ende August dieses Jahres eine Begutachtungsleitlinie als Richtlinie erlassen. Sie wurde in intensiver Zusammenarbeit mit dem MDK erarbeitet und enthält unter anderem Informationen, die für eine



**Ob eine Cannabis-Therapie sinnvoll ist, lässt sich nicht verallgemeinern.**

Einsatz von Cannabis als Medizin in engen Grenzen ist sinnvoll und muss gleichzeitig noch näher erforscht werden. (...) Cannabis ist keine harmlose Substanz. (...)“ Um künftig mehr Erkenntnisse zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Cannabis in den potenziellen medizinischen Anwendungsgebieten zu gewinnen und damit eine Grundlage für die Entscheidung über eine dauerhafte Leistungspflicht der Krankenkassen zu schaffen, sieht der Gesetzgeber eine Begleiterhebung vor. Diese soll sich über fünf Jahre erstrecken. Sie speist sich aus den Angaben zu einzelnen Cannabistherapien, die Ärzte dem BfArM anonymisiert übermitteln sollen. Dennoch wird die Begleiterhebung wenig dazu beitragen können, den Mangel an Evidenz zu beheben. Denn um den Stellenwert von Cannabis in der Medizin objektiv bewerten zu können, sind dringend hochwertige und aussagekräftige Studien erforderlich.

**Neuland für Ärzte und Krankenkassen.** Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) haben zur Umsetzung der Cannabis-Regelung neue Verfahrensabläufe geschaffen. Alle Beteiligten haben mit Hochdruck dafür gesorgt, die gesetzliche Regelung mit Leben zu füllen und Patientinnen und Patienten den Zugang zu Cannabis zu ermöglichen. Mit Inkrafttreten der Cannabisregelung haben Ärzte und Krankenkassen Neuland betreten. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass es auf allen Seiten gewisse Anlaufschwierigkeiten gab. So waren insbesondere die Antragsstellungen der ersten Monate häufig unzureichend begründet beziehungsweise unvollständig.

strukturierte Zusammenarbeit zwischen Kasse und MDK notwendig sind. Darüber hinaus umfasst sie einen standardisierten Arztfragebogen, der die im Gesetz verankerten Leistungsvoraussetzungen widerspiegelt. Dieser soll Ärzte bei der Antragsstellung unterstützen und so die Zahl der aus formalen Gründen abgelehnten Anträge reduzieren helfen. Damit nimmt die Zahl unvollständiger Anträge langsam ab. Oft fehlt jedoch noch immer die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung des Arztes, wenn ein Patient trotz vorhandener zugelassener Alternativen den Antrag auf eine Cannabistherapie stellt.

**Gesetz bleibt an vielen Stellen unscharf.** Das Gesetz definiert zwar die Voraussetzungen einer Leistungsgewährung. Es ist aber an vielen Stellen unscharf beziehungsweise abstrakt. Ungewiss bleibt beispielsweise, welche Diagnosen oder Krankheitsbilder als schwerwiegend im Sinne der Regelung einzustufen sind. Schwierig ist auch, wie sich die Aussicht auf positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome darlegen und beurteilen lässt. So hat die Rechtsprechung etwa den Begriff „schwerwiegende Symptomatik“ bisher noch nicht endgültig geklärt. Das erschwert für alle Beteiligten die Umsetzung der Regelung – ein Problem, dass viele Experten bereits während des Gesetzgebungsverfahrens thematisiert hatten. In fünf Jahren wird sich der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Frage beschäftigen müssen, die Leistungsgewährung zu konkretisieren – keine leichte Aufgabe angesichts der Ausgangssituation.

**Kassen entscheiden nicht willkürlich.** Bevor eine Verordnung von cannabis-haltigen Arzneimitteln zulasten der GKV erfolgen darf, muss die Genehmigung positiv beschieden worden sein. Die Krankenkassen entscheiden hierbei nicht – wie ihnen oftmals vorgeworfen wird – willkürlich, sondern orientieren sich, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, an den Anspruchsvoraussetzungen. Erst wenn der behandelnde Arzt die Voraussetzungen für die Erstattungspflicht angemessen berücksichtigt hat, kann die Cannabistherapie genehmigt werden. Dies ist für jeden Patienten einzeln zu bewerten und lässt sich nicht pauschal auf Parallelfälle übertragen. Nicht jede gleichlautende Diagnose ist per se eine schwerwiegende Erkrankung. Viele Erkrankungen durchlaufen verschiedene Stadien und haben unterschiedliche Ausprägungen.

Die Krankenkassen prüfen in der Regel unter Hinzuziehung des MDK, ob der Arzt angemessen berücksichtigt hat, dass die Voraussetzungen für eine Erstattungsfähigkeit vorliegen. „Dass Ärzte und Krankenkassen jeden Fall genau prüfen, ist aber völlig richtig“, wird Marlene Mortler in apotheke adhoc vom 9. Oktober 2017 zitiert („Cannabis: Zwischen Euphorie und Vorsicht“). Aktuell werden innerhalb der AOK-Gemeinschaft 65 Prozent der Anträge positiv entschieden; 35 Prozent der Anträge erfüllen derzeit nicht die Kriterien der Regelung. Allein in 15 Prozent der Fälle ist eine Beurteilung erst gar nicht möglich. Hier wird zunächst formal abgelehnt.

Die Kritik an der angeblich restriktiven Genehmigungspraxis der Kassen ist demnach unberechtigt und basiert auf der falschen Erwartung von Patientinnen und Patienten. Diejenigen, die vor der Neuregelung eine Ausnahmeerlaubnis zum Can-

nabisbezug hatten, wollen auch danach eine Genehmigung für die Cannabistherapie erhalten. Das Gesetz sieht jedoch keine Sonderstellung von Patienten mit vorheriger Ausnahmeerlaubnis vor. Mit Einführung der Cannabisregelung liegt nunmehr ein neuer gesetzlicher Rahmen vor, der bei der Beurteilung der Leistungsgewährung Berücksichtigung finden muss.

**Patientenwunsch statt Arztentscheidung.** Die Therapieentscheidung soll in die Hände und damit in die Verantwortung der Ärzte gelegt werden. Das war eines der zentralen Motive des Gesetzgebers. Vor dem März 2017 hatte ein Arzt lediglich die Möglichkeit, die Selbsttherapie seines Patienten zu begleiten. Die Entscheidung für einen Einsatz von Cannabis auf Basis einer Ausnahmeerlaubnis hat jedoch eine Behörde, das BfArM, getroffen. Ob der Einsatz von Cannabis therapeutisch sinnvoll ist, sollen nun die behandelnden Ärzte für ihre Patienten im Einzelfall abwägen. Wunsch und Wirklichkeit sind jedoch weit voneinander entfernt. In vielen Fällen wirken Patienten oder Angehörige aktiv auf eine Antragstellung hin. Es ist daher dringend erforderlich, Patienten sachlich aufzuklären und die Ärzte bei der Einarbeitung in die neue Thematik zu unterstützen. Wichtig ist, dass dabei immer die Frage beantwortet wird, ob ein cannabis-haltiges Medikament dem Patienten wirklich helfen kann oder ob es vielleicht bessere, sinnvollere Alternativen für ihn gibt. Eine Pauschalisierung der Anwendungsmöglichkeiten und Idealisierung des Stellenwertes von Cannabis ist dabei wenig hilfreich, genauso wie die Debatte, Krankenkassen wären zu restriktiv.

**Cannabis ist kein Wundermittel.** Vieles spricht also zunächst gegen Cannabis als breit eingesetztes Therapeutikum. Die Substanz ist keine Heilpflanze wie beispielsweise Kamillenblüten, sondern ein Betäubungsmittel, das ohne fundierte Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit sowie ohne Zulassung bei schwerwiegenden Erkrankungen zum Einsatz kommt. Es ist kein Mittel der ersten Wahl und schon gar keine medizinische Wunderwaffe. Nach aktuellem Stand der Erkenntnisse wirkt Cannabis nicht besonders gut gegen Schmerzen. Außerdem gibt es viele „Non-Responder“, also Patienten, bei denen Cannabis überhaupt nichts bringt. Die Substanz ist demnach bestenfalls eine wichtige Therapiealternative im Einzelfall, aber nicht dafür geeignet, alle Schmerzpatienten besser zu versorgen.

Viele Patientinnen und Patienten haben durch die gesetzliche Neuregelung Zugang zu Cannabis als Medizin erhalten. Welchen Stellenwert Cannabis als Therapeutikum in diversen Anwendungsgebieten hat, wird sich aber erst langfristig zeigen. Die vom Gesetzgeber vorgesehene fünfjährige Begleiterhebung reicht nicht, um dies zu klären. Weitere Studien sind dringend erforderlich, die objektiv und systematisch Wirkung und Nebenwirkung erforschen. Eine vorschnelle Aufweichung der derzeitigen gesetzlichen Regelung ist nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten. ■

---

**Dr. Bettina Dubbick** ist Pharmazeutin und Referentin für Arzneimittel in der Abteilung Arznei-, Heil- und Hilfsmittel im AOK-Bundesverband.  
**Kontakt: Bettina.Dubbick@bv.aok.de**

## Bundesgericht erlaubte Eigenanbau

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. April 2016 liegt der Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken im öffentlichen Interesse, wenn der Antragsteller an einer schweren Erkrankung leidet und ihm zur Behandlung der Krankheit keine gleich wirksame und für ihn erschwingliche Therapiealternative zur Verfügung steht. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) muss den privaten Anbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken erlauben, wenn der Erkrankte die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt und keine Versagungsgründe nach dem Betäubungsmittelgesetz entgegenstehen. Dem Bundesinstitut steht dann kein Ermessen zu, entschied das Bundesverwaltungsgericht im April 2016.

**Im Mittelpunkt des Rechtsverfahrens stand ein 52-jähriger Multiple-Sklerose-Patient, der in Cannabis eine wirksame Therapie zur Linderung seiner krankheitsbedingten Beeinträchtigungen sah.** Der Patient kämpfte bereits seit mehreren Jahren für eine Ausnahmeerlaubnis beim BfArM. Um die Cannabistherapie finanzieren zu können, begehrte der Patient, Cannabis offiziell in seiner Wohnung anbauen zu dürfen. Der Selbsterwerb von Cannabis aus der Apotheke kam als Alternative aus Kostengründen nicht in Betracht. Nachdem das BfArM den Antrag 2007 ablehnt hatte, reichte der Patient Klage ein. 2016 musste das BfArM dem Antrag, eine Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau zu erteilen, stattgeben. Das Urteil kann als einer der entscheidenden Beweggründe bei der Legalisierung von Cannabis als Medizin angesehen werden.

# „Wir brauchen Cannabis nur in Ausnahmefällen als Medikament“

Der Schmerzexperte **Christoph Maier** hält das Cannabis-Gesetz für undurchdacht und unnötig. Mithilfe der Regelungen bekommen tausende Patienten eine Droge als Medikament – obwohl sie davon vermutlich gesundheitlich nicht profitieren werden.

**Herr Professor Maier, welchen Stellenwert hat Cannabis in der Schmerzbehandlung?**

**Christoph Maier:** Das Absurde an der Diskussion rund um Cannabis ist, dass so getan wird, als gäbe es einen riesigen Bedarf. Dabei hat es einen sehr geringen Stellenwert in der Behandlung von Schmerzen. Abgesehen von wenigen Ausnahmen brauchen wir es nicht als Medikament.

**Für welche Patienten kommt es überhaupt in Frage?**

**Maier:** Cannabis beeinflusst die Begleitgefühle des Schmerzes wie zum Beispiel Angst stärker als den Schmerz an sich. Bei der Behandlung von Multipler Sklerose (MS) und Rückenmarksverletzungen wirkt es sehr gut. Leider ist es jedoch für die zweite Gruppe nach wie vor nicht zugelassen, wir müssen es im Einzelfall beantragen. Nachgewiesen unwirksam ist es bei einer Reihe von Krankheitsbildern wie akuten Schmerzen, Kopfschmerzen und Nervenschmerzen. Auch bei Muskelerkrankungen gibt es keinen Hinweis auf Wirksamkeit.

**Wie profitieren Schmerzpatienten?**

**Maier:** Cannabis ist zunächst erstaunlich gut verträglich. Auch gibt es keinen Anhaltspunkt dafür, dass es Organe schädigt. Wir haben in unserer Schmerzambulanz in den vergangenen Jahren Dutzende von Patienten mit Rückenmarksverletzungen per Einzelgenehmigung mit Cannabis behandelt. Obwohl sie dies anfangs sehr begrüßten, brachen trotzdem viele ab. Der Grund: Die Nebenwirkungen sind für geistig aktive Menschen auf Dauer ausgesprochen unangenehm. Cannabis vermindert Leistungsfähigkeit, Konzentration und Antrieb. Hinzu kommt die Gefahr von Abhängigkeit, die bei fünf Prozent liegt.

**Welche Belege für Wirkung und Nutzen liegen vor?**

**Maier:** In der Palliativmedizin wirkt Cannabis eindeutig gegen Übelkeit und Erbrechen. Für Nervenschmerz liegen dagegen umfangreiche Metaanalysen mit weitgehend negativen Ergebnissen vor; für Rückenmarksverletzungen und MS gibt es ein-

zelne positive Studien. Bei Muskel- und Kopfschmerz gibt es ausschließlich negative Hinweise, bei Krebschmerz überwiegend negative. Es gibt dabei keinerlei Vergleich von Cannabis mit anderen Schmerzmedikamenten, nur mit Placebos. Wichtig wäre zudem die Untersuchung des langfristigen Nutzens über den Schmerz hinaus. Wenn Cannabis sozialen Rückzug und Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, ist es kein gutes Medikament.



