



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

INTERVIEW

Wie Instituts-Chef Veit Qualität sichern will

REPORTAGE

Was ein Muskelkranker alles bewegt



Zucker in der Zange

Warum Gesundheitsexperten
Süßem den Kampf ansagen

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Telemedizin sucht Trainer

Von der Diabetestherapie bis zur Korrektur von Sehstörungen: Das Internet modernisiert die Gesundheitsversorgung, meint der Arzt **Markus Müschenich**. Von der Politik wünscht er sich dafür mehr Mut und Innovationsbereitschaft.

Unserer Fußballnationalelf hätten wir eine solch schlechte Platzierung nie verziehen: Gerade mal im hinteren Mittelfeld spielt Deutschland, geht es um die Nutzung der Internetmedizin. Wenn wir nicht durchstarten, geben wir uns geschlagen von Nationen wie Dänemark oder Estland. Doch wider besseres Wissen wollen die Experten auf dem gesundheitspolitischen Spielfeld ihre Spieltaktik nicht verändern. Dabei haben wir kluge, ehrgeizige und besonnene Jung-Spieler auf dem Feld. Ein Berliner Start-up-Unternehmen etwa bietet Patienten, die an sich eine auffällige Hauterscheinung beobachten (also einen Hautausschlag oder ein merkwürdig aussehendes Muttermal), über eine App ein Foto von der Stelle direkt an das Unternehmen zu

senden. Das Foto wird an einen Hautarzt weitergeleitet, und 48 Stunden später erhält der Patient eine Einschätzung zu seinem Hautproblem. Die Ärztekammer zeigte dem Start-up erwartungsgemäß die Gelbe Karte, denn bei dem angebotenen Service schien es sich zweifelsfrei um den Tatbestand einer durch die ärztliche Berufsordnung verbotenen Ferndiagnose zu handeln. Die Firma sollte vom Platz gestellt werden, noch bevor das Spiel richtig losgegangen ist. Doch die Patienten begannen, das Angebot zu nutzen. Bis heute haben 130.000 Menschen die App heruntergeladen, 50 Hautärzte kümmern sich um die eingesandten Fotos, die Firma verfügt neben dem Berliner Büro über ein weiteres in New York. Nicht die Ärzteschaft oder der Gemeinsame Bundesausschuss hatten entschieden, sondern die Patienten, die nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten wollten.

Es sind noch mehr Player auf dem Platz der Internetmedizin. Ein Angebot richtet sich an Diabetiker: Blutzuckerwerte werden automatisch aus den Blutzuckermessgeräten in das Profil der Patienten hochgeladen, die verköstigten Broteinheiten werden ebenso dokumentiert wie Blutdruck, Gewicht und die Medikamente, die der Patient täglich einnimmt. Die Software erkennt, ob die Therapie verbessert

werden kann. Der Nutzer bekommt Tipps für die Optimierung der Behandlung und eine Online-Schulung. Mittlerweile nehmen 150.000 Patienten das als Medizinprodukt zertifizierte Angebot in Anspruch. Ein anderes Unternehmen hat sich auf die Augentherapie für Kinder spezialisiert, bei denen die Ursache für die Sehstörungen im Sehzentrum des Gehirns liegt (Kinder mit Augenpflaster). Während die Kinder zu Hause am Computer spielen, laufen im Hintergrund der Spiele sogenannte Sinusoidalmuster ab, die an der Universität Dresden erforscht und entwickelt wurden. Diese Muster sollen dazu führen, dass die Kinder ihr Sehvermögen schneller wiedererlangen als mit der Standardtherapie über das Augenpflaster. Was nach Science

Fiction klingt, ist ein zertifiziertes Medizinprodukt und wird von Augenärzten verordnet.

Die Internetmedizin hat gerade erst begonnen, eine neue Taktik für die Gesundheitsversorgung einzuüben: Weite Pässe werden gespielt, die das ganze Feld der Möglichkeiten nutzen. Nun brauchen die Spieler einen Coach, der es schafft, trotz des (richtigen) Ordnungs- und Sicherheitsbedürfnisses neue Wege zu gehen, der den Traditionalisten die Angst nimmt, aber gleichzeitig den Start-ups Vertrauen schenkt. Einen Coach wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, der angetreten ist, um zu gewinnen. Die Patienten brauchen ihn ebenso wie die jungen Mediziner, die Krankenschwestern und -pfleger. Dazu kann er zurückgreifen auf eine Zukunft, die bereits angekommen ist. Auf Informationsplattformen, vernetzte Diagnosehelfer und digitale Therapien. Werden diese Werkzeuge richtig eingesetzt, verlieren die Probleme unserer Zeit – von der Unterversorgung in ländlichen Gebieten über die mangelnde Qualität und Patientensicherheit bis hin zum Versagen traditioneller Präventionskonzepte – ihren Schrecken. Gefragt ist Führungsstärke, Mut und Innovationsbereitschaft. Für einen guten Coach eigentlich kein Problem. Das hat uns die Nationalelf erfolgreich vorgemacht. ■

Deutschland spielt in der Internetmedizin nur im hinteren Mittelfeld.



Dr. med. Markus Müschenich, geboren 1961 in Düsseldorf, ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie Gesundheitswissenschaftler/Master of Public Health. Er war bis 2012 Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG. Müschenich gründete den Think Tank „ConceptHealth“ und ist Managing Partner von „Flying Health – die Startup Manufaktur“. Seit 2012 ist er Vorstandsmitglied des Bundesverbands Internetmedizin. Er schrieb das Buch „55 Gründe, Arzt zu werden“. Müschenich ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Kontakt: www.mueschenich.de

Schlagmann mit Teamgeist



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Das Votum ist eindeutig: Die von der Großen Koalition angekündigte „Qualitätsoffensive“ in Arztpraxen und Kliniken überzeugt die Leserinnen und Leser von G+G nicht. Auch nach einem Jahr Schwarz-Rot bezweifeln 62 Prozent von ihnen, dass Union und SPD die politischen Weichen beim Thema Behandlungsgüte richtig gestellt haben. Diese Skepsis passt zu der Gesamtnote,

die die Teilnehmer unserer jüngsten Leserumfrage dem gesundheitspolitischen Kurs von Union und SPD im Schnitt geben: Mehr als eine „Vier plus“ kommt unterm Strich für die Groko nicht heraus (siehe Seite 14).

Zu den Kernelementen der schwarz-roten Qualitätsstrategie gehört ein neues nationales Qualitätsinstitut. Am 9. Januar 2015 ist der offizielle Startschuss für das „Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTIG) gefallen: Es residiert in Berlin und wird von Dr. Christof Veit geleitet. Das erste Interview in seiner neuen Funktion hat der Mediziner meinem G+G-Kollegen Thomas Hommel und mir gegeben.

Für den 57-Jährigen geht es „beim Thema Qualität im Kern darum, gemeinsam besser zu werden.“ Der gebürtige Kaiserstühler bezeichnet sich selbst denn auch als „Teamensch“ und rudert gerne gemeinsam mit anderen: **Beim Hamburger Ruderclub „Allemania“ gibt er im Vierer mit und ohne Steuermann als Schlagmann schon mal den Takt vor.**

In der Hauptstadt will sich der passionierte Radfahrer wieder dem Wassersport widmen, soweit der Aufbau des IQTIG das zulässt. Und für alle, die nicht wissen, wie man diese neue Abkürzung ausspricht, hier die offizielle Version des frisch gekürten Institutsleiters: „i-ku-tick“.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Interview: Christof Veit über seine Ziele als frisch gekürter Chef des neuen Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

MAGAZIN

14 EINE VIER PLUS FÜR DIE GROSSE KOALITION

G+G-Leser haben abgestimmt: Sie stellen CDU, CSU und SPD ein mittelmäßiges Zwischenzeugnis für die bisherige gesundheitspolitische Arbeit aus.

Von Thomas Hommel

16 ZWISCHEN FREIHEIT UND FÜRSORGE

Für viele US-Amerikaner ist die von Barack Obama eingeführte Versicherungspflicht Staatsmedizin. Ein Grund dafür: Den Bürgern fehlen Informationen.

Von Martina Merten

18 BETROFFENHEIT ALS HEILENDE KRAFT

Eine Amputation ist ein traumatisches Ereignis. Im Rahmen des Projekts „Peers im Krankenhaus“ helfen amputierte Menschen anderen Patienten weiter.

Von Thomas Hommel

19 DIE ZUKUNFT STEHT IN DEN GENEN

Maßgeschneidert statt nullachtfünfzehn: Personalisierte Medizin soll Therapien revolutionieren. Was wirklich in ihr steckt, loteten Experten auf einer Tagung aus.

Von Anne Töpfer

20 HILFE FÜR PFLEGENDE VÄTER UND MÜTTER

Eltern chronisch kranker Kinder haben eine schwere Last zu tragen. Welche Unterstützung sie benötigen, diskutierten Fachleute auf einer Tagung.

Von Otmar Müller

21 „ICH MÖCHTE BETROFFENEN MUT MACHEN“

Die Diagnose Krebs macht Angst. Mit ihrem neuen „Handbuch gegen Krebs“ will die Journalistin Sarah Majorczyk Patientinnen und Patienten informieren, damit sie über Behandlungen mitentscheiden können.

22 ZUCKER IN DER ZANGE

Diabetes, Karies, Übergewicht: Dem Krankmacher Zucker hat in Großbritannien eine große Koalition den Kampf angesagt – ein Vorbild auch für Deutschland.

Von Kai Kolpatzik

27 „HERSTELLER IN DIE PFLICHT NEHMEN“

Aufklärung, Steuern, Werbeverbote – um den Zuckerkonsum zu senken, ist eine breit angelegte Strategie, erforderlich, sagt Präventionsexpertin Ilona Kickbusch.

THEMEN

28 „ROTE KARTE NUR FÜR QUALITÄTSMUFFEL“

Die Versorgungsgüte sektorenübergreifend messen und vergleichbar machen: Darin sieht Christof Veit eine wichtige Aufgabe des neuen Qualitätsinstituts.

32 STARKER WILLE, SCHWACHE MUSKELN

Matthias Küffner kann sich kaum noch bewegen. Er hat spinale Muskelatrophie. Trotz der fortschreitenden Erkrankung steckt er voller Energie.

Von Silvia Dahlkamp (Text) und Jakob Berr (Fotos)

RUBRIKEN

- 9 Rundruf** Noten für schwarz-rote Gesundheitspolitik
- 13 Kommentar** Große Koalition: Gut gemachte halbe Sachen
- 38 Recht** Arztschäden: Anspruch auf Auskunft ist zulässig
- 40 AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 Debatte** Klinikmanagement: Pflege gehört mit ans Ruder
- 45 Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Strategie: Wie sich der hohe Zuckerkonsum eindämmen lässt

Reportage: Wie Matthias Küffner mit seiner schweren Krankheit umgeht



FORSCHUNG

Ein etwas anderer Blick aufs Küssen

Bei einem leidenschaftlichen, zehn Sekunden dauerndem Kuss tauschen die Partner etwa 80 Millionen Bakterien aus. Dies berichten Forscher aus den Niederlanden. Für ihre Untersuchung mussten sich 21 Studien-Paare auf Kommando küssen. Exakt zehn Sekunden lang durften die Probanden sich dem Zungenspiel hingeben. Vor und nach dem Küssen wurde das Mikrobiom im Mund analysiert. Dabei zeigte sich, dass sich die Zusammensetzung der Bakterienflora im Speichel sehr schnell änderte. Anders hingegen auf der Zunge: Nur wenige der beim Kuss übertragenen Bakterien verblieben dort über längere Zeit. Der Einsatz der Zunge sei allerdings für die übertragene Menge der Bakterien entscheidend, so die Wissenschaftler. ■

QUALITÄTSSICHERUNG

Grüne kritisieren Pflegenoten

Der Pflege-TÜV hat nach Ansicht der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen versagt und muss daher grundlegend reformiert werden. In einem Antrag fordern die Abgeordneten, die Noten zur Beurteilung von stationären wie ambulanten Pflegeeinrichtungen sofort auszusetzen, ein neues Qualitätssicherungssystem zu entwickeln sowie ein unabhängiges Institut für Qualität in der Pflege einzurichten. Dieses solle Vorschläge für die Qualitätsanforderungen entwickeln. Fünf Jahre nach Einführung des Pflege-TÜV lasse sich feststellen, dass „die Pflegenoten und die damit verbundenen Qualitätsprü-



Auch wenn er nach Erdbeeren schmeckt: Ein Kuss überträgt Millionen von Bakterien.

fungen nichts zum Verbraucherschutz und zur Transparenz beigetragen“ hätten. Zuverlässigkeit und Objektivität seien nicht nachgewiesen, die Ergebnisse würden nicht überprüft. Somit sei das Verfahren „höchst fraglich“. Die Pflegenoten, die heute deutlich besser ausfielen als zu ihrer Einführung, spiegelten die Fehlentwicklung wider. Eine Durchschnittsnote von 1,3 stelle „keine objektive, differenzierte Bewertung der Versorgungsrealität“ dar. Vielmehr hätten sich Heime und ambulante Dienste an die Anforderungen der Pflege-Transparenzvereinbarung angepasst. ■

MEHR INFOS:

**Bundestagsdrucksache
18/3551**

GKV-FINANZREFORM

Gröhe warnt vor schnellem Wechsel

Nach der Finanzreform in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar dieses Jahres hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Versicherten davor gewarnt, überhastet die Krankenkasse zu wechseln. Eine gute Kasse erkenne man an

Leistung und Preis, sagte der CDU-Politiker der Bild-Zeitung. Sei eine andere Krankenkasse zum Beispiel für Nachfragen schlechter zu erreichen, nütze auch ein besserer Preis nichts, so Gröhe. ■

ARZNEIMITTEL

Nutzenbewertung wirkt

Fast jedes zweite neue Arzneimittel gegen schwere Krankheiten nutzt Patienten nicht mehr als gewohnte Medikamente. Offizielle Prüfungen der häufig teuren Pharmaneuerungen hätten ergeben, dass in rund 45 Prozent der Fälle der neue Wirkstoff gängigen Therapien nicht überlegen sei, heißt es in einer Bilanz des Gemeinsamen Bun-

desausschusses (GBA) der im Jahr 2011 mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungs-gesetzes eingeführten Nutzenbewertung. Von inzwischen knapp 100 Präparaten, die nach den neuen Regeln analysiert wurden, erkannten die Prüfer bei 20 einen beträchtlichen Zusatznutzen. Einen geringen Mehrwert bescheinigten sie 25 Medikamenten. Acht Mittel bekamen einen nicht näher quantifizierbaren Zusatznutzen zugesprochen. Laut GBA-Chef Josef Hecken erfüllt das Verfahren der Nutzenbewertung seine Funktion, echte Innovationen von Scheininnovationen und damit „die Spreu vom Weizen zu trennen“. Hersteller hätten neun Medikamente im Zuge der Bewertungsverfahren vom Markt genommen. ■

kurz & bündig

+++ MALARIA: Zwischen dem Jahr 2000 und 2013 hat sich die Zahl der Malaria-Todesfälle halbiert. In Afrika, wo 90 Prozent der Malaria-Todesfälle auftreten, sank die Rate um 54 Prozent. Das geht aus dem jüngsten Malaria-Report der Weltgesundheitsorganisation hervor. **+++ BEHINDERUNGEN:** 2013 erhielten in Deutschland rund 834.000 Menschen Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilte, stieg die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger gegenüber dem Vorjahr um 1,7 Prozent. Eingliederungshilfe hat die Aufgabe, eine drohende Behinderung abzuwenden, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen beziehungsweise zu mildern und Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern.



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2014 mit allen Extras



Selbstverständlich auch mit dabei: G+G-Spezial 11/2014 „Mit neuem Schwung“

Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2014? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2014 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.

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

- den kompletten G+G-Jahrgang 2014 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2014 für 12 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung
 Straße IBAN BIC
 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.

