



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

# Pflege im kleinen Kreis

Senioren-WG: Was  
neue Wohnformen im  
Alter auszeichnet

AMTSANTRITT: Minister Gröhe im Porträt  
LATEINAMERIKA: Sozialsysteme im Vergleich

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  
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier  
Pressereferent: Michael Bernatek  
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Kommunen gestalten das Altern

Arztpraxen, Läden, Nachbarn – das lokale Umfeld prägt den Alltag von Senioren. Kommunen müssen Konzepte für den Umgang mit dem demografischen Wandel entwickeln, meint **Clemens Tesch-Römer**, Mitglied der Altenberichtscommission.

**Im europäischen Vergleich** des demografischen Wandels hat sich Deutschland an die Spitze gesetzt: Das mittlere Alter der deutschen Bevölkerung ist das höchste, die Geburtenzahlen gehören zu den niedrigsten in Europa. Aber die Veränderungen der Bevölkerungsstruktur weisen innerhalb Deutschlands große regionale Unterschiede auf.

In Ostdeutschland vollzieht sich der demografische Wandel rascher als in Westdeutschland. Zudem zeichnen sich mittlerweile deutliche Unterschiede

zwischen dem (älteren) Norden und dem (jüngeren) Süden Deutschlands ab. Aber nicht allein auf der Ebene der Regionen und der Bundesländer sind Unterschiede im demografischen Wandel zu erkennen, sondern auch auf der Ebene der

Kreise, kreisfreien Städte und Gemeinden. In langfristige gealterten Kreisen, beispielsweise in Neustadt an der Weinstraße, hat sich der demografische Wandel langsam vollzogen, und die Bevölkerungszahlen sind in den vergangenen 20 Jahren stabil geblieben. Dagegen ist in „Alterungspionieren“, wie etwa im Kreis Stendal, die rasche Alterung mit einer Schrumpfung der Bevölkerung einhergegangen. Noch bunter und unterschiedlicher ist die Situation in den Kommunen, der kleinsten räumlich-politischen Verwaltungseinheit Deutschlands.

Die Vielfalt der Kommunen und Kreise ist also beträchtlich. Ähnlich vielfältig sind die Herausforderungen, denen sich Kommunen und Kreise gegenübersehen. Für den Lebensalltag älter werdender Menschen haben das kommunale und das lokale Umfeld eine besondere Bedeutung: Für die Daseinsvorsorge der Bürgerinnen und Bürger ist hauptsächlich die Kommune zuständig. Die lokale Infrastruktur mit Arztpraxen, Läden und Treffpunkten ist ein zentraler Teil der Lebensqualität im Alter. Durch den demografischen und sozialen Wandel findet kommunale Politik für ältere Menschen unter sich verändernden Bedingungen statt. Nicht allein die Alterung der Gesellschaft, sondern auch die Binnenmigration, etwa vom ländlichen Raum in die

Städte, sowie die Veränderung von Familienstrukturen stellen insbesondere weiträumige, dünn besiedelte Kommunen im Hinblick auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse älterer Menschen vor neue Herausforderungen.

Die Siebte Altenberichtscommission der Bundesregierung beschäftigt sich daher mit der Frage, welchen Beitrag die kommunale Politik leisten kann, um die Teilhabe und eine selbstständige Lebensführung älter werdender Menschen zu unterstützen.

Größere Kommunen (oder auch Kommunalverbände) könnten regelmäßige Demografie-Berichte erstellen, um die Entwicklung von Bevölkerung, Arbeitsmarkt und Infrastruktur darzustellen. Wichtig wird es für die Kommunen außerdem sein,

Handlungskonzepte im Umgang mit dem demografischen Wandel zu entwickeln, die die lokale Situation in den Blick nehmen und strategische Ziele formulieren.

Viele Aufgaben wird die kommunale Politik aber nicht allein lösen können. Vielmehr ist es notwendig, dass die verschiedenen lokalen Akteure – also private Firmen, Dritte-Sektor-Organisationen (Vereine, Stiftungen), bürgerschaftlich Engagierte und Angehörige – gemeinsam dafür Sorge tragen, dass Menschen aller Altersstufen im Wohnquartier unterstützt werden und die Gelegenheit erhalten, sich gegenseitig zu helfen. Geeignete Teilhabeformen für soziale und gesellschaftliche Teilhabe auf lokaler Ebene sind gerade für Menschen im sehr hohen Alter häufig nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Eine Schlüsselstellung hat dabei die Frage, in welcher Form professionelle und ehrenamtliche, kommunale und private Akteure zusammenarbeiten können, ohne dass es zu Unter- oder Überversorgung älterer Menschen kommt. Auch zu diesem Thema erarbeitet die Siebte Altenberichtscommission Empfehlungen für den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Die Ergebnisse wird sie zusammen mit dem Altenbericht im Jahr 2015 der Bundesregierung vorlegen. ■

## Die lokale Infrastruktur ist ein zentraler Teil der Lebensqualität im Alter.



**Prof. Dr. phil. Clemens Tesch-Römer**, Diplom-Psychologe, leitet seit 1998 das Deutsche Zentrum für Altersfragen in Berlin. Seit 2003 ist er außerplanmäßiger Professor an der Freien Universität Berlin. Tesch-Römer ist Mitglied der Expertenkommissionen für die Altenberichte der Bundesregierung. Der aktuelle, siebte Altenbericht beschäftigt sich mit der kommunalen Verantwortung im demografischen Wandel. Von 2008 bis 2010 war Tesch-Römer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Er forscht beispielsweise über Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter sowie über soziale Beziehungen und soziale Integration älterer Menschen.

**Kontakt:**  
**Clemens.Tesch-Roemer@dza.de**,  
**www.siebter-altenbericht.de**

## Kanon ohne Pflegebegriff



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Es ist eine rührende Geste:** Mitarbeiter des Bundesgesundheitsministeriums singen ihrem Minister Daniel Bahr kurz vor Weihnachten zum Abschied ein besonderes Ständchen. Zur Melodie eines klassischen Kanons intonieren die „Ministerialen“ anlässlich der Amtsübergabe an Bahrs Nachfolger Hermann Gröhe im Atrium des Gesundheitsministeriums einen speziellen Text: Es

sind die Namen von Gesetzen und Verordnungen aus der vergangenen Legislaturperiode. Selbst sperrige Begriffe wie „Hygieneschutzgesetz“ oder „Risikostrukturausgleichsverordnung“ schmeicheln da in den Ohren.

Doch aufmerksamen Zuhörern entgeht nicht, dass **zwei**

**Wörter bei dieser „Bilanz in Dur“ (O-Ton Gröhe) fehlen: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff.** Zwar hat Daniel Bahr mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz Verbesserungen für Demenzkranke erreicht. Doch noch immer sind Menschen mit kognitiv-psychischen Einschränkungen gegenüber Versicherten mit körperlichen Defiziten im Nachteil, wenn es um die Vergabe von



Von wegen Generationengerechtigkeit: G+G-Reporter Thomas Hommel (r.) ist beim Mühlespielen mit Opa Brink chancenlos.

Pflegestufen geht – eine große Herausforderung für Karl-Josef Laumann, den neuen Patientenbeauftragten der Bundesregierung und Bevollmächtigten für Pflege.

Von einem reformierten Pflegebegriff würden auch Bewohner von Pflege-Wohngemeinschaften profitieren, die sich wachsender Beliebtheit erfreuen. Mein Kollege **Thomas Hommel hat eine Senioren-WG in Berlin-Mahlsdorf besucht** und dabei Opa Brink (84) kennengelernt: „Dreimal habe ich gegen ihn beim Mühlespielen verloren. Jetzt soll ich bei Gelegenheit auf eine Partie Schach vorbeikommen – da muss ich vorher üben.“

Bleibt zu hoffen, dass der nächste Minister-Abschiedschor das hohe C mit den Worten „neuer Pflegebegriff“ anstimmt! In diesem Sinne Ihr

*Dr. Karl-Heinz Jöckel*



Sturzprävention:  
Wie alte Menschen im  
Gleichgewicht bleiben

14

### MAGAZIN

#### 12 MINISTER OHNE SCHEUKLAPPEN

Kaum jemand hatte mit Hermann Gröhe als neuem Bundesgesundheitsminister gerechnet. Erst kurz im Amt macht der Christdemokrat bereits von sich reden.

Von Thomas Hommel

#### 14 VORSICHT, TREPPE!

Kraft und Balance trainieren: Mit der Sturzprävention gelingt es, Senioren beim Gehen mehr Halt zu geben. Zahlreiche Projekte helfen dabei.

Von Thomas Hommel

#### 16 ZUSAMMENSPIEL FÜR CHRONISCH KRANKE

Mehr Wissen über seltene Erkrankungen: Die Kooperation von Selbsthilfe, Kliniken und Ärzten nützt allen. Das machten Experten auf einer Tagung deutlich.

Von Anne Orth

#### 17 „DEN VOLKSKRANKHEITEN AUF DER SPUR“

Eine große Untersuchung nimmt die Ursachen für Krankheiten wie Herzinfarkt, Alzheimer oder Diabetes ins Visier. Die Ergebnisse können die Prävention verbessern, meint Studienleiter Karl-Heinz Jöckel.

## TITEL

### 18 PFLEGE IM KLEINEN KREIS

Vertrauter Zirkel statt anonymes Heim: Im Nordosten Berlins meistern vier alte Damen und ein Herr ihren Lebensabend in einer betreuten Wohngemeinschaft.

Von Thomas Hommel (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos)

## THEMEN

### 26 EXPERIMENTIERFELD FÜR REFORMEN

Chile, Mexiko und Kolumbien setzten über Jahre auf ein marktorientiertes Gesundheitssystem. Nun müssen diese Länder gegen die Zweiklassenmedizin kämpfen.

Von Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt

### 34 EIN MANN FÜR ALLE FÄLLE

Erst als Arzt an den Amazonas und später in die Politik: Hermann Schulte-Sasse trägt heute als Bremer Senator Verantwortung für das Gesundheitswesen.

Von Burkhard Rexin

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Innovationsfonds: Neuer Schub für Ideen?
- 11 **Kommentar** Rückzieher beim Klinikumbau
- 36 **Recht** Rahmen für Klinikabrechnung
- 38 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Rettungsdienst: Neue Aufgaben für Notfallhelfer
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



**18** Reportage: Was eine betreute Wohngemeinschaft im Berliner Nordosten alten Menschen bietet



**26** Gesundheit global, Teil 3: Wie Lateinamerika eine sozial gerechte Krankenversicherung erreichen will

## KINDERGESUNDHEIT

## Hufeland-Preis für Prävention verliehen

Für die Entwicklung eines Programms zur Bewegungsförderung von Kindern sind der Sport- und Rehabilitationsmediziner Reinhard Ketelhut, Direktor des Medical Center Berlin, und seine Frau, die Pädagogin Kerstin Ketelhut, mit dem Hufeland-Preis der Deutschen Ärzteversicherung, der Bundesärztl. und Bundeszahnärztl. Kammer sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung ausgezeichnet worden. An dem Programm „Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten und Grundschulalter“ nehmen mehr als 10.000 Kinder teil. Das Ehepaar Ketelhut wies nach, dass das Bewegungsprogramm zu mehr Fitness, verbesserter Motorik und günstigerer Blutdruckregulation bei Kindergartenkindern führt. Mithilfe der Ausbildung von Erziehern und Lehrern zu Multiplikatoren wurde gesichert, dass das Programm nach einer Anleitungphase keine zusätzlichen Kosten verursacht. ■

## MEHR INFOS:

[www.hufeland-preis.de](http://www.hufeland-preis.de)

## SCHILDDRÜSE

## Screening deckt Krebsfälle auf

Nach einer aktuellen Auswertung des Epidemiologischen Krebsregisters Nordrhein-Westfalen sieht das Landesumweltministerium derzeit keinen Einfluss des vor 25 Jahren stillgelegten Hochtemperatur-Atomreaktors in Hamm-Uentrop auf die Häufigkeit von Krebserkrankungen in der umliegenden Be-



Auf Bäume klettern oder zum Fitness-Programm gehen – Kinder brauchen viel Bewegung.

völkerung. Zwar stellte der Bericht eine im Vergleich zur Referenzregion höhere Rate für Schilddrüsenkrebs bei Frauen in den Jahren 2008 bis 2010 fest. Doch das sei möglicherweise darauf zurückzuführen, dass verunsicherte Menschen in der Region vermehrt am Früherkennungsscreening teilgenommen hätten, vermutete der Leiter des Krebsregisters Nordrhein-Westfalen, Oliver Heidinger. Darauf deutete auch hin, dass viele Tumore im Anfangsstadium erkannt wurden und bei Männern keine Häufung von Schilddrüsenkrebs festzustellen war. Auch das Alter der Krebspatienten lege keinen Zusammenhang mit dem Reaktor nahe. Laut Robert Koch-Institut (RKI) nimmt Schilddrüsenkrebs in Deutschland wie in anderen Ländern Europas seit mehr als zehn Jahren erheblich zu. 2012 registrierte das RKI rund 4.300 Neuerkrankungen bei Frauen und 1.800 bei Männern. ■

## BEHINDERUNGEN

## Bessere Teilhabe am Gesundheitsangebot

Die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen hat Maßnahmen zur besseren Versorgung von Menschen mit Behinderung beschlossen. Vorrangig sollen Konzepte für die Koordination ambulanter und stationärer Leistungen sowie verschiedener Leistungsträger entwickelt werden, teilte Landesgesund-

heitsministerin Barbara Steffens (Grüne) mit. Es gehe um den gleichberechtigten Zugang von Menschen mit und ohne Behinderung zum Gesundheitswesen. Das Spektrum möglicher Probleme reiche von Zugangshürden bei der Prävention über die unzureichende Kommunikation in Entscheidungssituationen bis hin zur fehlerhaften Interpretation und diagnostischen Einordnung von Krankheitssymptomen. ■

## kurz &amp; bündig

**+++ ZAHNMEDIZIN:** Die Zahl der Zahnärztinnen ist in den vergangenen zehn Jahren im Westen Deutschlands um rund 20 Prozent gestiegen. Dort beträgt die Frauenquote 2012 laut Statistischem Jahrbuch der Bundeszahnärztl. Kammer 39,2 Prozent. Im Osten liegt sie nahezu unverändert bei 58,5 Prozent. **+++ TABAK:** Raucher belasten das deutsche Gesundheitswesen jedes Jahr mit rund 18 Milliarden Euro. Das ergab die Analyse von Routine-Daten der Krankenkassen aus den Jahren 2008 bis 2012 durch das Institut für Recht der Wirtschaft der Universität Hamburg. **+++ SOZIALAUSGABEN:** Deutschland gibt im EU-Vergleich mehr für Gesundheit, aber weniger für Renten aus. Hierzulande flossen 41,1 Prozent der Sozialausgaben in die Gesundheitsversorgung (EU-Durchschnitt: 37,1 Prozent), berichtet Eurostat für 2011. Bei den Renten lag Deutschland mit 40,4 Prozent unter dem EU-Durchschnitt von 45,7 Prozent.



# Wir sind immer zu gebrauchen

## Der komplette G+G-Jahrgang 2013 mit allen Extras



Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2013? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2013 von Gesundheit und Gesellschaft (G+G) mit allen Spezial-Beilagen und G+G-Wissenschaft als Jahresband an. Zweieinhalb Kilo Gesundheitspolitik auf knapp 800 Seiten mit Jahresinhaltsverzeichnis – ein wertvolles Nachschlagewerk für alle am Gesundheitswesen Interessierten. **Der Preis: 30 Euro** inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand.

Oder haben Sie noch alle Hefte? Sie können sich den Jahrgang auch gerne selbst bei Ihrem Buchbinder binden lassen. Die maßgefertigte G+G-Einbanddecke bekommen Sie von uns. **Der Preis: 12 Euro** inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand.

Wenn Sie die Hefte ungebunden in einem passenden Schuber archivieren wollen, können wir Ihnen ebenfalls weiterhelfen. Preise für Schuber: auf Anfrage.

Selbstverständlich auch mit  
dabei: G+G-Spezial 12/2013  
„Das Zusammenspiel wagen“

Ja, ich will! Bestell-Fax: 030 220 11-105 oder [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)

- den kompletten G+G-Jahrgang 2013 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)  
 den G+G-Einband 2013 für 12 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)



Name ..... Ich bezahle per Bankeinzug  Ich bezahle per Rechnung   
 Straße ..... BLZ ..... Geldinstitut ..... Konto-Nr. ....  
 PLZ/Ort ..... Datum, Unterschrift .....

Dieser Auftrag kann schriftlich beim G+G-Leserservice, Postfach 11 02 26, 10832 Berlin, innerhalb von 10 Tagen nach Eingang widerrufen werden. Rechtzeitige Absendung genügt zur Fristwahrnehmung.

**KomPart**  
Ihr KommunikationsPartner

## VERORDNUNG

## Mehr Datenschutz in der Arbeitsmedizin

Arbeitgeber müssen ihren Mitarbeitern bei Tätigkeiten, bei denen ein Gesundheitsschaden nicht auszuschließen ist, eine Vorsorgeuntersuchung ermöglichen. Das gilt nach der neuen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales auch dann, wenn ein Beschäftigter einen Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung und seiner Arbeit vermutet. Die Verordnung stärkt die Selbstbestimmungsrechte der Beschäftigten und den Datenschutz, erklärte die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. So soll die Vorsorge getrennt von

## Zitat des Monats

„Technik ist die Anstrengung, Anstrengung zu ersparen.“

José Ortega y Gasset (1883–1955)  
spanischer Philosoph, Soziologe und Essayist

einer eventuellen Eignungsuntersuchung erfolgen. Eine körperliche oder klinische Untersuchung darf der Betriebsarzt nur anbieten, der Beschäftigte kann sie ablehnen. Das gelte auch für Impfungen. Die arbeitsmedizinische Vorsorge fällt unter die ärztliche Schweigepflicht. Wenn der Betriebsarzt einen Tätigkeitswechsel für erforderlich hält, dürfe er dies nur

an den Arbeitgeber weitergeben, wenn der Beschäftigte zustimme. Auf der Vorsorgebescheinigung für den Arbeitgeber darf nur stehen, dass, wann und aus welchem Anlass ein arbeitsmedizinischer Vorsorgetermin stattgefunden hat. ■

## MEHR INFOS:

[www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Themen > Arbeitsschutz

die Ambulanzen zu entlasten. Die Sozialdienste sollen zudem an den Wochenenden arbeiten. Premierminister David Cameron kündigte unabhängig davon an, dass Ärzte und Krankenschwestern, die ihre Patienten bewusst vernachlässigen, künftig ins Gefängnis kommen können. Die Regierung zieht damit die Konsequenz aus den unhaltbaren Zuständen in einem Krankenhaus im mittelenglischen Stafford, wo von 2005 bis 2009 bis zu 1.200 Patienten starben. ■

## ÄRZTESCHAFT

## Kritik an geänderter Nutzenbewertung

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist dagegen, die Nutzenbewertung älterer Arzneimittel aufzugeben, wie Union und SPD im Koalitionsvertrag festgelegt haben. Damit würden wesentliche Fortschritte des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) von 2010 ohne ersichtlichen Grund abgeschafft, kritisierte die Kommission. Die gerade erst anlaufende Bewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt sei unentbehrlich, um eine qualitativ hochwertige, aber auch wirtschaftliche Arzneimittelversorgung sicherzustellen – zuallererst im Interesse der Patienten. Die Abschaffung der Nutzenbewertung des Bestandsmarktes bedeute den Fortbestand der im internationalen Vergleich hohen deutschen Preise für Arzneimittel außerhalb des Festbetragsbereichs. Die AkdÄ appellierte mit Nachdruck an die politischen Entscheidungsträger, die Möglichkeit einer Nutzenbewertung des Bestandsmarktes aufrechtzuerhalten. ■

## Köpfe und Karrieren



+++ **RAINER STRIEBEL**, 51 (links) und **STEFAN KNUPFER**, 51, bilden seit Anfang dieses Jahres den neuen Vorstand der AOK PLUS. Rainer Striebel übernimmt den Vorsitz von Rolf Steinbronn, der Ende 2013 in den Ruhestand getreten ist (siehe dazu auch Seite 40). Der Betriebswirt Rainer Striebel war seit dem



Jahr 2011 stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse und der promovierte Wirtschaftswissenschaftler Stefan Knupfer Geschäftsführer der Unternehmenseinheit Finanzen/Controlling sowie Bevollmächtigter des Vorstandes der AOK PLUS.

+++ **MONIKA LERSMACHER**, 57, ist neue alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg. Die Versichertenvertreterin folgt auf Günter Güner, 66, der dem Verwaltungsrat seit 1996 angehörte und den Vorsitz altershalber niedergelegt hat. Dem Verwaltungsrat der Gesundheitskasse gehört Monika Lersmacher seit 2011 an. Hauptberuflich ist die Industriekauffrau und Mediatorin Bezirkssekretärin bei der IG Metall Baden-Württemberg mit den Arbeitsschwerpunkten Sozial- und Gesundheitspolitik sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz. Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender arbeitgeberseits ist nach wie vor Peer-Michael Dick.

STATIONÄRE VERSORGUNG  
Winterzuschlag für britische Kliniken

Die britische Regierung hat 53 Krankenhäusern in England im Dezember zusätzlich 250 Millionen Pfund (umgerechnet 300 Millionen Euro) zur Verfügung gestellt, um die Patientenversorgung im Winter zu gewährleisten. Dafür sollen bis zu 320 Ärzte, 1.400 Krankenschwestern und 1.200 Therapeuten befristet eingestellt oder Überstunden bezahlt und bis zu 1.120 zusätzliche Betten in den Krankenhäusern finanziert werden. Außerdem soll die Zahl der Betten in Pflegeheimen mit dem Geld um bis zu 1.200 erhöht werden. Der Nationale Gesundheitsdienst NHS stellt außerdem umgerechnet 180 Millionen Euro zur Verfügung, um die Versorgung älterer Menschen in Heimen oder zu Hause zu verbessern und gleichzeitig

## Neuer Schub für Ideen?

Mithilfe eines 300 Millionen Euro schweren Innovationsfonds will die Große Koalition sektorenübergreifende Versorgungsmodelle anschieben. Finanziert werden soll der Topf von den Kassen. Über die Mittelvergabe entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Ist das Ganze gut durchdacht?



**PROFESSOR DR. FERDINAND M. GERLACH**, *Vorsitzender des Gesundheits-Sachverständigenrates*: Die Richtung stimmt. Sowohl die Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen als auch die gleichzeitige Intensivierung der Versorgungsforschung sind wiederholte Forderungen des Sachverständigenrates. Angesichts von 190 Milliarden Euro Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die eingesetzten Mittel immer noch bescheiden. In anderen Branchen

werden sehr viel mehr Mittel in Forschung und Entwicklung investiert. Ob das Vorhaben durchdacht und erfolgreich ist, hängt entscheidend von der konkreten Ausgestaltung der Ausschreibungskriterien durch den GBA ab.

**PROFESSOR DR. KLAUS JACOBS**, *Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK*: Dem GBA eine Schlüsselrolle bei der Definition und Umsetzung von „sektorenübergreifendem Fortschritt“ zuzuweisen, hieße, den Bock zum Gärtner zu machen. Man muss das Modell einmal gedanklich auf andere Branchen übertragen: Die internationale Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands wäre schnell verspielt. Innovationen entstehen nur im Wettbewerb gegen das Interesse der Platzhirsche am Erhalt des Status quo. Zudem klappt die partnerschaftliche Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle nicht per Ausschreibung. Es droht viel Bürokratie und wenig Nutzen. Schade um das viele Geld!



**DR. CARSTEN JÄGER**, *Geschäftsführer des Ärztenetzes Südbrandenburg*: Auf jeden Fall ist das ein Schritt in die richtige Richtung! Seit über einem Jahrzehnt spricht die Politik von der Notwendigkeit, sektorenübergreifende, vernetzte Versorgungsmodelle zu schaffen – wirklich etablieren konnten sich solche Netze bisher aber nur punktuell. Ebenfalls positiv sehe ich die Reservierung von 75 Millionen Euro für begleitende Versorgungsforschung. Diese Mittel tragen

dazu bei, endlich den wissenschaftlichen Nachweis der medizinischen und ökonomischen Überlegenheit von Versorgungsnetzen zu erbringen, der aus Netzmitteln bislang nicht zu finanzieren war.