Prof. Dr. Christoph Maier leitet die Abteilung für Schmerzmedizin am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum.

**Was bringt die gesetzliche Regelung den Patienten?**

**Maier:** Es handelt sich um ein undurchdachtes Gesetz, denn die Krankenkassen können die Erstattung von Cannabispräparaten kaum noch ablehnen. Eine Handvoll Patienten werden davon gesundheitlich profitieren. Aber zugleich bekommen tausende Menschen Cannabis, denen es nach heutigem Wissensstand nicht helfen wird.

**Welche Erfahrungen haben Sie mit den Krankenkassen gemacht?**

**Maier:** Wir brauchten das Gesetz nicht. Unsere Erfahrungen mit den Kassen waren auch zuvor gut. Wir konzentrieren uns auf Patienten, bei denen wir wissen, dass sie von Cannabis profitieren. Für sie konnten wir auch früher schon den Antrag auf Kostenerstattung stellen. ■

Die Fragen stellte Karola Schulte.



# Der große Schnitt

Immer mehr Menschen haben starkes Übergewicht. Einige von ihnen hoffen auf Hilfe durch die Adipositas-Chirurgie. Eva aus Hannover hat Teile ihres Magens und Dünndarms ausschalten lassen, um abzunehmen. Was das bedeutet, hat sie G+G-Redakteurin **Änne Töpfer** erzählt.

**D**icke haben schrecklich dicke Beine, Dicke ham 'n Doppelkinn, Dicke schwitzen wie die Schweine, stopfen, fressen in sich 'rin: An dieses Lied von Marius Müller-Westernhagen, mit dem der Sänger ein Zeichen gegen Diskriminierung setzen wollte, denkt Eva (*Name von der Redaktion geändert*), wenn sie im Fitnessstudio auf dem Laufband trainiert. Die 51-Jährige wiegt 120 Kilogramm und weiß, wie es sich anfühlt, wenn andere über ihren Körperumfang lästern. Neulich fuhr sie mit dem Elektrofahrrad an zwei halbwüchsigen Jungen vorbei. An einer Ampel holten die beiden sie ein und einer sagte laut: „Wenn ich so fett wäre, müsste ich auch E-Bike fahren.“ Oder im Schwimmbad: Da

bezeichneten Jugendliche sie als Wal und sprangen gezielt auf sie drauf. „Dicke Menschen leiden unter Vorurteilen“, sagt Eva. „Sie gelten als zügellos. Viele denken: Sollen die sich doch einfach mal zusammenreißen und weniger essen.“ Dass das nicht so leicht ist, lässt sich an den aktuellen Zahlen zum Gewicht in Deutschland ablesen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts sind rund 60 Prozent der Bevölkerung übergewichtig. Sie haben einen Body Mass Index (BMI) über 25. Rund ein Viertel ist sogar adipös – mit einem BMI von 30 und mehr (*siehe Abbildung „Ein schweres Problem“ auf Seite 26*). Evas BMI beträgt heute 40. Aber sie hat schon mal 180 Kilogramm gewogen – BMI 59. Vor sechs Jahren hat sie darum ihren Magen verkleinern lassen.

**Register erfasst Komplikationen.** Der sogenannte Schlauchmagen gehört zu den häufigsten bariatrischen Operationen (von baros = schwer: die Behandlung von Übergewicht betreffend). Die Chirurgen schneiden ein großes Stück des Magens heraus und nähen den Rest wieder zusammen. Bei anderen Patienten legen sie einen Magenbypass an, der Teile des Dünndarms ausschaltet. Früher war das Magenband in der Adipositas-Chirurgie weit verbreitet: Ein Silikonband schnürt ein Stück des Magens nach oben hin ab. Dabei treten jedoch häufig Spätkomplikationen auf. Das spiegelt das German Bariatric Surgery Registry (GBSR) wider, das im Verlauf von zehn Jahren nach seiner Gründung 2005 das Gros aller Adipositas- und metabolisch-chirurgischen Eingriffe erfasst hat, insgesamt mehr als 45.000. Die häufigste dort registrierte Operationsmethode ist der sogenannte Roux-Y-Magenbypass (rund 17.000), gefolgt vom Schlauchmagen (fast 16.000) und dem Magenband. Letztere Methode hat 45 Prozent der Revisionen (erneute Operation wegen Komplikationen) verursacht. Weitere Operationsmethoden sind der Magenballon, der die Nahrungsaufnahme begrenzt und die biliopankreatische Diversion, ein komplexer Eingriff, der die Verdauungssäfte umleitet, sodass der Körper die Nahrung nicht komplett verwerten kann. Deshalb müssen Patienten nach dieser Operation unter anderem Eiweißpräparate zu sich nehmen.

Das Ziel aller bariatrischen Operationen ist es, die Nahrungsaufnahme und den Verdauungsprozess so zu behindern, dass stark übergewichtige Menschen abnehmen. So können Patientinnen und Patienten mit Schlauchmagen beispielsweise nur ein halbes Glas Wasser auf einmal trinken. „Vor einer normal großen Müsliportion würde ich drei Stunden sitzen“, berichtet Eva. „Ich teile mir das Müsli ein und esse bis zum Mittag immer wieder zwischendurch davon.“ Sonst hat sie

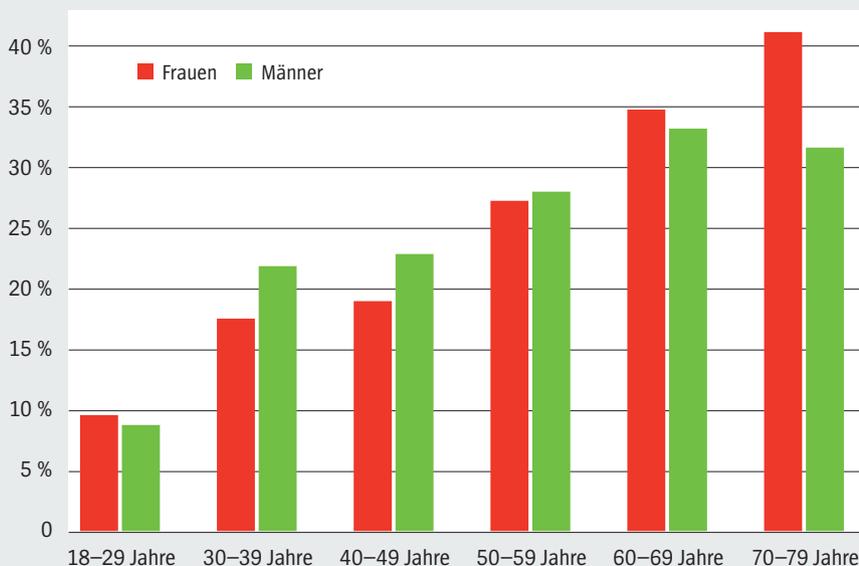
Völlegefühle, kann sich kaum bewegen, bekommt Seitenstiche und wird „furchtbar müde“.

**Zunächst leben die Patienten sichtbar auf.** Die Adipositas-Chirurgie gilt als letztes Mittel, wenn alle anderen Abnehmversuche fehlgeschlagen sind und der BMI über 35 liegt. Dennoch ließen 2014 nach Zahlen des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung immerhin fast 10.000 Menschen in Deutschland Chirurgen Hand an ihr Übergewicht legen. Und das zunächst meist mit Erfolg. Im ersten dreiviertel Jahr nach der Operation verlieren die meisten Patienten sehr viel Gewicht, manche sogar bis zur Hälfte des Ausgangswertes. So auch Eva: Sie wog schließlich 102 Kilogramm. Häufig verschwinden oder bessern sich Begleiterkrankungen wie beispielsweise Diabetes. „In der Honeymoon-Phase leben die Menschen sichtbar auf“, erzählt Eva, die drei Selbsthilfegruppen leitet, in denen sich Menschen vor und nach dem Eingriff treffen. „Aber nach rund neun Monaten ist die Stimmung weg.“ Manche Menschen nehmen dann sogar wieder so viel zu, dass sie mehr wiegen als vor der Operation. Eva hat dafür eine Erklärung: „Wir sind süchtig und die Sucht bleibt bestehen: Wir werden am Bauch operiert und nicht am Kopf.“ Manchmal verlagere sich die Sucht auf andere Bereiche, wie etwa Einkaufen, Sex oder Alkohol.

**Freundin stirbt mit 29 Jahren.** Zudem bergen die Operationen erhebliche Risiken. Im Extremfall kann ein Eingriff lebensbedrohliche Komplikationen nach sich ziehen. So bei Nadine (*Name von der Redaktion geändert*), die gemeinsam mit Eva eine Selbsthilfegruppe betreute. Sie ist vor wenigen Monaten gestorben – im Alter von 29 Jahren. Bei ihr nahmen Ärzte die oben erwähnte biliopankreatische Diversion vor. In der Folge hat

## Ein schweres Problem: Jeder Vierte hat starkes Übergewicht

Männer und Frauen mit Adipositas (BMI  $\geq 30$ ) in Deutschland nach Altersgruppen



Ein Viertel der Erwachsenen in Deutschland ist stark übergewichtig (adipös). Der Anteil der Frauen und Männer mit Adipositas steigt mit dem Alter: Während unter den 18- bis 29-Jährigen knapp zehn Prozent stark übergewichtig sind, weisen bei den 70- bis 79-Jährigen rund 40 Prozent der Frauen und rund 30 Prozent der Männer einen BMI von 30 und mehr auf. Sie bringen beispielsweise bei einer Körpergröße von 170 Zentimetern mindestens 87 Kilogramm auf die Waage.

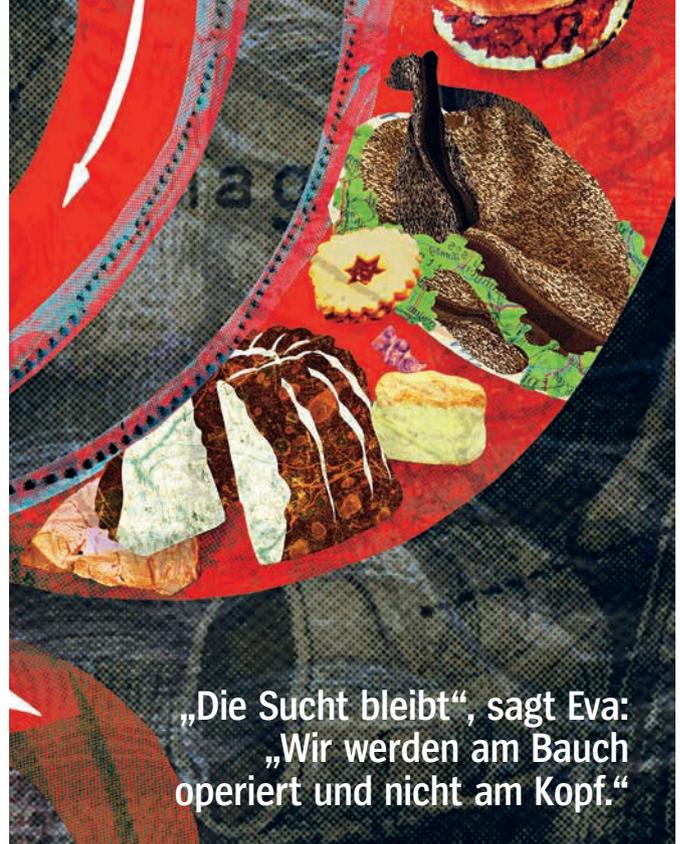
Quelle: Robert Koch-Institut 2014, Studie DEGS1, Erhebung 2008-2011

Nadine ein Eiweißmangelsyndrom bekommen. „Durch den Eiweißmangel hat die Leber versagt, die Nieren haben aufgehört zu arbeiten, multiples Organversagen“, berichtet Eva. „14 Tage vorher war sie noch bei uns in der Gruppe. Sie sagte: Leute, nehmt eure Medikamente, sonst geht es euch wie mir – noch keine 30 und ein körperliches Wrack.“ Sie sei zu spät ins Krankenhaus gegangen, weil sie sich wegen ihres Studiums unter Druck gesetzt habe, meint Eva. „Aber das ist der einzige Fall, von dem ich weiß, bei dem nach einer Adipositas-Operation so etwas Schlimmes passiert ist.“

**Zweite Operation legt Teile des Dünndarms still.** Bei Eva hingegen lief zunächst alles erwartungsgemäß: Am vierten Tag nach der Operation war die Naht am Magen dicht und sie durfte wieder essen und trinken. „In den ersten drei Wochen alles, was durch einen Strohhalm passt, passierte und flüssige Kost, Joghurt drinks. Nach drei Wochen durfte ich Brei essen und nach sechs Wochen mit fester Nahrung beginnen.“ In der Anfangsphase hat sich die Callcenter-Agentin krankschreiben lassen. „Zuhause hat alles geklappt. Aber ich habe mich gewundert, dass ich einen halben Liter Brühe trinken konnte. Das konnte nicht vom Dehnen kommen.“ Ein halbes Jahr später bekam Eva zudem Sodbrennen; eine Langzeitmessung ergab exorbitant hohe Magensäurewerte. „Die Ärzte haben gesagt: Wir müssen umbauen. Sie haben dann einen Meter 80 vom Dünndarm stillgelegt.“ Und Eva bekam eine negative Folge der Operation zu spüren: „Ich vertrage Laktose und Fruktose nicht mehr.“ Milch und Milchprodukte sowie viele Obstsorten hat sie von ihrem Speiseplan gestrichen.