INTERNETSUCHT

Eltern brauchen Medienkompetenz

Mitglieder der Kinderkommission des Bundestages und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychotherapie und Suchthilfe wünschen sich mehr Beratungs- und Präventionsangebote zur Internetnutzung. Medienerziehung sei für Eltern als neue Aufgabe hinzugekommen; sie müssten Medienkompetenz vermitteln können, so ein Fazit des Fachgesprächs in Berlin. „Man muss den Eltern klar machen, dass sie Rollenvorbilder sind“, sagte Bernd Werner von der Stiftung Medien- und Onlinesucht. Präventionsprogramme in Form von Telefonberatung, Workshops oder Elternabenden seien wichtige Schritte, um die Eltern zu sensibilisieren. Philipp Theis von der

Zitat des Monats

Wenn heute jemand den Zucker erfände, würde man ihm sicher verbieten, sein Erzeugnis auf den Markt zu bringen.

Professor Arnold E. Bender (1918–1999),
britischer Biochemiker und Ernährungswissenschaftler

ERNÄHRUNG

Fettleber wird zur Volkskrankheit

Über zehn Millionen Menschen in Deutschland leiden nach Erkenntnissen der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten (DGVS) unter einer Fettleber. Sie sei oftmals die Vorstufe von Leberzirrhose oder Leberkrebs und erhö-

Stoffwechselerkrankungen und Internistische Intensivmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen. Zu den Ursachen für eine Fettleber gehören übermäßiger Alkoholkonsum, zu fettes Essen und eine genetische Vorbelastung, so Trautwein. Mit der wachsenden Zahl an Übergewichtigen steige die der Fettleber-Patienten kontinuierlich an. Betroffene spürten am Anfang so gut wie keine Symptome. Schwere Leberschäden seien irgendwann nur noch durch eine Lebertransplantation zu behandeln. „Menschen mit einer Fettleber müssen deshalb aktiv ihren Lebensstil ändern. Je eher sie dies tun, umso leichter kann sich die Leber regenerieren“, betonte Trautwein. ■

PSYCHOLOGIE

Traumata prägen Umgang mit Stress

Menschen, die in frühester Kindheit traumatische Erfahrungen hatten, leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen wie dem Borderline-Syndrom oder Depressionen. Allerdings können schlimme Erlebnisse unter gewissen Umständen auch positive Auswirkungen haben. So scheint leichter bis mittelschwerer Stress in der frühen Kindheit Betroffenen zu helfen, Strategien zu ent-

wickeln, um später besser mit Stress umzugehen. Ein Forscherteam um Isabelle Mansuy, Professorin für Neuroepigenetik der Universität und ETH Zürich, untersuchte an Mäusen, inwiefern sich die positiven Effekte von Stress auch auf die Nachfolge-Generation übertragen. Die Forscher setzten neugeborene Mäuse traumatischem Stress aus, indem sie sie in unregelmässigen Abständen von ihren Müttern trennten. Zusätzlich setzten sie die Muttertiere extremem Stress aus. Ein Ergebnis: Die Nachkommen der gestressten Tiere konnten auf komplexe Aufgaben effizienter reagieren als die Kontrollmäuse. ■

RHEINLAND-PFALZ

Erste Pflegekammer kommt

Der Landtag in Rheinland-Pfalz hat die Novelle des Heilberufsgesetzes einstimmig verabschiedet und damit die gesetzliche Grundlage zur Errichtung der ersten Pflegekammer in Deutschland geschaffen. „Damit wurde ein historischer Meilenstein für die Pflege gesetzt“, sagte Sozialministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD). Der Gründungsausschuss werde binnen eines Jahres feste Strukturen der Kammer aufbauen, die ersten Kammerwahlen vorbereiten und abhalten sowie die Grundlagen für die erste Sitzung der Vertreterversammlung Anfang nächsten Jahres schaffen. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe begrüßte den Schritt: Rheinland-Pfalz schreibe „Pflege-Geschichte“. Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegeverbandes, rief die übrigen Bundesländer dazu auf, dem Beispiel zu folgen. ■



Wie der Vater, so der Sohn – das gilt auch fürs Surfen.

Vitos Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Bad Wilhelmshöhe forderte, Medienabhängigkeit als eigenständige psychische Erkrankung anzuerkennen. Dadurch könnten Leitlinien festgelegt und der Ausbau regionaler Versorgungsprogramme gefördert werden. ■

he das Risiko für Diabetes, Schlaganfall oder Herzinfarkt, so die Fachgesellschaft. „Die Fettleber entwickelt sich in jüngster Zeit in rasantem Tempo zu einer Volkskrankheit“, sagte DGVS-Sprecher Professor Dr. Christian Trautwein, Direktor der Klinik für Gastroenterologie,

STUDIE Haut und Psyche hängen zusammen

Nesselsucht als Folge von unterdrückter Wut, Neurodermitis aufgrund von Stress: Viele Hauterkrankungen haben seelische Ursachen, wie eine neue europäische Studie belegt. Danach leidet fast jeder dritte Hautkranke unter psychischen Problemen. Wissenschaftler aus 13 Staaten



befragten rund 3.600 Menschen mit Hautkrankheiten. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass 29 Prozent der Hautkranken gleichzeitig an einer psychischen Erkrankung litten. In der Vergleichsgruppe aus 1.400 Menschen ohne Hautkrankheiten lag der Anteil bei lediglich 16 Prozent. Die Forscher stellten zudem fest, dass der Anteil von Menschen mit Depressionen unter den Hautkranken mehr als doppelt so hoch war, und Angsterkrankungen oder Suizidgedanken anderthalbmal so häufig vorkamen wie in der anderen Gruppe. „In solch großem Umfang wurde der Zusammenhang von Haut- und psychischen Krankheiten bisher nicht nachgewiesen“, sagte Professor Dr. Uwe Gieler, der als kommissarischer Leiter der Universitäts-Hautklinik in Gießen maßgeblich an der Untersuchung beteiligt war. „Wenn eine Hauterkrankung

auf psychische Probleme zurückgeht, ist die Behandlung nur adäquat, wenn die psychischen Probleme erkannt und mitbehandelt werden.“ ■

INTERNET Patienten prüfen Diagnose online

Patienten nehmen Diagnosen und Behandlungsempfehlungen ihrer Ärzte nicht mehr einfach so hin. 65 Prozent der Bundesbürger informierten sich nach einem Arztbesuch regelmäßig in Online-Foren oder auf Gesundheitsportalen, heißt es in einer Studie zu „Zweitmeinungsverfahren aus Patientensicht“ der privaten Klinikette Asklepios, für die 1.000 Bundesbürger befragt wurden. 64 Prozent der Befragten hätten das Ergebnis des Arztbesuchs mit nahestehenden Personen besprochen. Erst an dritter Stelle stehe mit 53 Prozent die Konsultation eines weiteren Mediziners. Dabei genießen die Ärzte laut Studie unter den Informationsquellen das größte Vertrauen (91 Prozent). ■

DEMENZ Tipps für die Kommunikation

Unter dem Titel „Demenz: wertschätzend verstehen, begleiten, kommunizieren“ bietet das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) ein Poster mit 22 Tipps für die Kommunikation mit Demenzerkrankten an. „Mit gezielter Kommunikation können Pflegenden die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz unterstützen“, so Gerlinde Strunk-Richter vom KDA. ■

MEHR INFOS:
www.kda.de

Gute Noten für Schwarz-Rot?

Vor einem Jahr haben Union und SPD ihren Koalitionsvertrag unterzeichnet, um Deutschlands Zukunft zu gestalten. Ist das der Großen Koalition mit Blick auf die Gesundheitspolitik bislang gelungen?



BIRGITT FISCHER, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Pharma-Unternehmen: Die Regierung stellt die Weichen für die Zukunft in Richtung Qualität der Behandlung. Wenn sich die Politik mit dem „Gleisbau in die Zukunft“ beschäftigt, sollte sie es aber auch gründlich tun: Statt ICE-Zügen verkehren auf vielen Strecken des Gesundheitswesens in die Jahre gekommene Regionalzüge. Es macht Bahnkunden und Patienten müde, wenn nicht in Innovationen investiert wird. Deshalb ist es richtig, dass sich die Bundesregierung 2015 im Rahmen des Pharma-Dialoges mit einer ganzheitlichen Sicht auf Forschung, Wirtschaft und gesundheitlicher Versorgung mit Arzneimitteln beschäftigt.

GEORG BAUM, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Unsere erste Bilanz ist gemischt. Die Koalition hat Eckpunkte für eine Krankenhausreform vorgelegt. Wir heißen es gut, dass die Refinanzierung der Betriebskosten stärker an der tatsächlichen Kostenentwicklung ausgerichtet werden soll und ein Pflegeförderprogramm vorgesehen ist. Allerdings stehen die ungelöste Investitionsfinanzierung, überzogene Maßnahmen zur Leistungsmengendämpfung sowie neue Bürokratie der nachhaltigen Verbesserung in den Kliniken entgegen. Auch werden positive Elemente der Qualitätsoffensive durch völlig überflüssige, versorgungspolitisch höchst bedenkliche Qualitätsabschläge relativiert.



ANDREAS WESTERFELLHAUS, Präsident des Deutschen Pflegerates: Nur bedingt. Denn die Große Koalition vergisst bislang einen wichtigen Punkt: die Pflegeprofis. Nach wie vor fehlt die gerechte Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten bei der Kalkulation der Klinikfallpauschalen. Es fehlt zudem der verpflichtende Nachweis, dass und wie die Einnahmen für Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Handlungsbedarf besteht auch bei der Vorgabe von Personalmindeststandards.

Weiter umfasst die To-do-Liste den effizienteren Einsatz aller Gesundheitsfachberufe, ein neues Pflegeberufegesetz, die Umsetzung einer generalistischen Lehre sowie eine kostenfreie Ausbildung der Gesundheitsfachberufe. Da bleibt noch viel zu tun für ein gutes Zeugnis am Ende der Legislatur.

JÜRGEN GRAALMANN, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: Untätigkeit muss sich die Koalition sicherlich nicht vorwerfen lassen: Viele Reformvorhaben sind auf die Schienen gesetzt. So wurde endlich auch die dringend notwendige Pflegereform auf den Weg gebracht. Ob am Ende wirklich große Reformen gelingen, zeigt sich erst 2015. Denn wer sich die Gesetzesvorhaben näher anschaut – etwa das Versorgungsstärkungsgesetz – stößt auf Konstruktionsfehler. Entscheidende Schritte wie die Einführung des neuen Pflegebegriffs stehen aus. Die größten Fragezeichen begleiten aber die Krankenhausreform: Das Eckpunktetpapier bleibt an entscheidender Stelle wachsw weich, es fehlen verbindliche Qualitätsstandards. Kurzum: Die Koalition muss noch einiges richtig anpacken.



MODELLPROJEKT

**OP-Bestock
effizienter reinigen**

In rund 1.200 deutschen Krankenhäusern mit einer chirurgischen Abteilung bereiten hochspezialisierte Abteilungen Operationsbestock auf. „Dabei treten immer wieder so gravierende Hygienemängel auf“, sagt Professor Dr. Hans-Martin Seipp von der Technischen Hochschule Hessen. Im Rahmen eines vom Land Hessen geförderten Modellprojekts will sein Team den ersten Schritt der Aufbereitung – die Reinigung und Desinfektion medizinischer Instrumente – in einem Druckbehälter ausführen. Die Instrumente werden anschließend im Vakuum getrocknet. Seipp sieht für die Technik gute Vermarktungschancen, da sich der Arbeitsgang verkürze. ■

**AMBULANTE VERSORGUNG
Ärztinnen erobern
mehr Praxen**

Die Medizin in Deutschland wird weiblicher. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unter Berufung auf das Bundesarztregister berichtet, gibt es unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten immer mehr Frauen. Ihr Anteil sei von knapp 18 Prozent auf 38 Prozent im Jahr 2013 gestiegen. Im Jahr 1968 seien es 18 Prozent gewesen. Laut KBV steigt die Zahl der Vertragsärztinnen stetig um jährlich 0,5 Prozentpunkte. Die gleiche Tendenz sei im Studium festzustellen: Waren 2012 60,9 Prozent aller Studienanfänger im Fach Humanmedizin weiblich, seien es zu Beginn des Wintersemesters 2013 bereits 61,9 Prozent gewesen, teilte die KBV mit. ■

Köpfe und Karrieren



+++ HEIKE WERNER, 45, ist neue thüringische Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Sie studierte von 1989 bis 1995 Erziehungswissenschaften, Philosophie und Soziologie in Leipzig. Der SED gehörte sie von 1988 bis 1989 an. 1989 gründete sie die Marxistische Jugendvereinigung „Junge Linke“ mit und war zwischen 1997 und 2000 deren Sprecherin für Sachsen. In die PDS trat sie 1999 ein und ist heute Mitglied der Partei Die Linke. Ein Mandat für den sächsischen Landtag errang Heike Werner erstmals 1999. Seit 2004 war sie eine der stellvertretenden Vorsitzenden der dortigen Linksfraktion und während der Legislaturperiode 2004 bis 2009 Mitglied im Ausschuss für Schule und Sport sowie im Ausschuss für Wissenschaft, Hochschule, Kultur und Medien. In dieser Zeit war sie auch Sprecherin ihrer Fraktion für Wissenschafts-, Hochschul- und Gleichstellungspolitik und ab 2009 Vorsitzende des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz sowie Mitglied im Ausschuss für Schule und Sport. Bei der Wahl im Oktober 2014 verpasste sie den Wiedereinzug in den sächsischen Landtag.

+++ LOTHAR H. WIELER, 53, übernimmt im März dieses Jahres die Präsidentschaft des Robert Koch-Instituts (RKI). Der habilitierte Veterinärmediziner und Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Tierseuchen der Freien Universität Berlin tritt die Nachfolge von Professor Reinhard Burger an, der dann aus Altersgründen in den Ruhestand geht. Wissenschaftlich tätig war Professor Wieler an den Universitäten in München, Ulm und Gießen sowie in den USA und Großbritannien. Einer seiner Forschungsschwerpunkte sind Infektionen mit multiresistenten Keimen. Das RKI ist eine wissenschaftliche Einrichtung des Bundesgesundheitsministeriums. Seine Kernaufgaben sind die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie die Beobachtung und Überwachung der Gesundheit in der Bevölkerung.



+++ STEFAN HOEHL, 47, ist vom Verwaltungsrat der AOK Hessen zum neuen alternierenden Vorsitzenden dieses Gremiums der paritätischen Selbstverwaltung gewählt worden. Der promovierte Rechtsanwalt und Arbeitgebervertreter übernahm das Ehrenamt von Dr. Werner Scherer, der Ende des Jahres in den Ruhestand getreten ist (siehe Seite 40 in dieser Ausgabe). Hauptberuflich arbeitet Dr. Hoehl seit Dezember 2008 als Referent für Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik bei der Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände in Frankfurt am Main. Von 2010 bis 2014 war der Jurist ehrenamtlicher Richter am Bundessozialgericht. Alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Hessen versichertenseits ist Brigitte Baki.

+++ WINFRIED HARDINGHAUS, 63, steht als neuer Vorsitzender an der Spitze des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV). Der habilitierte Internist und Palliativmediziner hatte das Amt seit Mai vergangenen Jahres kommissarisch übernommen. Professor Hardinghaus ist Ärztlicher Direktor des Zentrums für Palliativmedizin der Niels-Stensen-Kliniken in Ostercappeln und Leiter der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung. Stellvertretende DHPV-Vorsitzende sind Dr. Anja Schneider, Geschäftsführerin der Anhaltischen Hospiz- und Palliativgesellschaft, sowie Erich Lange, Geschäftsführer und Koordinator der Hospizbewegung im Kreis Warendorf sowie des stationären Hospizes St. Michael in Ahlen. Der DHPV vertritt nach eigenen Angaben die Interessen der Hospizbewegung sowie aller Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland.



+++ ANDREAS BOBROWSKI, 58, bleibt für weitere zwei Jahre Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte (BDL). Der niedergelassene Facharzt für Laboratoriumsmedizin und promovierte Chemiker ist zudem Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und leitet die Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein in Lübeck. Als BDL-Vizevorsitzender steht ihm weiterhin der Labormediziner Dr. Theo Stein zur Seite. Dem Berufsverband gehören rund 1.000 Fachärzte für Laboratoriumsmedizin an.