**PROFESSOR DR. VOLKER AMELUNG**, *Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care*: Der Innovationsfonds ist ein wichtiger Impuls zur rechten Zeit. Doch er muss in eine klar definierte Bahn gelenkt werden, damit keine Fehlsteuerungen entstehen. Es liegt in der Natur eines Koalitionsvertrags, dass zahlreiche Fragen offen bleiben: Wer ist antragsberechtigt? Welche Leistungen sind förderungsfähig? Wie erfolgt die Evaluation? Wichtiger als die Frage der Finanzierung ist die des Vergabeverfahrens. Die im GBA vertretenen Akteure sind selbst Beteiligte am Versorgungsgeschehen. Wie kann dennoch eine neutrale Mittelvergabe gewährleistet werden? Hierzu brauchen wir Antworten.



### BILDUNG

## Fördermittel fürs Auslandsstudium

Für ein EU-Programm für die allgemeine und berufliche Bildung im Ausland stehen bis Ende 2020 insgesamt 14,7 Milliarden Euro zur Verfügung. „Erasmus+“ bietet nach Angaben der Präsidentin des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD), Margret Wintermantel, eine Reihe von Möglichkeiten für die weitere Internationalisierung der Hochschulen. Studierende könnten nicht nur wie bisher – allerdings mit höheren Stipendien – ein Semester oder Praktikum in 34 europäischen Ländern absol-



vieren, sondern künftig bis zum Bachelor, Master oder im Promotionsstudium bis zu einem Jahr im Ausland verbringen. Bald soll dies in Einzelfällen in allen Ländern der Welt möglich sein. Darüber hinaus könnten über Erasmus+ zinsgünstige Kredite für ein ganzes Masterstudium im europäischen Ausland vergeben werden. Zur Vorbereitung auf die ersten Antragsrunden im März und April 2014 bietet der DAAD Beratungsveranstaltungen an. ■

### AUSSCHREIBUNG

## Preis für gutes Fehlermanagement

Die Hamburger Gesundheits-senatorin Cornelia Prüfer-Storcks hat die Schirmherrschaft über den mit 20.000 Euro dotierten Lohfert-Preis der gleichnamigen Stiftung übernommen. Diesmal sollen Konzepte für das Fehler- und Risikomanagement in Krankenhäusern ausgezeichnet werden. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 28. Februar 2014. Die Bewerbungsunterlagen sind unter [www.lohfertstiftung.de](http://www.lohfertstiftung.de) abrufbar. Die Konzepte sollen praxiserprobt sein und Patienten wie Krankenhaus-Mitarbeitern nützen. Bewerben können sich alle Teilnehmer an der stationären Krankenversorgung im deutschsprachigen Raum sowie Experten von Managementgesellschaften, Krankenkassen und Beratungsgesellschaften. Der Preis wird im Herbst 2014 verliehen. ■

### STATISTIK

## Mehr Tote durch Infektionen

Immer mehr Menschen in Deutschland sterben an Infektionen oder parasitären Krankheiten. 18.353 solcher Todesfälle zählte das Statistische Bundesamt 2012. Das sind zehn Prozent mehr als ein Jahr zuvor und 75 Prozent mehr als 2002. Insgesamt gab es 2012 nach der aktuellen Statistik 869.582 Todesfälle. Die häufigste Todesursache bleiben Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 40,2 Prozent aller Sterbefälle, gefolgt von Krebs (25,5 Prozent). 3,8 Prozent aller Todesfälle hatten eine nicht natürliche Ursache, wie eine Verletzung oder Vergiftung. 9.890 Menschen nahmen sich das Leben. ■

## VERBRAUCHERSCHUTZ Fleisch künftig mit Herkunftsangabe

Beim Kauf von Fleisch werden Verbraucher künftig genau sehen können, aus welchem Land es stammt. Verpacktes Fleisch von Schwein, Ziege, Schaf und Geflügel muss vom 1. April 2015 an mit dem Ursprungsland gekennzeichnet sein. Nur für Rindfleisch ist dies heute schon Pflicht. Wurde ein Tier in verschiedenen Ländern aufgezogen und geschlachtet, müssen sowohl Aufzucht- als auch Schlachtorte vermerkt sein. Das hat der Ständige Ausschuss für die Lebensmittelkette und Tiergesundheit der Europäischen Kommission beschlossen. Damit werden entsprechende Vorschriften der EU-Lebensmittelinformations-Verordnung 1169/2011 vom 25. Oktober 2011 umgesetzt. Nach dieser Verordnung darf Rinderhack seit 1. Januar 2014 nur noch maximal 20 Prozent Fett ent-



halten, Schweine- und gemischtes Hack 30 Prozent und Hackfleisch anderer Tiere 25 Prozent. Bei als „mager“ ausgezeichnetem Hackfleisch darf der Fettanteil höchstens sieben Prozent betragen. ■

## WEITERBILDUNG Aus Arbeitslosigkeit in die Pflege

Die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ der Bundesregierung

ist erfolgreich gestartet. Rund 4.200 von der Bundesanstalt für Arbeit geförderte Weiterbildungen in der Altenpflege wurden 2012 erfolgreich abgeschlossen. 3.400 Absolventen waren Frauen, 400 langzeitarbeitslos und 280 älter als 50 Jahre. Allein mit dem Sonderprogramm „Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen“ (WeGebAU) erwarben 570 Frauen und 100 Männer aus kleinen und mittleren Betrie-

ben eine Weiterqualifizierung in der Altenpflege. Das geht aus dem Eingliederungsbericht hervor, den die Bundesanstalt für Arbeit für die Bundesregierung erstellte. Beim Programm WeGebAU übernimmt die Bundesanstalt für Arbeit die Weiterbildungskosten und zahlt Zuschüsse zum Arbeitsentgelt während Weiterbildung. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache**  
**18/104**

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



### „Qualität der Leistungen ist endlich Maßstab für die Bezahlung“

Die schwarz-rote Regierungskoalition will im Gesundheitswesen manches verändern. Dazu Fragen an **Annette Düring**, Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Bremen/Bremerhaven.

**G+G:** Frau Düring, die Große Koalition im Bund steht. Was finden Sie am Koalitionsvertrag von Union und SPD in Sachen Gesundheitspolitik bemerkenswert?

**DÜRING:** Dass es jetzt einen Beauftragten für Pflege und Patienten gibt, der sich als Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium speziell um das Thema Pflege kümmern soll. Ich hoffe, dass die neue Regierung damit die Pflegereform und die vielen Probleme in diesem Bereich endlich angeht. Der demografische Wandel duldet keinen Aufschub um weitere vier Jahre. Wir müssen die Pflegeberufe im Ansehen und in der Bezahlung deutlich aufwerten.

**G+G:** Und was ärgert Sie am Regierungsprogramm?

**DÜRING:** Dass die Koalition in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung den Weg der Vorgängerregierung bestätigt. Pauschale Zusatzbeiträge und Prämienzahlungen fallen zwar weg, an dem

0,9-Prozent-Beitrag, den Arbeitnehmer alleine tragen müssen, ändert sich aber nichts. Arbeitgeber müssen sich durch den auf 14,6 Prozent festgesetzten allgemeinen Beitragssatz nicht an künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beteiligen. Das halte ich für falsch.

**G+G:** Was stimmt Sie versöhnlich?

**DÜRING:** Die Qualität medizinischer Leistungen ist noch nie so ausdrücklich zum Maßstab für die Bezahlung gemacht worden. Das ist richtig so und ganz im Sinne der Patienten. Denn allzu oft gilt ja im Gesundheitswesen das Prinzip, eine meist teure neue Leistung als vermeintliche Qualitätsverbesserung einzuführen, ohne zu wissen, ob sie wirklich besser ist als die bisherige. Ob diese Qualitätsorientierung tatsächlich Realität werden kann, wird man aber frühestens am Ende dieser Legislaturperiode wissen.

## Rückzieher beim Klinikumbau

Die Große Koalition ist besiegelt. Mit Blick auf die angepeilte Krankenhausreform hätten Union und SPD jedoch eine Chance vertan, meint **Valerie Blass**. Für echte strukturelle Veränderungen reiche das, was im Koalitionsvertrag stehe, nicht aus.



**UM DEUTSCHLANDS KRANKENHÄUSER** steht es schlecht, trotz der guten medizinischen Versorgung. Rund die Hälfte aller 2050 Kliniken schreibt laut Klinikbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts rote Zahlen. Höchste Zeit zu handeln, könnte man meinen. Weit gefehlt: Nach der Lektüre der entsprechenden Passagen im Koalitionsvertrag bleibt Ernüchterung zurück.

Nichts als laue Beteuerungen findet der Leser dort: Qualität werde als Entscheidung für die Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt. Und: Die Kassen sollten ab dem Jahr 2015 die Möglichkeit bekommen, „modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen“. Auch die Passage zur künftigen Finanzierung sprüht nicht eben vor Innovationskraft. „Wir wollen gewährleisten (...), dass die Personalkosten (...) in ausreichender Höhe berücksichtigt werden“, steht da geschrieben. Klingt wie von der Lobby der Krankenhausgeschäftsführer diktiert.

Was, fragt man sich, ist aus der Erkenntnis geworden, dass wir eine Überversorgung haben? 8,3 Klinikbetten kommen hierzulande auf 1.000 Einwohner. Nur Japan und Südkorea haben laut OECD mehr. Was ist aus dem Vorhaben aus der Frühphase der schwarz-roten Koalitionsverhandlungen geworden, 500 Millionen Euro als Anreiz für die Stilllegung oder den Umbau von Kliniken ins System zu geben? Damit wäre es möglich gewesen, Überkapazitäten zu reduzieren.

Stattdessen: Zugeständnisse an die Klinikchefs und vage Ideen zur Vergütung nach Qualitätskriterien. Dabei sagen selbst Kassenvertreter, dass es Jahre dauern würde, Verfahren zur Qualitätsmessung zu entwickeln, die gerichtsfest sind. Bis dahin soll alles beim Alten bleiben – mit dem Unterschied, dass mehr Geld fließt?

Chance verpasst, kann man da nur in Richtung Große Koalition rufen. Wer, wenn nicht sie, hätte die Möglichkeit gehabt, gegen die mächtige Lobbygruppe Krankenhaus echte Strukturreformen durchzusetzen? Aber offenbar ist noch nicht genug Druck im Kessel.

Was wird passieren? Viele kommunale Krankenhäuser gehen kaputt, weil zu wenig Geld im aufgeblähten System ist. Das sind jedoch nicht unbedingt diejenigen, die schlechte Qualität bieten. Die übrigen werden versuchen, ihre Wirtschaftlichkeit durch eine kontinuierliche Steigerung ihrer Leistungszahlen zu erhalten – teils mit unnötigen Operationen. Das ist das Gegenteil von Qualität. Das deutsche Krankenhaus-System wird ein weiteres Stück von seinem guten Ruf einbüßen. ■

Valerie Blass ist Redakteurin der „Heilbronner Stimme“.

### Globale Gesundheit Europa unterstützt Kampf gegen Aids

Die Europäische Union will der internationalen Hilfsorganisation Global Fund in den kommenden drei Jahren 370 Millionen Euro zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zur Verfügung stellen. Das teilte die Europäische Kommission in Brüssel mit. Auf einer Geberkonferenz in Washington anlässlich des Welt-Aids-Tages sagten weitere 25 Staaten sowie Stiftungen und Unternehmen insgesamt zwölf Milliarden US-Dollar (rund neun Milliarden Euro) Spenden für die Jahre 2014 bis 2016 zu. Bundeskanzlerin Angela Merkel versprach in einer Video-Botschaft, 600 Millionen Euro aus dem Bundeshaushalt bereitzustellen. US-Präsident Obama sagte vier Milliarden US-Dollar zu, Großbritannien und Frankreich wollen je gut eine Milliarde Euro geben. Größter privater Spender war mit 500 Millionen US-Dollar die Stiftung des Microsoft-Gründers Bill Gates. ■

### Vorsorge Bayern will Schüler früher untersuchen

Angehende Erstklässler werden in Bayern künftig nicht erst kurz vor der Einschulung, sondern bereits ein Jahr vorher untersucht. Wenn dann Defizite erkennbar seien, habe man noch genügend Zeit, diese anzugehen, sagte die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) im Gesundheitsausschuss des Landtags. Die Kinder müssten dann nicht zurückgestellt werden und ein Jahr länger als geplant den Kindergarten besuchen. Als Schwerpunkte für

die Arbeit ihres nach der Landtagswahl am 15. September 2013 neu geschaffenen Ministeriums für Gesundheit und Pflege nannte sie die Prävention und die flächendeckende medizinische Versorgung in ganz Bayern. Schuleingangsuntersuchungen sind dort Pflicht, wenn die Eltern keine Bescheinigung der Teilnahme an der U9-Vorsorgeuntersuchung vorlegen. ■

### Forschung Technologien für Senioren fördern

Die Europäische Kommission will Technologieforschung für Senioren mit 175 Millionen Euro fördern. Das Programm „Aktives und unterstütztes Leben“ (AAL) soll dazu beitragen, dass Informations- und Kommunikationstechnologien entwickelt werden, die das Leben älterer Menschen und die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern. Das hat die Kommission dem Europaparlament vorgeschlagen. Initiativen der EU-Staaten sollen unterstützt und gebündelt werden. In Deutschland fördert das Bundesforschungsministerium seit 2007 Ambient-Assisted-Living-Projekte, die der Verband der Elektroindustrie VDE koordiniert. Die EU-Kommission geht davon aus, dass mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnologien die Zahl der gesunden Lebensjahre der EU-Bürger bis 2020 um zwei Jahre steigen kann. Der Deutsche Bundesrat bat die Bundesregierung, sich an multinationalen AAL-Forschungs- und Entwicklungsprogrammen zu beteiligen. Dadurch könnten Strukturen, Netzwerke und Ergebnisse der ersten Förderphase gesichert werden. ■

# Minister ohne Scheuklappen

Hermann Gröhe ist neuer Bundesgesundheitsminister. Auf dem Zettel hatte den Rheinländer für dieses Amt kaum jemand – in der Welt der Fallpauschalen, Wahltarife und Bewertungsausschüsse ist er ein Neuling. Von Nachteil muss das nicht sein. **Von Thomas Hommel**

**Wildsau gegen Gurkentruppe**, versicherte der frisch gebackene Chef der SPD-Bundestagsfraktion Thomas Oppermann kurz nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrages, werde nicht das Drehbuch für die Zusammenarbeit von Union und SPD in den kommenden vier Jahren sein. Mit seiner Bemerkung spielte Oppermann auf einen monatelangen Krach in der Vorgängerkoalition aus Union und FDP an. Dieser hatte sich an der von den Liberalen geforderten „Gesundheitsprämie“ zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung entzündet und fand in den genannten, für die hohe Politik eher unschönen Zuschreibungen seinen verbalen Höhe- beziehungsweise Tiefpunkt.

Ein Garant dafür, dass es zwischen Christ- und Sozialdemokraten zumindest in der Gesundheitspolitik harmonischer zugeht, dürfte Hermann Gröhe sein. Der 52-jährige Rheinländer, der noch bis vor Kurzem das Amt des CDU-General-

sekretärs bekleidete und nun für viele Beobachter überraschend auf dem Chefessel im sechsten Stock des Bundesgesundheitsministeriums Platz genommen hat, gilt als Politiker der moderaten und eher sachlichen Töne. Laute Polemik auf offener Bühne ist seine Sache nicht.

**Ohne Vorschlaghammer.** Selbst als CDU-Generalsekretär holte der gelernte Jurist nur selten den verbalen Vorschlaghammer aus der Tasche. Den Wahlkampf seiner Partei organisierte Gröhe nüchtern und ohne allzu scharfe Attacken auf den politischen Gegner, dafür aber am Ende höchst erfolgreich für die Union und Kanzlerin Angela Merkel.

Gröhe ist innerhalb seiner Partei bestens vernetzt und wird von vielen Parteifreunden für seinen fairen und offenen Umgangsstil geschätzt. Der gläubige Protestant und vierfache Familienvater aus Neuss in Nordrhein-Westfalen räume Probleme eben am Telefon oder bei Ge-

sprächen in kleiner Runde ab, bevor sie zu großen ausarteten, nennt die „Süddeutsche Zeitung“ als Grund dafür.

**Mann des Ausgleichs.** Auf dem verminten Gelände der Gesundheitspolitik wiegt eine derartige Eigenschaft am Ende womöglich mehr als der Umstand, dass Gröhe mit der gesundheitspolitischen Materie kaum vertraut ist. Einschlägige Kommentare oder Einschätzungen aus seinem Mund zu kniffligen Honorarfragen der niedergelassenen Ärzteschaft etwa oder zu detailverliebten Debatten über die Höhe der Krankenhauspauschalen sucht man jedenfalls vergeblich in den Archiven.

Eine erste Duftmarke setzte Gröhe mit seiner Ankündigung, den Zugang zum Medizinstudium erleichtern zu wollen. Im Interview mit der „Bild am Sonntag“ erklärte er, dass er mit den Wissenschaftsministern der Länder darüber sprechen wolle, dass jungen Leuten, die sich ver-

## Die neue Führungsriege im Bundesgesundheitsministerium



**ANNETTE WIDMANN-MAUZ** bleibt weiter Parlamentarische Staatssekretärin. Die CDU-Politikerin hatte dieses Amt bereits in der vorangegangenen Legislaturperiode unter Gröhes Vorgänger Daniel Bahr inne. Die 47-Jährige ist seit 1998 Mitglied des Bundestages und seit 2011 stellvertretende Bundesvorsitzende der Frauen Union. Seit 2012 gehört sie dem Bundesvorstand der CDU an.

Neu im Amt der Parlamentarischen Staatssekretärin ist **INGRID FISCHBACH**. Die Lehrerin für Deutsch und Geschichte stammt aus dem Ruhrgebiet. Die 56-jährige Mutter einer Tochter gehört dem Bundestag seit 1998 an und war in der vergangenen Legislaturperiode stellvertretende CDU-Fraktionsvorsitzende. Sie arbeitete in den Ausschüssen für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Arbeit und Soziales.



**KARL-JOSEF LAUMANN**, bislang Vorsitzender der CDU-Fraktion im nordrhein-westfälischen Landtag, wird als beamteter Staatssekretär das neue Amt eines Beauftragten für Patienten und Bevollmächtigten für Pflege wahrnehmen. Der 56-jährige Westfale ist seit 2005 Bundesvorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA). Laumann ist Vater von drei Kindern.

**LUTZ STROPPE**, bisher Staatssekretär im Bundesfamilienministerium, wechselt als beamteter Staatssekretär ins Bundesgesundheitsministerium und komplettiert das dortige Leitungsteam. Der 57-jährige Lehrer leitete viele Jahre das Büro des früheren Bundeskanzlers Helmut Kohl. Zudem verantwortete er den Bereich „Politische Programme und Analysen“ in der CDU-Bundesgeschäftsstelle.



pflichten, eine Praxis auf dem Land zu übernehmen, der Zugang zum Medizinstudium erleichtert werde.

Im politischen Lebenslauf Gröhes spielt das Thema Gesundheit keine nennenswerte Rolle: Seit 1994 vertritt er seinen Wahlkreis Neuss im Bundestag, seit 1977 ist er Mitglied der CDU. Gröhe war Vorsitzender der Jungen Union und von 1998 bis 2005 Sprecher der Unionsfraktion für Menschenrechte und humanitäre Hilfe. In den Jahren 2008 und 2009 wirkte er im Bundeskanzleramt als Staatsminister für die Bund-Länder-Koordination, anschließend übernahm er den Job des CDU-Generalsekretärs.

Relevanter als Fachkenntnisse dürfte für die Berufung als Gesundheitsminister im dritten Kabinett von Bundeskanzlerin Angela Merkel der Umstand gewesen sein, dass Gröhe dem mächtigen nordrhein-westfälischen CDU-Landesver-

### Als politischer Generalist bringt Gröhe Verhandlungsgeschick und Durchsetzungsstärke mit.

band angehört. Nach dem Ausscheiden von Kanzleramtschef Roland Pofalla aus dem Kabinett wäre kein Minister mehr aus NRW gekommen, hätte Gröhe nicht den Job des Gesundheitsministers übernommen. Solcher Parteiproporz, das wissen Insider seit Jahren, spielt bei der Besetzung hoher Ämter in der Bundespolitik stets eine große Rolle.

**Selbstbewusst auf neuem Terrain.** Gröhe selbst geht mit der Tatsache, dass er als Neuling in der Welt der Gesundheitspolitik unterwegs ist, entspannt um. Er sei nie Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages gewesen, vertraute er unlängst der „Neuß-Grevenbroicher Zeitung“ an. Und fügte im nächsten Satz selbstbewusst hinzu, dass er sich als langjähriger Vorsitzender des Diakonischen Werkes Neuss Einblicke in die Altenpflege, die Hospizarbeit und die Gemeindepsychiatrie habe aneignen können. In seinem Wahlkreis habe er überdies enge

Kontakte zu Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und zur Ärzteschaft gepflegt. Ob das für die Leitung eines Ministeriums, das für einen Wirtschaftszweig mit immerhin rund fünf Millionen Beschäftigten, einem Jahresumsatz von gut 300 Milliarden Euro und Dutzender rivalisierender Interessengruppen zuständig zeichnet, wird sich zeigen.

**Rückendeckung der Kanzlerin.** Angela Merkel jedenfalls traut Hermann Gröhe die Herkules-Aufgabe Gesundheit zu. Da beiden ein enges und vertrauensvolles Verhältnis nachgesagt wird, kann sich Gröhe bei wichtigen Weichenstellungen, die in seinem Ressort anfallen, der Rückendeckung der Kanzlerin sicher sein. Gröhes Vorgänger im Amt des Bundesgesundheitsministers, Daniel Bahr von der FDP, machte da schon ganz andere Erfahrungen – etwa als er sich bei der von Schwarz-Gelb angepeilten großen Reform der sozialen Pflegeversicherung eine Rote Karte aus dem Bundeskanzleramt abholen musste.

**Vorschusslorbeeren für den Neuen.** Die Reaktionen der Verbände im Gesundheitswesen auf die Berufung Gröhes zum Gesundheitsminister fallen überwiegend positiv aus. Das liegt sicher auch daran, dass er sich nicht unbeliebt gemacht hat bei den Akteuren – Gesundheit und Pflege gehörten ja eben nicht zu den Handlungsfeldern Gröhes. „Der neue Gesundheitsminister kann ohne Scheuklappen ans Werk gehen“, sagt etwa der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann. Beim „Bohren dicker Bretter“ sei die Gesundheitskasse gerne behilflich.

Kurz und vor allem leicht ist die To-do-Liste, die Gröhe auf seinem Schreibtisch vorfindet, nicht. So muss er nicht nur für einen von der Politik seit Langem versprochenen neuen, sprich moderneren Pflegebedürftigkeitsbegriff und – was noch schwieriger sein dürfte – dessen Finanzierung sorgen. Obendrein steht eine Reform der Krankenhauslandschaft an, bei der es vor allem darum geht, dass das Geld stärker als bisher der Qualität und nicht der Quantität von Operationen folgt. Wie Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste das dringend benötigte Fachpersonal finden kön-



nen – gerade in abgelegenen Regionen Deutschlands, gehört zu einer weiteren drängenden Frage, auf die der neue Gesundheitsminister rasch überzeugende Antworten finden muss.

Von Vorteil bei der Bewältigung dieser und anderer Aufgaben dürfte sein, dass Gröhe als politischer Generalist einiges an Verhandlungsgeschick und Durchsetzungsstärke aus anderen Politikfeldern für sein neues Amt mitbringt – im Haifischbecken Gesundheitswesen sind das überlebenswichtige Eigenschaften.