**Chirurgische Fachgesellschaft vergibt Zertifikate.** Um die Qualität in der Adipositas-Chirurgie zu sichern, vergibt die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) Zertifikate. Von den rund 350 Kliniken, die in Deutschland bariatrische Operationen anbieten, sind 54 (Stand: November 2017) „zertifizierte Zentren“, das heißt, sie haben sich einer externen Qualitätsprüfung unterzogen und die von der Fachgesellschaft vorgegebenen Anforderungen erfüllt. „Dabei geht es beispielsweise um die Behandlungsergebnisse, um die Auswahl der Patienten und um die Strukturen für die lebenslange Nachsorge“, erläutert Privatdozent Dr. Achim Hellinger. Er leitet die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Fulda, deren Adipositaszentrum das DGAV-Zertifikat trägt. „Wir übermitteln unsere Ergebnisse an das Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrum der DGAV. Alle drei Jahre überprüft ein Auditor neben den erwähnten grundsätzlichen Kriterien anhand von Stichproben auch die Qualität der Dokumentation.“ So werde einerseits eine hohe Versorgungsqualität sichergestellt, zudem könne etwa aufgedeckt werden, wenn eine Klinik eine Komplikation nach einer Operation zwar aufzeichne, aber nicht dem Register gemeldet habe.

Für rund 21.000 im German Bariatric Surgery Registry (GBSR) verzeichnete Operationen gab es mindestens eine Folgeuntersuchung. Dabei zeigte sich, dass nach dem Magenbypass der BMI im Durchschnitt stärker gesunken ist als nach einer Schlauchmagen-Op. Aber bei beiden Methoden war die im GBSR dokumentierte Gewichtsabnahme durchaus eindrucksvoll: Hatten die



„Die Sucht bleibt“, sagt Eva:  
„Wir werden am Bauch  
operiert und nicht am Kopf.“

Patienten vor dem Eingriff im Durchschnitt einen BMI von um die 50, lag er nach der Operation zwischen 30 und 40.

Auch Achim Hellinger vom Adipositaszentrum am Klinikum Fulda meldet Erfolge: Von den rund 1.400 Patientinnen und Patienten, die dort seit 2006 operiert worden und fast alle in der Nachsorge sind, haben über 90 Prozent ihr Übergewicht um mehr als 50 Prozent reduziert – gemessen nach einem bis anderthalb Jahren. „Einige Patienten mit Schlauchmägen aus den ersten Jahren haben gute Ziele erreicht. Sie sind zwar nicht alle normalgewichtig, aber immerhin nur noch übergewichtig und nicht krankhaft adipös, haben also einen BMI unter 30“, freut sich der Chirurg, muss allerdings einräumen: „Wir treffen durchaus auch Patienten, die wieder zunehmen. Sie brauchen nach Ursachenanalyse teilweise einen zweiten Eingriff, bei dem wir beispielsweise einen Schlauchmagen in einen Magenbypass umwandeln.“

**Konservative Therapien ausschöpfen.** Um zu entscheiden, ob die Kosten einer Adipositas-Operation im Einzelfall von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, können die Krankenkassen den MDK (Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) mit der sozialmedizinischen Begutachtung beauftragen. Der Leitfaden dafür ist gerade aktualisiert worden (siehe Interview auf Seite 29). Die MDK-Gutachter berücksichtigen neben dem Gewicht – Voraussetzung ist in der Regel ein BMI von 35 oder mehr – das Vorliegen von Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck. Patienten, die einen BMI von 35 oder mehr haben, müssen zusätzlich nachweisen, dass konservative Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltenstherapien keinen Erfolg hatten, das heißt, dass das Ausgangsgewicht nicht um mindestens zehn Prozent gesunken ist. Die Patienten durchlaufen daher üblicherweise vor einem chirurgischen Eingriff mindestens sechs Monate lang das sogenannte Multimodale Konzept (MMK), das die Kliniken in Eigenregie anbieten.



Neben den Treffen in einer Selbsthilfegruppe, wie sie beispielsweise Eva leitet, lassen sich die Überwichtigen im MMK von Ernährungsexperten beraten und machen Sport. Das wesentliche Ziel ist, eine Änderung des Lebensstils zu erreichen.

**Nach Diät-Versagen auf dem Tiefpunkt.** Eva hingegen bekam die Operationen gratis von einer Klinik. „Ich hatte alles ausprobiert: Brigitte-Diät, Eier-Diät, Weight Watchers, Trennkost, Atkins-Diät“, erzählt sie. „Es ist ja so: Wenn das normale Leben wieder anfängt und man sich nicht an die Spielregeln hält, wächst das Gewicht wieder.“ Evas Leben war vor der Operation auf einem Tiefpunkt: „Als ich 2010 im Urlaub eine Safari gemacht habe, kam ich nicht allein auf den Jeep rauf, sie mussten mich hochziehen. Dann bin ich bei Glatteis auf die Nase gefallen und kam nicht mehr auf die Beine. Da wusste ich: Entweder fresse ich mich zu Tode oder ich tue etwas dagegen.“ Evas Lebensgefährtin fand für sie im Internet eine Selbsthilfegruppe, die an einer Klinik angesiedelt war. „Da stellten sie diese Operation vor.“ Der Professor, mit dem sie sprach, „war der erste Arzt, der sich für mich Zeit nahm und mich nicht ausgelacht oder in irgendeine Schublade gepackt hat. Der war warmherzig und nett, hat mich verstanden. Und er hat gesagt: Sie können tun, was sie wollen, das bringt jetzt nichts mehr“. Im Januar 2011 fand dieses Gespräch statt – im darauffolgenden März kam Eva unters Messer. „Der Professor hat mir gesagt, dass sie einen Versuch starten und die Operation so genehmigen, ohne Zusage von der Krankenkasse. Das habe ich gern akzeptiert. In dem Moment hat bei mir da oben etwas ausgesetzt. Ich brauchte gar keine Informationen. Da war jemand, der mir helfen wollte.“

Angst vor dem Eingriff hatte sie nicht, wohl auch, weil sie Schlimmeres hinter sich hatte. Sie litt damals unter Depressionen und war wegen eines Selbstmordversuchs in der Psychiatrie. „Ich habe mich auf die Operation gefreut, ehrlich. Ich dachte: Wenn

ich diese Mengen nicht mehr essen kann, dann purzelt das Gewicht von ganz allein. Was es ja dann auch tat.“ Doch im Laufe des vergangenen Jahres hat sie wieder 20 Kilogramm zugenommen – nachdem ihr Vater gestorben war. „Wenn so etwas Einschneidendes passiert, rauscht man wieder in die alten Verhaltensmuster rein.“

**Mit der Sucht leben lernen.** Bei Eva heißt das: Die Esssucht gewinnt Oberhand. „Ich muss lernen, mit meiner Sucht zu leben. Ähnlich wie beim Alkohol dreht sich das Leben um eine Art Beschaffungskriminalität. Als ich mit meinen 180 Kilo zehn Tafeln Schokolade geholt habe, sagte ich zur Kassiererin: Ich bin zum Kindergeburtstag eingeladen. Oder wenn man nachts mit Heißhunger aufsteht und zur Tanke fährt, um sich was Süßes zu kaufen – das ist Sucht. Und das kommt bei massiv Übergewichtigen sehr häufig vor.“ Deshalb brauchen die Betroffenen einen Psychologen, meint Eva. „Womit deckeln sie die Sucht sonst? Es ist nicht so, dass man die Operation machen lässt und dann ist das Übergewicht weg. Das Leben 2.0 fängt dann erst an.“ Eva findet es daher gut, dass die Krankenkassen die Kostenübernahme an strenge Bedingungen knüpfen. „Dann muss sich der Patient nochmal mit seiner Krankheit auseinandersetzen, muss lernen, sich an Spielregeln zu halten, kleine Dinge zu zelebrieren, nicht so schnell und zwischendurch zu essen, sondern sich hinzusetzen und sich auf sein Essen zu konzentrieren.“

Trotz aller Risiken und Rückschläge: Eva würde sich wieder operieren lassen. „Die Operationen haben mir das Leben gerettet“, ist sie überzeugt. „In der Gewichtsklasse fühlst du dich nicht mehr wohl und du leidest.“ Inzwischen fährt sie viel Rad, bei schönem Wetter 13 Kilometer zur Arbeit. „Das hätte ich früher nie gemacht.“ Sie möchte vielen Menschen vermitteln, was die Operation für sie bedeutet. „Darum gehe ich in die Öffentlichkeit und rede darüber.“ Immer wieder weist sie auch auf die Schwierigkeiten hin, die mit den Eingriffen verbunden sind. Deshalb sollten sich alle Beteiligten mit jedem Patienten vorher intensiv auseinandersetzen. „Bestimmte psychische Probleme kann ein Adipositas-Chirurg auf den ersten Blick nicht einschätzen“, sagt Eva. Sie kämpft für „mehr aufs Essverhalten spezialisierte Psychotherapie“.

**Kleine Schritte statt großem Schnitt.** Bleibt die Hoffnung, dass Menschen wie Eva auch ohne den ganz großen Schnitt die Kurve kriegen. Ergebnisse einer im September 2017 veröffentlichten Studie von Wissenschaftlern des Universitätsklinikums Tübingen und des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München sowie vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam sprechen für eine Strategie der kleinen Schritte. Demnach bringt auch eine moderate Gewichtsabnahme bei Adipositas gesundheitliche Vorteile. Bei einem mittleren Ausgangs-BMI von 35 reicht eine Abnahme von mehr als zehn Prozent wahrscheinlich aus, um vom „metabolisch kranken“ zum „metabolisch gesunden“ Übergewicht zu gelangen, haben die Forscher herausgefunden. Sie bezeichnen das als ein „wichtiges Etappenziel“ auf dem Weg zum Normalgewicht. Davon ist Eva noch weit entfernt. Aber sie freut sich, dass sie sich wieder bücken und ihre Katzen hochheben kann. „Und wenn ich hinfallte, kann ich heute wieder aufstehen.“ ■

### Webtipps

- [www.dgav.de](http://www.dgav.de) > Zertifizierung > Verzeichnis der von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie Zertifizierten Zentren für Adipositas-Chirurgie
- [www.rki.de](http://www.rki.de) > Gesundheitsmonitoring > Übergewicht und Adipositas
- [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) > Begutachtungslleitfaden Adipositas-Chirurgie

# „Die Operation kommt nur als letztes Mittel in Betracht“

Den Magen verkleinern oder Teile des Darms stilllegen – das kann einzelne Patienten vor den gesundheitlichen Folgen extremen Übergewichts bewahren, sagt **Stefan Gronemeyer**. Doch gegen das Massenphänomen Adipositas helfen nur Verbraucherschutz und Prävention.

**Herr Dr. Gronemeyer, die Zahl der Adipositas-Operationen steigt. Worauf führen Sie diese Entwicklung zurück?**

**Stefan Gronemeyer:** Das Hauptproblem ist, dass immer mehr Kinder und Erwachsene übergewichtig oder sogar adipös sind. Wegen der oftmals frustrierenden Erfahrungen mit Abnehmensversuchen verwundert es nicht, dass immer mehr Menschen auf die Adipositas-Chirurgie setzten. Diese Eingriffe werden ja auch an immer mehr Krankenhäusern angeboten.

**Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes hat seinen Begutachtungleitfaden zur Adipositas-Chirurgie kürzlich überarbeitet. Was stand dabei im Fokus?**

**Gronemeyer:** Konkreter Anlass war die S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas von 2014, in der die Fachgesellschaften die Kriterien für Indikationen in der Adipositas-Chirurgie geändert haben. Die Tendenz geht dahin, schon bei niedrigerem BMI zu operieren – insbesondere bei Patienten mit Diabetes. Nicht einig sind sich Chirurgen und Ernährungsmediziner, ob Patienten mit einem sehr hohen BMI über 50 eine Operation generell empfohlen werden sollte – auch, wenn noch nicht alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten angewandt worden sind. Unsere Auswertung hochwertiger klinischer Studien ergab, dass der Nutzen der Adipositas-Chirurgie je nach Patientengruppe unterschiedlich zu bewerten ist. Unser Leitfaden soll den Gutachterinnen und Gutachtern des MDK in dieser Situation eine Orientierung geben.

**Was spricht für die Adipositas-Chirurgie – und was dagegen?**

**Gronemeyer:** Man muss unterscheiden, ob es um einen bestimmten Patienten geht oder um die Grundsatzfrage, wie unsere Gesellschaft das Massenphänomen Adipositas in den Griff bekommt. Bei einem einzelnen Patienten, der intensiv aber erfolglos versucht hat, dauerhaft abzunehmen, kann eine Operation das letzte Mittel sein, um drohende Folgeerkrankungen abzuwenden. Ich glaube aber nicht, dass die Operation das richtige Mittel ist, um das immer größer werdende Problem

Adipositas zu lösen. Da können nur Verbraucherschutz und Prävention helfen.

**Anhand welcher Kriterien prüft der Medizinische Dienst, ob eine Operation sinnvoll ist?**

**Gronemeyer:** Die Fachärztinnen und Fachärzte des Medizinischen Dienstes prüfen im Einzelfall, ob die sozialmedizinischen



Dr. Stefan Gronemeyer ist Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS).

Voraussetzungen erfüllt sind. Die Operation kommt nur als letztes Mittel in Betracht. Die Gutachter prüfen vor allem, ob nachvollziehbar dargelegt ist, dass die konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Davon ausgenommen sind Patienten, bei denen aus medizinischen Gründen keine konservative Behandlung möglich ist.