Klinik-Management



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

Krankenhaus- Report 2015 Strukturwandel

- **Schwerpunktthema:** Hochaktuell und von wachsender Bedeutung für die stationäre Versorgung
- **Krankenhausstatistik:** Verlässliche Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes
- **Krankenhaus-Directory:** Zentrale Kennziffern zu strukturellen Charakteristika und der wirtschaftlichen Entwicklung von über 1600 Krankenhäusern
- **Krankenhauspolitische Chronik:** Die wichtigsten politischen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft von August 2013 bis Juli 2014
- **www.krankenhaus-report-online.de:** Umfangreiche Materialien zum Download

Zukunftsfähige Strukturen gestalten

Nachdem die Finanzierungsreform im Krankenhaussektor mit der Etablierung der G-DRGs fast abgeschlossen ist, sind jetzt geeignete Strukturen gefragt, um die bedarfsgerechte stationäre Krankenversorgung auch zukünftig zu gewährleisten. Zunehmende Privatisierungen, Verbundbildungen und Fusionen einzelner Krankenhäuser bezeugen, dass bereits Umbrüche stattfinden. Gleichzeitig ist jedoch bekannt, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung parallel existieren und qualitative Unterschiede herrschen. Die Bundesländer stehen in der Kritik, bisher für die Krankenhausplanung keine zukunftsfähigen Konzepte entwickelt und bei ausbleibender Investitionsfinanzierung überkommene Strukturen konserviert zu haben.

Der Krankenhaus-Report 2015 widmet sich dem notwendigen Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft. Namhafte Autoren untersuchen die derzeitige Entwicklung und durchleuchten die Problembereiche. Der Report präsentiert konkrete Ansatzpunkte und Strategien, mit denen der Strukturwandel aktiv gestaltet werden kann.

Aktuell, fundiert, umfassend: eine solide Diskussions- und Handlungsgrundlage für Krankenhausmanager, Gesundheitspolitiker und -ökonom.

2014. 572 Seiten, 90 Abb., 98 Tab., kart., mit Online-Zugang
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3091-5



Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeiy,
Stefan Greß, Antje Schwinger (Hrsg.)

Pflege-Report 2015 Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit

Der Pflege-Report 2015 untersucht das Potenzial der außerhäuslichen Pflege unter Einbezug von Angehörigen und qualifiziertem Fachpersonal.

2015. Ca. 300 Seiten, 50 Abb., 40 Tab., kart.
Ca. € 54,99 (D) / € 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3107-3

Bestellen Sie jetzt:

- ✉ E-Mail: order@schattauer-shop.de
- ☎ Fax: 0711 22987-85
- ☎ Tel.: 0711 22987-69
- 🌐 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

MODELLPROJEKT Alt werden im Quartier

Damit Menschen möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben können, muss die Versorgung mit sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stimmen. Dies ist Ziel von „Pro viva – gut leben zu Hause im Quartier“, einem vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen sowie der Europäischen Union geförderten Modellprojekt in Leverkusen. Im Zentrum stehen der Aufbau und die Erprobung eines Quartiers- und Gesundheitsmanagements. Zielgruppe sind Bürgerinnen und Bürger 65 plus in den Stadtteilen Opladen und Rheindorf, die über Gesundheit und Soziales informiert werden. Bei Bedarf werden die Senioren durch Gesundheits- oder Quartiersmanagerinnen zu Hause betreut oder an andere Dienste weitervermittelt. ■



Das Café um die Ecke, ein Plausch unter Nachbarn: Viele Senioren wollen in der vertrauten Umgebung bleiben.

TRANSPLANTATIONEN Deutlich weniger Organspenden

Die Zahl der Organspender in Deutschland ist weiter rückläufig. Wie aus einer Unterrichtung der Bundesregierung hervorgeht, wurden 2013 noch 876 postmortale Organspender registriert. Das entspricht einem Rückgang von 16,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. In den ersten drei Quartalen 2014 lag die Zahl der postmortalen

Organspender bei 649. Rückläufig ist auch die Zahl der gespendeten Organe. 2013 wurden den Angaben zufolge 3.035 Organe postmortal gespendet, 13,6 Prozent weniger als im Jahr davor. Bis Ende September 2014 lag die Zahl der Spenderorgane bei 2.286. Besonders stark seien die Rückgänge bei Niere, Herz, Leber und Pankreas. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/3566

ALKOHOL Junge Erwachsene trinken exzessiv

Der Alkoholmissbrauch zählt nach Einschätzung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU), zu den gravierendsten gesellschaftlichen Problemen in Deutschland. Zwar habe die Prävention vor allem bei Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren einen nachlassenden Konsum bewirkt. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren seien Phänomene wie das „Koma-saufen“ aber noch immer häufig. In dieser „Risikogruppe“ werde zum Teil exzessiv Alkohol getrunken, sagte Mortler im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Das Alkoholproblem sei keineswegs auf Erwachsene begrenzt. So lebten 2,6 Millionen Kinder in sogenannten Suchtfamilien, wo regelmäßig Drogen konsumiert werden. In erster Linie gehe es hier um Alkoholmissbrauch. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Krankenhausplanung muss sich an Qualität orientieren“

Eine Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern hat kürzlich Eckpunkte für einen Umbau der Kliniklandschaft vorgelegt. Dazu Fragen an **Peer-Michael Dick**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg.

G+G: Herr Dick, die Politik will die stationäre Versorgung in Deutschland grundlegend reformieren. Was muss Ihrer Meinung nach dringend geschehen?

DICK: Eine grundlegende Reform ist unumgänglich. Das hat die Politik schon viel zu lange vor sich hergeschoben. Das bisherige Vorgehen, ausschließlich mehr Geld in die Krankenhäuser zu stecken, funktioniert auf Dauer nicht. Mit einer sinnvollen, qualitätsorientierten Krankenhausplanung können Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut und die Herausforderungen gemeistert werden. Das dringlichste Problem sind also veraltete Strukturen.

G+G: Als eine Baustelle gilt die Finanzierung des Krankenhaussystems. Was ist für die AOK Baden-Württemberg hier entscheidend?

DICK: Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe schlägt in ihren Eckpunkten unter anderem Zu- und Abschläge in der Krankenhausvergütung für

gute beziehungsweise schlechte Qualität vor. Dass Qualität berücksichtigt wird, finde ich ausgesprochen richtig und wichtig. Dass man aber durch Abschläge schlechte Qualität zulässt, halte ich für wenig überzeugend. Nachweislich schlechte Qualität muss vielmehr den Ausschluss der Leistungserbringung bedeuten.

G+G: Nicht alle Kliniken müssen alles machen, lautet der Rat von Experten. Eine Lösung könnte sein, bestimmte Leistungen an ausgewiesenen Zentren anzubieten. Was meinen Sie?

DICK: Vor allem hinsichtlich der Qualität einer Leistung ist das sehr sinnvoll, speziell wenn es dabei um einen medizinisch hoch komplexen und schwierigen Eingriff geht. Ich persönlich würde lieber eine weitere Anfahrt in Kauf nehmen, wenn ich dafür gesicherte hohe Behandlungsqualität erhalte. Klar ist aber auch, dass das nur bei Eingriffen funktioniert, die planbar sind. Hier ist deutlich Umdenken angesagt.

Gut gemachte halbe Sachen

Seit einem Jahr amtiert Herrmann Gröhe als Bundesgesundheitsminister. Der CDU-Mann habe vieles angepackt. Doch längst nicht alles davon sei ausgegoren, meint **Peter Thelen**.



DIE BESTE METHODE FÜR POLITIKER, sich beim Volk beliebt zu machen, sind eingelöste Wahlversprechen. Arbeitsministerin Andrea Nahles hat das im ersten Jahr der Großen Koalition mit Mütterrente, Rente mit 63 und Mindestlohn erfolgreich praktiziert. Kabinettskollege Hermann Gröhe von der CDU hält sich da eher an die zweite Methode, mit der Politiker

ohne größere Beschädigung durch die Legislatur kommen. Die heißt: Bloß nicht auffallen. Der Gesundheitsminister äußert sich mit Vorliebe zu Themen wie aktive Sterbehilfe oder assistierter Suizid, die sein Ressort zwar berühren, für die die Federführung aber das Justizministerium hat. Ansonsten arbeitet Gröhe mit den Gesundheitsexperten von Union und SPD den Koalitionsvertrag ab.

Ein kleines „Wahlgeschenk“ ist auch dabei: Mit der Neuordnung der Finanzierungsregeln haben die Krankenkassen seit 1. Januar die Möglichkeit, den bisher bei 0,9 Prozent gesetzlich festgezurrten, allein von den Versicherten zu zahlenden Teil des

Beitragsatzes selbst zu bestimmen. Dies führt dazu, dass rund 45 Kassen weniger Geld verlangen. Ob es dadurch am Ende für 20 Millionen billiger wird, ist nicht raus. Doch kann jeder in eine solche Kasse wechseln. Aber Achtung: Das Wahlgeschenk ist vergiftet. Da die Leistungsausgaben aller Kassen wieder stärker wachsen als die Beitragseinnahmen, ist der Tag nicht fern, an dem die Beitragslast kräftig steigt.

Gröhe ist auch sonst sehr fleißig: Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz geht er vielleicht nicht genug, aber deutlich beherzter als sein Vorgänger das Problem der Überversorgung in Ballungszentren an. Und die von ihm in den Bund-Länder-Verhandlungen erreichten Eckpunkte zur Krankenhausreform eröffnen die Chance, diese entlang der Qualität neu zu ordnen. Sicher an beiden Vorhaben sind jedoch vorerst nur die Teile, die teuer werden könnten: Höhere Honorare für angeblich zu schlecht bezahlte Ärzte oder für Ambulanzen in Hochschulkliniken. Lauter gut gemachte halbe Sachen also.

Das gilt erst recht für Gröhes Präventionsgesetz. Es ist der mittlerweile dritte Anlauf, die Kassen zum Finanzier zu machen. Schon der Reformansatz, einseitig die Beitragszahler zu belasten, ist verfehlt. Vorbeugen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es wäre also gut, würde auch der dritte Versuch scheitern. Einen vierten dürfte es dann, zumindest nach den Fairnessregeln der Leichtathletik, nicht geben. ■

Peter Thelen ist Parlamentskorrespondent beim „Handelsblatt“ aus Düsseldorf.

KLINIKEN

Mindestmenge für Kniegelenk-Ersatz

Seit 1. Januar 2015 gilt für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks in deutschen Kliniken wieder die jährliche Mindestmenge von 50 solcher Operationen. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) aus Ärzten, Kassen, Kliniken und Patientenvertretern. Kliniken dürfen diese Leistung demnach nur zulasten der Krankenkassen erbringen, wenn sie voraussichtlich mindestens 50 Knie-Totalendoprothesen (TEP) einbauen. Dem Beschluss des GBA, der die Aussetzung der seit 2006 geltenden Mindestmenge beendet, gingen juristische Auseinandersetzungen voraus. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hatte im August 2011 zunächst der Klage einer Klinik gegen die Mindestmenge bei Knie-TEP stattgegeben. Daraufhin legte der GBA Revision beim Bundessozialgericht ein und setzte die Anwendung der Mindestmengenregelung aus. ■

MEHR INFOS:
www.g-ba.de

DOKUMENTATION

Weniger Bürokratie in der Pflege

Mit Beginn des neuen Jahres ist der Startschuss für die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege gefallen. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, beauftragte dazu das Berliner IGES-Institut und die Pflegeexpertin Elisabeth Beikirch. Sie sollen ein Büro zur flächendeckenden Umsetzung des Projekts

„Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ einrichten. Aufgabe des Projektbüros ist es, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit bei der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation zu unterstützen. Basis für die bundesweite Umsetzung der entbürokratisierten Pflegedokumentation ist die vorgelegte Expertise zur Implementierung. Diese wurde von GKV-Spitzenverband, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Auftrag gegeben. „Überbordende Bürokratie und sinnentleertes Kästchenankreuzen sind für die meisten Beschäftigten in der Pflege der Motivationskiller Nummer eins“, betonte Laumann. ■

MEHR INFOS:
www.bmg.bund.de/Pflege

URTEIL

Adipositas ist kein Kündigungsgrund

Wer fettleibig ist, kann in Zukunft mit besonderem Schutz rechnen: Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes kann starkes Übergewicht als Behinderung im Beruf gelten. Dies wäre der Fall, wenn jemand durch sein Gewicht auf die Dauer körperlich, geistig oder psychisch so stark beeinträchtigt ist, dass er nicht gleichberechtigt mit anderen seinen Beruf ausüben kann. Dann greife auch der im EU-Recht verankerte Schutz vor Diskriminierung, entschieden die Richter in ihrem Urteil (Rechtssache C-354/13). Dies gelte unabhängig davon, ob der Betroffene möglicherweise selbst zu der Behinderung beigetragen habe oder nicht. ■

Eine Vier plus für die Große

Zahlreiche Reformen dank satter Mehrheit: Schwarz-Rot hat nach einem Jahr viel auf den Weg gebracht. Das Zwischenzeugnis, das die G+G-Leserschaft der Großen Koalition in der Gesundheitspolitik ausstellt, fällt dennoch bescheiden aus. [Von Thomas Hommel](#)

Neuer Pflegebegriff: Die Zweifel bleiben

Halten Sie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in dieser Legislatur für realistisch?

59 % ja

40 % nein

1 % keine Angabe

Das FQWG fällt durch

Welche Gesetzesinitiative hat Sie am meisten überzeugt?

GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG) 13 %

Pflegestärkungsgesetz I 33 %

Versorgungsstärkungsgesetz 14 %

Keine Gesetzesinitiative 48 %

Hermann Gröhe muss noch überzeugen

Hat Sie der gesundheitspolitische Newcomer aus der CDU als Minister positiv überrascht?

Hermann Gröhe hat als Minister ...

26 %

74 %

... positiv überrascht

... nicht positiv überrascht

Hermann Gröhe spricht von einem Kraftakt – und ist sich sicher: Bis zum Ende dieser Legislaturperiode ist in Deutschland ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Zweifel daran lassen weder der Gesundheitsminister noch der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, gelten. „Wir werden das machen“, erklärte Letzterer kürzlich bei einem Forum der AOK Nordost in Berlin.

Die Leserinnen und Leser von G+G hingegen bleiben skeptisch, dass es was wird mit der neuen Pflegephilosophie. 40 Prozent halten die Einführung des neuen, derzeit in Studien erprobten Pflegebegriffes noch in dieser Legislatur für unrealistisch. Ein Vertrauensbeweis in die Glaubwürdigkeit von Politik sieht anders aus.

Überhaupt fallen die Noten im Zwischenzeugnis nach gut einem Jahr „GroKo“ bescheiden aus, wie die aktuelle G+G-Leserumfrage belegt. Insgesamt nahmen 99 Leserinnen und Leser daran teil. 38 Prozent vergeben beim Thema Gesundheit und Pflege die Note „zufriedenstellend“. Weitere 28 Prozent stufen die Arbeit von Union und SPD als „ausreichend“ ein, 19 Prozent attestieren der Koalition sogar eine „mangelhafte“ Leistung. Die Durchschnittsnote liegt bei einer wenig schmeichelhaften Vier plus. Um bei der nächsten Bundestagswahl 2017 zu überzeugen, müssen sich Christ- und Sozialdemokraten offenkundig noch anstrengen.

Auch der Gesundheitsminister bekommt nur verhaltenen Zuspruch – und das, obwohl der CDU-Mann Hermann Gröhe im Dezember 2013 mit einigen Vorschusslorbeeren auf den Chefsessel hoch oben im sechsten Stock des Bundesgesundheitsministeriums entsandt wurde: Ein gestandener Politikprofi sei er, bestens verdrahtet mit Partei und Kanzleramt, und als „Newcomer“ obendrein bereit, frischen Wind ins Gesundheitswesen zu bringen. Dass dem tatsächlich so ist, meinen aber lediglich 26 Prozent der G+G-Leserinnen und Leser. 76 Prozent sind hingegen der Ansicht: Hermann Gröhe hat mit seiner Arbeit bislang nicht punkten können.

Koalition



Kein Happy Birthday von den G+G-Lesern: Schwarz-Rot bekommt nach einem Jahr nur ein „Ausreichend“.

Die **Gesetzesinitiativen** von CDU, CSU und SPD fallen größtenteils durch: Knapp die Hälfte (48 Prozent) der Teilnehmer der G+G-Leserumfrage hält kein einziges Paragrafenwerk der vergangenen zwölf Monate für überzeugend. Immerhin: 33 Prozent bewerten das Pflegestärkungsgesetz I – seit Januar in Kraft und mit neuen Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige sowie Pflegeprofis ausgestattet – als Schritt nach vorne.