Gut für den neuen Job ist auch, dass Gröhe zu den Machern des Koalitionsvertrages gehört. An den Verhandlungen mit den Sozialdemokraten wirkte er von Beginn an mit und setzte dabei auf eine schrittweise inhaltliche Annäherung der drei Parteien – auch bei umstrittenen Themen wie der Arbeitsmarkt- und der Rentenpolitik. Koalitionsverhandlungen, erklärte Gröhe dazu vorausschauend, seien eben kein „Speed-Dating“. ■

# Vorsicht, Treppe!

Weniger Stürze, weniger Frakturen: Mithilfe der Sturzprävention gelingt es, Senioren beim Gehen mehr Halt zu geben. Die AOK hat hierzu zahlreiche Projekte aufgelegt. Kraft- und Balancetraining spielen eine zentrale Rolle. **Von Thomas Hommel**

**Beim Gehen verlieren sie die Balance,** beim Treppensteigen kommen sie ins Stolpern, an der Teppichkante bleiben sie hängen: Schätzungsweise ein Drittel der über 65-Jährigen in Deutschland stürzt mindestens einmal im Jahr schwer. Bei Bewohnern von Pflegeheimen liegt die Sturzrate noch höher.

Besonders problematisch sind die Folgen von Stürzen. Etwa jeder zehnte führt zu behandlungsbedürftigen Verletzungen wie Hüftfrakturen. Diese werden jährlich bei rund 100.000 zumeist älteren Bundesbürgern diagnostiziert – und enden nicht selten mit dem Verlust der Selbstständigkeit. Die Behandlungskosten liegen laut Statistischem Bundesamt bei bis zu zwei Milliarden Euro im Jahr. Dem Thema Sturzprävention kommt daher wachsende Bedeutung zu.

Die AOK engagiert sich auf diesem Feld bereits seit vielen Jahren. In nahezu allen 16 Bundesländern hält die Gesundheitskasse Angebote zur Sturzprophylaxe parat. Im Mittelpunkt der Programme steht häufig ein gezieltes Kraft- und Balancetraining. Und auch Menschen mit Demenz bleiben nicht außen vor.

**Kraft und Balance trainieren.** „Sicherheit und Aktivsein im Alter“ heißt das Programm der **AOK Nordost** für die ambulante Sturzprävention. Es umfasst ein spezielles Kraft- und Balancetraining sowie eine Beratung zur Sturzvermeidung im Wohn- und Lebensumfeld. In Berlin und Brandenburg kooperiert die Gesundheitskasse dazu unter anderem mit Seniorenbegegnungsstätten, Mehrgenerationen- sowie Nachbarschaftshäusern. In Mecklenburg-Vorpommern wird die ambulante Sturzprävention über einen Vertrag umgesetzt, dem rund 190 Pflegedienste beigetreten sind: Pflegekräfte bilden sich zur Sturzprävention weiter und setzen das

Programm mit AOK-Versicherten in deren häuslichem Umfeld oder in Trainingsgruppen um. Im stationären Bereich bietet die Kasse das Programm „Aktiv bleiben im Pflegeheim“. Es beinhaltet die Unterstützung des Heimpersonals bei der Ermittlung von Sturzgefahren. Diese werden dokumentiert, um geeignete Interventionen zu entwickeln. Ergänzend gibt es ein Balance- und Krafttraining. In diesem Jahr wurde das Projekt um das Spezialmodul „Demenz“ erweitert, das die AOK Nordost gemeinsam mit dem Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe in Stralsund entwickelt hat. *Kontakt: bettina.schubert@nordost.aok.de*

**Schulung für Pflegefachkräfte.** Bereits im sechsten Jahr realisiert die **AOK PLUS** in insgesamt 81 ausgewählten Einrichtungen in Sachsen und Thüringen das Projekt „Sturzprävention – aktiv bleiben im Pflegeheim“. Dabei werden die jeweilige Pflegedienstleiterin oder ausgewählte Pflegefachkräfte der Einrichtungen zu Projektinhalt und zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege geschult. Die Ergotherapeuten oder geeignete Alltagsbegleiter der Heime werden im Kraft- und Balancetraining angeleitet. Außerdem erhalten die Einrichtungen zu verschiedenen Gymnastikgeräten wie Hanteln und Fußgewichtsmanschetten im ersten Jahr des Projektes einen Zuschuss von der AOK PLUS. Weiterer Bestandteil des Projektes ist die Dokumentation aller Stürze. Die Sturzerhebungsbögen werden jährlich von der Gesundheitskasse analysiert und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Die Projektleiterin besucht alle Einrichtungen einmal im Laufe des dreijährigen Projektzeitraumes. So wird das Pflegepersonal für die Beseitigung von Sturzquellen sensibilisiert. *Kontakt: petra.kirchhübel@plus.aok.de*

**Landesweite Kursangebote.** In 27 Physiotherapie-Praxen bietet die **AOK Sachsen-Anhalt** Kurse zur Sturzprophylaxe an. Das Angebot richtet sich an Versicherte, die älter als 55 Jahre sind. Eine Beratung zur Sturzprophylaxe ist auch zu Hause möglich. Ziel ist es, die physische und die psychosozialen Ressourcen der Kursteilnehmer zu stärken und so Risikofaktoren für einen Sturz zu minimieren. Zu den Kursinhalten gehören Kräftigungs-, Dehnungs- sowie Koordinations- und Entspannungsübungen.

*Service-Hotline: 0800 22 65 726*

**Sturzprophylaxe bringt Erfolge.** Die **AOK Rheinland/Hamburg** engagiert sich seit 2009 mit dem Setting-Angebot „Sicher und mobil bleiben“ in Pflegeeinrichtungen im Rheinland und in Hamburg. Hauptbestandteil des Projektes ist eine Schulung von Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen für ein Kraft-Balance-Training. Die Schulung wird von Fachkräften des AOK-Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung geleitet. Seit 2009 wurden rund 800 Beschäftigte aus über 400 Pflegeeinrichtungen geschult. Erste Erfahrungen zeigen: Auch an Demenz erkrankte Heimbewohner profitieren von dem Anti-Sturz-Training.

*Kontakt: laura.linden@rh.aok.de*

**Kooperation mit dem Landessportbund.** Die **AOK Bremen/Bremerhaven** bietet Kurse und Hilfen zur Sturzprävention seit gut vier Jahren in Kooperation mit dem Landessportbund Bremen an. Alle stationären Pflegeheime in Bremen und Bremerhaven haben seither die Möglichkeit, diese Angebote zu nutzen. Die Sturzprophylaxe ist aber auch ein wichtiges Thema in der ambulanten Beratung, in den Pflegestützpunkten sowie bei Hausbesuchen. *Infos: www.aok.de/bremen*

**Gleichgewicht und Koordination.** In Niedersachsen bietet die Gesundheitskasse seit 2008 das Projekt „Sturzprävention im Pflegeheim“. Hierbei werden Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen geschult, um Stürze und deren Folgeverletzungen bei Heimbewohnern gezielt vorzubeugen. Schwerpunkt des Projektes ist ein spezielles Trainingsprogramm. Senioren lernen dabei, Gleichgewicht, Koordination, Reaktion und Kraft zu verbessern und gewinnen so mehr Selbstvertrauen und Lebensfreude. Bislang haben sich 1.100 Pflegeheime in Niedersachsen beteiligt. 8.500 Fachkräfte wurden als Multiplikatoren geschult. Darüber hinaus hat die **AOK Niedersachsen** knapp 1.750 Pflegekräfte in den Bereichen Kraft- und Balancetraining weitergebildet.

*Kontakt: olaf.koehler@nds.aok.de*

**Zertifikat für engagierte Heime.** Die **AOK NordWest** beteiligt sich in Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit anderen gesetzlichen Kassen, der Landesregierung sowie der Ärztekammer Nordrhein und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest am Projekt „Landesbutton Sturzpräventive Pflegeeinrichtung und Prämierung von Best-Practice-Einrichtungen“. Darin werden Pflegeheime mit einem Zertifikat ausgezeichnet, die in Eigeninitiative etwas zur Sturzprophylaxe ihrer Bewohner unternehmen.

*Infos: www.praeventionskonzept.nrw.de*

**Individuelle Beratung für Senioren.** Die **AOK Hessen** führt die Stutzprophylaxe im Rahmen der individuellen Pflegeberatung in der Häuslichkeit der Versicherten durch. Dabei orientieren sich die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausschließlich am individuellen Bedarf und dem vorhandenen räumlichen Umfeld der Betroffenen. Ferner wird das Thema in den Pflegestützpunkten sowohl im Rahmen der allgemeinen Beratung, also des individuellen Case Managements, bearbeitet. *Infos: www.aok.delhessen*

**Schulung und Dokumentation.** In Rheinland-Pfalz und im Saarland erfolgt die Umsetzung des Projektes „Sturzprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ der **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland** seit 2008. Derzeit nehmen über 150 Einrichtungen daran teil – jedes Jahr kommen



30 weitere hinzu. Der Projektzeitraum je Pflegeeinrichtung beträgt drei Jahre. Bausteine des Projektes sind: Kraft- und Balancetraining, das zweimal pro Woche in Kleingruppen mit bis zu zehn Teilnehmern stattfindet. Ferner Schulungen für Kursleiter des Kraft- und Balancetrainings sowie für Pflegeeinrichtungen. Sturzdokumentation, um die Anzahl der Stürze, Sturzort, Zeitpunkt, getragenes Schuhwerk und Folgen des Sturzes zu ermitteln. Und Hüftprotektoren – das heißt, jede teilnehmende Einrichtung erhält einen Einmalbetrag in Höhe von bis zu 500 Euro.

*Kontakt: pia.steck-schaefer@rps.aok.de*

**Umsetzung des Expertenstandards.** Die **AOK Bayern** hat das Projekt „Sturzprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ 2007 im Freistaat aus der Taufe gehoben. Die Gesundheitskasse leistete dazu eine Anschubfinanzierung in Höhe von rund drei Millionen Euro – verbunden mit der Selbstverpflichtung der Heime, für die Dauer von mindestens drei Jahren die im Projekt geförderten Interventionsmaßnahmen zur Sturzvermeidung und Sturzvermeidung anzuwenden. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass der nationale Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ umgesetzt wird.

Die **AOK Bayern** hat die Kursleiterkosten für das Kraft- und Balancetraining, teilweise auch die Kosten für die Trainingsgeräte sowie für ein Lerntool zu Hüftprotektoren übernommen. Bis dato wurden 1.065 Pflegenden aus 955 Einrichtungen sowie 926 Kursleiter und 1.366 Co-Trainer geschult.

*Infos: www.aok.delbayern*

**Zahl der Frakturen geht zurück.** An dem Projekt „Sturzprävention – Aktiv bleiben im Pflegeheim“ der **AOK Baden-Württemberg**, das im Jahr 2003 startete, beteiligen sich derzeit rund 900 Einrichtungen im „Ländle“. Kernelement des Projekts ist ein spezielles Trainingsprogramm für Heimbewohner, mit dem Muskeln gekräftigt werden und die Koordinationsfähigkeit verbessert wird. Darüber hinaus wird das Pflegefachpersonal in Schulungen für die Thematik der Sturzprävention besonders qualifiziert und für die Beseitigung möglicher Sturzrisiken sensibilisiert. Dies mit großem Erfolg, wie erste Auswertungen belegen. Demnach konnte die Sturzrate in den teilnehmenden Pflegeheimen innerhalb des ersten Jahres um rund zehn Prozent reduziert werden. Frakturen ließen sich im Durchschnitt sogar um 18 Prozent verringern. ■

# Zusammenspiel für chronisch Kranke

Krankenhäuser bieten Räume für Gruppentreffen, Patienten sammeln Wissen zu seltenen Erkrankungen: Auf einer Fachtagung berichteten Experten, warum sich die Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Ärzten und Selbsthilfe lohnt. **Von Anne Orth**

**Das St. Marien-Hospital** Mülheim an der Ruhr hat die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen systematisch ausgebaut. Dafür erhielt es 2012 das Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Von der engeren Zusammenarbeit mit dem St. Marien-Hospital profitieren die Selbsthilfegruppen in vielfältiger Weise. Die Klinik stellt ihnen beispielsweise Räume zur Verfügung und unterstützt ihre Öffentlichkeitsarbeit. Selbsthilfevertreter nehmen regelmäßig an Qualitätszirkeln und Besprechungen teil. Ärzte und Pflegekräfte weisen Patienten auf Angebote der Selbsthilfe hin. Andreas Weymann, Mitglied der Geschäftsführung und Selbsthilfebeauftragter der Klinik, schätzt die enge Kooperation mit den Gruppen, in denen sich chronisch Kranke zusammengeschlossen haben. „Eine bessere Vernetzung kostet kaum Geld, sondern hängt eher von der persönlichen Initiative und vom Verständnis füreinander ab“, sagte Andreas Weymann auf der Fachtagung „Das Netzwerk stärken“. Rund 120 Vertreter aus Selbsthilfeorganisationen waren auf Einladung des AOK-Bundesverbandes nach Berlin gekommen, um ihre Erfahrungen mit Kooperationen zwischen Ärzten und der Selbsthilfe auszutauschen. „Wir wollen dazu beitragen, ein starkes Netz zu knüpfen, das chronisch kranke oder behinderte Menschen auffängt“, sagt Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes. Claudia Schick, Refe-

rentin für Selbsthilfeförderung, betont: „Wir wollen, dass Ärzte und Selbsthilfe zum Wohle der Patienten Hand in Hand arbeiten.“ Daher wird die AOK künftig Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen verstärkt finanziell fördern, die sich für die Vernetzung von medizinischer und sozialer Versorgung chronisch Kranker



einsetzen, indem sie Ärzte und Selbsthilfe zusammenbringen. Um Informationsdefizite auszuräumen, plant die AOK einen Newsletter über und für chronisch Kranke, die Selbsthilfe und Interessierte.

## Kliniken benennen Selbsthilfevertreter.

Seit 2013 unterstützt die AOK das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Bislang hat das Netzwerk 17 Krankenhäuser, neun Arztpraxen und zwei Reha-Kliniken mit dem Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundlichkeit“ ausgezeichnet. Gesundheitseinrichtungen, die als selbsthilfefreundlich ausgezeichnet werden wollen, verpflichten sich, bestimmte Qualitätskriterien einzuhalten, beispielsweise einen Selbsthilfebeauftragten zu benennen und Selbsthilfevertreter in Qualitätszirkel ein-

zubeziehen. Ab 2014 wollen die Initiatoren das Konzept bundesweit umsetzen.

Laut Professor Dr. Alf Trojan hängt die Zusammenarbeit zurzeit noch zu stark vom Engagement Einzelner ab. Während Selbsthilfegruppen großes Interesse an Kooperationen hätten, sei bei Ärzten häufig „interessiertes Desinteresse“ zu spüren, sagt der ehemalige Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Ihre Vorbehalte begründeten Mediziner in Befragungen mit einem Mangel an Zeit und Informationen. Auch Norbert van Kampen, Medizinsoziologe und Vorsitzender der Deutschen Epilepsievereinigung, sieht den vollen Terminkalender der Ärzte als einen Grund für eine unzureichende Zusammenarbeit an.

**Ärzte bekommen Feedback.** Positive Erfahrungen hat Dr. Peter Scholze gemacht. „Selbsthilfegruppen können Medizinern viel Zeit ersparen“, ist der Facharzt für Innere Medizin und Psychotherapie aus München überzeugt. Sie verfügen etwa über Hintergrundwissen zu seltenen Erkrankungen, stärken die Therapietreue der Patienten und können Ärzten Rückmeldung zur Wirksamkeit von Medikamenten und Therapien geben. Und laut Klaus Balke von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unterstützen die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schon lange die Zusammenarbeit von Ärzten, medizinischen Fachangestellten und Selbsthilfegruppen. Einige KVen haben eigene Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte gegründet. Die KBV hat die Kooperation mit Selbsthilfegruppen in ihrem Qualitätsmanagement-Programm QEP bekräftigt. ■

**Anne Orth** ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

## Lese- und Webtipps

- G+G-Spezial (2013): **Das Zusammenspiel wagen.** Kooperationen für die Selbsthilfe. PDF zum Download unter: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Mediathek > G+G-Spezial
- [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Gesundheit > Selbsthilfe

# „Den Volkskrankheiten auf der Spur“

Lebensstil, Bildung, Arbeit, genetische Faktoren – eine groß angelegte Untersuchung nimmt die Ursachen für Krankheiten wie Herzinfarkt, Alzheimer oder Diabetes ins Visier. Die Ergebnisse könnten die Prävention verbessern, meint Studienleiter **Karl-Heinz Jöckel**.

Mit der Nationalen Kohorte starten Sie gerade die größte Gesundheitsstudie in der Geschichte der Republik. Was wollen Sie von den Teilnehmern wissen?

**Jöckel:** Zum einen gibt es ein medizinisches Untersuchungsprogramm. Hier messen wir beispielsweise Blutdruck, Handgreifkraft, Lungenfunktion, Blutzucker, Größe und Gewicht. Zudem testen wir die Konzentrationsfähigkeit und das Gedächtnis. Zum anderen haben wir Fragebögen erarbeitet, die die Probanden entweder gemeinsam mit unseren Mitarbeitern oder in Eigenregie am Computer beantworten können. Wir wollen dabei etwas über den Lebensstil der Teilnehmer erfahren, etwa ob sie Sport treiben oder wie sie sich ernähren. Aber es geht auch um sozioökonomische und psychosoziale Faktoren, wie Bildung, Überforderung am Arbeitsplatz und chronischen Stress. Nach vier bis fünf Jahren erfolgt die Nachuntersuchung nach demselben Schema.

Was erhoffen Sie sich von diesen Daten?

**Jöckel:** Ziel der Studie ist es, der Früherkennung von Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Zuckerkrankheit, Alzheimer und Depressionen auf die Spur zu kommen und zu lernen, wie man Vorbeugung noch effektiver gestalten kann. Wir fragen uns, was genau die Entstehung einer Krankheit begünstigt und inwiefern es Schutzmechanismen gibt. Bei der Beantwortung dieser Fragen spielen Lebensstil, genetische Veranlagung und Umwelteinflüsse eine große Rolle.

Was genau ist eine Kohorten-Studie?

**Jöckel:** Kohorte bezeichnet in der Epidemiologie eine Gruppe von Menschen,

deren gesundheitliche Entwicklung über einen längeren Zeitraum beobachtet wird. Bei der Nationalen Kohorte werden wir 200.000 Männer und Frauen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren auswählen. Der Beobachtungszeitraum umfasst 20 bis 30 Jahre. Wir werden uns fortlaufend über den Gesundheitszustand und

den Probanden den Lebensstil vorschreiben, um ernstzunehmende Schlüsse zu ziehen.

**Jöckel:** Es ist nicht die Aufgabe von Wissenschaftlern, den Menschen einen Lebensstil vorzuschreiben. Wie man leben möchte, muss jeder Einzelne für sich



Warum erkrankt der eine, der andere aber nicht? Das ist die Frage, um die es geht.

Professor Dr. Karl-Heinz Jöckel

die Veränderungen im Leben der Probanden informieren. Sind Krankheiten aufgetreten? Hat jemand zu rauchen aufgehört oder ist aus der Stadt ins Grüne gezogen? Der Vergleich der Daten ermöglicht uns, Zusammenhänge zwischen den Lebensumständen und der Entstehung von Krankheiten zu ermitteln.

Anhand welcher Kriterien wählen Sie die Probanden aus?

**Jöckel:** Das jeweilige Einwohnermeldeamt zieht eine Zufalls-Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Entscheidend ist, dass die Probanden in der Region des Studienzentrums wohnen und zwischen 20 und 69 Jahre alt sind.

Kritiker bemängeln, ihre künftigen Erkenntnisse taugten allein zur Hypothesenbildung. Eigentlich müssten Sie

selbst entscheiden. Aber wir können Entscheidungshilfen geben, indem wir versuchen, das Geheimnis des komplizierten Wechselspiels zwischen genetischen Voraussetzungen, Umwelteinflüssen und den individuellen Lebensumständen im Zusammenhang mit der Entstehung von Krankheiten zu lüften. Wann und warum erkrankt der eine, der andere aber nicht? Das ist die Frage, um die es geht. ■

Das Interview führte Christian Parth für das Kundenmagazin vigo der AOK Rheinland/Hamburg (gekürzte Fassung).

## Zur Person

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel ist Vorstandsvorsitzender und wissenschaftlicher Vorstand der Nationalen Kohorte e.V. sowie Direktor des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen. [www.nationale-kohorte.de](http://www.nationale-kohorte.de)

TITELTHEMA

# Pflege im



# kleinen Kreis



.....

Ein Rentner und vier Rentnerinnen in einer Wohnung – geht das gut? Ja, es geht, wie das Beispiel einer betreuten Wohngemeinschaft im Berliner Nordosten zeigt. Als Alternative zum Heim genießen Senioren-WGs immer mehr Zulauf. Aus Sicht von Experten eine gute Entwicklung – solange die Qualität der Pflege stimmt. Eine Reportage von **Thomas Hommel** (Text) und **Marc-Steffen Unger** (Fotos).

**M**ühle spielen ist gerecht. Heißt es. Beide Spieler haben stets die gleichen Informationen über das, was gerade auf dem Spielbrett geschieht. Inzwischen ist sogar statistisch belegt, dass weder der mit den weißen Steinen beginnende noch der mit den schwarzen nachziehende Spieler zwingend gewinnt. Die Chancen stehen 50 zu 50.

Mühle spielen mit Opa Brink ist trotzdem nicht gerecht. Er gewinnt immer und meistens haushoch. Ringt ihm sein Gegenüber mal ein Remis ab, umschleicht ihn schnell das Gefühl, Opa Brink habe nur Gnade vor Recht ergehen lassen, um zu verhindern, dass sein Herausforderer in der nächsten Sekunde frustriert alle Steine in die Ecke wirft.



**Zwei Kartoffeln für jeden.** Opa Brink, 84 Jahre alt, beherrscht Brettspiele wie ein Großmeister, schreibt Gedichte, eigentlich zu allem und für jeden, ist Frühaufsteher, um kurz nach sechs klingelt der Wecker, löst kleine wie große Kreuzworträtsel, zur Not unter Zuhilfenahme eines grauen „Schlag-nach“-Büchleins, kocht gerne Kartoffeln und kauft auch mal Zierblumen ein – vorzugsweise künstliche, denn die halten ewig und sind leicht zu pflegen. Meint Opa Brink jedenfalls.

Von Beruf ist Opa Brink Schlosser. In der „Maxhütte“ – dem traditionsreichen Stahlwerk, das heute nur noch ein Industriedenkmal ist – hat er als junger Mann gelernt und 40 Jahre lang geschuftet. In der Wendezeit 1989 trat er in den Vorruhestand. Opa Brink ist trotz seines hohen Alters noch gut bei einander, auch wenn das Herz angeschlagen und der Rücken verkrümmt ist und er gebückt läuft. Schuld sind mehr als 40 Tage ununterbrochene Bettruhe nach einem Herzinfarkt. Die Knochenmuskulatur bildete sich zurück.

Bei langen Strecken braucht Opa Brink den Rollator. Geht er aber in den nahegelegenen Seniorentreff der Arbeiterwohlfahrt zu Kaffee und Kuchen, umgarnt er die Frauen mit Gedichten und ist schnecke gekleidet. Zu Hause trägt er lieber luftig. Graue Jogginghose und Pulli, das passt schon.

**414 Jahre auf 200 Quadratmetern.** Zu Hause – das ist für Opa Brink eine ambulant betreute Senioren-Wohngemeinschaft im Stadtbezirk Mahlsdorf im Nordosten Berlins, etwa zehn Kilometer entfernt vom rockigen Alexanderplatz und ein paar Straßenbahn-Haltestellen weit weg von der beschaulichen Köpenicker Altstadt. Vor gut zwei Jahren zog der 84-Jährige in die Wohngemeinschaft, nachdem seine Frau gestorben war und er nicht allein, aber auch nicht im Heim leben wollte. Die Wohnung teilt er sich nun mit vier Frauen: Käthe (91), Edith (86), Brigitte (77) und – bis vor Kurzem – Rita (76).

Opa Brink genießt seine Rolle als Hahn im Korb. Die Damen spürten, sagt er, wenn auch nicht immer so, wie er es wolle. Opa Brink kann herzlich und er kann streng sein. Zum Frühstück liebevolle Prosa, zum Mittagessen eine Portion rationierte Kar-

„Hast du etwa geschummelt, Opa Brink!?“ In der Wohnküche der ambulant betreuten Senioren-Wohngemeinschaft „Kleeblatt“ in Berlin-Mahlsdorf spielen die Bewohner regelmäßig Halma und haben Spaß dabei.