**Welche Alternativen haben extrem übergewichtige Menschen, wenn eine Operation nicht infrage kommt?**

**Gronemeyer:** Für sie gibt es multimodale Programme zur Lebensstiländerung, die am Bewegungs- und Ernährungsverhalten ansetzen. Sollten schwere Begleiterkrankungen oder vorrangig psychische Ursachen gegen eine Operation sprechen, müssen primär diese Erkrankungen behandelt werden. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

Lachen erlaubt: Die ehrenamtliche Sterbebegleiterin Mechthild Schreiner erklärt, warum es so wichtig ist, bis ans Lebensende miteinander zu reden – auch über scheinbar so banale Dinge wie Brötchenhälften.



# Kleines Einmaleins der Sterbebegleitung

Die meisten Menschen wollen am liebsten zu Hause sterben. Doch viele Angehörige trauen sich nicht zu, ihre Lieben bis zum Lebensende zu begleiten. In „Letzte-Hilfe-Kursen“ können Laien jetzt lernen, wie sie sterbende Menschen gut umsorgen.

Silke Heller-Jung (Text) und Olaf Hermann (Fotos) haben eine Schulung für angehende Kursleiter besucht.

**D**as Pergamentpapier raschelt verheißungsvoll, als Mechthild Schreiner das Körnerbrötchen auswickelt. Rund zwanzig Augenpaare sind erwartungsvoll auf die blonde Frau mit der Brille gerichtet, als sie eine Geschichte von einem alten Ehepaar erzählt: „Jahraus, jahrein schneidet der Ehemann morgens das Frühstücksbrötchen auf und reicht seiner Frau die obere Hälfte. Als er ihr nach vielen Jahren versehentlich einmal die untere Brötchenhälfte gibt, sagt sie: „Die mag ich sowieso viel lieber.“ Und der Ehemann entgegnet völlig perplex: „Und

ich die obere!“ Mechthild Schreiner macht eine Pause und fährt dann fort: „Es ist immens wichtig, miteinander zu sprechen und klar zu sagen, was man möchte und was nicht.“ Und das gelte nicht nur fürs Frühstücksbrötchen, sondern erst recht für so wichtige Fragen wie die, was man sich für seine letzte Lebensphase wünsche. „Auch da muss man miteinander ins Gespräch kommen und im Gespräch bleiben.“ Im Seminarraum breitet sich zustimmendes Gemurmel aus. „Oh, das merke ich mir“, flüstert ein Teilnehmer seiner Sitznachbarin zu. „Das ist ja mal ein super Einstieg.“



*„Ich würde mir wünschen, dass mehr Menschen in der Lage sind, anderen zu helfen.“*

**Dr. Georg Bollig** ist Notarzt und Palliativmediziner. Der Gründer der Letzte-Hilfe-Kurse lehrt als Clinical Associate Professor Palliative Care an der Universität Süd-Dänemark.

**Auf das Zutrauen kommt es an.** Auch Dr. Georg Bollig nickt. Der ausgebildete Notarzt absolvierte 2008 in Wien das Masterstudium „Palliative Care“, als ihm die Idee zu den „Letzte-Hilfe-Kursen“ kam. Sie sollen den Menschen die Angst davor nehmen, einen sterbenden Angehörigen zu umsorgen. „Nur etwa zehn bis fünfzehn Prozent der Sterbenden sind auf eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung angewiesen“, erklärt der engagierte Mediziner. „Ich brauche also am Lebensende längst nicht immer einen Spezialisten. Was ich aber brauche, ist jemand, der sich zutraut, etwas zu tun“, erläutert Bollig seinen Zuhörern. Die Parallele zu den Erste-Hilfe-Kursen liegt für den Mediziner auf der Hand: Sowohl bei der Ersten wie bei der Letzten Hilfe komme es letztlich darauf an, in schwierigen Situationen über das nötige Wissen zur humanen Hilfe und Mitmenschlichkeit zu verfügen. „Das sollte eigentlich Allgemeinwissen sein.“

In den Letzte-Hilfe-Kursen geht es aber nicht allein darum, Faktenwissen und praktische Fertigkeiten zu vermitteln. Vielmehr ist auch eine bestimmte Haltung wichtig, und zwar die grundsätzliche Offenheit, sich auf die Themen „Tod und Sterben“ und auf die Bedürfnisse sterbender Menschen einzulassen. „Für viele ist es überaus schwierig, sich damit zu befassen“, weiß Georg Bollig. „Ich würde mir wünschen, dass der Tod und das Sterben wieder etwas Normaleres in unserer Gesellschaft werden und dass mehr Menschen in der Lage sind, anderen zu helfen.“

Und so erfüllen die Letzte-Hilfe-Kurse noch einen weiteren wichtigen Zweck: Sie bieten eine Plattform für einen offenen Austausch rund um das Lebensende. „Es ist schon eine große

Herausforderung, sich mit dem Tod und damit letztlich ja auch mit seiner eigenen Sterblichkeit auseinanderzusetzen“, betont Bollig. „Das Schöne ist aber, wenn man im Gespräch mit anderen merkt, dass das manchmal auch ganz einfach sein kann.“ Und wer sich selbst schon einmal diesen Fragen gestellt habe, sei dann auch besser auf manche Anliegen Sterbender vorbereitet: „Eine Patientin sagte mir einmal: Es ist so wichtig, dass mein Gegenüber nicht ausweicht, wenn ich auf diese Themen zu sprechen kommen möchte.“

**Internationale Arbeitsgruppe erstellte Konzept.** Die ersten Letzte-Hilfe-Kurse in Deutschland fanden ab Januar 2015 in Schleswig-Holstein statt. Die Grundlagen dafür hatte eine internationale Arbeitsgruppe unter Bolligs Leitung erarbeitet, der Mitglieder der norwegischen und der dänischen Palliativgesellschaften und des deutschen Instituts zur Förderung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung angehörten. Vier Module umfasst ein solcher Kurs, jedes davon ist auf 45 Minuten angelegt und vermittelt in dieser Zeit in komprimierter Form die wichtigsten Informationen zum jeweiligen Thema. Den Frauen und Männern, die sich an diesem Samstag im Würdezentrum in Frankfurt am Main zu Kursleitern für Letzte-Hilfe-Kurse fortbilden lassen, sind die meisten Fakten, um die es in den Modulen geht, längst bekannt. Fast alle haben bereits umfangreiche Erfahrung in der Begleitung Sterbender: Viele sind ehrenamtlich oder hauptberuflich in Hospizen, Hospizvereinen, bei ambulanten Palliativdiensten oder als Sterbebegleiter tätig und haben häufig selbst bereits Angehörige bis zu deren Lebensende umsorgt. „In diesem Raum ist heute das geballte Palliativwissen versammelt“, scherzt Georg Bollig. „Die größte Herausforderung für Sie als Kursleiter besteht darin, sich auf die Bedürfnisse der jeweiligen Teilnehmer einzustellen – je nachdem, ob Sie zum Beispiel Teenager, Hospizhelfer oder ältere Menschen vor sich haben. Das Wichtigste ist, dass die Teilnehmer Sie verstehen.“

## Palliativwegweiser bietet Orientierung

Die AOK bietet auf ihrer Internetseite einen bundesweiten Palliativwegweiser. Unter [www.aok.de/palliativwegweiser](http://www.aok.de/palliativwegweiser) können sich Betroffene und Angehörige über Versorgungs- und Beratungsangebote für schwerstkranken und sterbende Menschen in ihrer Nähe informieren. So besteht die Möglichkeit, nach Eingabe der Postleitzahl oder des Ortes nach besonders qualifizierten regionalen Einrichtungen oder Hilfsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung zu suchen. Auch kann nach bestimmten Kriterien gefiltert werden. So ist zum Beispiel eine gezielte Suche nach ambulanten Angeboten möglich. Der AOK-Palliativwegweiser enthält die Kontaktdaten von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, stationären Hospizen, Krankenhäusern mit palliativmedizinischen Versorgungsangeboten, Hospizdiensten, Pflegediensten mit palliativem Schwerpunkt, Anbietern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, AOK-Pflegeberatern und Pflegestützpunkten, der bundesweiten Selbsthilfekontaktstelle und der Telefonseelsorge. Zugleich bietet der AOK-Palliativwegweiser weiterführende Informationen zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. (G+G-Redaktion)

Um das zu üben, laufen die Kursleiterschulungen stets nach dem gleichen Prinzip ab: Jeweils zwei Seminarteilnehmer bekommen im Vorfeld einen Teilbereich aus einem der Module zugewiesen, den sie vorbereiten und am Schulungstag ihren Mitstreitern präsentieren. Nach jedem Vortrag werden in einer Feedbackrunde gemeinschaftlich besonders gelungene Aspekte herausgearbeitet – so lernen alle von allen. Auch das Konzept der Letzte-Hilfe-Kurse sieht vor, dass grundsätzlich zwei Kursleiter, möglichst mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund, zusammenarbeiten. Georg Bollig erklärt, warum: „In den Kur-

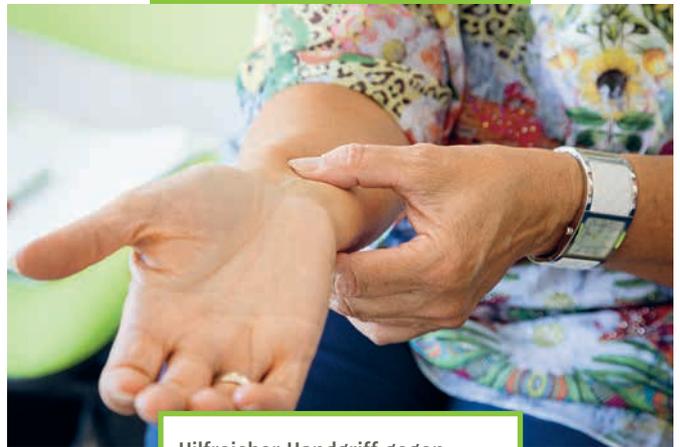
**„Wenn Sterbende das Essen oder Trinken verweigern, muss man das auch respektieren.“**

**Petra Ehrich** engagiert sich als ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiterin bei der Hospizgruppe Seligenstadt.



sen ist es wie im richtigen Leben, da wird gelacht und geweint. Wenn man zu zweit ist, kann sich einer, wenn nötig, in akuten Situationen kümmern. Alles allein zu machen, wäre ermüdend und anstrengend. Außerdem schätzen die Teilnehmer diese Interdisziplinarität sehr.“

**Alltagswissen übers Sterben fehlt.** Das erste Modul steht unter der Überschrift „Sterben ist ein Teil des Lebens“. „Jeder stirbt



**Hilfreicher Handgriff gegen quälende Übelkeit:** Wer diesen Akupressurpunkt drei Finger breit oberhalb des Handgelenks kennt, kann seinem Angehörigen Linderung verschaffen.

seinen eigenen Tod“, hebt Marianne Schneider vom Hospizverein Vorderer Odenwald an. „Der Tod ist kein Ereignis, sondern ein Prozess, der nach und nach den ganzen Menschen erfasst.“ Doch wann beginnt der Sterbeprozess? Und was passiert, wenn ein Mensch stirbt? Was früher Alltagswissen war, ist vielen Menschen heute nicht mehr bekannt: Dass ein abnehmendes Interesse an der Umwelt ganz normal ist und nicht persönlich genommen werden sollte. Dass sich die Sinne schärfen und darum Duftkerzen und stark riechende Speisen, aber auch „zupackende“ Berührungen als unangenehm empfunden werden können. Dass man Vorlesen oder leise Melodien summen kann, um Nähe zu signalisieren, und dass gemeinsames Schweigen sehr verbindend sein kann. Wie wichtig dieses Miteinander am Lebensende auch für den, der weiterlebt, ist, verdeutlicht Marianne Schneider mit einem Zitat von Cicely Saunders, die die Hospizbewegung in Großbritannien begründet hat: „Das Sterben eines Menschen bleibt als Erinnerung zurück. Was in den letzten Stunden geschieht, kann viele Wunden heilen.“

„Wir sind nicht mehr darin geübt, Sterbende um uns zu haben“, fasst Karolin Mechthild Fach aus Neu-Isenburg zusammen. Darum müsse man sich immer wieder fragen: „Was will, was braucht dieser Mensch jetzt?“ Wie wichtig es ist, Menschen in der letzten Lebensphase zwischendurch auch immer mal wieder für eine Weile alleinzulassen, erklärt Brigitta Wagner, die ebenfalls aus dem Odenwald angereist ist: „Der eine wartet, bis der letzte Angehörige da war. Der andere kann erst loslassen, wenn alle den Raum verlassen haben, weil er beim Sterben allein sein möchte.“ Dass die finale Phase begonnen habe, erkenne man unter anderem daran, dass sich ein weißes Dreieck zwischen Mund und Nase zeige und die Atmung sowie der Herzschlag flacher und unregelmäßiger würden.

Ein weiterer Vortrag widmet sich den verschiedenen Angeboten, die Menschen in der letzten Lebensphase in Anspruch nehmen können: vom Hospiz über Palliativstationen bis zu ambulanten Palliativteams.



Wattestäbchen, Schwämmchen, Sprühfläschchen – Manfred Droste hat verschiedene Hilfsmittel mitgebracht, mit denen sich bei schwerkranken Menschen der trockene Mund befeuchten lässt.

## Hilfe am Lebensende

In Deutschland haben bereits mehr als 500 Kursleiterinnen und Kursleiter die eintägige Ausbildung durchlaufen, die das „Projekt Letzte Hilfe“ um Dr. Georg Bollig gemeinsam mit Kooperationspartnern wie dem Würdezentrum Frankfurt anbietet. Die Schulungen finden unter anderem in Schleswig und Frankfurt, ab 2018 auch in Köln, Düsseldorf und Erfurt statt.