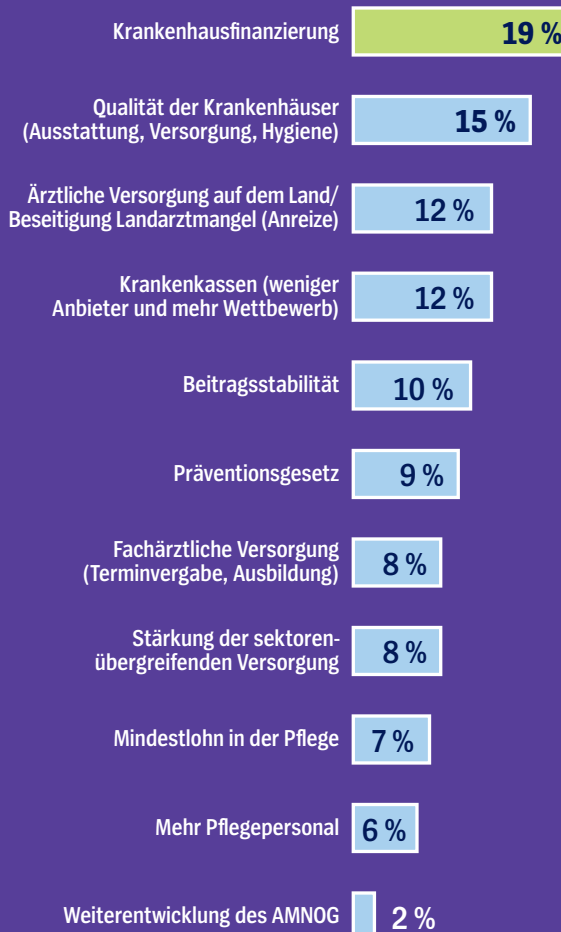
Ganz anders das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz: Nur 13 Prozent können dem FQWG etwas Positives abgewinnen. Dass der Zusatzbeitrag, den die gesetzlichen Krankenkassen im Zuge der Reform nun selber bestimmen können, den Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung der Versicherten erleichtert, bejahen lediglich 15 Prozent. 84 Prozent der G+G-Leserinnen und Leser senken den Daumen nach unten.

Bleibt also noch viel zu tun für Schwarz-Rot, um im Abschlusszeugnis besser dazustehen. Unbedingt anzupacken hat die Koalition nach Ansicht der G+G-Leserinnen und Leser das Thema Krankenhaus: 19 Prozent halten die Finanzierung der bundesweit rund 2.000 Kliniken für dringend reformbedürftig. Für 15 Prozent gehört der Qualitätsaspekt stärker in den Vordergrund der stationären Versorgung gerückt. Mit Blick auf die Krankenkassen wünschen sich zwölf Prozent der Teilnehmer mehr Möglichkeiten, in einen Wettstreit um die beste Versorgung zu treten. Zehn Prozent halten die Beitragssatzstabilität für eine wichtige Hausaufgabe der Politik. Ein Präventionsgesetz ist derzeit in der Pipeline. Neun Prozent der G+G-Leserinnen und Leser meinen: Gut so! ■

Mehr Infos:

Ein PDF mit allen Umfrageergebnissen finden Sie unter www.kompart.de

Was muss Schwarz-Rot noch unbedingt anpacken?



Von Krankenhausfinanzierung bis Pflegemindestlohn: Die Liste der Hausaufgaben, die Schwarz-Rot nach Ansicht der G+G-Leserschaft bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode unbedingt zu erledigen hat, ist lang.

Zwischen Freiheit und Fürsorge

Eigenverantwortung steht bei den Amerikanern in der Gesundheitsversorgung hoch im Kurs. Dabei sorgt der Staat nicht erst seit Obamacare für die Krankenversicherung vieler Menschen. **Martina Merten** hat mit US-Experten über diesen Konflikt gesprochen.

Das US-Gesundheitswesen befindet sich seit einigen Jahren an einem Wendepunkt: Es ist mit Abstand das teuerste der Welt. In den USA fließen 17,6 Prozent vom Bruttoinlandsprodukt in die Gesundheit. Dem Congressional Budget Office zufolge – einer Behörde des US-Kongresses – werden diese Ausgaben weiter steigen. Gleichzeitig nehmen die USA in Fragen der Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen nur einen mittleren Platz unter den OECD-Staaten ein, geht aus Analysen des Commonwealth Fund hervor. Nicht zuletzt sind in den USA so viele Menschen ohne Versicherung wie in kaum einem anderen Industriestaat: 16 Prozent der US-Bevölkerung, schreibt Professor Dr. Uwe Reinhardt von der Princeton Universität in seinem Aufsatz „Divide et impera“ in der Zeitschrift *Health Economics* (2012), waren irgendwann in ihrem Leben ohne Krankenversicherungsschutz, wengleich nur die Hälfte von ihnen länger als ein Jahr. Das entspricht rund 50 Millionen Menschen. Darüber hinaus sind Millionen von Amerikanern unterversichert. Viele können sich die hohen Selbstbehalte, die ihre Versicherungen fordern, nicht leisten.

Abschied von alten Denkmustern. Nicht nur Präsident Barak Obama erkannte: Weichen müssen neu gestellt, alte Denkmuster über Bord geworfen werden. Mit dem Affordable Care Act (ACA), den er vor rund vier Jahren unterschrieb, ging er insbesondere das Problem der Versicherungszahlen an. Im Zuge der Gesundheitsreform führte Obama eine Pflicht

zu. Darüber hinaus ist die Einkommensgrenze für Medicaid, die staatliche Krankenversicherung für Bedürftige, im Zuge des ACA heraufgesetzt worden. Bis zum Frühjahr hatten sich rund acht Millionen Amerikaner über die Internet-Marktplätze neu versichert, schätzt das US-Gesundheitsministerium. Das entspricht zwar nur einem Bruchteil der Nichtversicherten. Demokraten werten es aber als einen guten Anfang.

Fast ein Drittel der Amerikaner sind über staatliche Programme krankenversichert.

zur Versicherung bislang nicht-versicherter Amerikaner ein. Über von der Regierung bereitgestellte Online-Marktplätze konnten sie bis März 2014 verschiedene Versicherungen abschließen. Diese bezuschusst der Staat abhängig vom Einkommen. Anders als zuvor umfassen alle Policen einen Basisleistungskatalog. Die Versicherungen dürfen Menschen mit Vorerkrankungen nicht mehr ausschlie-

Kritiker sehen Staatsmedizin verfestigt.

Im Amerika des 21. Jahrhunderts besteht allerdings weiterhin ein Konflikt, der über Zahlen und Qualität hinausgeht. Es ist der Streit darum, welchen Einfluss der Staat haben darf. Michael Cannon, Direktor der Abteilung für gesundheitspolitische Studien am Cato Institut in Washington, sieht in Obamas Reform die Staatsmedizin in den USA weiter verfestigt. „Mit Obamacare hat der Staat die Führung über die private Krankenversicherungsbranche übernommen“, ist Cannon überzeugt. Der Versicherte selbst habe keine Entscheidungsfreiheit mehr. Ihm werde ein Produkt angeboten, dessen Leistungskatalog der Staat festgelegt

Affordable Care Act: Die unbekannte Reform

Die Henry J. Kaiser Family Foundation (<http://kff.org>) organisiert regelmäßig Umfragen zum US-Gesundheitswesen. Im März 2014 befragte sie die Bevölkerung zu ihrem Wissensstand über den Affordable Care Act (ACA). Mit folgenden Ergebnissen:

- Sechs von zehn Menschen ohne Versicherung wussten zum Zeitpunkt der Befragung nichts von der Deadline, die laut ACA für den Abschluss einer neuen Versicherung gilt (31. 3. 2014). Auch dass bei Nichtversicherten Strafzahlungen fällig werden, war ihnen unbekannt.
- 50 Prozent gaben an, trotz der Pflicht, sich bis Ende März 2014 versichern zu müssen, keine Krankenversicherung abzuschließen.
- 46 Prozent gaben zum Zeitpunkt der Befragung an – also vier Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes – noch immer nichts von Obamacare zu halten. Nur 38 Prozent befürworteten die Reform.
- Von den Gegnern der Reform gaben 17 Prozent an, die Reform aufgrund des Mandats nicht zu befürworten, weitere 23 Prozent befürchteten steigende Kosten durch die Reform, zehn Prozent sorgen sich um den wachsenden Einfluss des Staates.
- Große Teile der Bevölkerung nehmen die Reform anders wahr als sie ist. So glauben beispielsweise 46 Prozent der Befragten, auch illegale Einwanderer erhielten staatliche Subventionen bei Abschluss einer Versicherung.

Martina Merten

habe, nicht er selbst. Gleichzeitig habe der Staat die Preise für dieses Produkt bestimmt. Für Cannon reiht sich Obamacare in eine lange Tradition von Staatsmedizin ein, die ihre Ursprünge nach dem Zweiten Weltkrieg hat. „Freie Entscheidungen durften Amerikaner die längste Zeit nicht treffen.“

Auch wenn viele US-Gesundheitsexperten und Analysten Cannon widersprechen und in Obamacare keinen Sozialismus erkennen, in einem Punkt geben sie ihm Recht: Das US-Gesundheitswesen enthält bereits viele staatliche Elemente. „Wir haben Medicare, Medicaid und die Krankenversicherung für die Veteranen. Alles in allem sind wir das Land, in dem es am meisten Staatsmedizin gibt“, sagt Susan Dentzer, Politikberaterin bei der Robert Wood Stiftung und ehemalige Chefredakteurin von Health Affairs.

Tatsächlich sind etwa 31 Prozent der Amerikaner über staatliche Programme versichert. Die Kosten, die für diese Programme anfallen, machen 46 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit aus, so Gesundheitsökonom Reinhardt. Rund 15 Prozent der staatlich krankenversicherten Amerikaner beziehen Medicare, das staatliche Krankenversicherungsprogramm für die über 65-Jährigen. Weitere 16 Prozent der Amerikaner erhalten Medicaid, das staatliche Krankenversicherungsprogramm für Bedürftige. Die Hälfte der amerikanischen Bevölkerung ist über ihren Arbeitgeber bei einer der mehr als 2.000 großen und kleinen Privatversicherungen eingeschrieben.

Freiheitsdrang hat Tradition. Viele Amerikaner fürchten sich davor, der Staat könnte das Individuum zu sehr in seiner Entscheidungsfreiheit begrenzen, so auch in Fragen der Gesundheitsversorgung. Nach Ansicht von Reinhardt geht dieser Freiheitsdrang zum Teil auf den Amerikanischen Unabhängigkeitskrieg im 18. Jahrhundert zurück. Die Leute wollten frei von der Kolonialmacht England und König George III. sein. „Sie konnten sich nur auf sich selbst, ihre Waffe und vielleicht auf den unmittelbaren Nachbarn verlassen. Dieses Streben nach Unabhängigkeit vom Staat findet man bis heute bei vielen Amerikanern“, sagt der gebürtige Osnabrücker, der seit vielen Jahrzehnten in den USA lebt und lehrt.



Hauptsache unabhängig: Viele Amerikaner fürchten sich davor, dass der Staat sie in ihrer Entscheidungsfreiheit beschränkt.

Paul Starr sieht in der Frage nach der Rolle des Staates einen grundsätzlichen Konflikt der Amerikaner: Habe ich mir meine Versicherung verdient, und sie gehört nur mir, oder zahlt jeder für die Versicherung eines jeden? „Dieses Thema verfolgt die Amerikaner seit den zwanzig-

Ein Gesundheitssystem durch Steuern zu finanzieren, war als Kommunismus verschrien.

ger Jahren“, berichtet der Professor für Soziologie, der wie Reinhardt in Princeton an der Woodrow Wilson School lehrt. Da die Gewerkschaften in Amerika im 20. Jahrhundert weitaus schwächer waren als in Europa und es keine sozialistisch ausgerichteten Parteien gab, habe sich das Gesundheitssystem anders entwickelt. Bis zur Einführung von Medicare sei jede Form von Staatseinfluss abgelehnt worden, auch von der Amerikanischen Ärztekammer, unterstreicht Starr, der für das Buch „The Social Transformation of American Medicine“ 1984 den Pulitzer Preis erhielt. „Ein Gesundheitssystem durch Steuern zu finanzieren, war von jeher als Kommunismus verschrien“, erinnert er sich. Dennoch war im Jahr 2010 die Zeit für eine Änderung auch im Denken gekommen. „Die Bevölkerung hat

erkannt, dass es nicht mehr so wie bis dato weitergehen konnte.“

Es fehlt an Informationen. Dass sich dennoch große Teile der US-Bevölkerung durch Wahlkampagnen verunsichern lassen und in Zusammenhang mit Obamacare von Ostblockmedizin sprechen, hat Susan Dentzer zufolge mit der Bildung zu tun. Dr. Joe Antos sieht dies ähnlich. „Nicht jeder Amerikaner hat in Harvard studiert“, bringt es der Ökonom und Analyst am American Enterprise Institut, einem wirtschaftsliberalen Think Tank, auf den Punkt. Neben der Bildung fehle es laut Reinhardt vielen seiner Landsleute an Zeit, um sich zu informieren. „Die Leute werden fehlinformiert, arbeiten aber so hart, dass sie es nicht einmal bemerken“, sagt der Gesundheitsökonom. Das erklärt nach Ansicht von Reinhardt, warum die Amerikaner Preise für bestimmte Prozeduren beim Arzt oder in Kliniken akzeptieren, die vielfach so hoch sind wie in Europa.

Wenn Obamacare erfolgreich wird, glaubt Soziologieprofessor Starr, werde sich keiner mehr daran erinnern, wie es genau funktioniert. „Das war bei Medicare genauso. Heute sieht darin keiner mehr Staatsmedizin.“ ■

Martina Merten ist Fachjournalistin für Gesundheitspolitik. Die Recherche zum vorliegenden Beitrag fand im Zuge eines Stipendiums des American Council on Germany im Sommer 2014 statt. **Kontakt:** info@martina.merten.de

Betroffenheit als heilende Kraft

Der Verlust eines Körperteils wirkt oft traumatisch. Helfen können in dieser Situation nicht nur Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten. Auch Menschen, die ein ähnliches Schicksal erleiden mussten, sind wichtige Gesprächspartner. **Von Thomas Hommel**

Eine winzige Unachtsamkeit veränderte das Leben von Christian Stahnke (*Name geändert*) schlagartig: Bei Routinearbeiten geriet der 42-Jährige mit dem Arm in eine Papierpresse. Nach der Amputation soll er nun eine Prothese bekommen. Deren Einsatz erfordert viel Zeit und gezieltes Muskeltraining.

Wer ein Körperteil verliert, hat aber auch mit einem seelischen Trauma zu kämpfen. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten im Krankenhaus helfen, wo sie können. Alle Fragen zur neuen Lebenssituation können sie aber nicht beantworten. Wesentlich besser, da authentischer helfen kann jemand, der die Situation einer Amputation am eigenen Leib erfahren hat – ein Peer. Bislang wird diese Beratung für Betroffene durch Betroffene (Peer Counseling) nur in wenigen Kliniken Deutschlands praktiziert.

AOK Nordost und AOK-Bundesverband haben daher einen Kooperationsvertrag unterzeichnet, der zur bundesweiten Verbreitung des Peer Counseling für akut amputierte Patienten beitragen soll. Mit von der Partie: das Unfallkrankenhaus Berlin (ukb), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGU) und der Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputationen (BMAB). Schirmherr des Projekts Peers im Krankenhaus (PiK) ist der Arzt und Kabarettist Dr. Eckart von Hirschhausen.

Empathie für psychische Tiefs. „Kein Arzt oder Psychologe kann besser nachempfinden, wie man sich nach einem Unfall mit traumatischem Verlust fühlt, als jemand, der diese Erfahrung am eigenen Leib gemacht hat und gelernt hat, damit zu leben“, sagt Hirschhausen.

Den Beweis dafür liefert Dagmar Marth. Nach einem Unfall verlor sie ein Bein und einen Arm – und steckte den



Zuwendung und Anteilnahme: Peers beraten akut amputierte Patienten.