Im Flur der WG hängt der Speiseplan für die laufende Woche aus. Gekocht, gebacken und gegessen wird zusammen in der Küche. Was es gibt, entscheiden alle gemeinsam.



toffeln. Denn jede Mitbewohnerin kriegt mittlerweile nur noch zwei, mehr nicht. Opa Brink findet das konsequent. Früher habe er viele Kartoffeln gekocht und anschließend die Hälfte in den Mülleimer geschmissen. Verschwendung pur, findet der ältere Herr. Und das muss nun nicht sein.

Opa Brink unterlaufen auch Fehler und das finden dann die Damen nicht witzig. Neulich zum Beispiel hatte er vergessen, die Kartoffeln vor dem Kochen zu salzen. Der WG-Segen hing daraufhin ziemlich schief. Nach dem Mittagessen verschwand jeder erst mal in seinem Zimmer.

**Halma in der Küche.** Ansonsten aber geht es recht friedlich zu in der Senioren-WG des gemeinnützigen Vereins „Kleeblatt – Selbstbestimmt im Alter“. Die Wohnung liegt im ersten Obergeschoss eines zweistöckigen Neubaus – direkt an einer Hauptstraße mit vielen Einkaufsläden, Apotheke und Arztpraxen. Nur die Fußgängerampel, die fehlt bislang – für langsame, teilweise in Rollstühlen sitzende Renter ein handfestes Problem.

Auf rund 200 Quadratmetern bietet die Wohnung jedem Bewohner ein eigenes, knapp 20 Quadratmeter großes Zimmer mit eigenem Duschbad und eigener Notrufschnur. Alle Zimmer gehen von einem Gemeinschaftsraum mit offener Küche und Essplatz ab. Außerdem gibt es einen Balkon, ein weiß gefliestes Wannenbad mit Waschmaschinenanschluss und eine Abstellkammer für Staubsauger, Wäscheständer und Krimskrams. Alle Zimmer verfügen über eine Fußbodenheizung sowie Telefon- und Fernsehanschluss. Wer die Treppen hinauf ins erste Ober-



„Früher nannte man Leute wie mich wohl WG-Mutter.“ Ina Schlicke (44) hat 2009 den Berliner Verein „Kleeblatt“ gegründet. Kurz darauf baute sie für ältere Menschen eine Wohngemeinschaft auf. Die WG bietet Platz für fünf Senioren.

gschoss nicht schafft oder auf den Rollstuhl angewiesen ist, der nutzt den Fahrstuhl im Haus.

**Was gibt es zum Mittagessen?** Die Bewohner entscheiden gemeinsam, ob es zum Mittag Lachs mit Spinat oder Schweinebraten mit Rotkohl gibt. Der Speiseplan für die laufende Woche hängt im Flur aus. So weiß jeder Bescheid. Zusammen geht man ins Kino oder besucht eine Theateraufführung – erst vor Kurzem war die Wohngemeinschaft geschlossen zu Gast beim „Hauptmann von Köpenick“. Schön war es.

Am ausgezogenen Küchentisch, hinter dem ein mit Öl gemalter Watzmann von der Wand hinunter schaut, spielt man Halma oder Mensch ärgere Dich nicht, feiert mit Tee, Torte und Kaffee, viel Geschnack und lebhaften Erinnerungen runde Geburtstage, backt Plätzchen aus selbst gemachtem Teig und schaut abends, vorausgesetzt man kann sich einigen, im Zweiten Programm „Wetten, dass...?“.

„Gruppenzwang gibt es aber nicht. Wer will, macht mit. Wer nicht, macht sein eigenes Ding“, sagt Ina Schlicke. Die 44-Jährige hat 2009 zusammen mit Freunden den Verein „Kleeblatt“ aus der Taufe gehoben und die Wohngemeinschaft in Mahlsdorf gegründet. Aus „persönlicher Betroffenheit“ heraus sei das damals geschehen, erzählt sie. In einer Zeit, in der andere Frauen ihres Alters beruflich fest im Sattel sitzen und ihre Zukunft planen, übernahm sie die Pflege ihrer – inzwischen verstorbenen – demenziell erkrankten Schwiegermutter und deren Schwester. „Ich wollte nicht, dass beide ins Heim kommen.“ Also schlüpfte sie in die Rolle der pflegenden Schwiegertochter.

2010 wurde sie für dieses Engagement mit dem „Berliner Pflegebären“ ausgezeichnet. Dem Grundsatz „Ich versuche es immer wieder“ folgend, habe Ina Schlicke in der Pflege und auch sonst im Leben niemals aufgegeben, lobte Berlins Gesundheits-

senator Mario Czaja in seiner Laudatio. Ina Schlicke erinnert sich noch heute gern an den Tag und die schöne Ehrenkette, die ihr der Senator überreichte.

In der Wohngemeinschaft „Kleeblatt“ organisiert Ina Schlicke, was zu organisieren ist. „WG-Mutter nannte man das wohl früher“, beschreibt sie sich selbst in leicht ironischem Unterton. Zusammen mit einer Bekannten sieht sie regelmäßig nach dem Rechten, kauft ein, schlichtet, wenn es Streit gibt, tröstet, wenn Tränen fließen oder die Bewohner körperlicher Schmerz plagt, und kümmert sich nebenbei noch um den Haushalt. Fühlen sich die Senioren fit genug, packen sie im Haushalt mit an. Freilich: Jeder, wie er kann.

**Mietvertrag mit allen.** Ina Schlicke ist Hauptmieterin der Wohnung. Mit dem Eigentümer des Hauses, der im Erdgeschoss ein Büro unterhält, hat sie „zum Zwecke einer Wohngemeinschaft“ einen Mietvertrag geschlossen. Die fünf Bewohner wiederum haben einen Mietvertrag mit ihr unterschrieben und zahlen je knapp 600 Euro Miete monatlich.

Alle Bewohner der Wohngemeinschaft sind pflegebedürftig und erhalten von ihrer Pflegekasse Leistungen – die Frauen nach Pflegestufe zwei, Opa Brink nach Pflegestufe eins. Mitarbeiterinnen eines ambulanten Pflegedienstes aus der näheren Umgebung schauen jeden Tag vorbei, helfen bei der Körperpflege, versorgen Wunden, legen Kompressionsstrümpfe oder mal einen Verband an, messen Blutdruck, schauen nach dem Blutzucker und holen Insulin und Medikamente ein. Jeder Bewohner kauft sich individuell die ihm zustehenden Pflegeleistungen ein und rechnet sie anschließend mit seiner Pflegekasse ab. In die gemeinsame Haushaltskasse zahlt jeder monatlich 150 Euro ein. Verwaltet wird der Gemeinschaftstopf von den Bewohnern. Wer etwas herausnimmt, muss angeben, wofür er es braucht. „Na-



## „Ein Baustein in einer Reihe von Angeboten“

Jeder nach seinem Gusto: **Hans-Joachim Fritzen**, Geschäftsführer Pflege bei der AOK Nordost, sieht in Senioren-WGs eine mögliche Wohnform im Alter unter vielen.

**G+G:** Herr Fritzen, ist die Wohngemeinschaft eine Alternative zum Heim?

**Fritzen:** Pflegebedürftige wollen so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden. Um diesen Bedarf zu befriedigen, müssen wohnortnahe Betreuungs-, Pflege- und Alltagsdienstleistungen ausgebaut und neue Wohnformen gefördert. Zudem ist der Neu- und Umbau von Wohnungen voranzutreiben, die die besonderen Anforderungen häuslicher Pflege erfüllen. Wohngemeinschaften sind somit ein Baustein in einer Reihe von Angeboten. Es bleibt eine individuelle Entscheidung, welche Wohnform die passende ist.

**G+G:** Befördert das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), das 2013 in Kraft getreten ist, den Trend zu alternativen Wohnformen?

**Fritzen:** Wohn- und Lebensbedingungen der Menschen – vor allem im ländlichen Raum – verändern sich. Es entstehen neue Lebensformen und Haushaltstypen, die traditionelle Wohnformen ablösen. Dort, wo früher familiäre Beziehungen und intakte soziale Netze dem Einzelnen Schutz und Halt im Falle von Krankheit boten, sind neue Antworten gefragt. Insofern ist das PNG als Impuls zu verstehen, neue Wohnformen zu fördern.

**G+G:** Was ist Voraussetzung, damit Senioren-WGs ein Erfolgsmodell sind?

**Fritzen:** Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind unglaublich vielfältig und die Vorstellungen, was eine ambulant betreute Wohngemeinschaft ist und was sie leisten kann und soll, noch nicht klar. Die Versicherten sind oft überrascht, wenn ihnen bewusst wird, welche Konsequenzen aus der Wahl erwachsen. Die Wohngemeinschaft ist ein privater Wohnraum mit einem hohen Maß an Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung und eben kein stationäres Pflegeheim, für das viele Vorgaben gelten. Der Schutz der Versicherten ist ein anderer. Hier fehlt oft Transparenz.

**G+G:** Wohngemeinschaften fürchten hohe bautechnische Auflagen, ähnlich denen für Heime. Gibt es einen Mittelweg?

**Fritzen:** Kranken- und Pflegekassen sind an die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen gebunden. Wenn ein Leistungsanspruch besteht, ist dieser auch in alternativen Wohnformen zu gewährleisten. Alle künftigen Alternativen dürfen das Recht der Versicherten auf Unterstützung beziehungsweise Leistung im Krankheitsfall, die Wahl der Leistungsform und insbesondere die Qualitätsstandards nicht in Frage stellen.

**G+G:** Wäre die Wohngemeinschaft auch etwas für Sie, wenn Sie alt sind?

**Fritzen:** Die eben formulierten Antworten sind ein Standard, den ich selbst in Anspruch nehmen möchte. Letztlich ist es mir wichtig, Selbstbestimmtheit, Versorgungssicherheit und -qualität in jeder Lebensphase optimal in Einklang zu bringen mit meiner persönlichen Lebenssituation. Da schließe ich keine Versorgungsform aus. ■

türlich kommt diese spezielle Art des Wohnens nicht für jeden pflegebedürftigen Menschen in Betracht“, sagt Ina Schlicke. Heime würden weiterhin gebraucht – insbesondere für Schwerstpflegebedürftige. „Aber wem es möglich ist, in einer Senioren-WG zu leben, genießt das hohe Maß an Selbstbestimmung in einer kleinen, vertrauten Gemeinschaft.“ Komme etwa die Urkelin von Opa Brink mit Mama und Papa zu Besuch in die Wohnung und krabbele spielend auf dem Laminatboden, stelle sich bei allen schnell das Gefühl ein, Teil einer Großfamilie zu sein. „Das ist der Pluspunkt der Senioren-WG, diese Vertrautheit, diese Nähe zueinander“, meint Schlicke.

**Alltags- und familiennahe Strukturen.** Ganz neu ist die Wohnform, bei der sich nicht Studenten, sondern Senioren Herd und Kühlschrank teilen, nicht. Bereits seit den 1980er Jahren haben sich in Deutschland – wie in vielen anderen westlichen Gesellschaften – immer mehr Versorgungsformen für pflegebedürftige ältere Menschen herausgeschält, die einen Lebensabend in einer möglichst „häuslichen“ Umgebung mit alltagsnahen Ritualen ermöglichen sollen. Zu diesen Wohnformen zählen auch ambulant betreute Wohngemeinschaften, die sich seit Mitte der 1990er Jahre verstärkt etabliert haben – zunächst und vor allem in Berlin, dann fast im gesamten übrigen Bundesgebiet.

Mit einer einheitlichen und bindenden Definition tun sich Experten wie Gesetzgeber aber immer noch schwer. Verständigt hat man sich in etwa auf folgende Beschreibung: Bei einer Senioren-Wohngemeinschaft handelt es sich in der Regel um eine Gemeinschaft von mehreren Pflegebedürftigen in einer Wohnung, in der jeder sowohl seine eigene Häuslichkeit in seinen eigenen vier Wänden als auch das Zusammensein mit den anderen Bewohnerinnen in Gemeinschaftsräumen leben kann. Zumeist leben dort sechs bis acht – mitunter auch mal zehn bis zwölf – alte Menschen mit einem unterschiedlichen Pflege- und Versorgungsbedarf zusammen.

**Keine einheitliche Definition.** Meistens handelt es sich um Menschen, die an einer mittleren bis schweren demenziellen Erkrankung leiden. Doch selbst für Patienten, die eine sehr aufwendige Pflege benötigen wie etwa beatmete oder intensivpflegebedürftige Menschen, gibt es mittlerweile eigene Wohngemeinschaften, in denen entsprechend spezialisierte Pflegedienste auf der Grundlage von Verträgen mit den Krankenkassen die Pflege übernehmen dürfen.

Hinzu kommen weitere Merkmale, die charakteristisch sind für selbstbestimmte Wohngemeinschaften. So darf etwa ein ambulanter Pflegedienst nicht gleichzeitig Vermieter der Wohnung und Erbringer der Pflegeleistungen sein, die von den Bewohnern in Anspruch genommen werden. Vermieter können gemeinnützige Vereine wie „Kleeblatt“, aber auch Wohnungsgesellschaften oder -genossenschaften sowie private Anbieter sein, die möglichst barrierefreie und vor allem große Wohnungen anbieten.

Der Mietvertrag mit dem Bewohner einer Senioren-WG muss unabhängig von den Verträgen zu Betreuungs- und Pflegeleistungen geschlossen sein. Außerdem muss die Wahlfreiheit des Bewohners bezüglich seines Pflege- oder Betreuungsanbieters

sichergestellt sein. Das heißt im Klartext: Der Vermieter darf nicht vorschreiben, wo sich der Pflegebedürftige seine Pflegeleistungen einkauft. Die Leistungen der Pflegedienste in der Wohngemeinschaft wiederum unterliegen den üblichen Vorgaben der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Pflege- sowie gegebenenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung und der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht.

Als übergeordnete Ziele oder „gesundheitsbezogene Outcomes“ einer Versorgung in betreuten Senioren-WGs umschreibt die Fachliteratur neben der Vermeidung von Heimunterbringung und einer höheren Lebensqualität vor allem den Erhalt motorischer und kognitiver Ressourcen sowie weniger Rückzug, Apathie und Depression im Alter. Als positiv für das in den Wohngemeinschaften eingesetzte Pflegepersonal sowie für pflegende Angehörige wird in der Regel hervorgehoben, dass sich bei der Versorgung einer überschaubaren Gruppe von Pflegebedürftigen Burn-out-Symptome und Anzeichen körperlicher sowie seelischer Überforderung besser vermeiden ließen.

**Kaum Zahlen, kaum Daten.** Genaue Angaben, wie viele Senioren-Wohngemeinschaften mit wie vielen Bewohnern es in Deutschland gibt und nach welchen Qualitätsstandards sie betreut werden, gibt es bislang kaum. „In der Gesamtschau wird deutlich, dass die in den 1990er Jahren einsetzende Entwicklung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften bisher kaum verwertbares Wissen über Anzahl, Strukturen, Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse dieser alternativen Wohnform hervorgebracht hat“, sagt Dr. Eckart Schnabel, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband. Das sei die eigentliche Achillesferse der Alten-WG, meint der Experte. „Uns fehlt noch immer eine verlässliche Datenbasis zur Ist-Situation ambulant betreuter Wohngemeinschaften.“

**Mit zweierlei Maß.** Die bis dato umfangreichste Expertise zur Situation von Alten-WGs in Deutschland hat 2012 ein Forscherteam um die Berliner Diplom-Statistikerin und Gesundheitsexpertin Professor Karin Wolf-Ostermann vorgelegt. Die Ergebnisse lesen sich teilweise ernüchternd. Zwar stellen die Wissenschaftler fest, dass sich die Senioren-Wohngemeinschaft im Verlauf der vergangenen Jahre „von einem nur vereinzelt vorhandenen Versorgungsangebot mit Modellcharakter hin zu einem breit bekannten Angebot“ entwickelt habe, das in der Regelversorgung angekommen sei. Zudem habe mittlerweile der überwiegende Teil der 16 Bundesländer seine Gesetzgebungskompetenz in Anspruch genommen und mit eigenen Regularien auch für betreute Wohnformen das bis 2006 geltende Bundesheimgesetz abgelöst. Alle Landesgesetze verfolgten das Ziel, hilfe- und pflegebedürftigen Personen größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen, was auch für die Bewohner von Senioren-Wohngemeinschaften gelte.

Gleichwohl werde häufig mit zweierlei Maß gemessen: Während trägergesteuerte und fremdbestimmte Wohnformen gewissen ordnungsrechtlichen Vorgaben unterliegen, würden selbstbestimmte Wohngemeinschaften überwiegend als „privates Wohnen“ gewertet und blieben aufsichtsfrei und losgelöst von konkreten Qualitätsanforderungen. Nur in Bayern werde



**Anschnitt:** Zu ihrem Geburtstag bringt der Betreuer von Edith (86) Blumen und Torte. Problem nur: Er kommt eine Woche zu früh. Verspeist wird das süße Runde bei Kaffee und Tee aber noch am gleichen Tag – auch wenn es nicht der Geburtstag ist.

in Form von Regelprüfungen sichergestellt, dass qualitative Anforderungen eingehalten werden. Immerhin: In mehr als der Hälfte aller Bundesländer seien selbstbestimmte Wohngemeinschaften zumindest „anzeigepflichtig“.

Bundesweit zugängliche Finanzierungsmodelle für ambulant betreute Wohngemeinschaften seien das „Poolen“ – Zusammenlegen – von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie finanzielle Zuschüsse für den Aufbau und die Finanzierung der Investitionskosten in Form zinsverbilligter Darlehen über die Kreditanstalt für Wiederaufbau. Länderspezifische Finanzierungsmodelle seien entweder in der Förderung quartiersbezogener Versorgung oder in der sozialen Wohnraumförderung verankert.

**WGs sind teilweise nicht meldepflichtig.** Als Defizit machen auch die Wissenschaftler um Karin Wolf-Ostermann die fehlende Datenbasis aus, die Auskunft über die genaue Zahl der vorhan-

Schrank mit Blumen und Plüschkatze  
obendrauf: In einer alten Holzvitrine bewahrt  
Edith persönliche Gegenstände auf.



denen ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz geben könnte. Eine Erfassung dieser Angaben im Rahmen der Bundespflegestatistik finde derzeit nicht statt und sei nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes auch künftig nicht geplant. Die ermittelten Zahlen seien daher Dunkelziffern, die eher eine „Untergrenze“ der tatsächlich existierenden Wohngemeinschaften und der dort zur Verfügung stehenden Versorgungsplätze markierten.

**Regional unterschiedlich verteilt.** Auszugehen ist laut Studie von Wolf-Ostermann von bundesweit mindestens 1.420 ambulant betreuten Senioren-WGs mit rund 10.600 Betreuungsplätzen. Die regionale Verteilung schwankt beträchtlich. Berlin zählt um die 465 Wohngemeinschaften, Nordrhein-Westfalen um die 163, in Hessen sind es nur ganze 14.

Deutlich wird auch, dass die Senioren-Wohngemeinschaften beim direkten Vergleich mit den rund 11.000 Heimen – trotz wachsender Nachfrage – noch immer ein Schattendasein fristen. Rein rechnerisch kommen laut Studie auf einen Heimplatz im Schnitt 2,8, auf einen WG-Platz immerhin 221 Pflegebedürftige. Und: Derzeit würden die vorhandenen Plätze in betreuten Wohngemeinschaften lediglich für ein halbes Prozent aller Menschen mit Pflegebedarf ausreichen. Wollte man die Versorgung in den WGs beispielsweise auf ein Prozent aller Senioren mit Pflegebedarf erhöhen, bedeute dies, dass sich die Anzahl der Wohngemeinschaften in etwa verdoppeln müsse, so die Forscher. Bei einem Versorgungsgrad von zehn Prozent entspräche dies sogar einem bundesweiten Bedarf von rund 30.000 ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit durchschnittlich acht Betreuungsplätzen.

**Qualität ist Gebot der Stunde.** Die Kassen sehen in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine sinnvolle Ergänzung des bisherigen Versorgungsangebotes. „Pflegebedürftige wollen so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden“, sagt Hans-Joachim Fritzen, Geschäftsführer Pflege der AOK Nordost (siehe Interview auf Seite 22). Um diesen Bedarf zu bedienen, müssten wohnortnahe Betreuungs-, Pflege- und Alltagsdienstleistungen ausgebaut und neue Wohnformen gefördert werden. Wohnungen seien wenn möglich altersgerecht umzubauen. Wohngemeinschaften seien ein Baustein in einer Reihe von Angeboten, stellt Fritzen fest. Es bleibe die Entscheidung jedes Einzelnen, welche Wohnform im Alter die passende für ihn sei.

„Umfragen zeigen, dass sich die Mehrheit der Senioren ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter wünscht. In vielen ambulant betreuten Wohngemeinschaften lässt sich dieser Wunsch nach Selbstbestimmung durchaus realisieren“, betont auch Nadine-Michèle Szepan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband. Wie im häuslichen Umfeld eines Patienten bestimmten in der Senioren-Wohngemeinschaft zuallererst die Bewohner selbst oder – im Falle von an Demenz erkrankten Menschen – nahestehende Angehörige beziehungsweise Betreuer, mit wem die Wohnung geteilt wird, wie diese eingerichtet ist, was und wann gegessen wird und wer Pflege und Betreuung bereitstellt. „Dies erklärt auch das wachsende Interesse an dieser Wohnform als einer möglichen Alternative zum Pflegeheim.“

Neben Selbstbestimmung läge älteren und pflegebedürftigen Menschen aber auch das Thema Sicherheit und Qualität am Herzen. „Daher benötigen wir dringend verlässliche Daten darüber, wie es um die Qualität in ambulant betreuten Senioren-Wohngemeinschaften steht. Standards, wenn möglich einheitlich, müssen auch für diese spezielle Wohnform im Alter gelten“, betont Szepan.

Auch GKV-Experte Dr. Eckart Schnabel fordert belastbare Daten. Das gelte umso mehr, als erste Hinweise „keine generell besseren Versorgungsergebnisse von Wohngemeinschaften im

#### Mehr ambulant braucht das Land

Laut Statistischem Bundesamt kann sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den nächsten 40 Jahren nahezu verdoppeln. Im Jahr 2050 wären demnach rund 4,5 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen. Grund für die Entwicklung ist die steigende Zahl älterer Menschen. **Nach einer Vorausberechnung der Statistiker steigt die Zahl der 80-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2030 von heute etwa 4,1 Millionen auf voraussichtlich 6,4 Millionen.** 2050 könnte diese Altersgruppe 10,2 Millionen Menschen umfassen. Dabei ist schon heute davon auszugehen, dass die Versorgung mit Heimplätzen sowie die professionelle Pflege dieser rasanten Entwicklung nicht Stand halten können. Um Versorgungslücken zu vermeiden, müsse die Betreuung durch Angehörige stabilisiert, die ambulante Versorgung ausgebaut und neue Wohnformen erprobt werden, raten Pflegeexperten.



Pflege-Rat: WG-Bewohnerin Edith (Mitte) im Gespräch mit WG-Gründerin Ina Schlicke (r.) und der Mitarbeiterin eines ambulanten Pflegedienstes.

Vergleich zu Heimen zeigen, wenn die Lebensqualität oder herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz untersucht werden.“ Sein Fazit: „Insgesamt erweisen sich ambulant betreute WGs als ein Versorgungsangebot für Menschen mit Demenz, das sich in den letzten Jahren zwar weiterentwickelt hat, doch in manchen Regionen immer noch ein Nischenangebot darstellt.“ Die Versorgungsergebnisse dieses Wohnangebots müssten insgesamt, aber auch hinsichtlich regionaler Unterschiede noch weiter erforscht werden. Erst dann ließen sich versorgungsrelevante Erkenntnisse ableiten, die auch eine bessere Orientierung für potenzielle Nutzer mit Hinblick auf die Qualität der Angebote ermöglichen würden.

**Personalausstattung nicht immer angemessen.** Sorgen um betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen machen sich auch deren Initiatoren. Der Berliner Verein „Freunde alter Menschen“, dessen Geschäftsführer Klaus-W. Pawletko einer der Geburtshelfer der Senioren-WGs in Deutschland ist, stellt beispielsweise auf seiner Internetseite fest, „dass immer mehr ambulante Dienste auf den ‚Markt‘ der Wohngemeinschaften drängen, die es mit der Einbindung und Information der Angehörigen und der gesetzlichen Betreuer nicht allzu genau zu nehmen scheinen“.