Zurzeit wird ein Handbuch für Kursleiter erarbeitet. Bald soll es auch eigene Angebote für professionelle und für Kinder und Jugendliche geben.

2016 fand in München erstmals ein „Fachtag Letzte Hilfe“ statt; 2017 lud das erste „Letzte-Hilfe-Symposium“ Kursleiter zum Erfahrungsaustausch. Derzeit laufen die Vorbereitungen für den ersten internationalen „Last aid congress“, der 2018 stattfinden soll. Weitere Infos zum Konzept und zu Kursterminen unter: [www.letztehilfe.info](http://www.letztehilfe.info)

Im Gegensatz zur Kursleiterschulung, für die ein Kostenbeitrag von 200 Euro zu entrichten ist, werden die Letzte-Hilfe-Kurse für interessierte Laien kostenlos, gegen eine kleine Spende oder eine geringe Gebühr angeboten. „Dieses Wissen sollte zur Allgemeinbildung gehören“, sagt Projektleiter Bollig. „Davon soll niemand ausgeschlossen sein, weil er es sich nicht leisten kann.“ Oft übernehmen Hospizvereine, Kooperationspartner oder auch Krankenkassen einen Teil der Kosten. Bundesweit haben bereits mehr als 2.800 Bürgerinnen und Bürger an Letzte-Hilfe-Kursen teilgenommen; sie werden auch in anderen europäischen Ländern, zum Beispiel in Norwegen, Dänemark, der Schweiz und Österreich abgehalten.

Das Würdezentrum in Frankfurt bietet an jedem letzten Samstag im Monat einen Letzte-Hilfe-Kurs für interessierte Laien an. Weitere Infos unter: [www.wuerdezentrum.de](http://www.wuerdezentrum.de) > Projekte > Letzte-Hilfe-Kurse



**Vorausplanen für das Lebensende.** Mechthild Schreiner vom Malteser Hospizdienst Obertshausen hat das Brötchen inzwischen zur Seite gelegt. Mit ihrer publikumswirksamen Aktion hat die ehrenamtliche Sterbebegleiterin das Modul „Vorsorgen und Entscheiden“ eröffnet. Wer entscheidet für mich, wenn ich selbst es nicht mehr kann? Was ist eine Patientenverfügung, was eine Vorsorgevollmacht? Um diese Fragen geht es jetzt. „Mit einer Patientenverfügung regelt man die medizinischen Dinge“, erklärt Mechthild Schreiner. „Ich darf und muss darin sagen, was ich möchte und was nicht.“ Bei der Vorsorgevollmacht dagegen gehe es zum Beispiel darum, „wer meine Post entgegennehmen oder meine Bankangelegenheiten regeln darf, wenn ich es nicht mehr kann.“ Ihr Ko-Referent Hartmut Ehrlich, als ehrenamtlicher Trauer- und Sterbebegleiter bei der Hospizgruppe Seligenstadt engagiert, betont, dass man sich in diesem Zusammenhang sehr gründlich überlegen sollte: „Wer ist am besten in der Lage, meinen Willen zu vertreten, wenn die Situation schwierig wird?“

**Wenn das Atmen rassel.** Wie sich die körperlichen, psychischen, sozialen und existenziellen Nöte lindern lassen, die im Sterbeprozess auftreten können, ist Gegenstand des dritten Kursmoduls. „Viele Angehörige erschrecken, wenn die Atmung des Sterbenden rasselnd wird“, berichtet Andrea Henseler, die als Koordinatorin beim Hennefer Hospizverein Lebenskreis e.V. tätig ist. „Ich rate ihnen dann, sich kurz die Ohren zuzuhalten. Dann sehen sie, dass der Betreffende eigentlich ruhig und gleichmäßig atmet.“

„Sie als Angehörige können viel für die Lebensqualität tun“, führt Petra Ehrlich aus. Auch sie ist bei der Hospizgruppe Seligenstadt aktiv. „Dabei sollte man aber die Vorlieben der Betrof-

fenen berücksichtigen. Es nützt nichts, wenn Sie für einen jungen Mann ACDC auflegen, wenn der lieber Klassik hört.“ Die ehrenamtliche Trauer- und Sterbebegleiterin hat eine leuchtend-gelbe Tasche mitgebracht, aus der sie jetzt ein Pikkolo-Fläschchen Sekt hervorzieht. „Auch das Liebessessen oder -trinken können lange zum Wohlbehagen beitragen. Wenn Sterbende das Essen oder Trinken verweigern, muss man das aber auch respektieren.“ Zum Schluss hat sie noch einen Tipp gegen Übelkeit parat: einen Akkupressurpunkt drei Finger breit oberhalb des Handgelenks.

Jede Menge praktische Anregungen und Hilfsmittel gegen quälende Mundtrockenheit haben Manfred Droste, der bei den Maltesern Berlin den Ambulanten Palliativdienst koordiniert, und Lydia Debusmann, stellvertretende Vorsitzende des Hennefer Lebenskreis e.V., mitgebracht. Ein paar Krümel Brausepulver, auf die Zunge gelegt und per Pipette mit Wasser beträufelt, lösen Beläge, Mundspülungen mit säuerlichen Tees regen die Speichelbildung an. Gegen trockene Lippen hilft ein wenig Butter oder Kokosöl. Eingefrorene Obststückchen, zum Beispiel Ananas, kann man gut lutschen. Auch mit Wattestäbchen, Löffeln, Sprühfläschchen oder kleinen Schwämmchen am Stiel lässt sich Flüssigkeit applizieren. „Auch wenn man sich hilflos fühlt und wenig Erfahrung hat, kann man viel tun. Achtsam und geduldig ganz bei dem Menschen zu sein, ist schon sehr viel“, sagt Lydia Debusmann. „Ich habe zum Beispiel einer sterbenden Freundin eine Stunde lang ein Tässchen Espresso per Pipette gegeben.“

Das letzte Modul ist dem Abschiednehmen gewidmet. Welche Rituale dabei helfen, welche Bestattungsformen es gibt und dass jeder Mensch anders trauert – all das hat in diesem letzten Abschnitt Platz. „Trauer dauert so lange, wie sie dauert“, stellt



*„Ich habe meiner sterbenden Freundin ein Tässchen Espresso per Pipette gegeben.“*

Lydia Debusmann ist stellvertretende Vorsitzende des Hospizvereins Lebenskreis in Hennef.

Trauerbegleiterin Petra Ehrich fest. „Man darf und muss sich das Recht nehmen zu trauern.“

**Kurs in Kiez-Kneipe.** Am Ende des Seminartages ziehen die angehenden Kursleiterinnen und Kursleiter eine positive Bilanz. „Die Unsicherheit, etwas falsch zu machen, frisst so viel Energie“, diese Erfahrung hat Andrea Henseler vom Lebenskreis e.V. gemacht. „Der Letzte-Hilfe-Kurs gibt den Menschen Sicherheit.“ Hospizhelferin Ina Paul aus Neu-Isenburg pflichtet ihr bei: „Das ist ein gutes Sterbe-Einmaleins“. Die Ideen, wo und wie man Menschen mit diesem Angebot erreichen könnte, sind vielfältig: Eine Gymnasiallehrerin könnte sich vorstellen, die vier Module in zwei Doppelstunden Religionsunterricht zu integrieren; in Hamburg gibt es Überlegungen, den Kurs unter der Überschrift „Letzte Hilfe auf'm Kiez“ in einer Kneipe anzubieten. Auch in die Betriebliche Gesundheitsförderung ließen sich diese Inhalte gut einbinden, meinen manche.

Ein halbes Jahr nach dem Seminar in Frankfurt haben schon etliche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre ersten eigenen Kurse abgehalten. Die Malteser Berlin zum Beispiel haben im September im Rahmen der 20. Berliner Hospizwoche erstmals einen solchen Kurs angeboten. Weitere Termine sind in Planung. Höchstwahrscheinlich knistert es dann auch in Zukunft mit heißungsvoll, wenn der eine oder andere Kursleiter ein mitgebrachtes Brötchen aus dem Pergamentpapier wickelt. ■

Dr. Silke-Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen. Olaf Hermann ist Fotograf in Frankfurt am Main.



Wie lassen sich die wichtigsten Fakten rund ums Sterben für Laien verständlich aufbereiten? Das lernen die angehenden Kursleiter mit- und voneinander.

# „Wir müssen über Qualität sprechen“

Als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bundesregierung hat **Karl-Josef Laumann** Akzente gesetzt. Seit Juni ist er zum zweiten Mal Minister für Arbeit und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen. Mit einem neuem Blickwinkel auf das Gesundheitswesen geht er auch die wichtigsten Aufgaben an: Klinikstrukturen und Hausarztversorgung.

**Herr Minister Laumann, inwiefern beeinflusst ihre frühere Tätigkeit als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bundesregierung jetzt Ihre Arbeit in Nordrhein-Westfalen?**

**Karl-Josef Laumann:** Das hat meinen Blickwinkel auf das Gesundheitswesen verändert. Der Patient steht leider viel zu oft nicht im Mittelpunkt des Interesses. Aber es muss darum gehen, die Menschen zu unterstützen – beispielsweise beim Behandlungsfehlermanagement.

**Im Wahlkampf haben sie mehr Landesgeld für die Krankenhäuser versprochen. Bleibt es dabei?**

**Laumann:** Im Nachtragshaushalt für 2017 haben wir bereits zusätzliche 250 Millionen Euro als Soforthilfe bereitgestellt, um den Krankenhäusern schnelle Investitionen in die Infrastruktur zu ermöglichen. Mit dem Haushaltsentwurf für das Jahr 2018 wird die bisherige pauschalierte Förderung der Krankenhäuser fortgeführt und jeweils an die Kostenentwicklung angepasst. Zusätzlich sind rund 33 Millionen Euro für den Einstieg in eine neue Einzelförderung von Investitionen vorgesehen. Die Beträge für die Einzelförderung sollen gemäß der mittelfristigen Finanzplanung in den Jahren 2019 bis 2021 sukzessive auf 200 Millionen Euro (ab 2020) wachsen. Das muss allerdings auch mit Strukturveränderungen einhergehen.

**Was ist Ihr Ziel in der Sache?**

**Laumann:** Bisher ging es vor allem um die Bettenzahlen. Diese dürfen aber nicht primär im Fokus stehen. Wir müssen zusätzlich

über Zentren, Strukturen und die Qualität als Maßstab der Krankenhausplanung sprechen. So ist für mich nicht nachvollziehbar, dass man mit nur drei Transplantationen im Jahr Transplantationszentrum sein kann. Am Herzen liegt mir auch eine bessere Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Neben gut organisierten Bereichen gibt es hier einige Probleme, zum Beispiel die Versorgung von Mukoviszidose-Patienten. Für sie und andere Menschen mit erheblich eingeschränkter Lebensqualität wollen wir Versorgungszentren schaffen. Und was die Bettenzahlen betrifft – in manchen Bereichen brauchen wir wegen der Alterung der Gesellschaft sogar mehr und nicht weniger Kapazitäten.

**Wie sieht es in NRW in Sachen Hausarztversorgung aus?**

**Laumann:** Mittlerweile merken wir die Lücken – in ländlichen Gebieten mehr als in den Städten. Aber auch im Ballungsraum Ruhrgebiet haben wir wesentlich höhere Patientenzahlen pro Praxis als andernorts. Von rund 10.700 niedergelassenen Hausärzten in Nordrhein-Westfalen ist jeder zweite älter als 60 Jahre. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Wir brauchen Allgemeinmediziner in der Fläche. Zwar bilden wir im Land jedes Jahr rund 2.000 neue Ärztinnen und Ärzte aus. Aber gerade mal 200 werden Allgemeinmediziner. Wir brauchen aber gut 500, um den Bedarf zu decken. Deshalb haben wir im Koalitionsvertrag festgeschrieben, dass an jeder medizinischen Fakultät in NRW eine W-3-Professur für Allgemeinmedizin etabliert werden soll. Zusätzlich gründen wir eine weitere medizinische Fakultät Ostwestfalen-Lippe mit 200 bis 300 zusätzlichen Studienplätzen.



### Setzen Sie deshalb auf eine „Landarztquote“?

**Laumann:** Bei den Bund-Länder-Verhandlungen über den Masterplan Medizinstudium 2020 hat man sich darauf verständigt, dass die Länder eine Landarztquote einführen können. Das machen wir: Bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze werden für Studenten reserviert, die sich verpflichten, später als Hausarzt auf dem Land zu arbeiten. Es gibt ja durchaus ausreichend Bewerber, die genau das wollen. Nur bekommen viele bisher keinen Studienplatz. Deswegen stelle ich auch die Abiturnote als allein entscheidendes Kriterium bei der Studienplatzvergabe infrage. Nur: Wer heute anfängt zu studieren, steht frühestens in elf Jahren für die Versorgung zur Verfügung.

### Die niedergelassenen Ärzte fühlen sich bei der Honorarverteilung benachteiligt. Zu Recht?

**Laumann:** In Westfalen-Lippe liegen wir fast sechs Prozent unter dem Bundesschnitt, im Rheinland sind es fast vier Prozent. Ich ermuntere dazu, dass diese Benachteiligung korrigiert wird.

### Die Notfallversorgung steht auf dem Prüfstand, weil immer mehr Patienten in einer Notfallaufnahme versorgt werden. Was ist Ihre Position?

**Laumann:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser müssen die Notfallversorgung gemeinsam organisieren. Dann kann schnell entschieden werden, ob es um eine ambulante oder stationäre Behandlung geht. Ich werde mit den Beteiligten darüber reden, dass wir dieses Modell an möglichst vielen Orten so organisiert bekommen.