Kopf trotzdem nicht in den Sand. Seit vier Jahren arbeitet sie als Peer-Beraterin. Mit Erfolg, wie Sylvia Wehde berichtet. „Dagmar Marth strahlte die Ruhe und Gelassenheit aus, die mir nach meiner Amputation fehlte. Ich konnte ihr alle Fragen stellen, die mir auf der Seele lagen, auch die persönlichen. Ich dachte, wenn sie es geschafft hat, dann schaffe ich das auch.“

„Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen oder Traumatherapeuten können sich noch so gut um akut Amputierte kümmern. Aber sie besitzen nicht die Authentizität derer, die selbst betroffen sind“, sagt Dr. Insa Matthes. Die Fachärztin für Unfallchirurgie hat das Projekt PiK am ukb mitinitiiert. Peers hätten die Erfahrung gemacht, so Matthes, dass Amputation keine Katastrophe, sondern Herausforderung sei. In ihrer täglichen Arbeit habe sie oft erlebt, dass allein die Hoffnung die Betroffenen wieder gesunden lässt.

Sich dieser Herausforderung zu stellen, sei das Ziel von PiK – und ein Grund dafür, warum sich die Gesundheitskasse daran beteilige, so Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost „Das Engagement der Peers unterstützt die medizinische Versorgung nachhaltig. Die Peers sind dicht dran an den Betroffenen. Deshalb muss die Präventiv-Beratung da verankert sein, wo die Menschen sind: in den Unfall-Krankenhäusern.“ Damit es nicht dem Zufall guter Beziehungen oder besonders engagierter Menschen überlassen bleibe, ob Peer-Beratung angeboten wird, sei der strukturelle Aufbau von PiK allen Partnern ein Anliegen.

Zurück in den Beruf. ukb-Chef Professor Dr. Axel Ekkernkamp ist überzeugt: „Als großes Trauma-Zentrum mit berufsgenossenschaftlichem Hintergrund behandeln wir oft junge Menschen, die nach einem Arbeitsunfall plötzlich mit dem Verlust eines Arms oder eines Beins fertig werden müssen. Wir wollen mithelfen, ihnen durch ganzheitliche Versorgung eine neue Perspektive für ihr Leben zu geben.“

Auftrag der Gesetzlichen Unfallversicherung sei es, Versicherte „mit allen geeigneten Mitteln“ zu rehabilitieren und wenn geht wieder ins Berufsleben zu integrieren, betont auch der DGU-Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer. Bei der Umsetzung dieses Auftrages könnten Peers viel leisten. BMBA-Vizepräsident Detlef Sonnenberg hofft deshalb darauf, in den nächsten fünf Jahren die Zahl von 1.000 Peers in Deutschland zu erreichen.

Im Rahmen von PiK finden Schulungen für Peers, Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Physiotherapeuten, Orthopädietechniker und andere Interessierte statt, um ihnen beim Aufbau eines Peer Counselings zu helfen. ■

Die Zukunft steht in den Genen

Der Blick ins Genom erlaubt es, Krankheiten und Therapieerfolge vorherzusagen. Die personalisierte Medizin macht sich dieses Wissen zunutze. Über ihre Möglichkeiten und Grenzen diskutierten Fachleute auf einem Symposium in Hannover. **Von Anne Töpfer**

Vor etwas mehr als zehn Jahren entschlüsselten Forscher die menschlichen Erbanlagen vollständig. Vom Wissen um die Gene erhofft sich die Medizin Fortschritte in der individuell angepassten Behandlung von Krankheiten. Unter dem Titel „Eine für Alle oder Alles für Einen?“ hatte die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen kürzlich gemeinsam mit der AOK Niedersachsen eine Reihe von Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen eingeladen, auf einem Symposium Möglichkeiten und Grenzen der personalisierten Medizin auszuloten.

Die Kosten einer Gen-Analyse seien deutlich gesunken, sagte Professorin Dr. Bärbel Friedrich, Vizepräsidentin der Leopoldina Akademie der Wissenschaften in Halle/Saale, in ihrem Tagungsbeitrag. Für die komplette Sequenzierung eines menschlichen Genoms fielen heute 3.000 bis 7.000 Euro an. Allerdings reiche die Gen-Sequenzierung allein zur Diagnostik nicht aus. Erst die Suche nach defekten Enzymen eröffne Möglichkeiten, therapeutisch einzugreifen. „Diese Analysen sind technologisch möglich, aber noch nicht Routine.“ Begrenzender Faktor ist zudem die Auswertung der Daten: „In der Bioinformatik fehlt es an Strukturen, Experten und Vernetzung“, so die Mikrobiologin.

Krebs spezifisch behandeln. Gleichwohl gebe es erste Erfolge: Beispielsweise könnten bestimmte Krebsformen heute dank der Entschlüsselung genetischer Faktoren spezifischer behandelt werden, und in der HIV-Therapie ließen sich Resistenzen vorhersagen, sagte Bärbel Friedrich. Professor Dr. Theo Dingermann, Sprecher des Wissenschaftlichen Beirats der Apothekerkammer, machte darauf aufmerksam, dass sich mithilfe von genetischen



Entscheidung im Labor: Biomarker sollen helfen, Therapien individuell anzupassen.

Biomarkern die Wirksamkeit innovativer und etablierter Medikamente sowie Arzneimittelinteraktionen vorhersagen ließen. Das würde bei Patienten die Therapietreue erhöhen.

Skeptisch gegenüber den Verheißungen der personalisierten Medizin zeigte sich Professor Dr. Jürgen Schölmerich von der Uniklinik Frankfurt am Main. Bei Erkrankungen wie Diabetes, die mehrere Ursachen haben, funktionierten Biomarker nicht, so der Internist. Auch in der Onkologie sei personalisierte Medizin schwierig: Ein Biomarker reiche für eine gezielte Krebstherapie nicht aus. Zudem könne die individualisierte Therapie nicht heilen, sondern nur Lebenszeit verlängern. Problematisch sei außerdem, dass der Begriff personalisierte Medizin bei Patienten Vorstellungen erzeuge, die durch die eigentliche Bedeutung nicht gedeckt seien, so Schölmerich.

Diese Erfahrung hat auch Dr. Sabine Wöhlke gemacht, die an der Uniklinik Göttingen im Rahmen einer empirisch-ethischen Studie Frauen und Männer mit Rektumkarzinom zu ihren Erwartungen an die personalisierte Medizin befragt.

„Der Begriff entfaltet bei Patienten eine Dynamik in eine ganz andere Richtung: Er weckt die Hoffnung, als ganze Person behandelt zu werden.“

Diagnostik zentralisieren. Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband, ging in Hannover auf die Anforderungen an Qualität und Nutzen der personalisierten Medizin ein. Immer mehr Medikamente kämen für einzelne Tumoren auf den Markt, die nur bei bestimmten Eigenschaften des Tumors wirkten. Ständig würden neue Studien veröffentlicht. Man brauche Tests, die alle Marker auf einmal untersuchen und Experten, die die aktuelle Studienlage kennen, um die richtige Therapieentscheidung zu treffen. „Die Qualität ist für die betroffenen Patienten überlebensentscheidend“, so Schillinger. Eine Zentralisierung der Diagnostik, aber auch der Befundbewertung und der Therapieentscheidung sei geboten. ■

MEHR INFOS:
www.gesundheit-nds.de >
Dokumentationen

Hilfe für pflegende Mütter und Väter

Eltern chronisch kranker oder behinderter Kinder haben eine schwere Last zu tragen. Das bestätigt die Studie „Familie im Fokus“ des Kindernetzwerkes. Wie sich ihre Situation verbessern lässt, diskutierten Experten auf einer Tagung. **Von Otmar Müller**

Familien mit einem chronisch kranken oder behinderten Kind stehen vor zahlreichen Herausforderungen. Sie sind nicht nur psychisch und körperlich, sondern auch im sozialen Bereich deutlich stärkeren Belastungen ausgesetzt als „gesunde“ Familien. Darunter leiden nicht zuletzt die Lebensqualität und die Gesundheit der betroffenen Eltern und Geschwister. Dies sind zentrale Ergebnisse einer Umfrage der Universität Hamburg-Eppendorf im Auftrag des Kindernetzwerkes, die vom AOK-Bundesverband finanziert und auf der Selbsthilfe-Fachtagung „Familie im Fokus“ kürzlich in Berlin vorgestellt wurde. „Neben den chronisch kranken und behinderten Familienmitgliedern sind auch immer die gesunden Angehörigen – die Eltern, Partner oder Geschwister der Betroffenen – in ihrem Alltag eingeschränkt. Es ist daher wichtig, möglichst detailliert und wissenschaftlich fundiert zu erfahren, wie es um die Versorgung in diesen Familien bestellt ist“, erklärte Claudia Schick, Selbsthilfe-Referentin beim AOK-Bundesverband zur Eröffnung der Fachtagung vor rund 100 Teilnehmern aus der Selbsthilfe.

Angehörige entlasten. „Die Kindernetzwerk-Studie hat an den Tag gebracht, mit welchen Problemen, Belastungen und bürokratischen Hürden diese Familien zu kämpfen haben“, betonte Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-

Bundesverbandes. „Die AOK will aber nicht bei der Beschreibung des Problems stehenbleiben. Wir wollen gemeinsam nach Wegen und Lösungen für die Probleme dieser Familien suchen. Unser gemeinsames Ziel ist es, die Pflege von kranken Kindern zu verbessern und die pflegenden Angehörigen stärker zu entlasten“, sagte Deh.

Betreuung kostet Kraft. Im Rahmen der Kindernetzwerk-Studie hatten die Hamburger Wissenschaftler bundesweit fast

Viele Eltern müssen ständig bei ihrem chronisch kranken Kind bleiben.

1.600 Eltern von chronisch kranken oder behinderten Kindern befragt. Damit handelt es sich um die bislang größte Studie in Deutschland zur Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit einem besonderen Bedarf. Die Ergebnisse, so der Studienleiter Dr. Christopher Kofahl vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, zeigten deutlich, wie viel die Betreuung der Kinder den Familien abverlangt: 40 Prozent der Eltern können ihr Kind nie unbeaufsichtigt lassen, 30 Prozent nicht länger als eine Stunde. „Die Lebensqualität der betroffenen Familien liegt weit unter dem Bevölkerungsdurchschnitt“, so Kofahl. Rund 83 Prozent der Eltern klagen zudem über bürokratische Hürden. Für 66 Prozent stellen die ständigen Fahrten zu Ärzten einen zusätzlichen Kraftakt dar. Auch auf der Suche nach zuverlässigen Informationen zur Erkrankung ihrer

Kinder stoßen viele Eltern an Grenzen. Nur ein gutes Drittel der Befragten zeigt sich zufrieden mit der Beratung.

Informationsfluss verbessern. „An dieser Stelle müssen wir anknüpfen. Die Studie hat deutlich gemacht, dass es ein großes Informationsdefizit bei den betroffenen Familien gibt“, erklärte Nadine-Michèle Szepan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband. Der Befragung zufolge sind Klinikärzte (47 Prozent), Selbsthilfegruppen (34 Prozent) und Ärzte beziehungsweise Therapeuten (28 Prozent) die ersten Ansprechpartner für Eltern von chronisch kranken oder behinderten Kindern. An die Krankenkassen und Pflegekassen wenden sich nur vier Prozent. Szepan: „Die Studie zeigt, dass die vorhandenen Entlastungs- und Informationsangebote nicht genug bekannt sind und beispielsweise die Pflegeberatung von vielen Eltern nicht in Anspruch genommen wird.“

Pflegeberater helfen weiter. Dabei hat die AOK bundesweit über 700 Pflegeberater im Einsatz und finanziert dieses Beratungsangebot mit rund 50 Millionen Euro jährlich. „Es gibt zahlreiche Unterstützungsangebote für die Betroffenen. Wir sind als Pflegekasse allerdings in der Pflicht, noch viel besser dafür zu sorgen, dass die Menschen auch davon erfahren“, brachte es Szepan auf den Punkt. Und für Professor Dr. Knut Brockmann, Vorstandsvorsitzender des Kindernetzwerkes, hat die Studie einen wahren Datenschatz produziert: „Wir müssen die umfangreichen Ergebnisse nun als Grundlage dafür nutzen, die Situation der betroffenen Familien schnell zu verbessern.“ ■

Otmar Müller ist freier gesundheitspolitischer Fachjournalist in Köln.

Lese- und Webtipp

Die vom AOK-Bundesverband geförderte Kindernetzwerk-Studie „Familie im Fokus“ kann kostenlos im Internet unter www.aok-bv.de > Pressemitteilung 12.12.2014 heruntergeladen werden.

„Ich möchte Betroffenen Mut machen“

Angst macht das, was man tabuisiert oder nicht durchdringt, meint die Journalistin Sarah Majorczyk. Mit ihrem Handbuch gegen Krebs will sie Patientinnen und Patienten umfassend informieren, damit sie über Behandlungen mitentscheiden können.

Frau Majorczyk, was unterscheidet das Handbuch gegen Krebs von anderen Büchern zu diesem Thema?

Majorczyk: Die Partner, die dahinter stehen: die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe in Kombination mit der „Bild“. Ziel ist es, aktuelles und komplexes medizinisches Wissen, beige-steuert von mehr als 60 Krebs-Experten, einfach aufbereitet zu bündeln. Das Buch gibt beispielsweise für 35 Krebsarten konkrete Behandlungs-Empfehlungen von der Diagnose über die Therapie einzelner Stadien bis hin zu Nachsorge und Rückfallversorgung – so übersichtlich, dass man das Ganze auch als Patient erfassen kann. Informationen können keine Krankheit heilen, aber sie können helfen, sie zu verstehen und besser mit ihr umzugehen.

Warum haben Sie die Autorenschaft übernommen?

Majorczyk: Weil es zu wenig wissenschaftlich fundierte und gleichzeitig verständliche Informationen zum Thema Krebs gibt. Dabei ist der Bedarf groß: Wir erhalten zu kaum einem anderen Thema so viele und so emotionale Leser-Kommentare. Ärzte leisten tolle Arbeit, aber in ihrem straffen Plan bleibt nicht immer Zeit für eine ausführliche Antwort auf alle Fragen der Patienten. Zudem gibt es Themen, über die sich viele Betroffene nicht zu sprechen trauen. Ich kenne das aus der eigenen Familie: Mein Onkel hat durch einen Tumor im Darm einen künstlichen Ausgang. Er kommt aus dem Ruhrgebiet und redet über alles – aber die Ausscheidungs-Probleme hat er seinem Arzt lieber erstmal verschwiegen.

Was wollen Sie mit dem Buch erreichen?

Majorczyk: Drei Dinge: Ich möchte Betroffenen Mut machen, ich möchte sie quasi an die Hand nehmen und durch die vielen schwierigen Schritte der Therapie begleiten. Außerdem möchte ich sie so gut informieren, dass sie als mündige Patienten mit ihrem Arzt die richtigen Entscheidungen treffen können.

Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Gesundheitsversorgung bei Krebs?

Majorczyk: Das Niveau der Diagnose und Behandlung ist in Deutschland sehr hoch, allerdings nicht flächendeckend. Im Moment gibt es keine einheitlichen Qualitätsstandards, was die Umsetzung



Ich hoffe, dass wir dem Angst-Wort „Krebs“ ein Stück des Schreckens nehmen können.

Sarah Majorczyk

Welche Bedeutung haben die Berichte Prominenter in dem Buch?