Auch bei den angebotenen Immobilien, in denen die alten Menschen betreut werden sollen, seien „hier und da“ Strukturmerkmale zu bemerken, die eine Eignung für diese Wohnform bezweifeln ließen. Das könne mal die mangelhafte Ausstattung mit sanitären Einrichtungen sein oder aber auch eine Miethöhe für den jeweiligen Bewohner, die – nach Ausschöpfung des eigenen Vermögens – nicht vom Sozialhilfeträger getragen werde. Anlass zur Sorge seien aber auch Berichte über Personalausstattungen, „die weder quantitativ noch qualitativ die Gewähr für eine angemessene Versorgung“ insbesondere von an Demenz erkrankten Bewohnern böten.

**Gesetz sorgt für neuen Schub.** Mit dem Anfang 2012 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) hat der Gesetzgeber den Alten-WGs neues Leben einzuhauchen versucht. Erstmals werden ambulant betreute Wohngemeinschaften in einem Gesetz, das den Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung regelt, nicht nur erwähnt, sondern explizit heraus-

gestellt. So erhalten Bewohner von Wohngemeinschaften etwa zusätzliche Leistungen – 200 Euro je Monat und Bewohner –, um sich neben der sonstigen Pflege eine eigene Betreuung einzukaufen. Darüber hinaus sieht das PNG Fördersummen von bis zu 2.500 Euro pro Bewohner vor – bis zu einer Höchstgrenze von 10.228 Euro je WG, um neuen Wohngemeinschaften beim altengerechten Umbau ihres Zuhauses unter die Arme zu greifen. Die Gesamtförderung ist auf 30 Millionen Euro begrenzt, sodass die Devise gilt: Wer zuerst kommt, der mahlt auch zuerst.

**Opa Brink trauert um „seine“ Rita.** In der Wohngemeinschaft „Kleeblatt“ herrscht Trauer – vor allem bei Opa Brink. Mitbewohnerin Rita ist tot. Das erste Mal in der Geschichte der kleinen Gemeinschaft ist jemand gestorben. Angehörige hatte Rita keine mehr. „Da springen wir ein. Wir organisieren Beerdigung und Trauerfeier. Leicht fällt das keinem von uns“, sagt WG-Gründerin Ina Schlicke. Ob Opa Brink „seiner Rita“ noch ein Abschiedsgedicht verfasst, weiß er nicht. Noch ist der Kopf nicht frei dafür. „Der Verlust eines nahen Menschen fällt sehr schwer. Aber das Leben geht weiter.“

Und so wird man sich in der Wohngemeinschaft „Kleeblatt“ wohl demnächst am großen Küchentisch versammeln und gemeinsam beratschlagen, wer den Platz von Rita einnehmen soll. Und ob Opa Brink Hahn im Korb bleibt. ■



3

GESUNDHEIT GLOBAL



# latein amerika



# Experimentierfeld für Reformen

Chile bietet seiner Bevölkerung seit fast hundert Jahren Krankenversicherungsschutz nach dem Bismarckschen Modell. Doch marktorientierte Reformen haben den Sozialstaat geschwächt. Ähnliche Entwicklungen durchliefen auch Mexiko und Kolumbien. **Jens Holst** und **Jean-Olivier Schmidt** schildern im dritten Teil ihrer Serie, wie Länder in Lateinamerika ihre sozialen Sicherungssysteme nachjustieren.

**Viele Jahre bestimmten** Diktaturen und Bürgerkriege das Bild von Mittel- und Südamerika. Doch jenseits des Kalten Krieges, der sich auch im „Hinterhof der USA“ abspielte, begann dort schon Ende der 1970er Jahre ein gigantischer sozialpolitischer Umbruch. Seine ganze Tragweite wurde erst viel später erkennbar. Lateinamerika war Experimentierfeld für marktorientierte Reformen der Sozialsysteme. So führte Chile bereits 1981 den Krankenkassenwettbewerb ein und strebte die Privatisierung des gesamten Gesundheitswesens an – lange bevor solche Ideen Deutschland und andere europäische Länder erreichten.

**Reformen verschärfen soziale Ungleichheit.** Nahezu alle Staaten in Lateinamerika folgten in den 1980er und 1990er Jahren mehr oder weniger dem chilenischen Vorbild. Selbst Costa Rica, das sein soziales Krankenversicherungssystem schrittweise ausweitete, geriet unter Privatisierungsdruck. Mit ihren Struktur Anpassungsmaßnahmen und den Auflagen bei der Kreditvergabe drängten Entwicklungsinstitutionen, allen voran Weltbank und Internationaler Währungsfonds, verschuldete Entwicklungsländer zu marktorientierten Reformen. Nur wenige Regierungen widersetzten sich anfangs dem Sog des Neoliberalismus. Neben Kuba war das vor allem Brasilien, das 1988 ein staatliches

Gesundheitssystem einführte. Nach 25 Jahren kämpft das größte Land Südamerikas trotz seines beachtlichen sozialen Sicherungssystems mit unübersehbaren Mängeln und Versorgungsengpässen der bisherigen Entwicklungsstrategie. Die anderen Länder der Region betreiben heute mit großem Aufwand Schadensbegrenzung. Die marktorientierten Reformen vergangener Jahrzehnte haben die Lage vieler Menschen in den betroffenen Ländern kaum verbessert, dafür aber die sozialen Ungleichheiten verstärkt. Seit einigen Jahren stehen nun universelle Absicherung im Krankheitsfall und mehr soziale Gerechtigkeit ganz oben auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung.

**Minenarbeiter kämpfen für ihre Rechte.** Anders als die meisten Länder in Afrika, Südostasien und Indochina streiften die Staaten Lateinamerikas die Kolonialherrschaft schon vor mehr als 200 Jahren ab. Bevor in Mittel- und Südamerika die ersten Sozialsysteme entstanden, mussten allerdings noch einmal mehr als hundert Jahre vergehen. Pionierland war bereits damals Chile, das 1918 mit dem Aufbau eines Gesundheitswesens begann und 1924/25 die erste Sozialgesetzgebung verabschiedete. Mit dem Nitratboom – der Grundstoff für Dünger und Sprengstoff war in der Zeit des 1. Weltkriegs überaus begehrt – entstand



## „Brasilien fördert die Bürgerbeteiligung“

Lígia Giovanella ist Gesundheitswissenschaftlerin an der Nationalen School of Public Health in Rio de Janeiro und berät das regierungsübergreifende südamerikanische Institut ISAGS.

Als Beraterin von ISAGS haben Sie einen Überblick über die Gesundheitssysteme in Südamerika. Wo sehen Sie im Moment die wichtigsten Reformansätze auf dem Subkontinent?

**Giovanella:** In fast allen Ländern geht es in den letzten Jahren um die gesetzliche und verfassungsmäßige Verankerung des Rechts auf Gesundheit und um universelle Absicherung im Krankheitsfall. Der Ansatz ist sektorenübergreifend. Im Mittelpunkt steht die Verantwortung der öffentlichen Hand für die Gesundheit der Bürger. Grundlage ist ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit, und zwar als Recht auf ein gutes Leben. Das ist in den Verfassungen von Bolivien und Ecuador bereits berücksichtigt. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre bringen die Suche nach neuen Modellen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und den ausdrücklichen Wunsch nach sozial gerechtem Wirtschaftswachstum zum Ausdruck. Denn eine Verringerung der großen sozialen Ungleichheit in Südamerika wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus.

Gibt es grundlegende Unterschiede zwischen der gesundheitspolitischen Debatte in Europa und Lateinamerika?

**Giovanella:** Ja, selbstverständlich. Die europäischen Länder haben die universelle Absicherung bei relativ großer sozialer Gerechtigkeit erreicht. In Südamerika entstanden dagegen segmentierte Systeme, die verschiedenen Bevölkerungsgruppen einkommensabhängig unterschiedlichen Zugang erlaubten. Im Rahmen der Rotstiftpolitik in Folge der aktuellen Krise sind in Europa Ausgabenkürzungen der wichtigste Grund zur Sorge. In Lateinamerika besteht die größte Herausforderung darin, wirklich universelle Gesundheitssysteme aufzubauen. Das erfordert eine Steigerung der öffentlichen Ausgaben und den Aufbau integrierter Versorgungsnetzwerke.

Sie kennen das deutsche System sehr gut. Was können wir von Brasilien lernen?

**Giovanella:** In Brasilien ist die Beteiligung der Bevölkerung sehr weit gediehen. Institutionell ist die Partizipation im Nationalen Gesundheitsrat, in 26 Gesundheitsräten auf Bundesstaatsebene und in mehr als 5.000 kommunalen Gesundheitsräten verankert. Vertreter der Behörden, der Leistungserbringer und der Zivilgesellschaft treffen dort gesundheitspolitische Entscheidungen. Auch die Primärversorgung scheint mir in Brasilien weiter entwickelt zu sein als in Deutschland, denn wir haben über mehrere Jahre systematisch interdisziplinäre Teams aufgebaut und die Bürgerbeteiligung gefördert.

Die Fragen stellte Jens Holst.

in der nordchilenischen Atacama-Wüste eine starke Arbeiterbewegung, die für mehr Lohn, bessere Arbeitsbedingungen und soziale Absicherung kämpfte. Ganz im Stil von Reichskanzler Otto von Bismarck begegneten die Minenbesitzer den streikenden Arbeitern mit einer Mischung aus Zuckerbrot und Peitsche: Einerseits ließen sie Arbeitskämpfe brutal zusammenknüpfeln, andererseits kamen sie den Forderungen nach. So entstand in den 1920er Jahren ein Sozialversicherungssystem Bismarckscher Prägung für Arbeiter und Angestellte.

**Größere Gruppen ausgeschlossen.** Im Zuge der allmählichen Industrialisierung entstanden zunächst in den größeren Küstenstädten der anderen Länder Lateinamerikas Sozialversicherungen, meistens für Bedienstete des öffentlichen Sektors wie Eisenbahn- und Hafenarbeiter in Brasilien und Argentinien, aber auch für formal Beschäftigte in größeren Privatunternehmen. Dabei übernahmen die europäisch geprägten Eliten die Sozialversicherungsmodelle des Alten Kontinents. Trotz einer schrittweisen Ausweitung auf neue Arbeitnehmergruppen blieben allerdings größere Bevölkerungsteile von den Sozialsystemen ausgeschlossen. Die Aufnahme von informell Beschäftigten wie Kleinbauern, selbstständigen Handwerkern, ambulanten Händlern, Tagelöhnern und aller Armen in eine Sozialversicherung ist schwierig und nur mit staatlicher Unterstützung möglich. Auch in Deutschland dauerte es 80 Jahre, bis Landwirte, Studierende sowie freischaffende Künstler und Journalisten in die gesetzliche Krankenversicherung kamen. In Entwicklungs- und Schwellenländern ist der Bevölkerungsanteil, der von informeller Beschäftigung lebt, ungleich größer als in einem Industrieland. In Lateinamerika haben bis heute nicht alle Bürger Zugang zu bezahlbarer Krankenversicherung.

---

### CHILE

---

Nicht immer bestimmte die Forderung nach sozialer Absicherung und größerer Zugangs- beziehungsweise Finanzierungsgerechtigkeit die Gesundheitspolitik in Lateinamerika. In den 1980er und 1990er Jahren herrschte ein anderer Wind auf dem Subkontinent, der seinen Ausgang in Chile nahm. Dort ließ sich die damalige Regierung von Diktator Augusto Pinochet von marktliberalen Vertretern der Chicagoer Schule beraten, die bedingungslos auf die Kräfte des Marktes setzten. Ebenso wie das Rentensystem krepelten die „Chicago-Boys“ das Gesundheitswesen des südamerikanischen Landes grundlegend um, das dank kombinierter Beitrags- und Steuerfinanzierung allen Chilenen bezahlbaren Zugang zu medizinischen Leistungen geboten hatte. Dabei hielten sie zwar an allgemeiner Krankenversicherungspflicht und einkommensabhängigen Beiträgen fest, schafften aber den Arbeitgeberanteil ab. Vor allem öffneten sie den Sozialversicherungsmarkt für Privatkassen. Diese stehen seit 1981 untereinander und mit der einzigen öffentlichen Krankenkasse im Wettbewerb um Versicherte. Nach jahrelanger Rotstiftpolitik der Regierung waren öffentliche Gesundheitsposten und Krankenhäuser teilweise in erbärmlichem Zustand, sodass jedermann eine Privatpolice anstrebte, sofern er sie sich leisten konnte. Das war und ist allerdings den Besserverdienenden vorbe-

halten. Trotz staatlicher Subventionen lag der Marktanteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft nie über 30 Prozent. Heute kann sich nur noch jeder sechste Chilene eine Privatversicherung leisten.

**Privatkassen betreiben Rosinenpickerei.** Chile ist neben Deutschland das einzige Land der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mit allgemeiner Versicherungspflicht, das ein Ausscheren aus der öffentlichen in eine private Vollversicherung (PKV) erlaubt. Anders als hierzulande richtet sich der PKV-Beitrag in Chile aber nicht bloß nach dem individuellen Risiko bei Versicherungsabschluss, sondern passt sich zeitlebens dem jeweiligen Risikoprofil an. Spätestens bei Eintritt ins Rentenalter werden die Beiträge für die allermeisten unbezahlbar. Das lässt der chilenischen Privatversicherung Raum für Risikoselektion und Rosinenpickerei. Die öffentliche Kasse sichert die Versorgung derjenigen, die für das Geschäftsmodell der Privatkassen nicht lukrativ sind. Daraus ergeben sich große Herausforderungen im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit und Umverteilung. Privater und öffentlicher Sektor sind nicht nur bei der Finanzierung, sondern auch bei der Versorgung weitgehend voneinander getrennt.

**Risikostrukturausgleich scheiterte.** Knappe öffentliche Ressourcen führen trotz umfangreicher Investitionen der letzten Jahre zu langen Wartezeiten und Engpässen. Das Hauptproblem im Privatsektor sind hingegen unvorhersehbare, teilweise sehr hohe und sozial ungerechte Zuzahlungen. Die bisher umfangreichste Re-Reform des chilenischen Gesundheitswesens, der Plan AUGE, soll diese Schieflagen beheben. Er legt Behandlungsgarantien für häufige Erkrankungen fest, indem er die maximale Wartezeit auf zwei Monate und die höchst zulässige Zuzahlung auf zwei Monatsgehälter beschränkt. Bei Verstoß können die Patienten ihre Rechte einklagen.

Der viel gelobte Plan AUGE verbessert zwar die Lage vor allem für chronisch Kranke, aber er verdeutlicht zugleich die

Beschränkungen nachholender Reformen. Vor der Einführung von Behandlungsgarantien war die damalige sozialdemokratisch geführte Koalitionsregierung 2003 mit dem Versuch gescheitert, einen Risikostrukturausgleich zwischen der öffentlichen und den privaten Versicherungen einzuführen. Zu stark war der politische Widerstand von Privatwirtschaft und Konservativen. Von dem ehrgeizigen Reformprojekt blieben nur die gesetzliche Deckelung von Wartezeiten und Selbstbeteiligungen für ausgewählte Behandlungen. Aber solche vertikalen Ansätze bergen die Gefahr, nicht erfasste Erkrankungen hintanzustellen und Parallelmärkte für die ausgewählten Therapien zu fördern: Anstatt in ihren Krankenhäusern zu operieren, haben Augenärzte öffentlicher Kliniken in unmittelbarer Nachbarschaft Praxen zur Behandlung des Grauen Stars, einer der ersten Erkrankungen des Plan AUGE, aufgemacht und arbeiten nun in die eigene Tasche.

---

## KOLUMBIEN

---

Auch andere Länder, die einst den chilenischen Weg in Richtung Deregulierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens einschlugen, bemühen sich heute um Nachbesserungen und die Abmilderung der unerwünschten Folgen marktorientierter Reformen. Kolumbien hatte vor 20 Jahren ebenfalls den Wettbewerb zwischen privatwirtschaftlich agierenden Krankenversicherungen eingeführt. Jeder Kolumbianer, der ein Einkommen von mehr als zwei gesetzlichen Mindestlöhnen erzielt, muss seither zwölf Prozent davon für seinen Versicherungsschutz an die Krankenkasse seiner Wahl abführen. Die Versorgung der Armen und Mittellosen erfolgt im subventionierten System, das vorwiegend über Steuermittel finanziert ist, aber nur ein eingeschränktes Leistungspaket vorhält.

**Solidarfonds für Arme.** Anders als die chilenischen Liberalisierer versuchten die Gesundheitsreformer in Kolumbien allerdings, die sozialen Verwerfungen des Wettbewerbs zwischen prinzipiell gewinnorientierten Krankenkassen zu kontrollieren. So hielten sie am Arbeitgeberbeitrag fest – bei abhängig Beschäftigten immerhin zwei Drittel des Gesamtbeitrags. Zudem führten sie zur Vermeidung rücksichtsloser Selektion mit dem Kassenwettbewerb einen Risikostrukturausgleich ein. Und mit einem Zwölftel ihres Beitrags unterstützen Verdienende über einen Solidarfonds die beitragsfrei im subventionierten System abgesicherte arme Bevölkerung des Landes.

Die Auswirkungen der kolumbianischen Reform von 1993 sind zwar nicht so dramatisch wie in Chile, aber auch nach 20 Jahren weist das dortige Gesundheitswesen erhebliche Mängel auf. „Noch immer genießen nicht alle Kolumbianer Krankenversicherungsschutz. Verschiedene Bevölkerungsgruppen haben Anspruch auf unterschiedliche Leistungspakete, die für Mitglieder des subventionierten Systems unzureichend sind. Zudem müssen Patienten teilweise hohe Zuzahlungen aufbringen“, sagt Gesundheitswissenschaftler Ramón Castaño aus Kolumbien. Die gewinnorientierten Krankenversicherungen verweigern bei vielen Behandlungen die Kostenübernahme. Und die Trennung zwischen beitragsbasiertem und beitragsfreiem System führt zur

### Globale Allianzen für soziale Sicherung

Wirtschaftswachstum in aufstrebenden Entwicklungs- und Schwellenländern geht oft mit einer Zunahme von sozialen Ungleichheiten und politischen Konflikten einher. Soziale Sicherung und die Anpassung der Sozialsysteme an die neuen Herausforderungen gewinnt an Bedeutung. Bei ihren sozialpolitischen Bemühungen und auf der Suche nach inhaltlichen und organisatorischen Anregungen wünschen sich diese Länder einen stärkeren Austausch untereinander.

Um die Kooperation zwischen und mit den aufstrebenden Ländern zu unterstützen, plant das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das Projekt „Globale Allianzen für Soziale Sicherung“. In dessen Rahmen wird die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) den Erfahrungsaustausch unter anderem zwischen Indien, Indonesien, Brasilien und Mexiko aber auch China, Chile, Peru und Südafrika fördern. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem sozialpolitischen Dialog zwischen interessierten Ländern und einem problemorientierten Wissenstransfer, in den auch Erfahrungen aus Deutschland einfließen werden. Dies soll in konkrete gemeinsame Maßnahmen münden.

Mehr Infos: [Christof.Kersting@giz.de](mailto:Christof.Kersting@giz.de)



Zweiklassenmedizin – umfassender Schutz ist nur bei privater Zusatzversicherung möglich.

Umgang mit Zahlen und Daten. Erhebliche Probleme bestanden zum einen bei der Zahlungswilligkeit der bisher nicht versicherten Bürger und zum anderen bei der Zahlungsmoral gerade der reicheren Bundesstaaten, die ihren finanziellen Verpflichtungen bis heute nicht in vollem Umfang nachkommen.

**Abkehr vom Kassenwettbewerb?** Anfang dieses Jahres leitete die kolumbianische Regierung eine weitere Gesundheitsreform ein. Kernelement ist der Aufbau eines einheitlichen öffentlichen Kostenträgers, der Beiträge erhebt und die Leistungserbringer bezahlt. Sollte diese Reform in der geplanten Form kommen, bedeutet dies die Abkehr vom Kassenwettbewerb. Weitere Reformbestandteile wären die Einführung einer Versicherungsaufsicht und der Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen.

**Kritik am eingeschränkten Leistungspaket.** Zweifellos sind seit Einführung des Seguro Popular deutlich mehr Menschen krankenversichert und haben Zugang zu Gesundheitsleistungen. Doch die Versorgungsstrukturen stoßen an ihre Kapazitätsgrenzen. Ärzte und Pflegekräfte fürchten eine Überlastung, denn sie müssen nun in den bestehenden Einrichtungen und mit unveränderter Personaldecke auch die Versicherten der neuen Krankenkasse behandeln. Auf Kritik stößt vor allem das eingeschränkte Leistungspaket der „Volksversicherung“, die keine Behandlungskosten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumoren, chronischer Nierenschwäche und anderen schweren Krankheiten übernimmt. Dafür steht zwar ein „Fonds zum Schutz vor bedrohlichen Gesundheitsausgaben“ zur Verfügung, aber auf Zahlungen daraus besteht kein rechtlicher Anspruch. „Wer die falsche Krankheit hat, muss aus eigener Tasche zahlen“, meint lapidar der Gesundheitswissenschaftler Jesús del Real Sánchez.

---

MEXIKO

---

Mexiko baute ab 1943 eine soziale Krankenversicherung für formal Beschäftigte nach deutschem Vorbild auf. Der Hamburger Arzt jüdischen Glaubens, Ernst Frenk, flüchtete 1930 vor dem zunehmenden Antisemitismus nach Mexiko, wo er sich aktiv am Aufbau des Sozialversicherungssystems beteiligte. Ein gutes halbes Jahrhundert später sollte sein Enkel, Julio Frenk, als mexikanischer Gesundheitsminister die bisher letzte große Gesundheitsreform einleiten. Ziel dieses ehrgeizigen Vorhabens war die Ausweitung des Krankenversicherungssystems auf die ganze Bevölkerung.

Denn davon war Mexiko vor wenigen Jahren noch weit entfernt: Anfang 2004 hatten elf Millionen mexikanische Familien keine Krankenversicherung. Zu Beginn dieses Jahrhunderts bestand ein zersplittertes Krankenversicherungssystem mit mehreren Sozialversicherungen für die Hälfte der Bürger, einem staatlichem Gesundheitswesen, das jeden dritten Mexikaner versorgte, und einem kleinen Privatsektor. Die verschiedenen Teilsysteme arbeiteten weitgehend getrennt. Mitglieder einer sozialen Krankenkasse können nur deren Gesundheitseinrichtungen und informell Beschäftigte ausschließlich staatliche Gesundheitsposten oder Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Das hat zumindest in den Großstädten zu Ressourcen vergeudenden Doppel- und Mehrfachstrukturen geführt: In Großstädten wie Mexiko-Stadt sind staatliche High-Tech-Kliniken der Maximalversorgung nur wenige Kilometer von der auch nach europäischem Standard hervorragend ausgerüsteten Sozialversicherungsklinik entfernt.

**Volksversicherung für bisher Nichtversicherte.** Kernelement der unter Minister Julio Frenk ab 2004 eingeleiteten Reform war die Einführung einer weiteren Säule im mehrgliedrigen mexikanischen Gesundheitssystem. Die steuersubventionierte „Volksversicherung“ (Seguro Popular) steht allen bisher nicht versicherten Bürgern des Landes offen und übernimmt die ambulante Versorgung sowie einfachere Krankenhausbehandlungen. Die Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge der Mitglieder, einen einheitlichen Bundeszuschuss der Regierung pro Familie und einen Sozialanteil der einzelnen Bundesstaaten, der von der Zahl der versicherten Einwohner abhängt.

Zwei Jahre später als geplant feierte Mexiko am 1. April 2012 offiziell die Einführung universeller Absicherung im Krankheitsfall. Möglich war dies nur durch einen sehr kreativen

---

BRASILIEN

---

Auch im größten Land des Subkontinents begann die Geschichte der sozialen Absicherung im Krankheitsfall mit Sozialversicherungen à la Bismarck. Sie erfassten in den 1980er Jahren etwa die Hälfte der Bevölkerung. Doch anders als die Nachbarländer, die der neoklassischen Wirtschaftstheorie aufsaßen und ihre Krankenversicherungssysteme in Richtung Markt und Privatwirtschaft weiterentwickelten, entschied sich die Bundesrepublik Brasilien für einen radikalen Umbruch in Richtung Steuerfinanzierung, um die Ausgrenzung des großen informellen Sektors zu überwinden. Soziale Absicherung im Krankheitsfall wurde zu einem wesentlichen Bestandteil einer umfassenden Sozialpolitik, die sich nicht auf Armutsbekämpfung beschränkt, sondern als Durchsetzung sozialer Rechte versteht.

**Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen.** Im Widerstand gegen die Militärdiktaturen, die Brasilien von 1964 bis 1985 beherrschten, spielte die Gesundheitsbewegung eine wichtige Rolle. Ihr Einfluss auf den Demokratisierungsprozess schlug sich in der neuen brasilianischen Verfassung von 1988 nieder, die Gesundheit als soziales Menschenrecht und verpflichtende Aufgabe des Staates festschreibt. Das war ein unübersehbarer Kontrapunkt zu Privatisierung und Rückbau des Staates in den anderen Ländern des Subkontinents. Brasilien vollführte mit der Einführung des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) den Strukturwandel vom Sozialversicherungs- in ein staatliches System.

Eckpunkte der Reform von 1989 waren Universalität, soziale Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Subsidiarität, Partizipation sowie integrale und integrierte Versorgung mit dem Ziel, die bisherige Ausgrenzung des informellen Sektors von der sozialen



# latein amerika



	Mexiko	Chile	Brasilien	Kolumbien
Bevölkerungszahl <sup>1)</sup>	120 Millionen	17,5 Millionen	198 Millionen	47,7 Millionen
Regierungssystem	Föderales Regierungssystem	Präsidentielles Regierungssystem	Föderales Präsidialsystem	Präsidentialsystem
Alphabetisierungsrate <sup>2)</sup>	94 Prozent	99 Prozent	90 Prozent	94 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) 2012 <sup>1)</sup>	1,2 Billionen \$	268 Mrd. \$	2,3 Billionen \$	370 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen 2012 <sup>1)</sup>	16.680 \$	21.310 \$	11.720 \$	10.110 \$
Gesundheitsausgaben <sup>2)</sup>	6,3 % des BIP	8 % des BIP	9 % des BIP	7,6 % des BIP
Lebenserwartung <sup>3)</sup>	77 Jahre	78 Jahre	73 Jahre	75 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten <sup>2)</sup>	16	7	20	16
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten <sup>2)</sup>	50	25	56	92

## OECD-Durchschnitt

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Pro-Kopf-Einkommen <sup>3)</sup>	29.920 \$
Gesundheitsausgaben <sup>3)</sup>	9,3 % des BIP
Lebenserwartung <sup>3)</sup>	80 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten <sup>3)</sup>	4
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten <sup>3)</sup>	8

Quellen:

<sup>1)</sup> worldbank.org 2012,

<sup>2)</sup> CIA World Factbook 2010/2011,

<sup>3)</sup> stats.oecd.org 2011

(Recherche: Jim Funke-Kaiser)



Sicherung zu überwinden. Seither haben alle Menschen in Brasilien freien Zugang zu steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung. Verantwortlichkeiten und Finanzierung verteilen sich nach klar definierten Kriterien auf Bundesregierung, Bundesstaaten und Kommunen. Auf allen drei Ebenen gewährleisten Gesundheitsräte Bürgernähe. Sie haben bei sämtlichen gesundheitspolitischen Entscheidungen ein gewichtiges Wort mitzureden.

**Schwimmende Krankenhäuser auf dem Amazonas.** Die Entstehung des SUS war durch erhebliche Startschwierigkeiten gekennzeichnet. Sie fiel in die Hochzeiten der neoliberalen Politik, die auch an Brasilien nicht spurlos vorüberging und zu Ressourcenmangel und Kapazitätsengpässen in dem von öffentlichen Mitteln abhängigen Gesundheitswesen führte. Immense Herausforderungen bestehen bei der Versorgung strukturschwacher und dünn besiedelter Regionen, denn im armen Hinterland des Nordostens und vor allem im Amazonasbecken ist das medizinische Angebot unzulänglich. Abhilfe sollen hier schwimmende Krankenhäuser schaffen, doch deren Reichweite ist naturgemäß beschränkt.

Ein Kernproblem für die Finanzierungsgerechtigkeit ist bis heute das regressive Steuersystem in Brasilien. Durch Steuerflucht entziehen sich vor allem hohe Einkommen dem Zugriff des Fiskus. Zudem entfallen gut 70 Prozent des Steueraufkommens auf indirekte, vor allem Mehrwertsteuern, die Beziehende niedriger Einkommen anteilig stärker belasten als Gutverdiener. „Was wir unbedingt brauchen ist eine grundlegende Steuerreform“, meint dazu Armando de Negri, Gesundheitswissenschaftler und Mitorganisator der internationalen Sozialforen in Porto Alegre. „Mit einem sozial ungerechten Steuersystem kann man kein gerechtes Gesundheitswesen finanzieren.“

**Mit Privatversicherung Wartelisten umgehen.** Ein anderes grundlegendes Problem sieht die Lígia Giovanella, Professorin an der Nationalen School of Public Health in Rio de Janeiro (siehe Interview auf Seite 28): „Die wachsende Zahl von Bürgern mit privater Zusatzversicherung führt zu einer neuen Segmentierung im brasilianischen Gesundheitswesen.“ Jeder vierte der knapp 200 Millionen Brasilianer nutzt heute eine private Zusatzabsicherung, zwei Drittel davon über ihren Arbeitsplatz. Damit versuchen Besserverdienende, Wartelisten und teilweise bestehende Mängel im öffentlichen Sektor zu umgehen. Allerdings liefern sie sich dabei einem perfiden Geflecht von profitorientierten Privatkassen und -anbietern aus, bei denen Finanzierung und Leistungserbringung in einer Hand liegen. „Für Privatversicherungen besteht die luxuriöse Situation, dass sie für kostspielige Behandlungen nicht aufkommen müssen“, erklärt Lígia Giovanella weiter, „denn die wälzen sie vielfach auf den SUS ab, der schließlich allen Bürgern offen steht.“

**„Gutes Leben“ in Bolivien, Ecuador und Venezuela.** Die links orientierten Regierungen in Bolivien, Ecuador und Venezuela folgen im Prinzip dem brasilianischen Vorbild einer steuerfinanzierten sozialen Absicherung im Krankheitsfall. Anders als in Brasilien sind die Gesundheitsreformen in den drei Ländern

Teil eines umfassenderen, Buen Vivir genannten Entwicklungsmodells. Das Recht auf „gutes Leben“ ist in den Verfassungen festgeschrieben. Es beinhaltet den Anspruch auf gute Ernährung, Zugang zu Wasser, Gesundheit und Bildung und verfolgt letztlich eine Abkehr von der wachstumsorientierten Wirtschaftsordnung. Gesundheitsreformen im Rahmen des Buen-Vivir-Modells gehen weit über Verbesserungen der Gesundheitsfinanzierung und Krankenversorgung hinaus und weisen den sozialen Determinanten von Gesundheit vorrangige Bedeutung zu. Ein wichtiger Ansatz in allen drei Ländern ist die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die vorwiegend in Gesundheitszentren erfolgt, wo Ärzte und Pflegekräfte aber auch aktiv an der Gestaltung gesundheitsrelevanter Angelegenheiten ihrer Gemeinde mitwirken und Familien vor Ort betreuen. Allen das gleiche Recht nicht nur auf medizinische Versorgung, sondern auch auf „gutes Leben“ zu gewähren und niemanden auszuschließen – das lässt sich nach Auffassung der linken Regierungen allein durch Steuermittel gewährleisten. Abgesehen vom Ölexporteur Venezuela fällt es den lateinamerikanischen Staaten allerdings nicht leicht, die erforderlichen Mittel bereitzustellen.

**Europa kann von Lateinamerika lernen.** Die aktuellen Reformbemühungen fast überall in Lateinamerika zielen darauf ab, die unerwünschten Folgen früherer Reformen abzumildern. Doch soziale Ungerechtigkeiten und ein Zweiklassensystem lassen sich allenfalls im Schnecken tempo überwinden. Eine Kernerkenntnis der Medizin gilt auch in der Gesundheitspolitik: Vorbeugen ist besser als heilen. Heute dreht sich die Debatte in Lateinamerika in erster Linie um das Recht auf Gesundheit und weit weniger um Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen als in Europa. So hat vor allem Brasilien gezeigt, dass umfassende soziale Absicherung keineswegs das Wirtschaftswachstum bremsen muss, so wie es hierzulande die Debatte über Lohnnebenkosten nahezulegen versucht, sondern zur Formalisierung der Beschäftigungsverhältnisse und höheren Einkommen beitragen kann. Zweifelsohne können lateinamerikanische Sozialsysteme bis heute einiges von der langen Erfahrung europäischer Institutionen lernen. Mittlerweile haben die einstigen europäischen Kolonien aber selber bemerkenswerte gesundheitspolitische Erfahrungen und Erfolge vorzuweisen. Die Zunahme unsteter und prekärer Arbeitsverhältnisse in Europa erfordert auch hierzulande neue sozialpolitische Strategien. Lateinamerika hat auf diesem Gebiet viel zu bieten – internationale Zusammenarbeit muss keine Einbahnstraße sein. ■

**Dr. Dr. Jens Holst**, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit fast 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit. **Kontakt:** [drdrjensholst@web.de](mailto:drdrjensholst@web.de)

**Jean-Olivier Schmidt** leitet das Sektorvorhaben P4H (Providing for Health) in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz).

**Kontakt:** [Jean-Olivier.Schmidt@giz.de](mailto:Jean-Olivier.Schmidt@giz.de)

*Dieser Beitrag schließt die dreiteilige G+G-Serie „Gesundheit global“ ab. Teil 1 (Asien) ist in G+G 10/2013 und Teil 2 (Afrika) in G+G 11/2013 erschienen.*



Jürgen Klauber, Max Geraedts,  
Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

## Krankenhaus-Report 2014

Patientensicherheit

2014. 528 Seiten, 83 Abb., 64 Tab., kart.,  
mit Online-Zugang  
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A)  
ISBN 978-3-7945-2972-8

- **Schwerpunktthema:**  
Besonders aktuell und von hoher Relevanz für die stationäre Versorgung
- **Krankenhausstatistik:**  
Verlässliche Grund-, Kosten- und Diagnosedaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamts
- **Krankenhauspolitische Chronik:**  
Erläutert alle wichtigen politischen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft von August 2012 bis Juli 2013
- **Krankenhaus-Directory:**  
Zentrale Kennziffern geben Aufschluss über strukturelle Charakteristika und wirtschaftliche Entwicklung von über 1 600 Krankenhäusern
- **www.krankenhaus-report-online.de:**  
Umfangreiche Materialien über das Internetportal herunterladbar

# Klinik-Management

## Gesundheitsgefahren im Krankenhaus aufdecken und beseitigen

Während eines stationären Aufenthalts besteht immer auch das Risiko, dass sich der Gesundheitszustand der Patienten im Rahmen der Behandlung verschlechtert. Spektakuläre Ursachen, beispielsweise eklatante Behandlungsfehler oder schadhafte Medizinprodukte, erregen immer wieder mediales Aufsehen. Neben zahlreichen vermeidbaren Todesfällen geht es auch um die vielen unterschwelligen und alltäglichen Gefahren für die Patientensicherheit, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind.

**Der Krankenhaus-Report 2014** analysiert im Rahmen des Schwerpunkt-Themas „Patientensicherheit“:

- Die Erscheinungsformen und das Ausmaß der Risiken im Krankenhaus
- Mögliche Gefährdungen durch Fehlanreize des Vergütungssystems
- Die aktuelle rechtliche Lage im Kielwasser des Patientenrechtegesetzes und die Durchsetzbarkeit rechtlicher Ansprüche
- Die Patientengefährdung durch mangelhafte Hygiene, falsche Medikamentengabe oder schadhafte Medizinprodukte
- Erfordernisse einer Sicherheitskultur sowie Berichtssysteme und Trainings als Ansatzpunkt zur Qualitätsverbesserung
- Den Beitrag der externen Qualitätssicherung und von Registern zur Patientensicherheit

Weitere interessante Themen werden zur Diskussion gestellt:

- Effekte der Krankenhausprivatisierung
- Der Zusammenhang von Behandlungshäufigkeit und -qualität am Beispiel der Hüftendoprothesen



Jürgen Klauber, Christian Günster,  
Bettina Gerste, Bernt-Peter Robra,  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

## Versorgungs-Report 2013/2014 Depression

2014. Ca. 440 Seiten, 80 Abb., 60 Tab., kart.,  
mit Online-Zugang  
Ca. € 54,99 (D) / € 56,60 (A)  
ISBN 978-3-7945-2929-2

Bestellen Sie jetzt:

- E-Mail: [order@schattauer-shop.de](mailto:order@schattauer-shop.de)
- Fax: 0711 22987-85
- Tel.: 0711 22987-69
- [www.schattauer-shop.de](http://www.schattauer-shop.de)
- Schattauer GmbH  
Buch-Shop  
Postfach 10 45 43  
70040 Stuttgart • Deutschland

- ✓ 14 Tage Rückgaberecht
- ✓ Bezahlung gegen Rechnung
- ✓ Portofreie Lieferung innerhalb Deutschlands

Geschäftsführer: Dieter Bergemann, Dipl.-Psych. Dr. med.  
Wulf Bertram, Jan Haaf, Registergericht Stuttgart HRB 3357

# Ein Mann für alle Fälle

Arzneimittel sind sein Steckenpferd, seit er vor 33 Jahren Arzt in Ecuador war. Die Krankenhausfinanzierung ist sein Sorgenkind, seit er dafür im Bundesgesundheitsministerium zuständig war. Heute trägt Hermann Schulte-Sasse als Gesundheitssenator in Bremen politische Verantwortung. Ein Porträt von [Burkhard Rexin](#)

**H**äufig ist er im Dezember befragt worden, ob er seine Koffer schon gepackt habe, insbesondere in Berlin, wo er sich während der Koalitionsverhandlungen mehrmals sehen ließ. Die Frager waren meist alte Weggefährten aus dem Gesundheitswesen. Der 1,85 Meter große, schlanke und immer korrekt gekleidete Bremer Gesundheitssenator lächelt dann nur. Vielleicht genießt er die Frage. Denn zutrauen würde ihm jeder, auch das Gesundheitsministerium in Berlin zu führen. Kaum jemand in der Gesundheitspolitik hat so viel Erfahrung, an so vielen verschiedenen Stellen mitgestaltet und sich überall Freunde gemacht oder zumindest Respekt erworben wie der gerade 66 Jahre alt gewordene parteilose Hermann Schulte-Sasse, der aber keinen Hehl daraus macht, dass er ein Rot-Grüner ist.

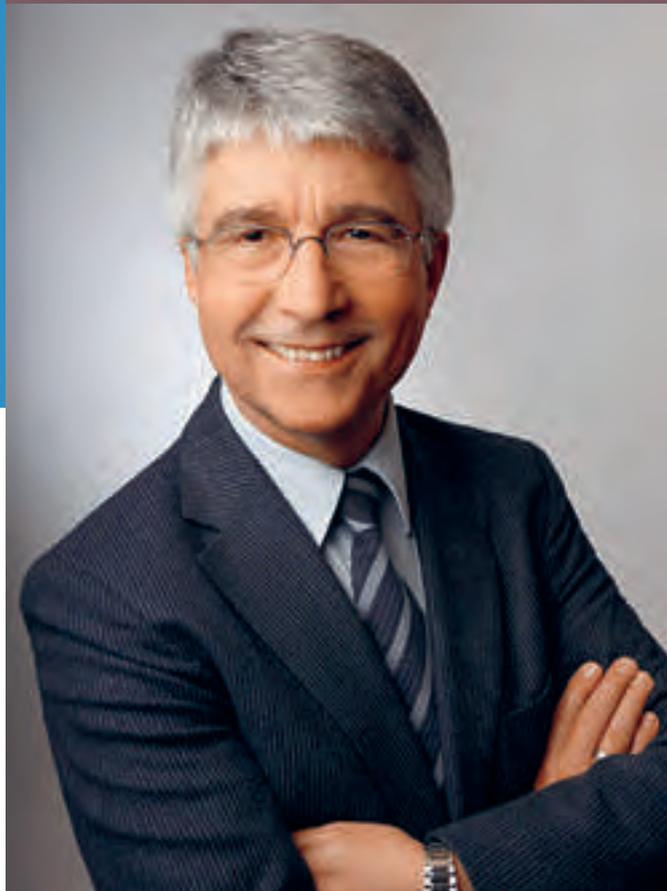
**Als Entwicklungshelfer nach Ecuador.** Seit gut 30 Jahren ist Schulte-Sasse gesundheitspolitisch aktiv, anfangs als Sachverständiger für Arzneimittelversorgung und Delegierter auf Ärztagungen, dann in Kommunal-, Landes- und Bundesverwaltungen. Dass er als Arzt in die Politik kam, hält er eher für einen Zufall – oder den Umständen geschuldet. Eigentlich strebte er eine akademische Karriere an. Schon während der Weiterbildung zum Internisten in Lünen, Bochum und Berlin hatte er Lehraufträge an der Fachhochschule Dortmund. Doch dann erfüllte er sich erst noch einen Jugendtraum. Nach dem Motto „Wenn nicht jetzt, wann dann“ ging er für zwei Jahre als Entwicklungshelfer nach Ecuador. Nicht als Weltverbesserer, sondern weil ihn die Dritte Welt interessierte. Seine Eltern hatten bereits Patenschaften für Jugendliche in Brasilien und spendeten über die katholische Kirchengemeinde für den Brunnenbau in Indien.

„Die Zeit im Amazonas-Urwald in Ecuador war sehr wichtig für mich“, sagt er heute. In einem basismedizinischen Projekt habe er als Arzt in indianischen Dörfern entlang des Flusses vor allem Laien beigebracht, wie man die drei, vier häufigsten Erkrankungen erkennt und was man dann ohne besondere diagnostische und therapeutische Kenntnisse mit einfachen Arzneimitteln machen kann.

Zurück in Deutschland dachte er nicht mehr an Habilitation und Uni-Karriere, die schon geplant war, sondern stieg stattdessen wieder in die medizinische Praxis ein. Der Arzneimittelbereich wurde sein Schwerpunkt. „Das hat sich glücklich gefügt.“ Habilitation und Uni-Karriere trauert er nicht hinterher. Sein entwicklungspolitisches Engagement setzte er bei der BUKO-Pharmakampagne fort, deren Vorstand er noch heute angehört.

## Zur Person

**Dr. med. Hermann Schulte-Sasse**, am 8. Januar 1948 in Salzgitter geboren, wächst in Waltrop bei Dortmund auf. Nach Grundwehr- und Zivildienst studiert er 1968 bis 1974 Medizin in Hannover und Heidelberg. Es folgen Weiterbildung zum Internisten und zwei Jahre als Entwicklungshelfer in Ecuador. Danach arbeitet er als Oberarzt am Institut für Pharmakologie in Bremen und gründet die BUKO-Pharmakampagne mit. 1993 wird er Stadtrat für Gesundheit in München. 1997 wechselt er zum AOK-Bundesverband, wo er den Grundstein für den Stabsbereich Medizin legt. 1998 geht er als Abteilungsleiter Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung ins Bundesgesundheitsministerium. 2002 wird er Staatssekretär für Gesundheit des Berliner Senats und übernimmt 2007 die gleiche Funktion in Bremen. Seit Dezember 2012 ist er Gesundheitssenator in Bremen und immer noch parteilos.



Er vertritt die Mediziner-Gruppe auf Konferenzen der bundesweiten Friedensbewegung gegen Nachrüstung und als Arzneimittel-Sachverständiger bei Anhörungen in Bonn, meist auf Einladung der Grünen, seit diese 1983 im Bundestag saßen.

**Politik-Start in Bremen.** Über die Arzneimittelschiene kam Schulte-Sasse auch erstmals nach Bremen, wo er 1986 eine Stelle als Oberarzt am Institut für klinische Pharmakologie am Klinikum Bremen-Mitte annahm. „Dass ich mich mit dem Gang nach Bremen auch in die nationale Gesundheitspolitik hineinbewegt habe, war nicht beabsichtigt oder voraussehbar, aber es hat sich wieder glücklich gefügt“, erzählt der Senator heute. Auf Drängen von Freunden kandidierte er auf einer alternativen Liste für die Ärztekammer, auf eigentlich aussichtslosem Platz, aber mit einem grandiosen Wahlerfolg. Plötzlich war er Delegierter in der Bremer Ärztekammer und gleich auch Sprecher seiner Gruppe. Von 1987 an war er dann regelmäßig auch Delegierter auf deutschen Ärztetagen und wurde, „weil ich schon immer ganz gut öffentlich argumentieren konnte“, dann auch über Bremen hinaus einem größeren Kreis bekannt.

Die nationale Gesundheitspolitik hatte ihn zuvor nur peripher interessiert. Mit Parteipolitik kann er bis heute nichts anfangen. In seiner Schulzeit war er mal Mitglied der SPD, trat dann aber 1968 wegen der von der damaligen Großen Koalition verabschiedeten Notstandsgesetze aus. Seitdem ist er parteilos und blieb es auch, als die Münchner SPD ihn 1993 zum hauptamtlichen Stadtrat für Gesundheit der bayerischen Landeshauptstadt machte. Damit war er auch hauptberuflich in der Politik ange-

## „Mein Gang in die Gesundheitspolitik war nicht beabsichtigt, aber es hat sich glücklich gefügt.“

kommen. 1997 warb ihn der AOK-Bundesverband ab, um dort den Stabsbereich Medizin aufzubauen. „Aus dem Pflänzchen von damals ist eine tolle Blume geworden“, so sein heutiges Urteil. Er wäre gern länger geblieben, doch als die erste grüne Bundesgesundheitsministerin, Andrea Fischer, ihm ein gutes Jahr später nach der Bundestagswahl 1998 anbot, ihre wichtigste Abteilung, die für Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung, zu leiten, konnte und wollte er nicht Nein sagen. Er machte das gute zwei Jahre, bis Ulla Schmidt das Amt übernahm. Als Parteiloser, der fest im rot-grünen Spektrum verwurzelt ist, hatte er auch keine Schwierigkeiten, danach fünf Jahre für die Berliner Gesundheitssenatorin Heidi Knacke-Werner von der Linkspartei zu arbeiten. Als größten Erfolg dieser Zeit sieht er den Aufbau des Berliner Klinikführers, den ersten bundesweit auch mit Daten zu langfristigen Behandlungserfolgen.

**Anhänger der monistischen Krankenhausfinanzierung.** In seine Zeit im Bundesgesundheitsministerium fallen das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz und die Gesundheitsreform 2000. Damit hatte er maßgeblichen Einfluss auf die Umstellung der Krankenhausvergütung von Pflegesätzen auf Fallpauschalen (DRGs) und vieles, an dem heute noch gearbeitet wird: Patientenberatung, Prävention, Hausärztliche Versorgung und nicht zuletzt die Integrierte Versorgung. Ohne Mehrheit im Bunderrat konnten damals nur erste Weichen gestellt werden. Das betrifft auch die Krankenhausfinanzierung, die er schon 1999 gern monistisch gestaltet hätte. Seine klare Position dazu hat sich nicht geändert: „Der Schritt zur Monistik ist zwingend. Wenn wir Krankenhäuser als Unternehmen sehen, dann müssen sie auch über Investitionen selbst entscheiden dürfen.“

Wann die monistische Finanzierung kommt, traut er sich nicht zu prognostizieren. „Wenn man eine Chance einmal verpasst, dann hat das Folgen.“ Die Umstellung sei technisch und politisch im Hinblick auf die Ausgangslagen der Länder kompliziert und ein konfliktträchtiges Feld. In Bremen experimentiert er jetzt mit einer Pauschalfinanzierung und ergänzenden Landesbürgschaften. Das Schöne in einem kleinen Land wie Bremen sei, dass man die Produkte seiner Entscheidungen unmittelbarer und viel stärker sehe als im Bund. Seine Koffer in Bremen will er frühestens im Frühjahr 2015 packen, nach der nächsten Bürgerschaftswahl. Das Reiseziel könnte Ecuador heißen, vermutet man an der Weser. ■

# Rahmen für Klinikabrechnung

Krankenhäuser können die von ihrer Ambulanz erbrachten nachstationären Behandlungen nicht dazu nutzen, eine höhere Fallpauschale zu bekommen. Sie können allenfalls zu einer Zusatzpauschale oder einem vertragsärztlichen Honorar führen, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 17. September 2013  
– B 1 KR 51/12 R –  
Bundessozialgericht

**Zwischen der Trägerin einer Klinik** und einer gesetzlichen Krankenkasse war die Abrechnung einer Strahlentherapie als nachstationäre Behandlung strittig. Das Krankenhaus war dazu ermächtigt, eine Strahlentherapie auch ambulant zu erbringen. Wegen eines nicht operablen Bronchialkarzinoms erhielt eine gesetzlich versicherte Patientin in dem klagenden Krankenhaus vom 1. bis 11. Juli 2008 zunächst acht Einheiten Hochvoltstrahlentherapie und Chemotherapie. Nach ihrer Entlassung wurde die Bestrahlung in der Ambulanz des Krankenhauses fortgesetzt. Vom 14. bis 22. Juli 2008 erhielt die Patientin sieben Strahlentherapie-Einheiten. Für die Behandlung bis zum 22. Juli rechnete die Klinik nach der Fallpauschale DRG E08B ab. Diese gilt für eine Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung. Angesetzt dafür sind 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag und mehr als neun Bestrahlungen. Für die Behandlung stellte die Klinik der Kasse insgesamt 10.229,49 Euro in Rechnung.