### Warum geht die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen so schleppend voran?

**Laumann:** Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschaftsbereich, der Transparenz – also den gegenseitigen Austausch von Daten – ganz besonders fürchtet. Wir haben das E-Health-Gesetz auch gemacht, um die Beteiligten zur Zusammenarbeit zu zwingen. Es geht kein Weg daran vorbei, das Telematik-Projekt zum Erfolg zu führen. Für mich steht fest: Die Gesundheitskarte muss den Versicherten Transparenz verschaffen. Dazu gehört, dass ein Patient selbstbestimmt auf seine Daten zugreifen kann.

## Zur Person

Karl-Josef Laumann ist seit Juni 2017 Minister für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen. Das Amt bekleidete der 60-jährige CDU-Politiker bereits von 2005 bis 2010. Von Januar 2014 bis zur Berufung in die CDU/FDP-Landesregierung war er Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung. Der gelehrte Maschinenschlosser hat lange als freigestellter Betriebsrat gearbeitet, engagiert sich in der Katholischen Arbeitnehmerbewegung und ist seit 2005 Vorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft CDA.

### Sie waren maßgeblich an den Pflegereformen beteiligt. Ist der Start gelungen?

**Laumann:** Die Strukturen entwickeln sich gut. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bewilligen inzwischen mehr Anträge. Davon profitieren gerade Menschen in der Anfangsphase von Demenz. Das ist gewollt und gut so. Von den neuen Betreuungsleistungen profitieren auch viele andere Pflegebedürftige.

### Dagegen beklagen Sie eine „Diskriminierung der stationären Pflegeversorgung“.

**Laumann:** Ambulant vor stationär ist nicht immer richtig. Allein Pflegebedürftige und ihre Familien sollen entscheiden, wo sie in dieser Lebenssituation leben wollen. Wenn man sich nicht für eine Wohngruppe, sondern für eine stationäre Einrichtung entscheidet, ist das auch richtig. Die Pflegeversicherung muss Leistungen dort erbringen, wo jemand leben will. Deshalb brauchen wir in der Fläche gute Strukturen mit stationären und teilstationären Einrichtungen, Wohngruppen und mit ambulanter Pflege. ■

Die Fragen stellte **Thomas Rottschäfer**, freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik. **Kontakt: info@satzverstand.de**

# Pfusch an den Milchzähnen

Trägt ein Zahnarzt beim Beschleifen von Milchzähnen zu viel Material ab und entsteht dadurch eine ungleichmäßige Oberfläche, hat er grob fehlerhaft behandelt. Der Patient hat dann Anspruch auf Schmerzensgeld. Dies hat das Oberlandesgericht Hamm entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 4. Juli 2017  
– 26 U 3/17 –  
Oberlandesgericht Hamm

**Konflikte um Zahnbehandlungen** landen nicht selten vor Gericht. Denn häufig treffen zwei für Patienten wichtige Behandlungsziele aufeinander, die manchmal miteinander konkurrieren: die Gesundheit der Zähne und gleichzeitig ein ästhetisch ansprechendes Gebiss. So auch der Fall einer 1995 geborenen Frau. Sie befand sich seit 2012 in einer kieferorthopädischen Gemeinschaftspraxis in Behandlung. Da bei der Patientin mehrere bleibende Zähne nicht angelegt waren, sollten die dort noch vorhandenen Milchzähne möglichst lange erhalten bleiben und später einmal durch Implantate ersetzt werden.

**Zuviel Zahnschmelz weggenommen.** Im Frühjahr 2013 beschloss eine in der Praxis angestellte Zahnärztin die Milchzähne um die spätere implantologische Versorgung vorzubereiten. Die Milchzähne wurden in ihrer Breite reduziert. Dies war aus Sicht der Beklagten geboten, um später passgenaue Implantate einsetzen zu können. Dieses Slicen hielt die Klägerin für eine fehlerhafte Behandlung. Diese sei zudem fehlerhaft durchgeführt worden, weil die Milchzähne nach dem Entfernen des Zahnschmelzes sehr temperaturempfindlich gewesen seien und sich in kurzer Zeit Karies gebildet habe. Nun benötige sie zwei Implantate. Nie sei die Rede davon gewesen, dass die Zähne in ihrer Breite reduziert werden müssten. Außerdem habe die Zahnärztin nicht über Behandlungsalternativen aufgeklärt. Anderenfalls hätte sie einfach ihre Milchzähne behalten und wie blei-

bende Zähne benutzen können. Die Patientin verklagte die behandelnde Zahnärztin sowie die Praxisinhaber vor dem Landgericht wegen der fehlerhaften Behandlung. Sie verlangte 2.000 Euro Schmerzensgeld und die Feststellung der Ersatzpflicht für künftige materielle und immaterielle Schäden.

Das Landgericht gab der Patientin Recht. Die Zivilrichter verurteilten die

**Die Ärztin musste den Zahnerhalt stärker im Blick haben als das ästhetische Erscheinungsbild.**

Beklagten, 2.000 Euro Schmerzensgeld und 808 Euro für die entstandenen vorgerichtlichen Anwaltskosten zu zahlen. Den Beklagten sei sowohl ein Aufklärungsfehler als auch ein Behandlungsfehler zur Last zu legen. Sie hätten weder die Patientin noch ihre Mutter über Alternativen aufgeklärt. Darüber hinaus habe die Behandlung nicht dem zahnmedizinischen Standard entsprochen, und die Zahnärztin habe das Slicen der Milchzähne fehlerhaft durchgeführt. Es sei ein grober Behandlungsfehler gewesen, beim Beschleifen der Milchzähne zu

viel Material abzutragen. Dies habe zu einer ungleichmäßigen Zahnoberfläche geführt. Gegen dieses Urteil legten die Beklagten Berufung vor dem Oberlandesgericht ein. Ihrer Ansicht nach habe es keine Behandlungsalternative gegeben. Mit keiner anderen Methode wäre eine harmonische Zahnreihe mit einer optimalen Gegenbezahnung sowie einer Zahnreihe von je sieben Zähnen im Unterkiefer zu erreichen gewesen.

**Groben Behandlungsfehler festgestellt.**

Das Oberlandesgericht schloss sich dieser Argumentation nicht an und bestätigte das erstinstanzliche Urteil. Dabei stützten sich die Zivilrichter auf das Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen sowie deren umfassende Ausführungen bei der Anhörung. Den Beklagten sei ein grober Behandlungsfehler zur Last zu legen. Die Sachverständige habe nachvollziehbar dargelegt, dass der Zahnschmelz bei Milchzähnen nur etwa ein Millimeter dick ist und dass beim Beschleifen eine gewisse Dicke des Zahnschmelzes nicht unterschritten werden dürfe. Bei zwei Zähnen sei fehlerhaft zu viel Material entfernt und bis ins Zahnbein (Dentin) hinein geschliffen worden. Dies habe zu behandlungsbedürftigen Dentinwunden geführt. Bei einem weiteren Zahn sei grenzwertig viel weggeschliffen worden.

Dem Einwand der Zahnärztin, die Menge der abgetragenen Zahnschmelzsubstanz sei durch die anatomische Struktur des

## TIPP FÜR JURISTEN



Sozialleistungen für Nicht-Deutsche, Wissenschaftlicher Nachwuchs im Sozialrecht, primärrechtliche Freizügigkeit und sekundärrechtliches Sozialrecht in der Europäischen Union – diese und weitere Themen behandelt die „Sozialrechtslehrertagung – Migration und Sozialstaat“ am 28. Februar bis 1. März 2018 in Speyer. Veranstalter ist der Deutsche Sozialrechtsverband. Mehr Infos: [www.sozialrechtsverband.de](http://www.sozialrechtsverband.de) > Aktuelles



STIFTUNG  
DEUTSCHE  
SCHLAGANFALL  
HILFE

Anzeige

Gebisses von vornherein vorgegeben gewesen, schloss sich das Oberlandesgericht nicht an. Die Sachverständige habe es als „nachteilig“ beurteilt, das Beschleifen der Milchzähne allein daran auszurichten, später auf beiden Seiten von Ober- und Unterkiefer gleich breite Implantate einsetzen zu wollen. Die Zahnärztin hätte nicht nur auf das ästhetische Erscheinungsbild abstellen dürfen, sondern den ausdrücklich zum Behandlungsziel erklärten Zahnerhalt beachten müssen. Um die Substanz der Milchzähne nicht nachhaltig zu schädigen, hätte nicht mehr als ein Millimeter abgeschliffen werden dürfen. Milchzähne seien wesentlich empfindlicher als bleibende Zähne und hätten eine deutlich dünnere Schmelzschicht. Hinzu komme, dass durch die Dentinwunden ein Schaden entstanden sei, der behoben werden musste. Wegen der notwendigen zahnärztlichen Versorgung der Dentinwunden an zwei Zähnen, habe der durch das Abschleifen zunächst gewonnene Platz zum Teil wieder aufgefüllt werden müssen. Für ein harmonisches Ergebnis sowie für die Kaufähigkeit und die Zahnpflege müssten im Übrigen nach Auskunft der Gutachterin die Zähne rechts und links nicht gleich breit sein.

**Folgeschäden nicht absehbar.** Die Folgen des Behandlungsfehlers (erlittene Schmerzen, Dentinwunden, Temperaturempfindlichkeit, Kariesbildung an zwei Zähnen, verschlechterte Langzeitprognose) rechtfertigten die 2.000 Euro Schmerzensgeld. Auch der Anspruch auf Feststellung der Schadensersatzpflicht für die Zukunft bestehe zu Recht. Denn es sei nicht absehbar, welche weiteren gesundheitlichen Folgen sich aus der grob fehlerhaften Behandlung ergeben. ■

**Kommentar:** Da die Zivilrichter die Haftung bereits wegen eines groben Behandlungsfehlers bejahten, kam es nicht mehr auf die begangenen Aufklärungsfehler an. Aber Ärzte müssen ihre Patienten immer über echte Behandlungsalternativen informieren. Tun sie es nicht, liegt keine rechtswirksame Einwilligung in die Behandlung vor (Paragraf 630d und 630e Bürgerliches Gesetzbuch).

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

**Kontakt: [Anja.Mertens@bv.aok.de](mailto:Anja.Mertens@bv.aok.de)**

Ausgabe 12/17, 20. Jahrgang

**JEDER  
SCHLAG-  
ANFALL  
IST EIN  
NOTFALL!**



**Helfen Sie uns, Leben zu retten und Behinderungen zu vermeiden. Mit Ihrer Spende.**

Spendenkonto: Sparkasse Gütersloh  
IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50  
BIC: WELADED1GTL

**Weitere Informationen:**  
Telefon: 05241 9770-0  
[schlaganfall-hilfe.de](http://schlaganfall-hilfe.de)



## SACHSEN-ANHALT

## Körbe werfen für Klinikclowns

Mit einer neuen Aktion setzt die AOK Sachsen-Anhalt ihre langjährige Unterstützung der Klinikclowns fort. Gemeinsam mit dem Mitteldeutschen Basketballclub (MBC) fördert die Gesundheitskasse die Arbeit der Klinikclowns. In Kliniken und Hospizen sorgen die professionellen Clowns mit Humor für etwas Abwechslung und Trost für die oft schwerkranken Kinder. Sie treten ohne festes Programm auf und lassen sich ganz auf die Bedürfnisse der Patienten ein. Dabei sind die Clowns häufig mit schwer belastenden Situationen und Schicksalen konfrontiert. Bei acht Heimspielen des MBC können die Zuschauer in der Halbzeitpause Körbe werfen. Für jeden Treffer spendet die AOK Sachsen-Anhalt 50 Euro an den Leipziger Verein „Clownsnasen“. Die Klinikclowns sind ehrenamtlich tätig. Mit dem Geld aus der Aktion kann der Verein Workshops und Weiterbildungen organisieren sowie sich um die Ausbildung neuer Klinikclowns kümmern. ■



Lachen hilft: Mitglieder des Leipziger Vereins „Clownsnasen“ besuchen Kinder im Krankenhaus.