Majorczyk: Die Prominenten erzählen sehr persönlich, wie sie die Krankheit bewältigen und holen die Leser so bei ihren eigenen Erfahrungen ab. Schauspieler Michael Lesch beschreibt, wie kräftezehrend der Weg vom Verdacht zur Diagnose war, Handballer Uli Roth schildert, wie es seiner Kontinenz und Potenz nach der Prostata-OP geht, Manfred Stolpe erklärt, wie er den zurückgekommenen Krebs bekämpft und Leander Haußmann spricht darüber, wie er seinen Vater beim Sterben begleitete. Jede Phase der Erkrankung birgt eigene Fragen und Probleme. Angst macht vor allem, was man tabuisiert oder nicht durchdringt. Ich hoffe, dass wir mit diesem Buch dem Angst-Wort Krebs ein Stück des Schreckens nehmen können.

des Nationalen Krebsplans ändern soll. Die Krebsmedizin entwickelt sich rasant, Gen-Analysen und zielgerichtete Therapien bieten große Chancen für eine individuelle Behandlung. Solche modernen Therapien müssen dann aber auch für alle Patienten überall zugänglich sein – und da liegt noch eine große Herausforderung. Auch bei der Etablierung von psycho-onkologischer Hilfe besteht noch Verbesserungsbedarf. ■

Zur Person

Sarah Majorczyk kümmert sich bei „Bild“ um Themen aus den Bereichen Medizin und Pflege. Sie ist Autorin und Mitherausgeberin vom „Handbuch gegen Krebs“ (Verlag Zaubert Sandmann, 19,95 Euro). Weder sie noch „Bild“ sind finanziell am Verkauf des Ratgebers beteiligt. Zwei Euro pro verkauftem Exemplar gehen als Spende an die Deutsche Krebshilfe und fließen in die Forschung und die bessere Versorgung Krebskranker.



Zucker in der Zange

Süßes schmeckt – und fördert Übergewicht, Karies und Diabetes. Großbritannien sagt dem Zucker deshalb den Kampf an: Nach einer erfolgreichen Kampagne zur Salzreduktion hat dort ein Bündnis von Gesundheitsexperten die „Action on Sugar“ gestartet – ein Vorbild für die Prävention in Deutschland, meint [Kai Kolpatzik](#).

Treffpunkt Royal Society in London: Gut 200 Experten diskutieren auf dem Sugar Reduction Summit im Juli 2014 über die gesundheitlichen Folgen des Zuckerkonsums. Die medizinische Beweislage ist erdrückend: Zucker macht krank. Das breite Bündnis aus Wissenschaft, Industrie und Gesundheitspolitik bereitet deshalb Strategien vor, um den Zuckerverzehr zu senken.

Anders als in Deutschland fällt das Thema Zuckerreduktion in Großbritannien auf fruchtbaren Boden. Eine Kampagne zur Salzreduktion zeitigt dort bereits Erfolge. Ein erhöhter Salzkonsum kann Bluthochdruck verursachen beziehungsweise begünstigen. Die von Ärzten gegründete Aktionsgruppe Consensus Action on Salt and Health (CASH) entwickelte deshalb Mitte der neunziger Jahre gemeinsam mit Ministerien, Food Standards Agency (Regierungsorganisation für Lebensmittelhygiene und -sicherheit) und Lebensmittelindustrie einen Aktionsplan zur Senkung des Salzkonsums. Die vereinbarten Ziele werden seit 2003 kontinuierlich umgesetzt. Im Supermarkt angebotene Produkte enthalten heute 20 bis 40 Prozent weniger Salz als vor dem Start der Aktion. Die durchschnittliche tägliche Salzaufnahme der Briten nahm zwischen 2003 und 2011 von 9,5 auf 8,1 Gramm ab. Wie eine im BMJ Open 2014 veröffentlichte Studie (He et al.) zeigt, ist parallel dazu der Blutdruck in der Bevölkerung um drei (systolisch) beziehungsweise 1,4 Millimeter Quecksilbersäule (diastolisch) gesunken. Die Zahl der Todesfälle durch Schlaganfall und Herzinfarkt ging um 40 Prozent zurück. Das National Institute for Health and Care Excellence meldete 2011, dass das Programm jährlich fünf Millionen Pfund kostet. Dem stehen eingesparte Behandlungskosten von jährlich 1,5 Milliarden Pfund gegenüber.

Dieser Erfolg motivierte die CASH-Gruppe zu weiteren Schritten: Sie hat im Januar 2014 „Action on Sugar“ ins Leben gerufen, um den Zuckerverzehr zu senken (siehe Kasten „Action on Sugar: Ziele für den Zuckerverzehr“ auf Seite 25).

Viele Länder wollen den Verzehr verringern. Neben Großbritannien unternehmen weitere Länder Anstrengungen zur Zuckerreduktion. Deutschland bleibt dabei allerdings ein weißer Fleck auf der Karte. In Frankreich beispielsweise erarbeitete 2001 eine

Gruppe aus Vertretern der Regierung, Industrie, Verbraucherverbänden und Wissenschaftlern Empfehlungen zur Verringerung der Salz-, Zucker- und Fettaufnahme. Anfang 2012 haben die Franzosen eine höhere Steuer auf zuckerhaltige Getränke eingeführt: 280 Millionen Euro soll die neue Steuer auf Süßgetränke dem Staat jährlich in die Kassen spülen – dies entspricht in etwa der Summe, die die Krankenkassen in Deutschland für die Umsetzung des neuen Präventionsgesetzes zusätzlich aufbringen sollen. Mexiko als Land mit der höchsten Rate an Adipositas und Diabetes weltweit hat im November 2013 die Einführung einer Fett-Zucker-Steuer beschlossen. Die höheren Steuern betreffen Lebensmittel wie Süßwaren und Limonaden. So werden etwa Schokolade, Eiscreme und Erdnussbutter nun mit acht Prozent besteuert. Für Süßgetränke wird in Mexiko künftig eine Steuer von einem Peso (knapp sechs Cent) pro Liter fällig.

Verbraucher haben eine eingeschränkte Wahl. Zucker ist ein Wirtschaftsfaktor: Der Weltzuckermarkt wuchs in den letzten Jahren jährlich um zwei Prozent. Der weltweite Verbrauch liegt bei über 168 Millionen Tonnen pro Jahr. Damit hat sich der Zuckerkonsum innerhalb von 50 Jahren verdreifacht. Zucker macht insgesamt gut 80 Prozent am Markt der Süßungsmittel aus (siehe Kasten „Süß und unsichtbar: Zucker ist fast überall drin“ auf Seite 26). Der Großteil des Zuckers geht direkt in die Verarbeitung zu Lebensmitteln, vor allem Süßwaren, Getränke und Backwaren. Von rund 600.000 Nahrungsmitteln auf dem US-

Web- und Lesetipps

- **AOK-App „Bewusst Einkaufen“:** Mobiler Einkaufsberater für Smartphones: Nach Einscannen des Barcodes auf Lebensmittelpackungen oder durch manuelle Eingabe von Daten werden die Nährwertangaben mit den Ampelfarben rot, grün und gelb gekennzeichnet. Die App steht zum Download für Android und iOS in den Appstores bereit.
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland, 2013;** Download unter www.rki.de
- **Credit Suisse Research Institute: Sugar – Consumption at a crossroads, 2013**

amerikanischen Markt enthalten 80 Prozent zusätzlichen Zucker (Robert Lustig unter www.project-syndicate.org/commentary/the-diet-debacle/german). Bei einer derartigen Verbreitung des Zuckers haben Verbraucher nur eine eingeschränkte Wahl. Das hat zur Folge, dass die meisten Menschen in den industrialisierten Ländern deutlich mehr Zucker aufnehmen, als ihrer Gesundheit zuträglich ist.

In Deutschland liegt der Pro-Kopf-Verbrauch von Zucker bei etwa 32 Kilogramm im Jahr (Statistik des Bundesernährungsministeriums, 2010/2011). Im Durchschnitt über alle Altersgruppen hinweg verzehrt demnach jeder täglich rund 90 Gramm Zucker. Die Nationale Verzehrsstudie von 2008 kommt für Erwachsene auf noch höhere Mengen (siehe Kasten auf Seite 26). Die WHO empfiehlt hingegen derzeit, beim Zuckerverzehr unter zehn Prozent der Tagesenergiemenge zu bleiben. Das entspricht für einen Erwachsenen maximal etwa 50 Gramm Zucker täglich, bei Kindern rund 25 Gramm. Diese Obergrenze will die WHO langfristig noch weiter senken: auf fünf Prozent der Tagesenergiezufuhr. Mengen, die schnell erreicht werden: eine Tafel Schokolade etwa enthält rund 55 Gramm Zucker, ein Liter Limonade über 100 Gramm (siehe Tabelle „Vom Saft bis zum Eistee“ auf dieser Seite) und selbst als gesund geltende Produkte wie Fruchtjoghurt (auch „Kinderjoghurt“) liefern immerhin etwa 20 Gramm Zucker im 150g-Becher. Die Menge der konsumierten Softdrinks (Fruchtsaftgetränke, Fruchtschorlen, Limonaden und Brausen) liegt laut Ernährungsministerium bei jährlich rund 120 Litern pro Kopf. Eine Untersuchung des AOK-Bundesverbandes im Frühjahr 2013 zeigte, dass jedes dritte im Bundeslebensmittelschlüssel aufgeführte Getränk gemessen an den Empfehlungen von Ernährungsexperten und den Verzehrsmengen einen zu hohen Zuckergehalt hat. Um die aktuelle WHO-Empfehlung zu erreichen, müsste der tägliche Zuckerkonsum in Deutschland um etwa 40 Prozent reduziert werden.

Kinder und Jugendliche trinken viel Süßes. Das Robert Koch-Institut hat sich Anfang 2013 dem Konsum von zuckerhaltigen Getränken in Deutschland gewidmet (siehe Web- und Lesetipps). Da zuckerhaltige Getränke (hier: Limonaden, Brausen, Fruchtschorlen, Fruchtsaftgetränke, Malzbier, Eistee, Sportgetränke, Energy Drinks) viele Kalorien liefern, aber eine geringe Sättigungswirkung haben, vermuten die RKI-Autoren ein erhöhtes Risiko für Adipositas und Diabetes Typ 2 durch Erfrischungsgetränke. Nach Ergebnissen der Basiserhebung zur Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchung (KIGGS) trinken Kinder und Jugendliche zwischen drei und 17 Jahren durchschnittlich mehr als zwei Gläser zuckerhaltige Getränke pro Tag. Der Konsum steigt mit dem Alter und erreicht unter den 14- bis 17-Jährigen mit 3,4 Gläsern bei den Mädchen und 4,3 Gläsern bei den Jungen den höchsten Mittelwert. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit niedrigem sozioökonomischen Status konsumieren häufiger Erfrischungsgetränke als Personen mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status. Diesen Zusammenhang bestätigen weitere Studien.

Vom Gewürz zum Hauptnahrungsmittel. Einer der Forscher, die sich intensiv mit Zucker beschäftigt haben, ist Professor Dr. Robert Lustig, Pädiater und Endokrinologe aus Kalifornien. Bekannt geworden ist der Wissenschaftler durch ein Video im Internet, das seinen Vortrag „Zucker: die bittere Wahrheit“ wiedergibt (www.youtube.com/watch?v=dBnniua6-oM). „Zucker ist Gift“, sagt Lustig in einem kürzlich veröffentlichten Interview mit der Deutschen Presse-Agentur. Die jahrelange Verteufelung von Fett sieht er als Fehler an. Zucker sei früher wie ein Gewürz verwendet worden. Drei bis vier Prozent der Tagesenergiezufuhr stammten damals aus Zucker. Jetzt seien es rund 15 bis 18 Prozent und Zucker damit „ein Hauptnahrungsmittel“. Lustig weiter: „Unsere Stoffwechsellkapazitäten sind begrenzt. Die

Vom Saft bis zum Eistee: So viel Zucker enthalten Getränke

Durchschnittlicher Zuckergehalt je Liter

| | in Gramm | Anzahl Würfelzucker |
|-----------------------------|----------|---------------------|
| Orangensaft | 80 | 25 |
| Orangenlimonade | 120 | 40 |
| Handelsübliche Apfelschorle | 60 | 20 |
| Cola | 100 | 30 |
| Bionade, Apfelgeschmack | 50 | 15 |
| Eistee | 80 | 25 |

Süße Getränke tragen wesentlich zum hohen Zuckerverzehr bei. So enthält beispielsweise ein Liter Orangenlimonade rund 120 Gramm Zucker – das entspricht 40 Zuckerwürfeln und ist mehr als das Doppelte der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen maximalen Zufuhr. Auch ein nicht zusätzlich gesüßter Orangensaft liefert pro Liter immerhin 80 Gramm Zucker. *Quelle: Verbraucherzentrale Sachsen, Broschüre „Zucker – (K)ein Problem?“, 2010*

Lebensmittelhersteller müssten den Zuckergehalt wieder sehr reduzieren, aber das würden sie nur unter Druck tun. Daher müssen wir die Konsumenten aufklären, die Gesellschaft muss eingreifen und entsprechende Forderungen stellen.“

Die Kosten ernährungsbedingter Erkrankungen werden in Deutschland auf jährlich 70 Milliarden Euro beziffert. Welche Rolle Zucker dabei spielt, ist jedoch schwer nachzuweisen. Deshalb gehört zu den Zielen der britischen Action on Sugar, die Auswirkungen eines übermäßigen Zuckerverzehrs auf die Gesundheit weiter wissenschaftlich zu untersuchen (*siehe Kasten „Action on Sugar: Ziele für den Zuckerverzehr“ auf dieser Seite*). Die medizinische Forschung liefert aber bereits Belege dafür, dass Zucker für die Entstehung von Adipositas, Diabetes Typ 2 und Karies mitverantwortlich ist. Er begünstigt zudem die Risikofaktoren Bluthochdruck, niedrige HDL-Cholesterin- und hohe Triglycerid-Werte, hoher Nüchtern-Blutzucker und hoher Bauchfettanteil.

Das Diabetes-Risiko steigt. Der Zusammenhang zwischen Zuckerkonsum und Diabetes, den auch Robert Lustig herstellt, wird schon seit vielen Jahren vermutet. Bereits Sir Frederick Banting, der 1922 für die Entdeckung des Insulins den Nobelpreis erhielt, verknüpfte den damaligen starken Anstieg der Diabetes-Erkrankungen mit dem zunehmenden Zuckerkonsum in den USA. Neuere Untersuchungen bestätigen diesen Zusammenhang. So zeigte eine US-amerikanische Studie von 2013 (Basu et al. in PLoS ONE), dass unabhängig von Übergewicht und diätetischen, sozialen oder ökonomischen Einflussfaktoren je 150 Kilokalorien pro Person und Tag zusätzlichem Zucker die Diabetes-Häufigkeit um 1,1 Prozent anstieg. In einer Überblicksstudie der Harvard School of Public Health von 2013 zeigte sich bei den Personen, die ein bis zwei Süßgetränke am Tag konsumierten, ein um 26 Prozent erhöhtes Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken.

Zucker begünstigt zudem die Entstehung von Karies. Beispielsweise belegt eine aktuelle Übersichtsarbeit von Moynihan und Kelly (WHO Collaborating Centre for Nutrition and Oral Health, 2014), dass Karies durch Zucker in Nahrungsmitteln oder Getränken verursacht wird. Nach Daten der Vierten Deutsche Mundgesundheitsstudie haben in Deutschland Menschen im Alter von um die vierzig Jahren durchschnittlich knapp 15 kariesgeschädigte gefüllte, kariöse oder fehlende Zähne (Schiffner, DMS IV, 2006). Durchschnittlich sind 0,5 Zähne akut kariös, und etwa zweieinhalb fehlen bereits. In der Altersgruppe um die 70 Jahre sind 22,1 Zähne von Karies geschädigt, und es fehlen 14,1, Zähne. Der dänische Wissenschaftler Ole Fejerskov errechnete in einer Studie von 2004, dass pro 25 Gramm Zucker, die ein Kind täglich zusätzlich aufnimmt, ein weiterer Zahn kariös wird.