**Kasse zahlt stationäre Bestrahlung.** Die Krankenkasse lehnte es ab, den kompletten Betrag zu begleichen. Ab dem 14. Juli 2008 habe es sich nicht um eine nachstationäre Behandlung gehandelt, sondern um eine „normale“ Strahlentherapie in der Ambulanz. Die Klinik habe ambulante Leistungen erbracht, die sie mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnen müsse. Für die Krankenhausvergütung seien lediglich die stationären

acht Bestrahlungen relevant. Es dürfe nur die DRG E08C abgerechnet werden, die weniger als zehn Bestrahlungen voraussetze. Die Kasse zahlte die dafür festgelegte Vergütung in Höhe von 4.593,79 Euro. Die Klinik reichte Zahlungsklage ein. Die Kasse habe auch die restlichen 5.635,70 Euro zu zahlen.

Das Sozialgericht gab der Klägerin Recht. Die Kasse reichte Berufung beim Landessozialgericht (LSG) ein, unterlag aber auch dort. Nach Ansicht des LSG

## Ambulant geht vor nachstationär, so die Bundesrichter.

reiche es für die Vergütung als nachstationäre Behandlung aus, dass eine medizinisch notwendige Leistung im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung innerhalb der Zeitgrenzen erbracht werde, die Paragraph 115a Sozialgesetzbuch (SGB) V vorsehe, also sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen.

Gegen dieses Urteil legte die Kasse Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein – mit Erfolg. Das BSG hob die vorinstanzlichen Urteile auf. Die Klinik habe keinen Anspruch darauf, die Behandlung vom 14. bis 22. Juli 2008 von der Kasse mit 5.635,70 Euro vergütet zu bekommen. Die Voraussetzungen der vom Kranken-

haus angesetzten Fallpauschale DRG E08B seien nicht erfüllt. Die Klägerin habe nicht die dafür erforderlichen mehr als neun vollstationären Bestrahlungen erbracht, sondern nur acht. Das BSG wies darauf hin, dass die vor- und nachstationäre Behandlung einheitlich nach Paragraph 115a SGB V vergütet werde. Eine abweichende Fallpauschale zu berechnen, sei nicht möglich. Fallpauschalen seien grundsätzlich für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen festgelegt. Zwar lasse das Krankenhaus-Entgeltgesetz (Paragraph 8 Absatz 2 Satz 3) die zusätzliche Vergütung einer nachstationären Behandlung nach Paragraph 115a SGB V zu. Voraussetzung sei aber, dass die stationären Belegungstage sowie die vor- und nachstationären Behandlungstage die Grenzerweildauer der Fallpauschale übersteige. Träfe dies nicht zu, decke die Fallpauschale für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen auch die einzubeziehenden vor- und nachstationären Behandlungen ab.

## Vertragsärztliche Therapie hat Vorrang.

Ferner bestätigte das BSG die Auffassung der Kasse, dass die Klinik auch keinen Anspruch auf eine Zusatzvergütung für nachstationäre Behandlung habe, die über die gezahlte Fallpauschale E08C hinausgehe. Denn nach Paragraph 115a SGB V müsse eine nachstationäre Behandlung erforderlich sein. Die Versorgung der Versicherten müsse ausreichend und zweckmäßig sein, dürfe das Maß des

### TIPP FÜR JURISTEN



Leistungen zur beruflichen Teilhabe, trägerübergreifendes persönliches Budget, Gesundheits- und Eingliederungsmanager thematisiert das Seminar „Berufliche Teilhabe und Zertifizierung“ des Deutschen Sozialrechtsverbandes. Es findet am 24. und 25. Februar 2014 in Kassel statt. Mehr Infos: [www.sozialrechtsverband.de](http://www.sozialrechtsverband.de) > Aktuelles

Notwendigen nicht überschreiten und habe in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich zu erfolgen (Paragraf 70 Absatz 1 SGB V). Im vorliegenden Fall hätte eine vertragsärztliche Versorgung ausgereicht. Die nachstationäre Behandlung sei nicht erforderlich gewesen. Nach dem Regelungszweck, der -systematik und dem Wirtschaftlichkeitsgebot hätten ambulante Behandlungen durch Vertragsärzte stets Vorrang vor entsprechenden nachstationären Leistungen. Die Klinik hätte die Therapie ab dem 14. Juli 2008 im Rahmen ihrer Ermächtigung mit der KV abrechnen müssen.

**Klinik verletzt Informationspflicht.** Zudem verneinte das BSG die Auffassung der Klinik, die Kasse hätte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten und die Notwendigkeit der nachstationären Behandlung prüfen lassen müssen (Paragraf 275 Absatz 1c SGB V). Das Krankenhaus sei verpflichtet, der Kasse nachvollziehbar mitzuteilen, warum aus medizinischen Gründen eine nachstationäre Bestrahlung statt einer identischen vertragsärztlichen Behandlung vermeintlich geboten gewesen war. Dies habe die Klinik aber nicht getan und sei somit ihrer Informationspflicht (Paragraf 301 Absatz 1 SGB V) nicht nachgekommen. Eine ordnungsgemäße Information der Kasse sei unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer korrekten Abrechnung. Fehlten solche Angaben, würde die in Rechnung gestellte Forderung nicht fällig. Auch würde die Frist für die Prüfung der Krankenhausabrechnung durch den Medizinischen Dienst nicht anlaufen. ■

**Kommentar:** Nachstationäre Behandlungen dienen der Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges. Das BSG stellte klar, dass sie zudem erforderlich sein müssen, um von Krankenhäusern in Rechnung gestellt werden zu können. Sind diese Behandlungen ambulant erbringbar, scheidet die Erforderlichkeit regelmäßig aus. Solche Maßnahmen wurden zur Kostenersparnis in diesem Bereich verlangt. Es sollten keine neuen Kosten dadurch entstehen, dass Kliniken ihre Leistungen auf Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung ausdehnen.

**Anja Mertens** ist Rechtsanwältin  
im Justitiariat des AOK-Bundesverbandes.  
**Kontakt: [Anja.Mertens@bv.aok.de](mailto:Anja.Mertens@bv.aok.de)**

# terre des hommes

## Hilfe für Kinder in Not



# Kinder auf der Flucht

Weltweit sind mehr als 43 Millionen Menschen auf der Flucht. Fast die Hälfte davon sind Kinder unter 18 Jahren, die vor Krieg, Gewalt, Armut oder Zwangsarbeit fliehen müssen. terre des hommes setzt sich für den Schutz von Flüchtlingskindern ein. Wir versorgen und betreuen die Kinder und helfen dabei, ihnen den Schulbesuch zu ermöglichen.

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit – mit Ihrer Spende!  
Weitere Informationen unter  
Telefon 0541/7101-128



[www.tdh.de](http://www.tdh.de)

## BUNDESVERBAND

## Spende für Patenprogramm

Auch im vergangenen Jahr hat der AOK-Bundesverband auf den Druck und Versand von Weihnachtskarten verzichtet. Die dadurch eingesparten Mittel spendete er diesmal an das Patenschaftsprogramm der ambulanten Sozialpädagogik Charlottenburg (AMSOC). Die Spende in Höhe von 3.000 Euro überreichten der Geschäftsführende Vorstand **Jürgen Graalmann** und **Uwe Deh** an die Leiterin des Patenschaftsangebotes AMSOC, **Katja Beeck**. „Wir freuen uns sehr über die Spende. Das Geld fließt vor allem in die fachliche Begleitung unserer ehrenamtlichen Paten“, sagte Beeck. Das Projekt vermittelt Paten für Kinder psychisch kranker Eltern. Der Pate ist eine konstante Bezugsperson, bei der das Kind auch wohnen kann, wenn die Eltern krankheitsbedingt ausfallen. So kümmert sich Pate **Stefan Häsing** regelmäßig um **Samantha**, deren Mutter wegen ihrer Erkrankung nicht immer da sein kann. Ihm mache es Spaß, mit Kindern und Jugendlichen etwas zu unternehmen und gleichzeitig etwas



Bei der Scheckübergabe (v.l.): Patenkind Samantha, Jürgen Graalmann, Pate Stefan Häsing, Katja Beeck und Uwe Deh.

helfen zu können. Hilfe, die Patenkind Samantha gerne annimmt: „Wenn man mal jemanden zum Reden braucht, gibt es einen Menschen, der zuhört.“ „Kinder liegen uns sehr am Herzen“, betonte Jürgen Graalmann, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Wenn das Engagement für Kinder auch noch mit einer tragenden Idee verknüpft wird, leisten wir gerne unseren Beitrag, dass sie Hilfe erfahren.“ Uwe Deh ergänzte: „Patenschaften und Angebote wie das der AMSOC haben viel mit Verlässlichkeit zu tun. Verlässlichkeit ist eine Tugend, die gut zu den Werten der AOK passt.“

Mehr Infos: [www.amsoc-patenchaften.de](http://www.amsoc-patenchaften.de) ■

## NIEDERSACHSEN

## Innovative Modelle ausgezeichnet

Ein Projekt zur Palliativversorgung, ein Konzept zur Rehabilitation für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene sowie ein Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung sind mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis 2013 ausgezeichnet worden. Zum dritten Mal haben das Landesgesundheits- und das -wirtschaftsministerium, die Kassenärztliche Vereinigung (KVN) und die AOK Niedersachsen gemeinsam den mit 15.000 Euro dotierten Preis verliehen. „Der Gesundheitssektor ist ein Bereich, der sich

stets weiterentwickelt. Besonders innovativen Ideen geben wir mit dem Gesundheitspreis deshalb eine Plattform“, sagte Niedersachsens Gesundheitsministerin **Cornelia Rundt**, Schirmherrin des Preises. „Der Niedersächsische Gesundheitspreis schafft für gute Ideen die notwendige Aufmerksamkeit“, betonte **Dr. Jürgen Peter**, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen. **Dr. Jörg Berling**, Vorstandsvize der KVN ergänzte: „Es wird zunehmend wichtiger, individuelle Versorgungslösungen vor Ort zu entwickeln und umzusetzen.“

Unter 88 Bewerbungen wählte eine hochkarätige Jury die drei Gewinner aus. Je 5.000 Euro gingen an das OFFIS Institut für Informatik in Oldenburg („PAAliativ – Intelligente technische Unterstützungsmöglichkeiten in der häuslichen Versorgung für Menschen in ihrem letzten Lebensjahr“), das Kreiskrankenhaus Osterholz („(Demografie-)Vernetztes Betriebliches Gesundheitsmanagement“) und die Fachklinik Waldweg des Instituts für angewandte Sozialfragen in Göttingen („Medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene“).

Mehr Infos: [www.gesundheitspreis-niedersachsen.de](http://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de) ■

## AOK aktuell

## Praxisnetze können erstmals Qualität vergleichen

Niedergelassenen Ärzten, die sich zu Praxisnetzen zusammengeschlossen haben, ermöglicht die AOK Bayern erstmals einen Vergleich ihrer Versorgungsqualität mit der anderer Netze. Die Analyse basiert auf den Routinedaten von mehr als 65.000 Versicherten der Gesundheitskasse, die seit mehreren Jahren in sechs bayerischen Netzen von 272 Hausärzten und 266 Fachärzten betreut werden. Die Netze können ihre Qualitätsergebnisse auch mit dem landesweiten Durchschnitt vergleichen. Beim Vergleich der Versorgungsqualität von Praxisnetzen mit dem landesweiten Durchschnitt hat sich bislang unter anderem gezeigt, dass die Netzärzte ihren Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz häufiger leitliniengerechte Medikamente verordnen als ihre Kollegen außerhalb der Netze. Zudem erkennen Hausärzte in den Netzen bei

Patienten Depressionen deutlich häufiger. Dadurch können diese schneller adäquat behandelt werden. „Die Ergebnisse der Auswertung können die Netze für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen“, sagte **Dr. Gerhard Dahlhoff**, Leiter der Stabsstelle Medizin bei der AOK Bayern. **Dr. Veit Wambach**, Vorsitzender der Agentur deutscher Arztnetze (ADA) und Initiator des Arztnetzes QuE in Nürnberg, sieht in dem Projekt die Chance, die gute Arbeit der Arztnetze weiter zu entwickeln. „In enger Kooperation zwischen Arztnetz und AOK werden wir die Qualitätskriterien regelmäßig validieren und optimieren“, so Wambach. Die Auswertung erfolgt im Rahmen des Projekts „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRO) des AOK-Bundesverbandes. Daran beteiligen sich auch die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Nordost. ■

# Modellbauer mit Mission

Er kann Holzmodelle für Arznei-Festbeträge bauen, mit dem Lötkolben Computer reparieren und eine Krankenkasse lenken: Dr. Dieter Paffrath, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, tritt in den Ruhestand. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Als Dieter Paffrath** im Frühjahr 1980 beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Bonn anfängt, kümmert er sich erst einmal um einen „Riesenblechkasten“. So nennt der promovierte Volkswirt noch heute liebevoll den Großrechner, mit dem die Gesundheitskasse damals die tägliche Flut von Arzneimittelrezepten erfasste: „Ich musste nicht nur programmieren, sondern auch Magnetbänder wechseln und kaputte Drähte löten.“

**Bastler mit Überzeugungskraft.** Sein handwerkliches Geschick kommt dem gebürtigen Kölner noch häufiger während seiner Laufbahn bei der AOK zugute. Zum Beispiel Ende der 1980er Jahre. Dieter Paffrath ist mittlerweile zum WIdO-Geschäftsführer aufgestiegen und soll helfen, die Festbeträge für Arzneimittel umzusetzen. „Das war ein ganz heißes Eisen, denn zum ersten Mal wollte die Politik die Preise für Medikamente begrenzen“, erzählt der heute 64-jährige. Sein WIdO-Kollege Dr. Herbert Reichelt entwickelte ein mathematisches Konzept, das Ausweichstrategien der Pharmaindustrie gegen die Festbeträge verhindern kann. Doch wie bringt man Entscheidern aus der gesetzlichen Krankenversicherung ein solches Konstrukt nahe?

Dieter Paffrath steigt Zuhause in seinen Keller und entstaubt ein altes Holzmodell, das er einst als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum selbst gebastelt hatte, um seinen Studenten eine komplizierte mathematische Formel zu erklären: über 400 Rundhölzer unterschiedlicher Länge, befestigt auf einer Bodenplatte. „Wir haben das Ding in AOK-Farben neu lackiert und in einer wichtigen Sitzung präsentiert.



Schon nach ein paar Minuten hatten wir alle auf unserer Seite.“

**Geschwärzte Seiten.** Das Thema Arzneimittel gehört nach wie vor zu den Steckenpferden von Dieter Paffrath, ist er doch seit 1985 Mitherausgeber des Arzneiverordnungs-Reports (AVR). Als Pharmaunternehmen 1997 gegen die kritischen Analysen des AVR klagten, schlägt Paffrath vor, den Report mit geschwärzten Passagen zu veröffentlichen.

Die Hauptstadtpresse ist auf seiner Seite und die Kläger sehen alt aus: „Ich hatte schon immer ein gewisses aufmüpfiges Potenzial.“

**Einsatz an der Förde.** Ende der 1990er Jahre zieht es den Sohn eines Technikers dann in die Kassen-Praxis: Zunächst verantwortet er bei der AOK Westfalen-Lippe den Krankenhausbereich, ab 2002 amtiert er als stellvertretender Vorstandschef. Wegen einer Führungskrise bei der AOK Schleswig-Holstein wechselt er 2004 an die Förde („Wir haben die Reputation der Gesundheitskasse rasch wieder herstellen können“), übernimmt dort später den Vorstandsvorsitz und fungiert seit Oktober 2010 als Vorstandsvize der AOK NORDWEST: „Auch wenn es noch manches zu tun gibt: Ich bin stolz darauf, wie gut die Fusion der AOKs Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein gelungen ist.“

Im Ruhestand will Dieter Paffrath gemeinsam mit seiner Frau seinem liebsten Hobby frönen und auf dem eigenen Motorschiff die Wasserstraßen zwischen Kiel, Berlin und Barcelona unsicher machen: „Man soll sich ja auch als Ruheständler noch Ziele setzen.“ ■

## Wechsel im Vorstand

Im Februar 2014 tritt bei der AOK NORDWEST nicht nur Dr. Dieter Paffrath in den Ruhestand, sondern auch der bisherige Vorstandsbevollmächtigte und Leiter der Landesdirektion Schleswig-Holstein, Lutz Bär. Seine Position in Kiel nimmt **Thomas Haeger** ein: Der 55-jährige Krankenkassenbetriebswirt leitete bislang den Geschäftsbereich „Ambulante Versorgung“ in Schleswig-Holstein.

Neues Mitglied des Vorstandes wird **Tom Ackermann** (42). Der Diplom-Kaufmann war bisher für die AOK Rheinland/Hamburg in leitender Funktion tätig. Zur stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden rückt **Dr. Martina Niemeyer** auf. Die 47-jährige Physikerin gehörte schon bisher dem Vorstand der AOK NORDWEST an. Vorstandsvorsitzender bleibt **Martin Litsch**: Ebenso wie Dieter Paffrath leitete er im Laufe seiner Karriere unter anderem das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). ■

## RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

## Abschied von einem Kämpfer

Nein, er werde keine Ehrenämter annehmen. Nein, auch von der AOK nicht. Wenn es ihm im Ruhestand eines Tages langweilig würde, dann biete er an, für alle im Saal Vogelhäuschen zu bauen. **Walter Bockemühl**, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, hat einen klaren Plan für sein zweites Leben: „I feel fine“ („Ich fühle mich wohl“) von den Beatles ließ er die Band „Casamento“ in den Kupferbergterrassen in Mainz am 11. Dezember spielen. Zuvor jedoch gab es für ihn viel Anerkennung für seine 24-jährige AOK-Tätigkeit: Vom alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und Versichertenvertreter **Dietmar Murscheid** („Es geht manchmal rau zu im Gesundheitswesen“) und von Arbeitgebervertreter **Willi Kuhn**, der Bockemühl „Überzeugungskraft ohne öffentliche Auseinandersetzung“ bei der Zusammenführung von 25 selbstbewussten AOKs zu einem Landesverband bescheinigte. Gleich zwei Gesundheitsminister, **Alexander Schweitzer** aus Rheinland-Pfalz und **Andreas Storm** aus dem Saarland – würdigten Bockemühls Arbeit. Er sei wohl der einzige gewesen, der ab und an mit einer Meinung in einen Raum gegangen sei – und mit derselben Meinung wieder hinaus, so Schweitzer. Diese „Unbequemlichkeit“ des angehenden Ruheständlers sah auch **Dr. Volker Hansen**, alternierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, als Gemeinsamkeit zwischen ihm und Bockemühl an: „Wir beide können ganz



Verabschiedeten Walter Bockemühl (2.v.r.) in den Ruhestand: Alexander Schweitzer, Dr. Volker Hansen, Dr. Irmgard Stippler und Andreas Storm (v.l.).

schön nerven.“ Hansen hatte auch etwas Gold dabei: die Ehrennadel der AOK – nicht nur für Bockemühl, sondern auch für **Karlheinz Delarber**, vor der Fusion 2012 Vorstand der AOK Saarland. Bockemühls Nachfolgerin, **Dr. Irmgard Stippler**, freute sich, „in ein bestelltes Haus“ zu kommen, um einen Grundsatz ihrer Arbeit hochzuhalten: „Was zählt, ist die Qualität der Leistungen für die Versicherten.“ Dass die Fortsetzung der Arbeit nur mit hervorragendem Personal gelingen werde, hatte Walter Bockemühl in seinen Abschiedsworten bereits bestätigt: „Ohne euch wäre das meiste nicht möglich gewesen.“ ■

## SACHSEN/THÜRINGEN

## „Unser Fels in der Brandung“

Es war ein gelungener Schlussakkord: Mit Magie und Akrobatik, flotten Reden und bewegten Bildern verabschiedete die AOK PLUS ihren langjährigen Vorstandsvorsitzenden **Rolf Steinbronn** in den Ruhestand. Vor zahlreichen Gästen im Dresdner Congress Center dankte die Verwaltungsratsvorsitzende **Iris Klöppich** dem scheidenden



Ausgezeichnet: Jürgen Graalman (r.) vom AOK-Bundesverband heftete Rolf Steinbronn die goldene Ehrennadel ans Revers.

terstrich mit Blick auf die AOK-internen Finanzhilfen in den vergangenen Jahren auch **Jürgen Graalman**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: „Die AOK-Gemeinschaft konnte sich auf Sie immer verlassen.“ Graalman hatte deshalb die AOK-Ehrennadel in Gold im Gepäck, die er mit dem Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, **Dr. Volker Hansen**, überreichte. Auf bewegte Bilder mit Grußworten von Ministerpräsidenten und beruflichen Weggefährten folgten bewegte Dankesworte des gebürtigen Schwaben Rolf Steinbronn: „Meine Heimat ist hier!“ Nachdem der alternierende Verwaltungsratsvorsitzende **Sven Nobereit** dem Nachfolger Steinbronn, **Rainer Striebel** („Die AOK PLUS wird ein verlässlicher Partner bleiben“), und dessen ebenfalls frischgewähltem Stellvertreter, **Dr. Stefan Knupfer**, symbolisch ein kleines Marzipanschwein überreicht hatte („Ich wünsche Ihnen beiden ein glückliches Händchen“), standen zum Abschluss große und kleine Akrobaten des Dresdner Sportclubs auf der Bühne, die das Publikum entzückten. ■

## Rückblick auf bewegte Jahre

Die AOK Hessen beging vor kurzem ihr 20-jähriges Jubiläum. Dazu hatte der Verwaltungsrat der Gesundheitskasse zu einer Feierstunde nach Bad Nauheim eingeladen. Im Rahmen der Veranstaltung überreichte der hessische Sozialminister **Stefan Grüttner** dem langjährigen Verwaltungsratsvorsitzenden **Dr. Werner Scherer** das Bundesverdienstkreuz am Bande für sein vorbildliches Engagement in der sozialen Selbstverwaltung, in Ausschüssen, Kuratorien, Verbänden und Vereinen. Der Arbeitgebervertreter steht seit der Gründung der AOK Hessen vor 20 Jahren an der Spitze der Selbstverwaltung. „Dr. Werner Scherer hat sich unter großem persönlichen Einsatz über viele Jahre hinweg mit einem hohen Maße an Gemeinsinn, Sachkenntnis und Tatkraft für die Gemeinschaft eingesetzt“, betonte Sozialminister Grüttner bei der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes. Scherer blickte auf die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung am 24. September 1993 im Biebricher Schloss in Wiesbaden und auf 20 bewegte Jahre der AOK Hessen zurück. In diese Zeit fielen unter anderem ein erfolgreiches Programm zur finanziellen Stabilisierung sowie der Umbau der hessischen Gesundheitskasse zu einem modernen Dienstleister. **Jürgen Graalman**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, gratulierte Werner Scherer sowie der hessischen Gesundheitskasse zu 20 Jahren erfolgreicher Arbeit zum Wohle der Kunden der AOK und der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung. ■



Geehrt für sein vorbildliches Engagement: der Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Hessen Dr. Werner Scherer (r.) zusammen mit seiner Frau und Sozialminister Stefan Grüttner.