## SACHSEN/THÜRINGEN

## Kliniken mit guter Qualität

Wie die AOK PLUS mitteilt, schneiden laut aktuellen Daten des Krankenhausnavigators in Sachsen 39 und in Thüringen 20 Kliniken beim Thema Qualität im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich gut ab. Der Krankenhausnavigator der AOK unterstützt Patienten wie einweisende Ärzte

bei der Suche nach der für eine bestimmte Operation geeigneten Klinik. Basis des Navigators ist die Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Die Qualität der Behandlung wird dabei etwa anhand von Komplikationsereignissen während und nach dem Klinikaufenthalt gemessen. So stehen Nutzern des Portals umfangreiche Informationen zur Verfügung, mithilfe derer sie die Qualität der Häuser vergleichen kön-

nen. „Nicht jedes Krankenhaus kann alles gleich gut. Aber Patienten wollen eine optimale Behandlungsqualität. Menschen nehmen ein paar Kilometer mehr in Kauf, wenn eine für sie bessere Therapie damit einhergeht“, so **Rainer Striebel**, Vorstandschef der AOK PLUS. „Dass wir 59 TOP-Kliniken in Sachsen und Thüringen haben, zeigt, dass wir einen guten Weg beschritten haben.“ [www.aok.de/krankenhausnavigator](http://www.aok.de/krankenhausnavigator) ■

## AOK aktuell

### UN zeichnet Schulprojekt zur Umweltbildung aus

Das von der AOK NordWest initiierte Projekt „Natürlich erleben“ ist vom Bundesumweltministerium mit einer Auszeichnung der Vereinten Nationen (UN) für Vorhaben geehrt worden, die sich für den Erhalt, die nachhaltige Nutzung oder Kommunikation biologischer Vielfalt einsetzen. Thematischer Schwerpunkt der UN-Auszeichnung für 2017/2018 bilden Gesundheit und biologische Vielfalt. Vier Bereiche stehen dabei im Mittelpunkt: Medizin aus der Natur, Heilen in der Natur, Erholungsorte und Aktivitäten in der Natur sowie Naturressourcen als Grundlage für Gesundheit. Das Projekt „Natürlich erleben“ der AOK NordWest bietet Schülern siebter und achter Klassen einen erlebnisorientierten Unterricht

im Freien an, bei dem es um Umweltbildung, Bewegung, Entspannung und Reflexion in der Natur geht. Damit soll dem zunehmenden Bewegungsmangel begegnet und zugleich das Wissen über ökologische Zusammenhänge gestärkt werden. In vorbildlicher Weise verbinde das AOK-Projekt die Gesundheitsprävention Jugendlicher mit Naturerlebnissen und Naturbildung und trage so dazu bei, diesen Ansatz in Schulen zu etablieren, hieß es zur Begründung für die Auszeichnung. ■



Fotos: AOK-SAN/Andreas Lander, iStockphoto/Gettyimages

## Parkinson-Therapie im Wohnzimmer

Parkinson-Patienten zu unterstützen, auch nach einem Klinikaufenthalt aktiv zu bleiben, ist das Ziel von „Telecura Parkinson“: Das von der AOK Nordost und dem Neurologischen Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen und Parkinson in Beelitz entwickelte und im Herbst gestartete telemedizinische Versorgungsprogramm ermöglicht Patienten mithilfe von Tablets, die in der stationären Behandlung erreichten Trainingsfortschritte auszubauen. Die Patienten nehmen via Bildschirm von zu Hause aus regelmäßig Kontakt zu Mitarbeitern der Klinik auf und erhalten ein individuelles Trainingsprogramm. „Mehr als 20.000 unserer Versicherten sind allein in der Region Nordost von der Krankheit Parkinson betroffen. Die Weiterbehandlung via Tele-Rehabilitation durch ein den Patienten bekanntes Therapeuten-Team ist ein großer Vorteil gegenüber der herkömmlichen Versorgung“, sagte **Marina Otte**, Unternehmensbereichsleiterin Rehabilitation der AOK Nordost. Mit einem regelmäßigen häuslichen Trainingsprogramm ließen sich langfristig Motivation und Übungskompetenz der Patienten verbessern. „Mit dem telemedizinischen Ansatz können Betroffene im Anschluss an den Klinikaufenthalt die Unterstützung der ihnen vertrauten Therapeuten ‚mit nach Hause nehmen‘. Dieser Weg ist optimal geeignet, die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge und damit die Lebensqualität unserer Patienten zu verbessern“, so **Professor Dr. Georg Ebersbach**, Chefarzt des Fachkrankenhauses in Beelitz. ■



Tele-Reha: Patient und Arzt stehen online in Kontakt miteinander.

### BUNDESVERBAND

## Erneut beliebteste Krankenkasse

Die AOK hat bei den „Young-BrandAwards“ zum fünften Mal in Folge den ersten Platz belegt. Auf dem zweiten Platz landete die Techniker Krankenkasse sowie auf dem dritten Platz mit 12,7 Prozent die Barmer. Die AOK kommt dem Ranking zufolge mit 45,7 Prozent besonders gut bei Frauen an. Bei Männern liegt sie bei 37,4 Prozent. Im Rahmen der Young Brand Awards wählen Jugendliche und junge Erwachsene jährlich über ein unabhängiges Online-Voting ihre beliebtesten Marken in 28 verschiedenen Kategorien. Bei den Teenagern zwischen 13 bis 20 Jahren liegt die Zustimmung zur Gesundheitskasse mit 53,5 Prozent noch höher. Auch hier sind die Beliebtheitswerte bei den Frauen mit 54,6 Prozent höher als bei den Männern (49,7 Prozent). ■

### BADEN-WÜRTTEMBERG

## Osteoporose leicht rückläufig

In Baden-Württemberg ist die Zahl der AOK-Versicherten, die sich wegen Osteoporose behandeln lassen, in den letzten vier Jahren leicht um ein Prozent gesunken. Ein Grund mit dafür sei der seit 2014 geltende Facharztvertrag für Orthopädie, hob die AOK Baden-Württemberg hervor. Der zwischen dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), dem Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen, der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg unterzeichnete Vertrag sei so aufgebaut, dass Schwächen in der Regelversorgung wie fehlende Zeit für die Beratung der Patienten, mangelnde Behandlungs koordinierung und unnötige stationäre Eingriffe vermieden würden. **Dr. Burkhard**

**Lembeck**, Sprecher des BVOU in Baden-Württemberg betont: „Für Osteoporose-Patienten gehören ausführliche Aufklärung und Beratungen zu Lebensstiländerungen zu einer guten Versorgung: Dazu zählen Tipps zu abwechslungsreicher Bewegung, Empfehlungen zu kalzium- sowie Vitamin D-reicher Ernährung und konkrete Ratschläge zur Sturzprophylaxe.“ ■

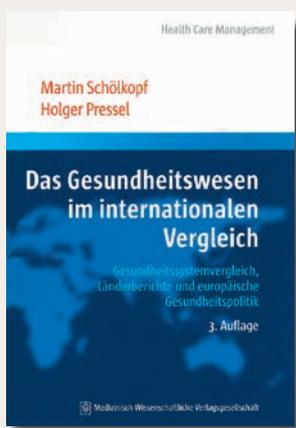
### BAYERN

## Mehr Beratungen bei Pflege

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind gerade zu Beginn der Pflege auf Unterstützung angewiesen: So fanden vergangenes Jahr 75 Prozent aller Pflegeberatungen der AOK Bayern statt noch bevor eine Pflegestufe vorlag. Insgesamt wurden 2016 rund 15.500 Versicherte beraten. Das waren knapp 2.100 Versicherte mehr als im Jahr zuvor. Für mehr als jeden Zweiten erarbeiteten die Pflegeberater einen individuellen Versorgungsplan. Im Vergleich zum Jahr 2015 wurden damit 30 Prozent mehr Versorgungspläne erstellt. Dies geht aus einer Auswertung der größten Krankenkasse im Freistaat hervor. Ein Versorgungsplan enthält den erforderlichen Bedarf zur medizinischen, pflegerischen und sozialen Unterstützung. Dazu zählen etwa Hilfsmittel, Leistungen durch Pflegedienste, das Sozialamt oder Selbsthilfegruppen. Auch Möglichkeiten zur Entlastung von pflegenden Angehörigen fließen hier ein. Die Pflegeberater begleiten die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen. Sie bieten auch organisatorische Hilfe wie etwa die Unterstützung bei Anträgen an. ■

## Gesundheitssysteme Spannender Blick in andere Länder

In Norwegen tragen die Kommunen bereits seit 2002 die Verantwortung für die ambulante Versorgung. Sie haben dazu ein ausgeklügeltes Hausarztssystem aufgebaut, indem sie zwar auf den Zwang zur Einschreibung verzichten, aber zur Steuerung viele finanzielle



Anreize bieten. Beispielsweise muss jeder Norweger bei einem Besuch in einer ambulanten Praxis eine Selbstbeteiligung entrichten. Der Betrag fällt höher aus, wenn der Patient nicht am Hausarztssystem teilnimmt oder spät abends be-

handelt werden will. Tagsüber muss er 18 Euro zahlen, nach 22 Uhr rund 30 Euro. Befreit von diesen Zahlungen sind unter 16-Jährige, Menschen mit Mindestrenten sowie Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen. In Polen existiert seit 2003 mit dem „Nationalen Gesundheitsfonds“ eine einzige Krankenkasse. Was diese bezahlt, ist per Gesetz definiert. Das größte EU-Land in Osteuropa setzt darauf, die Versorgung über ein Hausarztssystem zu steuern. Viele Ärzte arbeiten angestellt und praktizieren zusätzlich privat, um ihr Gehalt aufzubessern. Aufgrund der geringen Vergütung wandern viele qualifizierte Kräfte ins westliche Ausland ab. Die Gesundheitssysteme von Norwegen und Polen sind zwei Beispiele aus einem spannenden Überblick über die Versorgungsstrukturen von 22 Staaten in Europa, Nordamerika und Asien.

*Martin Schölkopf, Holger Pressel:*  
**Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. 3. Auflage.**  
2017. 325 Seiten. 69,95 Euro.  
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

## Routinedaten Methodische Hilfe für den Datenpool

Krankenkassen, Rentenversicherung und Pflegeversicherung erheben regelmäßig Daten ihrer Versicherten, um beispielsweise Abrechnungen zu erstellen. Jahr für Jahr wächst so ein Datenpool, der auch für Politik und Versorgungsforschung interessant ist. Schließlich ergibt sich daraus ein reales Bild, welche Leistungen im Alltag abgerufen werden und wie die Ressourcen verteilt sind. Routinedaten lassen zudem Rückschlüsse zu, wie die Versorgung zu verbessern ist. Der Aufwand und die Finanzierung der Datengewinnung ist im Vergleich zu klinischen Studien relativ gering. Da die Daten bereits vorliegen und beispielsweise nicht davon abhängen, ob Studienteilnehmer akquiriert werden können, ist die Gefahr einer Verzerrung deutlich geringer. Mithilfe von Routinedaten lassen sich zudem Aussagen über Personengruppen treffen, die in üblichen Studien kaum erfassbar sind – wie etwa Kinder, Schwerkranke oder Demente.



Obendrein haben verschiedene Gesetze den Zugang zu den Routinedaten wesentlich erleichtert. Der vorliegende Band versteht sich als praxisorientierter Leitfaden, der Wissenschaftlern die Arbeit mit Routinedaten erleichtern will. Vorgestellt werden darin relevante Teilaspekte der Analyse, Methoden sowie Lösungen zu häufigen Herausforderungen in der Praxis.

*Sarah Neubauer, Jan Zeidler, et al.:*  
**Prozessorientierter Leitfaden für die Analyse und Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung.**  
2017. 215 Seiten. 39 Euro.  
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>BMC-KONGRESS 2018</b> „MANAGED CARE IM DIGITALEN ZEITALTER“</p>	<p>Health Care Trends, Digitalisierung, innovative und vernetzte Versorgungskonzepte</p>	<p>23.–24.1.2018 Berlin</p>	<p>Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstr. 136 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/28 09-4480 Fax: 0 30/28 09-4481 events@bmcev.de www.bmckongress.de</p>
<p>■ <b>KASSENGIPFEL 2018</b></p>	<p>Versorgungsmodelle Krankenhaus, Digitalisierung, Kassen als Gesundheitsmanager</p>	<p>22.–23.2.2018 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 &gt; Veranstaltungen</p>
<p>■ <b>GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2018</b></p>	<p>Innovationsfonds, Morbi-RSA, eHealth, stationäre Versorgung, Bedarfsplanung</p>	<p>13.–14.3.2018 Köln</p>	<p>Gesundheitskongress des Westens c/o welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen</p>	<p>Tel.: 0 22 34/9 53 22-51 Fax: 0 22 34/9 53 22-52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de</p>
<p>■ <b>DIE UMSETZUNG DES NEUEN HILFSMITTELGESETZES</b></p>	<p>Hilfsmittelreform aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, Qualität und Transparenz, Umsetzung</p>	<p>15.3.2018 Berlin</p>	<p>ZENO Veranstaltungen GmbH Neuenheimer Landstraße 38/2 69120 Heidelberg</p>	<p>Tel.: 0 62 21/58 80-80 Fax: 0 62 21/58 80-810 info@zeno24.de www.zeno24.de</p>
<p>■ <b>DEUTSCHER PFLEGETAG 2018</b></p>	<p>Personalgewinnung in strukturschwachen Gebieten, Gesundheitskompetenz, IT in der Pflege</p>	<p>15.–17.3.2018 Berlin</p>	<p>Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7 30173 Hannover</p>	<p>Tel.: 05 11/85 50-2640 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de</p>

## Sozialunternehmen Wandel muss sich abbilden

Wie bilden sich die veränderten Rahmenbedingungen organisatorisch in den Einrichtungen und Betrieben der gesundheitlichen Versorgung ab? Die Professoren Bernd Halbe und Rudolf Schmid gehen dieser Frage in ihrem Band nach. Sie zeichnen zunächst die Entwicklung im Gesundheitswesen nach. Das Bild einer vor allem fürsorgenden und uneigennütigen Einrichtung gehört demnach der Vergangenheit an. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen effizient wirtschaften. Die aktuelle



Frage ist, welche human-ethischen Ziele mit guter Qualität, ressourcenschonend und zum Nutzen der Patienten erreicht werden können. Vor diesem Hintergrund erläutern Halbe und Schmid die gesetzlichen Grundlagen für Beiräte, Verwaltungs- und Aufsichtsräte. Ergänzende Interviews mit Vertretern von Gesundheitsunternehmen sorgen für einen Blick in den Alltag der Einrichtungen. Am Ende geben die beiden Autoren Hinweise, was neu zu organisieren ist. Eine ihrer Empfehlungen lautet, für mehr Frauen in den Aufsichtsgremien zu sorgen. Da Frauen vielerorts im Gesundheitswesen qualifi-

zierte Arbeit erbringen, sei es nicht mehr nachvollziehbar, dass sie in den Gremien kaum vertreten sind.