Konsens über Interventionen fehlt bisher. Der Gipfel in London hat eine Lücke in der medizinischen Evidenz zu Zucker und Gesundheit geschlossen. Die beteiligten Experten diskutierten vor dem Hintergrund, dass Zucker Diabetes Typ 2 und Adipositas begünstigt, über einen oberen Grenzwert für die Aufnahme von Zucker. Die Expertengruppe der WHO und das Scientific



ACTION ON SUGAR: Ziele für den Zuckerverzehr

Anfang 2014 gründeten 22 Spezialisten in Großbritannien die „Action on Sugar“. Sie beschäftigt sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen des Zuckerkonsums und hat folgende Ziele:

- Verringerung des Zuckerverzehrs in Großbritannien auf weniger als fünf Prozent der Gesamtenergiezufuhr pro Person und Tag (bei 2.000 Kilokalorien sind das weniger als 25 Gramm Zucker)
- Konsens mit Herstellern und Lieferanten, dass zu viel Zucker in Lebensmitteln eine der Hauptursachen für Übergewicht ist und weitere Gesundheitsrisiken birgt
- Überzeugungsarbeit in der Industrie, um den Zusatz von Zucker in verarbeiteten Lebensmitteln nach und nach zu reduzieren
- Einführung des Ampelsystems zur klaren und verständlichen Kennzeichnung des Gehalts an zugesetztem Zucker in verarbeiteten Lebensmitteln und Getränken
- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Auswirkungen eines übermäßigen Zuckerverzehrs auf die Gesundheit mit dem Ziel, auf die Kennzeichnung zu achten und Produkte mit hohem Zuckersatz zu vermeiden
- Deutlich machen, dass insbesondere die Gesundheit von Kindern durch hohen Zuckerverzehr gefährdet ist
- Dafür sorgen, dass Regierung und relevante Verbände die wissenschaftlichen Belege für die Risiken eines übermäßigen Zuckerverzehrs in Politik umsetzen
- Eine parlamentarische Kampagne, die Regierung und Gesundheitsministerium bewegt, mit der Lebensmittelindustrie Zuckerziele zu vereinbaren und bei Nichterfüllung Gesetze zu erlassen oder den Zusatz von Zucker zu besteuern
- Gemeinsame Aktionen mit anderen Organisationen und Interessengruppen, um gesunde Ernährung inklusive der Verringerung der Zuckeraufnahme zu propagieren
- Zusammenarbeit mit Experten in anderen Ländern, der Weltgesundheitsorganisation, Gesundheitsministerien und anderen relevanten Stellen

Quelle: www.actiononsugar.org

Advisory Council on Nutrition in Großbritannien, die sich beide auf den „freien Zucker“ (siehe Kasten auf dieser Seite) fokussiert haben, werden hierzu im Laufe des Jahres 2015 weitere konkrete Hinweise liefern und den Prozess katalysieren. Kein Konsens bestand allerdings in der Frage, welches die besten Ansatzpunkte für eine Zuckerreduktion sind. Liegt die Verantwortung eher beim Einzelnen, bei der Industrie oder beim Gesetzgeber? In den vergangenen Jahren hat die Lebensmittelindustrie kaum Anstrengungen unternommen, den Zuckerverbrauch insgesamt zu reduzieren. Die Produzenten stellen vielmehr die Eigenverantwortung des Verbrauchers in den Mittelpunkt. Eine aussagekräftige, laienverständliche Lebensmittelkennzeichnung wie beispielsweise die Ampelkennzeichnung wurde erfolgreich verhindert. Die Einführung eines Verbotes von Softdrink-Gebinden größer als 500 Milliliter in New York wurde gerichtlich untersagt. Das WHO-Prinzip „Make Healthy Choices Easy Choices“ (sinngemäß: Erleichtere gesunde Entscheidungen) hat das Verbraucherverhalten bisher nicht positiv verändert. Zuckerfreie und/oder energiearme Alternativen zu hochkalorischen

Süß und unsichtbar: Zucker ist fast überall drin

Zucker sind wasserlösliche, meist süß schmeckende Kohlenhydrate. **In der Zutatenliste auf Lebensmittel-Packungen ist mit Zucker die Saccharose (Haushaltszucker) gemeint.** Haushaltszucker wird hauptsächlich aus Zuckerrüben und Zuckerrohr gewonnen. In Lebensmitteln kommen neben Haushaltszucker viele weitere Zuckerarten vor, beispielsweise Glukosesirup, Maltose oder Laktose. Natürliche Süßungsmittel wie Honig oder Akaziensaft sind in ihren gesundheitlichen Wirkungen dem Haushaltszucker ähnlich. Zucker ist nicht nur in Bonbons, Backwaren, Schokolade oder Getränken enthalten, sondern auch in Milchprodukten und herzhaften Lebensmitteln wie Leberwurst oder Fertig-Salaten.

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt, nicht mehr als zehn Prozent der Tagesenergiemenge als „freien Zucker“ zu konsumieren (Healthy diet, 2014). Unter freiem Zucker verstehen Experten zugesetzte Ein- und Zweifachzucker wie Glukose oder Saccharose sowie Zucker in Honig, Sirup und Fruchtsäften. Zehn Prozent der Tagesenergiemenge entsprechen bei Erwachsenen 50 Gramm oder zwölf Teelöffeln Zucker. Die WHO-Experten diskutieren derzeit, die Grenze weiter abzusenken: auf fünf Prozent der Tagesenergiezufuhr. Den größten Teil des sogenannten freien Zuckers setzt die Industrie den Lebensmitteln zu.

Nach Ergebnissen der Nationalen Verzehrsstudie von 2008 (Max Rubner-Institut) nehmen in Deutschland erwachsene Männer durchschnittlich 124 Gramm Ein- und Zweifachzucker pro Tag zu sich, Frauen durchschnittlich 113 Gramm – also mehr als das Doppelte der WHO-Empfehlung. **Beispielsweise sind Gelee- und Gummibonbons hierzulande sehr beliebt: Mit 2,9 Kilogramm pro Kopf und Jahr halten sie nach der Statistik des Ernährungsministeriums den Rekord unter den Zuckerwaren im engeren Sinne.** Solche Fruchtgummi-Süßigkeiten bestehen meist zu mehr als der Hälfte (zwischen 45 und 65 Gramm oder mehr pro 100 Gramm) aus Zucker. Aber auch als gesund geltende Fruchtjoghurt-Zubereitungen liefern immerhin etwa 13 Gramm Zucker pro 100 Gramm. (G+G)

Produkten machen immer noch einen Anteil im unteren einstelligen Prozent-Bereich aus, sofern die Lebensmittelhersteller solche Daten überhaupt veröffentlichen.

Werbung aus dem Kinderprogramm verbannen. Im Kampf gegen das Rauchen oder gegen übermäßigen Alkoholkonsum spielt der Gesetzgeber eine wichtige Rolle. In Bezug auf den Zuckerverzehr nimmt die Politik ihre Verantwortung in der Prävention dagegen noch nicht wahr. Zu einer breit angelegten Strategie gehört es, die Werbung für zuckerreiche, hochkalorische Lebensmittel einzuschränken. Im Kinderprogramm des Fernsehens müssten die Hersteller auf Werbung für solche Lebensmittel ganz verzichten, wie es Verbände der Kinderärzte in Deutschland bereits gefordert haben. Als Vorbild kann hier der freiwillige Verzicht der Walt Disney Company auf Werbung für energiereiche Produkte in seinen auf Kinder zugeschnittenen Fernsehkanälen, Radiostationen und Webseiten dienen. Aber auch der Werbeverzicht der Walt Disney Company bleibt – obwohl gemeinsam mit der First Lady der USA, Michelle Obama, verkündet – eine einmalige Aktion ohne Sogwirkung.

Süßgeschmack schrittweise anpassen. Eine nationale Strategie zur Senkung des Zuckerkonsums in Deutschland muss verschiedene Aspekte aufgreifen. Dazu gehört die Diskussion über eine Zuckersteuer. Auch sollten Schulen keine zucker- und energiereichen Produkte, beispielsweise in Süßgetränke-Automaten, anbieten. Der Zuckeranteil in Lebensmitteln muss zudem auf breiter Front reduziert werden. Erste Ansätze dazu sieht der Nationale Diabetesplan vor, wie ihn der Bundesrat in seiner Entschließung am 13. Juni 2014 gefordert hat. Dabei sollte vor allem auf die Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Wissenschaft, Lebensmittelindustrie und Gesetzgeber bei der Salzreduktion in Großbritannien zurückgegriffen werden. Auch beim Zucker ist ein schrittweises Vorgehen wegweisend für den Erfolg einer gesamtgesellschaftlich akzeptierten Reduktion des Zuckerkonsums. Wie beim Salz passen sich die Geschmacksnerven beim Zucker an die Dosis an. Die Verbraucher sollten einen langsam abnehmenden Zuckergehalt in Lebensmitteln kaum wahrnehmen. Wenn die Hersteller innerhalb einer Produktgruppe zeitgleich den Zuckergehalt senken, lassen sich Umsatzeinbußen bei einzelnen Unternehmen vermeiden.

Softdrinks spielen eine Schlüsselrolle. Softdrinks liefern ein Drittel des sogenannten freien Zuckers. Sie spielen wegen der ständigen Verfügbarkeit und des hohen Konsums eine Schlüsselrolle bei einer breit angelegten, konsequenten und nachhaltigen Zuckerreduktion.

Grundstein für eine Verringerung des Zuckerverzehrs in Deutschland könnte eine Allianz zwischen Krankenkassen, Ärzten, Kinderschutzorganisationen, Verbraucherzentralen, der Lebensmittelindustrie und dem Gesetzgeber sowie weiteren Partnern sein. Ist der politische Willen vorhanden, sollte aus dieser Allianz ein konkreter Umsetzungsplan hervorgehen. ■

Kai Kolpatzik, MPH, leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Kai.Kolpatzik@bv.aok.de

„Die Politik muss die Hersteller von Lebensmitteln in die Pflicht nehmen“

Mehr Aufklärung, höhere Steuern oder Werbeverbote? Eine einzelne Strategie reicht nicht, um den Zuckerverzehr langfristig zu senken, meint Präventionsexpertin **Ilona Kickbusch**. Sie plädiert dafür, ein breites Bündnis zu bilden, um die Gesundheit der Menschen vor zu viel Süßem zu schützen.

Frau Professorin Kickbusch, wie gefährlich ist Zucker?

Ilona Kickbusch: Die Weltgesundheitsorganisation hat als Richtlinie vorgeschlagen, dass Zucker nicht mehr als höchstens fünf Prozent unseres täglichen Energieverbrauchs ausmachen sollte. Das entspricht bei einem normalgewichtigen Erwachsenen etwa 25 Gramm. In den meisten Industriestaaten liegen wir weit darüber. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind massiv: Zucker spielt eine Rolle bei der Entstehung von Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck, Krebs und Karies. Das verursacht enorme Kosten nicht nur für das Gesundheitssystem sondern auch für die Wirtschaft und für die Gesellschaft insgesamt.

Warum essen Menschen mehr Zucker als ihnen gut tut?

Kickbusch: Wir leben in einer Konsumgesellschaft, die stark von globalen Marken bestimmt ist, die großen Einfluss auf unsere Gesundheit haben. Viele Lebensmittel haben einen sehr hohen Zuckergehalt, nicht nur Snacks und Getränke, sondern auch als gesund angepriesene Müslis oder Joghurts. Zuckergenuss führt zur Ausschüttung des Hormons Dopamin. Die dadurch ausgelösten Glücksgefühle wollen Menschen wiederholt erleben und brauchen dann eine immer höhere Dosis. Die Marketingstrategien der Produzenten sind darauf ausgerichtet, diesen Kreislauf zu unterstützen und die entsprechenden Produkte möglichst breit verfügbar zu machen. Am Bahnhof, am Kiosk, an der Supermarktkasse: Zuckerhaltige Produkte werden zum Spontankauf platziert. Zur Erforschung der Entscheidungswege gibt die Industrie Milliarden aus. Deshalb ist es zynisch, die Verantwortung für eine gesunde Ernährung allein dem Verbraucher anzulasten. Die Politik muss die Lebensmittelhersteller in die Pflicht nehmen, um die Gesundheit der Verbraucher zu schützen.

Mit Lebensmittelindustrie und Landwirtschaft hat Zucker eine mächtige Lobby. Wer kommt dagegen an?

Kickbusch: Gegenhalten können die Politik und die Konsumenten, aber auch gesundheitliche Fachverbände, Kranken- und Rentenversicherung, Kinderärzte, Schulen, Eltern, die großen Lebensmittelketten. Leider ist das Problem nicht genug im ge-

sellschaftlichen Bewusstsein. Der Druck auf die Politik ist gering. Innerhalb der Regierung gibt es konträre Interessen zum Beispiel von Gesundheits- und Landwirtschaftsministerium. Ich wünsche mir von der Europäischen Union ein dezidiertes Handeln, da die Lebensmittelindustrie trotz ihrer Zusagen selbst kaum aktiv geworden ist. Zentrale Handlungsfelder sind: Reduktion der Zuckerproduktion sowie des Zuckergehaltes in Produkten, Preiserhöhungen beispielsweise durch Steuern, weniger Marketing für zuckerhaltige Nahrungsmittel, besonders bei Süßgetränken und Produkten für Kinder. Ernährungsempfehlungen



Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch, Soziologin und Politikwissenschaftlerin, ist Initiatorin der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung und weltweiter Setting-Programme zur Prävention.

müssen überarbeitet werden. Und die Konsumenten brauchen ein höheres Bewusstsein für diese Zusammenhänge.

Welche Strategie kann den Zuckerverzehr langfristig senken?

Kickbusch: Eine einzelne Strategie reicht nicht, das wissen wir vom Kampf gegen das Rauchen. Vorbild könnten erfolgreiche Modelle zur Senkung der Salzzufuhr sein, in denen Staat und Industrie zusammenarbeiten. Auf der ganzen Welt wird inzwischen experimentiert, sowohl mit Vorschriften wie mit freiwilligen Verpflichtungen. In den USA gibt es freiwillige Verpflichtungen der Süßgetränkebranche und zudem Regulierungsansätze wie eine Steuer auf Süßgetränke in Berkeley, Kalifornien. Es ist an der Zeit, dass gesundheitspolitisch Verantwortliche auch in Deutschland klar Position beziehen. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.



Zur Person

Dr. Cristof Veit (57) studierte von 1984 bis 1992 in Freiburg, London und Boston Medizin. Seine berufliche Laufbahn startete der gebürtige Schwarzwälder als Arzt in der Chirurgie. Von 1992 bis 2007 leitete er die EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Anschließend wechselte er als Geschäftsführer zum BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, wo er an bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der stationären Versorgung mitwirkte. Christof Veit ist frisch nach Berlin umgezogen. Seine Freizeit verbringt er am liebsten auf dem Wasser beim Rudern.

„Rote Karte nur für Qualitätsmuffel“

Die Tinte, mit der er seinen Arbeitsvertrag unterschrieben hat, ist gerade getrocknet: **Christof Veit** leitet das neue Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen – kurz IQTIG. Im Gespräch mit G+G sagt er, warum Qualitätssicherung vor allem voneinander lernen heißt und ab wann Patienten etwas vom neuen Institut haben.

Herr Dr. Veit, wie fühlt es sich an, oberster Qualitätshüter im deutschen Gesundheitswesen zu sein?

Christof Veit: Es geht ja nicht darum, der Oberste zu sein. Es geht darum, die vielen Qualitätsanstrengungen im Gesundheitswesen in die nächste Generation zu führen. Das ist eine sehr spannende Aufgabe – und darauf freue ich mich riesig.

Qualität sichern für bundesweit rund 2.000 Krankenhäuser und mehr als 140.000 Arztpraxen – das klingt nach einer schier unlösbaren Mammutaufgabe.

Veit: Jeden Elefanten verpeist man dadurch, indem man ihn in essbare Stücke zerlegt. Von daher ist es wichtig, die große Aufgabe der Qualitätssicherung zu strukturieren und zu definieren, was kurzfristige, mittelfristige und langfristige Ziele sind. Nur so bekommen wir eine realistische Agenda hin.

Wie groß ist das Team, mit dem Sie das schaffen wollen? Und wie hoch ist der Etat des Instituts?

Veit: Wir rechnen mit einem Team von 80 Leuten, die in den ersten anderthalb Jahren zusammenkommen. Unser Haushalt dürfte eine Größenordnung von zehn bis 14 Millionen Euro jährlich haben. Wie viel Ausstattung es am Ende für innovative Qualitätssicherung braucht, hängt natürlich auch damit zusammen, welche Erwartungen die Politik hat. Das IQTIG soll ja nicht bloß die Arbeit des BQS Instituts sowie die des Göttinger AQUA-Instituts weiterführen. Koalitionsvertrag und Bund-

Länder-Papier zur Krankenhausreform machen deutlich: Die Politik will neue Wege in der Steuerung des Gesundheitswesens gehen, die Ziele für 2016 sind sportlich gesetzt. Instrumente wie leistungsorientierte Vergütung oder qualitätsorientierte Versorgungsplanung sollen zur Einsatzreife gebracht werden.