### RHEINLAND/HAMBURG

## Mutmachbuch für kleine Patienten

An einem Autorenwettbewerb der AOK Rheinland/Hamburg und der Ärztekammer Nordrhein zum Thema „Angst und Mut“ beim Arztbesuch haben sich 500 Grundschulkinder aus dem Rheinland und darüber hinaus beteiligt. Aus den Beiträgen ist jetzt ein „Mutmachbuch“ mit Comics, Geschichten und Bildern entstanden, das in Arztpraxen und Krankenhäusern ausliegen wird. In dem Buch berichten Kinder über ihre Erfahrungen beim Arzt und geben anderen Mädchen und Jungen gute Ratschläge. Der Autorenwettbewerb ist hervorgegangen aus „Gesund macht Schule“ ([www.gesundmachtschule.de](http://www.gesundmachtschule.de)), einem Präventionsprogramm im Rheinland für Schulkinder im Alter zwischen sechs und zehn Jahren. Dazu **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg: „Bei Gesund macht Schule lernen Kinder, neben einem guten Ernährungs- und Bewegungsverhalten zum Beispiel auch, dass Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zur Gesunderhaltung beitragen,

und wie sie sich im Falle einer Krankheit ihrem Arzt selbstbewusst mitteilen können.“ „Wissen über Gesunderhaltung und Krankheit sowie eine aktive Beteiligung der Patienten am Behandlungsprozess tragen nachweislich zu besseren Behandlungserfolgen gerade bei chronischen Erkrankungen bei“, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, **Rudolf Henke**, bei der Vorstellung des Buches. Sie sollten daher bereits im Kindergarten- und Schulalter eine aktive Patientenrolle einüben. Inzwischen sind Gesundheitsthemen wie Bewegung und Entspannung, Essen und Ernährung sowie Suchtprävention in rund 300 Schulen im Rheinland Bestandteile des normalen Unterrichts. ■

### NORDOST

## Innovative Ideen gesucht

Mit einem Innovationswettbewerb zeichnet die AOK Nordost in Brandenburg und in Mecklenburg-Vorpommern künftig beispielhafte Projekte aus, die praxiserprobte Lösungsansätze für Herausforderungen im Gesundheitswesen

liefern. Die beiden neuen Preise werden alle zwei Jahre zu unterschiedlichen Themen ausgeschrieben und wechseln sich mit dem etablierten Berliner Gesundheitspreis von AOK und Ärztekammer Berlin ab. „Mit diesen Wettbewerben suchen wir neue Ideen für zukunftsfähige Versorgungsansätze“, sagt AOK-Vorstandsvorsitzender **Frank Michalak**. „Als regionale Krankenkasse liegt uns die gesundheitliche Versorgung der Menschen in der Region natürlich besonders am Herzen. Daher wollen wir bewusst innovative Projekte im Nordosten unterstützen.“ Bei der Erstaufgabe der Gesundheitspreise geht es um die Pflege: In Mecklenburg-Vorpommern werden ehrenamtliche Vorhaben gewürdigt. In Brandenburg werden wirkungsvolle Maßnahmen des Gesundheitsmanagements für Pflegekräfte gesucht. „Mit den Innovationspreisen werden wir immer wieder gesundheitsrelevante Themen in den Ländern in den Fokus rücken“, sagt AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Jury-Mitglied **Alexander Schirp**. Die Gesundheitspreise in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sind mit jeweils 30.000 Euro dotiert. ■

**Kompodium**  
**Patientenrechte für die Praxis**

Die Formulierungskunst eines Gesetzgebers und die allgemeine Verständlichkeit decken sich nicht immer, schreibt Ute Walter im Vorwort ihres Buches zum Patientenrechtegesetz. Sie will das Anfang



vergangenen Jahres in Kraft getretene Gesetz juristischen Laien – Ärzten, Klinikvertretern und Patienten – zugänglich machen. Allerdings kann die Fachanwältin für Medizinrecht sprachlich nicht ganz aus ihrer Haut. Viele Passagen muss man mehrmals lesen, um sie zu verstehen. Das Buch erläutert die Paragraphen 630a bis

630h aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Dabei geht es unter anderem um den Behandlungsvertrag, das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht, Informationspflichten und die Vorgehensweise bei Behandlungsfehlern. Mithilfe zweier Checklisten können Behandler und Patienten prüfen, ob und wie die Patientenrechte im Therapiealltag gewahrt werden. In ihrer komprimierten Darstellung des Gesetzes konzentriert sich Ute Walter auf „wirkliche inhaltliche Neuerungen“. Obwohl sie keine „Generalkritik zu dem Torso-Konzept des Patientenrechtegesetzes“ anbringen will, kann sich die Autorin einer Bewertung nicht ganz enthalten: „Ob das Patientenrechtegesetz, insgesamt betrachtet, jedoch im Ergebnis nennenswert zu der im Titel suggerierten (weiteren) Verbesserung von Rechtspositionen auf Patientenseite führt, darf jedenfalls für das Arzthaftungsrecht mit Recht bezweifelt werden.“

**Ute Walter: Das neue Patientenrechtegesetz. 2013.**  
126 Seiten, 39 Euro.  
Verlag C.H. Beck, München.

**Altersforschung**  
**Angst vor Pflege und Abhängigkeit**

Die soziale Pflegeversicherung soll ermöglichen, trotz Hilfebedarf ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. So steht es in Paragraph 2 Sozialgesetzbuch XI. Die Pflegeversicherung ist jedoch keine Vollkaskoversicherung. Sie war seit ihrem Start 1996 nicht auf die Bedarfsdeckung ausgelegt, sondern als Unterstützung vor allem für die familiäre Pflege konzipiert. Neben der Familie, sofern sie in der Nähe lebt, sind es funktionierende Nachbarschaften, die das Leben älterer Menschen, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, prägen. Das direkte Wohnumfeld bietet Ressourcen, schafft aber auch Barrieren für eine selbstbestimmte Lebensführung. Das gilt umso mehr, je beschränkter die finanziellen Möglichkeiten der Pflegebedürftigen sind. Zum Altern am Rand der Wohlstandsgesellschaft haben die beiden Soziologinnen Susanne Kümpers und Josefine



Heusinger, die an den Universitäten Jena und Magdeburg-Stendal lehren und forschen, ein Dutzend neuere Beiträge aus Wissenschaft und Praxis zusammengestellt. Ausgehend von drei Fallstudien ihres Projekts „Neighbourhood“ werden Handlungsfelder und Reformbedarf diskutiert. Entschieden wenden sich die Autoren gegen neoliberale Autonomiekonzepte, die propagieren, angeblich unbezahlbare Pflegelasten auf die Einzelnen abzuwälzen.

**Susanne Kümpers, Josefine Heusinger (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? 2012.** 263 Seiten, 24,95 Euro.  
Verlag Hans Huber, Bern.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<b>■ KASSENGIPFEL 2014</b>	Strukturreformen GKV und PKV, Ambulante spezialärztliche Versorgung, Arznei-Nutzenbewertung	20.–21.2.2014 Berlin	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen
<b>■ WACHSTUMSMARKT PFLEGEVERSICHERUNG</b>	Konsequenzen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Reformpläne für die Pflegeversicherung	24.–25.2.2014 Köln	Euroforum Deutschland Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86-31 71 Fax: 02 11/96 86-40 40 info@euroforum.com www.euroforum.de > Veranstaltungen
<b>■ KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT 2014</b>	Nachhaltige Strukturen der Prävention, Übertragung wirksamer Präventionsmaßnahmen in die Praxis	13.–14.3.2014 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. c/o Kongress Armut und Gesundheit Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 60 Fax: 0 30/44 31 90 63 amler@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de
<b>■ 9. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER</b>	Polymedikation, Behandlungspfade, Finanzierung und Steuerung von Ärztenetzen	25.–26.3.2014 Berlin	Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de
<b>■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2014</b>	Versorgungsqualität, Steuerung des Arzneimittelmarkts, Mengenausweitung Krankenhaus	2.–3.4.2014 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/9 53 22 51 Fax: 0 22 34/9 53 22 52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de

## Homöopathie Jenseits der Naturwissenschaft

Alternativ- oder Komplementärmedizin hat mittlerweile einen durchaus positiven Klang. Bei vielen Patienten sind Naturheilverfahren beliebt, auch wenn ihre Wirksamkeit umstritten ist. Rund neun Milliarden Euro jährlich würden in Deutschland dafür ausgegeben, fast die Hälfte davon von den Krankenkassen erstattet, berichtete das „Deutsche Ärzteblatt“ 2007. Auch 40.000 Ärzte böten entsprechende Therapien an. Osteopathie und Akupunktur sind heute weithin auch ohne klassischen Wirksamkeitsnachweis akzeptiert. Für die Homöopa-



der sich im Klappentext seines „Versuchs einer Standortbestimmung“ der Homöopathie auch als Privatgelehrter in Philosophie und Sozialwissenschaften bezeichnet. Seine wissenschaftstheoretische Abhandlung ist durchaus lesenswert. Auch über den internen Streit der hahnemannschen und der pragmatischen Homöopathie weiß der 1985 in Frankfurt am Main in Philosophie promovierte Autor, der danach noch einige Semester Medizin, Molekularbiologie und Genetik studierte und mit einer Arbeit zu Adorno habilitierte, bevor er sich 1997 als Heilpraktiker niederließ, einiges zu berichten. Weite Teile seines Buches handeln zudem vom Einfluss der evidenzbasierten Medizin auf die Homöopathietheorie.

*Wolfgang Würger: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Homöopathischen Medizin. 2013. 368 Seiten, 34,90 Euro. UT-Verlag, Münster/Westfalen.*

## Pharmarecht Chancen und Risiken sozialer Netzwerke

Soziale Netzwerke gewinnen für die Pharmaindustrie an Bedeutung. Mit den Chancen und Risiken, etwa der Verbesserung der Patientencompliance oder der Transparenz in der Forschung, dem Span-



nungsverhältnis zwischen Innovationschutz und Informationsinteresse, befasste sich das 15. Marburger Symposium zum Pharmarecht. Vorträge und Diskussionen liegen jetzt als Dokumentation von Professor Wolfgang Voit, Sprecher der Forschungsstelle für Pharmarecht der Universität Marburg, vor. Sie enthält auch pro-

grammatische Ausführungen von Dr. Manfred Zipperer, Leiter der Schiedskommission, zur Preisfestsetzung nach frühen Arzneimittelbewertungen.

*Wolfgang Voit (Hrsg.): Kommunikation und Transparenz im Gesundheitswesen. 2013. 221 Seiten, 58 Euro. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Arzneimittelhaftung: Kein Punktsieg für Patienten

Läuft die reformierte Arzneimittelhaftung zugunsten geschädigter Patienten ins Leere? Ja, meint der Bremer Rechtswissenschaftler Professor Dieter Hart. Dies zeige die aktuelle Interpretation der Kausalitätsvermutung (Paragraf 84 Absatz 2 Arzneimittelgesetz, AMG) durch den Bundesgerichtshof (BGH). Die Erleichterung der Beweisführung komme nur noch wenigen Geschädigten zugute. Sollte der Europäische Gerichtshof den Vorlagebeschluss des BGH vom 6. Mai 2013 (Aktenzeichen VI ZR 328/11) dahingehend bescheiden, dass der Auskunftsanspruch von Geschädigten gegen Pharmaunternehmen (Paragraf 84a AMG) gegen Europarecht verstößt, wäre die Reform endgültig gescheitert. *Medizinrecht (2013) 31; Seite 705-708*

### ■ Frankreich: Beweislast für Patienten leichter als in Deutschland

In Frankreich gibt es immer mehr Prozesse wegen gebrochener Hüftendoprothesen. Die Pariser Rechtsanwältin Veronique Fröding liefert einen Überblick über französische Gerichtsurteile. Wegen des weiten Spielraums der dortigen Gerichte obsiegten zunehmend Patienten. Im Vergleich zu Deutschland wäre die Beweislast der Geschädigten für den Sicherheitsmangel wesentlich erleichtert. Fehler würden bereits dann vermutet, wenn zwischen dem Einsatz des Medizinproduktes und dem Schaden ein enger zeitlicher Zusammenhang besteht.

*MPR, Zeitschrift für das gesamte Medizinprodukterecht 4/2013, Seite 117-121*

### ■ Behandlung im Ausland: Bei Fehlern sind die dortigen Gerichte zuständig

Aus unterschiedlichen Gründen lassen sich Patienten im Ausland behandeln. Wie aber können sie im Falle von Behandlungsfehlern Schadensersatzansprüche durchsetzen? In solchen Fällen gilt das Zivilverfahrens- und Privatrecht des entsprechenden Landes, so die Berliner Rechtsanwältin Karolin Krockner. Bei Klagen gegen behandelnde Ärzte wären meist die Gerichte am Behandlungsort zuständig, weil dort auch meist der Arzt ansässig ist. Sei der Vertrag aber beispielsweise aufgrund der Werbung des Arztes im Wohnsitzstaat des Patienten zustandegekommen, könnte dort geklagt werden.

*Verbraucher und Recht (VuR) 7/2013, Seite 243-253*

### ■ Ärztliche Zwangsbehandlung: Betreuungsrecht hat Lücken

Im Februar 2013 trat das Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Kraft. Nach Ansicht von Sybille M. Meier, Fachanwältin für Medizin- und Sozialrecht, ist damit eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen, die dem Grundgesetz und der UN-Behindertenkonvention genüge. Die Juristin weist aber auch auf Gesetzeslücken hin. Unklar sei etwa, wie zu verfahren ist, wenn sich ein psychisch Kranker mit Darmverschluss weigert, sich operieren zu lassen und ihm der Tod droht. Solche Behandlungen seien rechtlich nur auf geschlossenen psychiatrischen Stationen zulässig, wo sie aber faktisch nicht erbringbar sind.

*Gesundheit und Pflege 5/2013, Seite 172-180*

thie, die der sächsische Arzt Samuel Hahnemann vor 200 Jahren begründet hat, ist dies nicht der Fall. Das naturwissenschaftliche Wirkungsnachweise weitgehend fehlen, ist erstaunlich. Hahnemann studierte Medizin in Leipzig, Berlin und Erlangen, wo er schließlich promovierte. Er war einer der ersten, der die Arzneimittel auch an Gesunden testete. Was die Homöopathie heute tun kann oder sollte, um sich als „eigenständige wissenschaftliche Medizin“ zu behaupten, darüber schreibt der auf Krebspatienten spezialisierte Freiburger Heilpraktiker Wolfgang Würger,

# Neue Aufgaben für Notfallhelfer

Früher war der Rettungsdienst meist bei Verkehrsunfällen gefragt. Heute wählen viele ältere Menschen die Notrufnummer 112. Auf die veränderte Nachfrage muss die Politik reagieren, meint Rotkreuz-Präsident Rudolf Seiters.

**Wir wissen**, dass Deutschland ein alterndes Land ist. Mit der Alterung nimmt der Anteil der Menschen zu, die unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Die Bevölkerungszahl sinkt, insbesondere in kleineren Städten und Dörfern abseits der Ballungszentren. Diese Entwicklungen werden sich auf die flächendeckende Aufrechterhaltung der Daseinsvorsorge auswirken. Hinzu kommt, dass es immer schwieriger wird, genügend Fachkräfte für den Gesundheits- und Pflegebereich zu finden. Die Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements in diesen Bereichen wird zunehmen. Die Politik steht damit vor bedeutsamen Herausforderungen.

**Die Zahl der Notfalleinsätze wird weiter deutlich steigen.** Der demografische Wandel wird auch den Rettungsdienst nicht unberührt lassen. Eines bleibt jedoch gleich: Wenn Menschen ein medizinisches Problem als nicht mehr selbst beherrschbar einstufen, wählen sie die Notrufnummer 112. Im Jahr 2011 gingen nach den einschlägigen statistischen Erhebungen 11,7 Millionen Notrufe ein. Im Durchschnitt nimmt heute also jeder siebte Bürger einmal jährlich die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch. Durch die wachsende Zahl älterer und mehrfach kranker Menschen, den zunehmendem Hausarztmangel und den Rückgang von Bereitschaftsdiensten wird die Zahl der Notfalleinsätze nach Einschätzung von Experten weiter deutlich steigen.

Hinter dieser Notrufnummer steht aber ein Rettungsdienst, der in Konzeption, Kompetenzzuweisung und mit seiner Verankerung im Sozialgesetzbuch V immer noch den Anforderungen in den 1960er Jahren entspricht. Damals ging es vor allem darum, die Vielzahl der Opfer im Straßenverkehr zu versorgen. Allein 1969 gab es in Deutschland 19.000 Verkehrstote und

über eine halbe Million Verletzte. Über 50 Prozent der Verunglückten waren zwischen 15 und 45 Jahre alt.

**Rettungsdienst als Teil der Krankenbehandlung.** Heute hat sich das Alter der Menschen, die unter 112 Hilfe suchen, erheblich erhöht. Die subjektive Einschätzung, eine medizinische Notfallsituation nicht selbst beherrschen zu können, spielt insbesondere bei den über 70-Jährigen eine wesentliche Rolle. In der Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen liegt nach aktuellen Erhebungen die Zahl der Notarztalarmierungen deutlich über 100 pro 1.000 Einwohner. Zum Vergleich: Im Durchschnitt aller Altersgruppen liegt er bei rund 35 pro 1.000 Einwohner. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund, aber auch aufgrund der Entwicklungen im medizinischen Bereich hat sich der Rettungsdienst auf neue Aufgaben ausgerichtet. Er gilt heute als integraler Bestandteil der Notfallmedizin, ohne den die effektive und effiziente Behandlung von Notfallpatienten nicht denkbar ist. Die Vorverlagerung der Behandlung an den Notfallort und der Einsatz von hochqualifizierten Fachkräften unter ärztlicher Leitung sind Wesensmerkmale dieses Systems. Der Rettungsdienst hat sich als Teil der Krankenbehandlung neben dem stationären und dem ambulanten Bereich etabliert.

**Sanitäter brauchen verlässlichen Handlungsrahmen.** Für das Deutsche Rote Kreuz und seinen Rettungsdienst gibt es aus diesem Verständnis heraus keine „falschen“ Notfälle. Allerdings landet nicht jeder, der in einer zunächst als lebensbedrohlich empfundenen Situation die 112 wählt, letztlich zur stationären Behandlung im Krankenhaus. Experten gehen davon aus, dass bei 50 Prozent der Notarztalarmierungen kein klinischer Aufenthalt notwendig gewesen wäre. Aber auch in diesen Fällen war nach unseren Erkenntnissen zumeist ein zeitnahe medizinisches Eingreifen erforderlich. Konzeption, Kompetenzzuweisung und rechtliche Verortung des Rettungsdienstes müssen in diesem Sinne weiterentwickelt werden. Die Konzeption des Rettungsdienstes muss mindestens die Aspekte Krankenhaus, Ärzte, Disposition, Qualität und Mobilität umschließen. Die Notfallsanitäter brauchen einen allgemeingültigen und verlässlichen Handlungsrahmen. Die neuen Anforderungen an den Rettungsdienst sollten sich im Sozialgesetzbuch widerspiegeln. ■

**Dr. h.c. Rudolf Seiters** ist seit 2003 Präsident des Deutschen Roten Kreuzes. Zuvor war der Jurist Chef des Kanzleramts und Bundesinnenminister. Als CDU-Abgeordneter war er über 30 Jahre im Bundestag.

**Kontakt: [www.drk.de](http://www.drk.de) > Presse**

## 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@kompakt.de](mailto:gug-redaktion@kompakt.de)

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

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

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving  
Artdirection Anja Stamer  
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger  
Chefreporter Thomas Hommel  
Verantw. Redakteurin Anne Töpfer  
Redaktion Burkhard Rexin (ständiger Autor)

Titel PhotoAlto/images.de

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

Marketing 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: -161  
Verantwortlich für den Anzeigenteil:  
Werner Mahlau

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

Es gilt die Anzeigen-  
preisliste Nr. 16  
vom 1.1.2014  
ISSN 1436-1728



G+G 12/2013

## Bedarfsplanung: Ziehen Privatpatienten Ärzte an?

### Dem Bedarf, nicht der Geldbörse nach

Dass sich Ärzte in Deutschland offensichtlich dort verstärkt niederlassen mit ihrer Praxis, wo in der Regel gut situierte Privatpatienten leben – wie Professorin Leonie Sundmacher und Dr. Susanne Ozegowski in ihrem Beitrag in der G+G-Dezemberausgabe zwar nicht so direkt aussprechen, aber letztlich dokumentieren – stimmt mich äußerst nachdenklich. Sollten Mediziner nicht dort sitzen, diagnostizieren und therapieren, wo sie von ihren Patienten auch gebraucht werden und nicht da, wo der Geldbeutel schwerer wiegt als anderswo! Wenn diese Entwicklung – Privatpatienten ziehen Ärzte an – anhält, dann könnte es schon bald dazu kommen, dass ganze Landstriche zwischen Flensburg und Garmisch-Partenkirchen ohne Haus- und Fachärzte auskommen müssen, obwohl es dort einen hohen Versorgungsbedarf gibt. Immer wieder wird behauptet, Deutschland verfüge im internationalen Vergleich über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt – auch und gerade, weil hierzulande hochqualifizierte Ärzte behandeln. Doch was sind exzellente Mediziner wert, wenn sie ungleich und obendrein der Geldbörse der Versicherten nach verteilt sind. Hier muss der Gesetzgeber unbedingt gegenhalten – nicht durch Ärzteverschickung per Dekret, sondern durch kluge Anreize. Der neue Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe von der CDU setzt kurz nach sei-

ner Amtsübernahme einen ersten richtigen Impuls, wenn er jungen Menschen den Zugang zum Medizinstudium erleichtern will, die sich bereit erklären, später eine Landarztpraxis zu eröffnen.

B. G., Offenburg

G+G 12/2013

## Pionierarbeit für die Prävention

### Wo bleiben die Kranken?

Es ist schon erstaunlich, wie viele Nachahmer der Begriff „Gesundheitskasse“ im Laufe der vergangenen Jahre gefunden hat. Nicht nur eine ganze Reihe von Krankenkassen, sondern auch Anbieter von Gesundheitsleistungen versuchen „Krankheit“ aus ihrem Wortschatz zu streichen. Doch was bei der AOK ein echtes Programm im Sinne einer Unternehmensphilosophie zu sein scheint, artet bei Industrie und kommerziellen Kliniken bisweilen zum Heilsversprechen aus: Auf Webseiten und Broschüren ist alles zu sehen – nur kein kranker Mensch. Das mag werbetechnisch richtig sein, gesellschaftspolitisch ist es das falsche Signal: Wie soll die Akzeptanz von Pflegebedürftigen und chronisch Kranken steigen, wenn solche Menschen nur noch in dramatischen Medienberichten über angebliche oder vermeintliche Missstände im Gesundheitswesen auftauchen, also nur in negativen Zusammenhängen? Inklusion fängt im Kleinen an: In den Vereinigten Staaten ist es längst üblich, dass Menschen mit Behinderungen in kommerziellen Werbespots mitwirken – ein Vorbild für Deutschland.

B. B., Kerpen

# BECKs Betrachtungen



Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur in Weimar und Grafik in Berlin, bevor er durch Veröffentlichungen in der „Zeit“, im „Eulenspiegel“ und in der „taz“ als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Publikationen wie das Buch „Meister der komischen

Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann), Preise und Ausstellungen folgten. Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis in Gold. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf [www.schneesnee.de](http://www.schneesnee.de)

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

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.



Opa braucht Pflege?

## Wir helfen Angehörigen mit Rat und Tat.

Mit unseren kostenlosen Angeboten rund ums Thema Pflege bekommen Sie als Angehörige umfangreiche Hilfe – ob Pflegeberatung, Expertenrat im Ratgeber-Forum Pflege oder vieles mehr. Lassen Sie sich persönlich beraten. Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

[www.aok.de](http://www.aok.de)