*Bernd Halbe, Rudolf Schmid:  
Aufsichts- und Verwaltungsrat  
in Gesundheits- und  
Sozialunternehmen. 2017.  
177 Seiten. 79,99 Euro.  
medhochzwei Verlag, Heidelberg.*

## Sozialbeziehungen Das Gehirn schafft die Verbindung

Das Bedürfnis nach Kontakt ist durch und durch menschlich, ja sogar organisch vorgegeben. Denn das Gehirn ist unser sozialstes Organ. Anders als Leber, Herz oder Lunge passt es sich fortlaufend an das an, was in unserem Umfeld geschieht und reagiert darauf, welchen Menschen wir begegnen. Das Gehirn sucht die Geselligkeit und verbindet sich als neuronale Brücke mit dem Gehirn des Gegenübers. Die Folge ist, dass wir uns mit jedem Kontakt gegenseitig ausliefern und sogar auf der körperlichen Ebene beeinflussen. Denn selbst die kleinsten alltäglichen Begegnungen wirken auf unser Gehirn ein und setzen Gefühle frei, in deren Folge Hormone ausgeschüttet werden. Diese körperlichen Reaktionen können uns sowohl auf Wolke sieben schweben lassen



als auch Stress auslösen. Der Psychologe und Bestsellerautor David Goleman erklärt nicht nur die zentralen Erkenntnisse der modernen Neurowissenschaften, sondern veranschaulicht auch eindrücklich die Konsequenzen: „Die Art und Weise, wie wir mit anderen in Beziehung treten, hat eine unvorstellbare Bedeutung.“ Den

Trend, dass sich immer mehr digitale Technik zwischen die realen Kontakte schiebt, beobachtet er mit Skepsis. Aus seiner Sicht sorgt das für eine fortschreitende Isolation.

*Daniel Goleman:  
Soziale Intelligenz.  
2017. 560 Seiten. 16,99 Euro.  
Droemer Knauer, München.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Adipositas: Schritt für Schritt zu gesundem Gewicht

Menschen mit Adipositas tun sich oft mit der Gewichtsabnahme schwer. Nun machen Forscher des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung den Betroffenen Mut. Sie gingen der Frage nach, ob es nicht sinnvoller wäre, erreichbare Zwischenziele zu definieren, um ein individuell gesundes Gewicht zu erreichen. Sie legten in der Tübinger Lebensstil-Interventionsstudie dar, dass eine Gewichtsabnahme von mehr als zehn Prozent bei einem mittleren Body-Maß-Index von 35 wohl ausreicht, um vom „metabolisch kranken“ zum „metabolisch gesunden“ Übergewicht zu gelangen. Die Forscher betonten aber auch, dass man sich damit langfristig nicht zufrieden geben darf. Bei adipösen Menschen, die als metabolisch krank angesehen werden, sei das Krankheitsrisiko um 150 Prozent erhöht. *Lancet Diabetes & Endocrinol 2017* ([http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30292-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30292-9))

### ■ Infarktpatienten: Therapieabbruch erhöht Krankheitsrisiko

Setzen Infarktpatienten eine Langzeittherapie mit niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS) einfach ab, erhöht sich ihr Risiko, erneut ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden. Dies fanden schwedische Forscher im Rahmen einer Kohortenstudie heraus. Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Infarktes war um 37 Prozent höher als bei Patienten, die ASS weiter eingenommen hatten. Die Forscher von der schwedischen Universität Uppsala hatten die Daten von mehr als 600.000 Patienten ausgewertet. *Circulation 2017; 136: 1183–1192*

### ■ Migräne: Schmerzfrei nach äußerer Nervenstimulation

Die äußere Stimulation des Vagusnervs mit einem Elektrostimulator kann Migräneattacken lindern oder sogar stoppen. Dies ergab eine Studie der Universität Pavia in Italien mit 248 Migräne-Patienten. Die Probanden sollten ihre Schmerzattacken für vier Wochen mit einem speziellen Gerät behandeln. Rund 13 Prozent von ihnen waren nach 30 Minuten schmerzfrei, 21 Prozent nach einer Stunde. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe hielten sich ein identisch aussehendes Gerät an den Hals, das aber keine Stromimpulse abgab. In dieser Gruppe erreichten nur halb so viele Probanden Schmerzfreiheit nach einer halben beziehungsweise einer Stunde. *Ärzte Zeitung online, 12.10.2017*

### ■ Gentherapie: Gefährliche Hautkrankheit durch Gewebezüchtung geheilt

Mit einer Gentherapie haben Ärzte einen Jungen mit der lebensbedrohlichen Hautkrankheit Epidermolysis bullosa geheilt. Sie entnahmen dem Kind einige Hautzellen, schleusten im Labor eine gesunde Variante des bei ihm fehlerhaften Gens ein und vermehrten die Zellen. Dann transplantierten sie die nachgezüchtete gesunde Haut auf fast die gesamte Körperfläche. Bei der Hautkrankheit Epidermolysis bullosa führen schon kleinste Belastungen zur Blasenbildung und Ablösung der Haut. Die Betroffenen leiden unter chronischen Schmerzen, erkranken häufig an Hautkrebs und sterben oft schon in jungen Jahren. *Nature 2017* (<https://www.nature.com/articles/nature24487>)

# Rollenwandel im Arbeitsschutz

Auf dem Arbeitsmarkt der Zukunft verändern sich die Beschäftigungsverhältnisse, meint Arbeitsmediziner **Wolfgang Panter**. Das habe Folgen für die gesundheitliche Prävention, die der Gesetzgeber berücksichtigen müsse.

**Ein halbes Leben lang** im selben Unternehmen arbeiten, im gleichen Tätigkeitsbereich, ohne Weiterbildungen – das war einmal. In der Arbeitswelt ist künftig immer mehr Flexibilität gefragt – räumlich, zeitlich und auch geistig. Viele Menschen werden neben der abhängigen Beschäftigung auch auf die Selbstständigkeit setzen. Ebenso wird sich der Branchenbezug wandeln: Manche Branchen werden untergehen, andere hinzukommen. Denken wir nur an die Entwicklungen im Bereich des autonomen Fahrens von LKW und PKW, die die Logistik stark verändern werden.

**Die Versicherungspflicht muss für alle Tätigkeiten gelten.** Nichts bleibt, wie es ist in der zukünftigen Arbeitswelt. Auch im klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz wird sich vieles ändern. Denn der beruht auf der Zuordnung zu Betrieben und der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Doch in Zukunft werden sich die Erwerbstätigen zunehmend selbst um Gesundheit und Arbeitsschutz kümmern müssen – was durchaus vernünftig sein kann. Wichtiger ist es allerdings, die Beschäftigungsfähigkeit aller Erwerbstätigen zu sichern – egal, ob angestellt oder selbstständig. Um dieses zentrale gesellschaftliche Ziel zu erreichen, brauchen wir andere Sicherungssysteme. Wie sollten diese aussehen? Die Versicherungspflicht muss für alle Tätigkeiten gelten. Die bisherigen Erfolge des Arbeitsschutzes basieren auf der Umsetzung durch den Arbeitgeber. Doch die selbstständigen Formen der Arbeit unterliegen nicht der Versicherungspflicht, die soziale Grundsicherung fällt weg. Und das muss sich ändern – zugunsten aller Arbeitnehmer.

Ebenfalls für alle Arbeitnehmer muss der Grundsatz der menschengerechten und damit gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung gelten. So muss beispielsweise die Software

leicht verständlich und schnell benutzbar sein. Der Software-Ergonomie kommt angesichts der Digitalisierung des Arbeitslebens eine zentrale Bedeutung zu. Leider bleiben Arbeitswissenschaftler und Arbeitsmediziner bei der Softwareentwicklung noch zu oft außen vor. Das muss sich ändern.

**Regelungen beruhen auf klassischer Rollenaufteilung.** Um die Beschäftigungsfähigkeit aller Erwerbstätigen langfristig und nachhaltig zu sichern, kommen wir um Anpassungen bei bestehenden Gesetzen nicht herum. So beruhen die bisherigen Regelungen des Arbeitsschutzes auf der klassischen Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Als Beispiel sei hier der Begriff „Beschäftigte“ genannt, der im gesamten Arbeitsschutzgesetz durchgehend für die Umschreibung von Erwerbstätigen verwendet wird. So heißt es etwa in Paragraph 1: „Dieses Gesetz dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern.“ Und weiter: „Dieses Gesetz gilt nicht für den Arbeitsschutz von Hausangestellten in privaten Haushalten.“ An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Gesetzgebung zum Arbeitsschutz immer noch auf die Verpflichtung des Arbeitgebers fokussiert ist. Doch diese klassische Rollenaufteilung wird es im Arbeitsmarkt der Zukunft nicht mehr geben. Deshalb fordern wir, die Arbeitsschutzgesetzgebung entsprechend anzupassen.

## Arbeitsmedizin mit Jobvermittlung und Qualifizierung verknüpfen.

Ganz oben auf der Agenda müssen das Recht und die Verpflichtung zur arbeitsmedizinischen Beratung und Betreuung stehen – für alle Erwerbstätigen, egal ob selbstständig oder angestellt. Hierbei ist eine enge Verknüpfung der arbeitsmedizinischen Vorsorge mit der Agentur für Arbeit und Qualifizierungsangeboten erforderlich. Außerdem sollten Plattformen überprüft werden, die neue Arbeitsformen vermitteln. Findet auch dort die notwendige arbeitsmedizinische Beratung der Arbeitssuchenden statt? Hier muss ein klares Ja stehen. Zudem ist eine veränderte Arbeitswelt auf neue Formen der Sozialpartnerschaft angewiesen. Dafür sind innovative Ideen gefragt. Und nicht zuletzt fordert der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte in seinem aktuellen Weißbuch „Arbeit 4.0“ eine stabile und zukunftsfähige Lösung für den Sozialstaat. ■

**Dr. med. Wolfgang Panter** ist Präsident des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.  
**Kontakt: Wolfgang.Panter@vdbw.de**

### Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog [www.reformblock.de](http://www.reformblock.de) können Sie mit uns diskutieren.

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
 E-Mail: [gug-redaktion@kompact.de](mailto:gug-redaktion@kompact.de)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 11/2017

## Im Namen des Patienten

### Breite gesellschaftliche Debatte über Fehler nötig

Etwa fünf Jahre ist es nun her, dass die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung ein Patientenrechtegesetz verabschiedet hat. Was schon damals zahlreiche Experten vorausgesagt hatten, ist mittlerweile eingetreten – das Gesetz hat nicht geschadet, es hat aber auch keinen entscheidenden Fortschritt bei der Regelung von Kunstfehlern gebracht. Das gilt etwa für das Recht auf Akteneinsicht nach einem vermeintlichen oder tatsächlichen Fehler: Dieses Recht gab es vorher schon, es ist nun präziser formuliert, aber im Alltag hat sich nicht wirklich etwas zugunsten der Patienten geändert – nicht selten praktizieren Niedergelassene und Kliniken hier offenbar eine Hinhalte-taktik. Ziel einer Reform des Patienten-rechtegesetzes sollte deshalb sein, die Rechtsstellung des Patienten in angemessener Weise zu stärken, ohne damit Verhältnisse wie in den USA heraufbeschwören zu wollen: Wenn sich aus Angst vor horrenden Schadenersatzforderungen kein Arzt mehr traut, riskante Eingriffe vorzunehmen oder schwierige Geburten zu begleiten, ist den Patienten auch nicht geholfen. Darüber hinaus brauchen wir eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber, was Medizin und Pflege leisten können und was nicht. Die Erfahrungen mit dem Behandlungsfehlermanagement der gesetzlichen Krankenkassen zeigen ja offenbar, dass nicht alles, was scheinbar schiefgegangen ist, auch tatsächlich

falsch gelaufen ist. Hier gilt es also, die Erwartungshaltungen der Patienten in die richtigen Bahnen zu lenken und einer Skandalisierung von medizinischen Fehlern keinen Vorschub zu leisten. Zugleich muss weiter konsequent an einer positiven Fehlerkultur im Medizinbetrieb gearbeitet werden. Hier hat sich in den vergangenen Jahren dank des Aktionsbündnisses Patientensicherheit viel getan. Aber es bleibt noch viel zu tun, um mehr Offenheit in Kliniken und Praxen beim Umgang mit Fehlern und Irrtümern zu erzeugen. Die Niederlande oder Skandinavien könnten nach meinem Eindruck hier wieder einmal als Orientierungspunkt dienen.

J. K., Hille

G+G 11/2017

## Wenig Antrieb zum Klinikabbau

### Dicke Bretter bohren

Geld erzieht also doch nicht immer. Beleg dafür ist der Krankenhaus-Struktur-fonds. Die Mittel in dem Topf werden zwar von den Ländern abgerufen, aber nicht zu dem Zweck, für den der Fonds ursprünglich eingerichtet worden ist: den Abbau stationärer Überkapazitäten. Das macht einen fassungslos – und wütend. Denn hier wird ja offenbar viel Geld verbrannt. Geld, das an anderer Stelle gebraucht wird. Da ist es folgerichtig, dass sich die AOK dafür ausspricht, die Vergabekriterien zu überprüfen. Doch auch dann bleibt die bittere Erkenntnis: Beim Thema Krankenhausumbau sind ziemlich dicke Bretter zu bohren!

E. H., Kassel

# BECKs Betrachtungen



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

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105  
oder per Mail: [verlag@kompart.de](mailto:verlag@kompart.de)

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



# Wir sind da, wo Eltern auf Nummer sicher gehen wollen

Wir sind da – mit starken Leistungen, Services und Gesundheitsangeboten für alle. Darauf vertrauen schon mehr als 25 Millionen Versicherte.

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**