Im Gesundheitswesen wird heute schon viel für Qualitätssicherung getan. Es gibt Qualitätsberichte, Qualitätszirkel, Leitlinien, Ranglisten der besten Ärzte und Kliniken, Suchportale für Versicherte und vieles andere mehr. Reicht das nicht aus?

Veit: Viel heißt nicht unbedingt, dass man in allen Punkten seine Ziele erreicht. Daher muss ich als Erstes herausfinden, welche Aktivitäten zu sicherer und vor allem besserer Qualität führen und welche Anstrengungen diese Effekte nicht haben. Ich kann mir aber nicht vorstellen, jetzt eine Verdoppelung oder Verdreifachung derjenigen Menschen zu verlangen, die künftig für Qualitätssicherung zuständig sein sollen. Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe müssen Patienten versorgen, nicht nur Qualität messen. Deswegen will sich das IQTIG genau anschauen, wo führen unsere Qualitätsinstrumente wirklich weiter und wo können eventuell Verfahren abgespeckt werden.

Bleiben wir bei einem konkreten Instrument – den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Das sind oft Hochglanzbroschüren mit unzähligen, teils unverständlichen Informationen für den Laien. Hat das Instrument nicht völlig versagt?



Veit: Manches darin ist unverständlich, ja. Aber versagt hat das Instrument nicht. Es gibt inzwischen Internetseiten, die die Daten der Berichte nutzen, um verständlichere Informationen daraus zu generieren. Der Irrtum damals war, dass man von Ärzten für Ärzte gemachte Qualitätsindikatoren direkt für die Berichte herangezogen hat. Dass es für viele Indikatoren Fachwissen braucht, um sie zu verstehen, wurde übersehen. Das Zweite ist: Der Patient, der sich operieren lassen muss, will wissen: In welche Klinik in meiner Umgebung gehe ich? Der Vergleich ist entscheidend. Heute bekomme ich mit den Qualitätsberichten je eine einzelne Klinik dargestellt und erfahre zum Beispiel, was dort für Hygiene oder Entlassmanagement getan wird. Dann schaue ich mir den nächsten Bericht an und lese wieder zwölf Indikatoren. Das erlaubt keine Vergleiche.

Abgesehen davon: Gibt es Instrumente, von denen Sie sagen: Damit funktioniert Qualitätssicherung richtig gut?

Veit: Ja, die Begleitung der Einführung neuer medizinischer Leitlinien gehört dazu. Nehmen Sie die Leitlinie für die Behandlung von Lungenentzündungen, die man zu Hause erworben hat. Mit der Einführung der entsprechenden Leitlinie 2006 wurden die Kliniken durch die Qualitätssicherung darauf stets erinnert, was bei den betroffenen Patienten gemacht werden muss. Hat der Arzt entsprechend den neuen Standards also an alles gedacht? Es zeigte sich: Die Lernkurve ging rasch nach oben, die Behandlungsqualität nahm deutlich zu.

Bekommen wir mit dem IQTIG am Ende eine Behörde, die über Behandlungsqualität wacht und kontrolliert, wer sich dran hält und wer nicht?

Veit: Medizin ist deshalb so gut, weil es vielfältige interne und externe Kontrollen gibt. Die Frage ist nur, ob wir sie so praktizieren, dass Ärzte und Pflegekräfte sie als sinnvoll erleben oder als feindliche Gängelei. Wenn das IQTIG ein Kontrollinstitut ist, das positives Lernen ermöglicht und nur Qualitätsmuffeln, die partout nicht lernen wollen, die rote Karte zeigt, dann hat es wichtige Ziele erreicht und ist dennoch akzeptiert.

Was kann das IQTIG besser als das AQUA-Institut, das bisher für die Qualitätssicherung verantwortlich zeichnete?

Veit: Das IQTIG hat sehr viel mehr Möglichkeiten, auf Routinedaten – also auf Angaben über Erkrankungen und Eingriffe, Liegezeiten, Verlegungen und abgerechnete Leistungen – zurückzugreifen und diese sinnvoll zusammenzuführen. Es hat einen weiteren Horizont, mit dem sich langfristig arbeiten lässt. Das IQTIG ist eine öffentliche Einrichtung, die von Bestand ist. Zudem wird das Institut von der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten, Kliniken, Kassen und Patientenvertretern sowie dem Bundesgesundheitsministerium getragen.

Arbeitsaufträge und Inhalte des IQTIG legen die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses fest?

Veit: So ist es. Die politische Gestaltung der Qualitätssicherung liegt beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Institut arbeitet ihm als Facheinrichtung zu. Und genauso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss Fachurteile fällen sollte, sollte das Institut Politik machen. Es wird wichtig sein in der Kooperation, dass wir exakt diese Rollenverteilung einhalten.

Und was packt das IQTIG als Erstes an? Erst die Qualitätssicherung in den Kliniken, dann die in den Arztpraxen?

Veit: Der Fokus liegt auf der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Wir fangen im kommenden Jahr mit den Herzkateteruntersuchungen an – und zwar sektorenübergreifend. Denn nur das macht Sinn.

Warum?

Veit: Viele, vor allem chronisch kranke Patienten werden in beiden Sektoren – dem ambulanten wie dem stationären – versorgt. Der Blick auf vernetzte Versorgung ist daher der einzig sinnvolle Blick. Die Behandlung einer Herzinsuffizienz beispielsweise endet nicht an der Ausgangspforte eines Krankenhauses. Die Behandlungskette geht weiter. Deshalb müssen wir Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung entwickeln.



„Versorgungsqualität muss vergleichbar sein. Nur das hilft den Patienten wirklich.“

Die Qualitätssicherung im stationären Bereich ist weit gediehen. Wie steht es um die im niedergelassenen Bereich?

Veit: Wenn Patienten zum niedergelassenen Arzt gehen, brauchen sie sich genauso wenig sorgen, dass sie gut versorgt werden, wie sie es tun, wenn sie in ein Krankenhaus müssen. Auch in den Praxen wird also erfolgreiche Qualitätssicherung betrieben. Der stationäre Bereich hat aber andere, eher die statistischen Verfahren gewählt, während der niedergelassene Bereich mit Qualitätszirkeln und Stichprobenverfahren arbeitet. Das hängt mit unterschiedlichen Arbeitsprozessen zusammen. Deswegen können wir die Instrumente der Kliniken den Praxen nicht einfach überstülpen. Gleiche Versorgung soll aber auf gleiche Weise gemessen werden.

Eine banale, aber wichtige Erkenntnis betrifft beide Bereiche, Krankenhaus wie Arztpraxis: Um Qualität messen zu können, braucht es valide Daten. Woher nehmen und nicht stehlen?

Veit: Die Erfahrung lehrt: Je weniger Daten ich erheben lasse, umso valider sind sie. Nicht die Menge ist also entscheidend, die Aussagekraft der einzelnen Daten zählt. Und da helfen uns die Routinedaten schon weiter. Wobei natürlich auch die zu bestimmten Zwecken erhoben wurden und ihre Gesetzmäßigkeiten haben, wo sie valide sind und wo nicht. In bestimmten Bereichen werden uns auch Patienten wichtige Informationen geben können. Auskünfte darüber beispielsweise, ob sie lange auf eine Operation oder ein Arztgespräch warten mussten.

Rechnen Sie mit Klagen bezüglich der Belastbarkeit der Daten?

Veit: Das IQTIG braucht eine gute Rechtsabteilung, um schon bei der Entwicklung der Instrumente Rechtssicherheit zu schaffen. Dann ist das Problem künftiger Klagen überschaubar. Das wird die Klugheit des Institutes ausmachen.

Lässt sich Qualität überhaupt bis ins letzte Detail ausleuchten?

Veit: Nein. Ich muss auch die Grenzen der Instrumente der Qualitätssicherung akzeptieren und transparent machen. Weder die Aussage, wir können nichts an Qualität messen, da alles



unzuverlässig ist, noch die Behauptung, wir können alles messen, ist zielführend. So viel Ehrlichkeit muss sein.

Inwiefern profitieren Patienten von der Arbeit des IQTIG?

Veit: Wir müssen den Qualitätsbegriff aus der Vitrine herausholen, um ihn alltagstauglicher zu machen. Und wir müssen ihn von dem Image befreien, es gehe um das Jagen nach dem Schlechten. Wir wollen ab 2017 fundierte und vergleichbare Informationen zur Versorgungsqualität in bestimmten medizinischen Bereichen im Internet präsentieren, die es für die Patienten so noch nicht gab. Wir haben ein hervorragendes Gesundheitswesen, für das viele hochmotivierte Ärzte und Pflegekräfte arbeiten. Wir können es aber zum Nutzen der Patienten nur auf diesem Niveau halten, wenn wir ehrlich und kritisch mit dem Thema Qualität umgehen. Das IQTIG ergänzt dabei viele gute interne Qualitätsinstrumente. Qualitätsförderung und Transparenz – das ist unser Job. ■

Das Interview führten Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

Starker Wille,

A man with a serious expression is seated in a black motorized wheelchair in a modern hallway. He is wearing a purple sweater over a dark collared shirt and dark trousers. His hands are resting on a black tray attached to the wheelchair. The wheelchair has a large black backpack on the back and a smaller bag on the front. The hallway has dark tiled floors and large windows with wooden frames on the right side. The background shows a brightly lit area, possibly a dining room or common area, with tables and chairs visible through a glass partition.

Matthias Küffner kann heute nur noch zwei Finger bewegen. Eine unheilbare Krankheit nimmt seinen Muskeln die Kraft. Doch seine Energie hat ihn weit gebracht: Er entwickelt Software, engagiert sich für Muskelkranke, organisiert seine eigene Assistenz und lebt schon 38 Jahre länger als die Ärzte vorhersagten. Eine Reportage von **Silvia Dahlkamp** (Text) und **Jakob Berr** (Fotos)

schwache Muskeln

Noch sieben Tage bis zum OP-Termin. Beim letzten Mal, als Matthias Küffner operiert wurde, im März 2011, wachte er nach ein paar Stunden wieder auf. Hinter ihm blinkte der Herzmonitor, neben ihm piepte die Beatmungsmaschine, über ihn beugten sich die Köpfe der Familie. Benommen blinzelte er ins Licht, sah Mutter, Brüder, Schwägerinnen ... Schön, alle da, freute er sich. Er ahnte nicht, dass alle gekommen waren, weil der Arzt ihnen gesagt hatte, dass es wohl zu Ende geht. Doch Matthias Küffner war schon wieder nicht gestorben.

„Komische Episode aus meinem Leben“, sagt Küffner. Er starrt über den Tisch, im Restaurant, nur sein linker Mundwinkel zuckt. Wer den 42-Jährigen kennt, weiß, dass er gerade herzhaft lacht. „Wie die geguckt haben.“ Der Mundwinkel zuckt. „Bei mir ist eben alles anders.“ 80 Muskeln bräuchte er, um jetzt laut loszuprusten, acht, um wenigstens zu kichern. Doch es geht nicht. Sein Gehirn gibt zwar den Befehl „grinsen“, aber seine Muskeln können die Signale „Lippen biegen“, „Nase kräuseln“, „Augenbrauen heben“ nicht mehr empfangen. Spinale Muskelatrophie (SMA): Die Krankheit hat ihm das Lachen gestohlen. Der Humor ist geblieben. „Da bin ich dem Tod mal wieder von der Schippe gesprungen.“ In seinem einbetonierten Gesicht zwinkern die Augen, Sekunden später reagiert der Jochbeinmuskel, lässt den Mund noch einmal zucken. Die Kellnerin bringt einen Pflaumenschnaps. Matthias Küffner trinkt auf Ex. Prost. Er schweigt, er genießt, als nächstes wird er wohl das Schlucken verlernen. Er will nicht darüber sprechen, obwohl er ständig daran denkt.

*In sieben Tagen also. Noch kann ich die OP abblasen. Kann ich das riskieren? Wenn meine Muskeln nicht mehr aus der Narkose erwachen, kann ich mich nicht mehr bewegen, nicht mehr sprechen, nicht mehr allein atmen. Dann bin ich gefangen in meinem eigenen Körper.**

Die Zunge taumelt. Es ist abends, kurz nach sieben Uhr, als Matthias Küffner im Elektrorollstuhl bei seinem Lieblingschinesen im bayerischen Nördlingen sitzt und versucht das

einzigste abzuschalten, was bei ihm immer läuft: sein Gehirn. Schwarze Jacke, schwarzer Pulli, schwarzer Schal. Er macht gern ein bisschen auf Nerd, wirkt aber eher bodenständig, mit seiner hohen Stirn, das lichte Haar kurz gehalten. Nein, er kann sich nicht erinnern, wann er das Lachen verloren hat. „Ist doch auch egal, irgendwann war es halt weg.“ Die Zunge taumelt. Es war ein langer Tag, ihre Muskeln sind müde. „Sorry, ich bin zurzeit sehr nervös.“ Jetzt nuscht er. „Immer nur diese Krankheit.“



Wenige Tage vor der Operation: Wenn sie noch wüssten, wie „nervös“ geht, würden Matthias Küffners Finger jetzt vielleicht auf den Tisch trommeln.

Matthias Küffner hat gerade keine Zeit für sie. Im Büro ist viel zu tun. Bevor er zu seiner OP ins Krankenhaus nach Ulm fährt, muss der neue Internet-Auftritt stehen. Außerdem will sein Chef noch die Entwürfe für die Stellenanzeigen sehen. Für Freitag steht ein Termin bei der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke im Kalender. Da sitzt er im Vorstand. Am Donnerstag hat er zwei Kundenbesuche notiert. Die kann er nicht verschieben. Dann muss der Brief an Wolfgang Fierek noch raus. Der Schauspieler eröffnet jedes Jahr die „Muskeltour“ – eine Motorrad-Sternfahrt mit über 1.600 Bikern. Matthias Küffner ist Vorstandsvorsitzender. Er will die Jungs nicht enttäuschen. Die Tänzerin für die Strip-Party ist schon gebucht.

* Gedächtnisprotokoll von Matthias Küffner



Assistentin Daniela übernimmt das Zähneputzen und Rasieren. Sie ist eine von sechs Pflegekräften, die Matthias Küffner rund um die Uhr betreuen.

Ente mit Soße gegen den Stress. Matthias Küffner erzählt und erzählt: nicht von seiner Krankheit. Sie lebt zwar in ihm, ist aber nicht sein Leben. Ein Datum erwähnt er nicht: Montag, 7:30 Uhr. Der Termin ist seit Wochen fix. Als er sechs Jahre alt war, mussten die Ärzte eine Niere entfernen, vor zwei Jahren zertrümmerten sie im verbliebenen Organ einen Nierenstein. Jetzt macht die Harnblase Probleme. Für einen Gesunden ein Routine-Eingriff, er muss mit dem Schlimmsten rechnen.

Ich muss noch zum Bestatter und mit dem Steinmetz über mein Grab sprechen. Drei weiße Säulen. Name und Geburtsdatum sind schon eingraviert, nur der Spruch aus dem „Kleinen Prinzen“ fehlt: „Es wird aussehen, als wäre ich tot – und das wird nicht wahr sein. Und wenn Du Dich getröstet hast, wirst Du froh sein, mich gekannt zu haben.“

Wenn sie noch wüssten, wie „nervös“ geht, würden seine Finger jetzt vielleicht unruhig auf den Tisch trommeln. Doch Matthias Küffner kann die Sorgen nicht wegtrommeln. Seine Hände liegen reglos auf dem Tisch. Gestresste Manager würden sich „Joggen“ verordnen. Doch Matthias Küffner kann den Aggressionen nicht davonlaufen. Seine Beine bewegen sich nicht mehr. Er kann auch die Arme nicht mehr heben, den Kopf nicht mehr drehen. Also gönnt er sich etwas richtig Gutes: Ente mit brauner Sauce.

Verschlucken wäre eine Katastrophe. Markus, sein Assistent, schneidet das Fleisch klein und reicht seinem Chef ein paar Fasern. „Füttern“, dieses Wort will Matthias Küffner nicht hören. „Füttern tut man Vögel.“ Er kaut langsam, schweigt zum ersten Mal an diesem Abend. Das Restaurant, das Essen, das Bier – alles sieht so einfach aus. Tatsächlich ist es eine Mutprobe. Verschlucken wäre eine Katastrophe. Wer hustet, braucht Kraft. Doch das Rückgrat ist verdreht, die Muskulatur kann das Skelett nicht mehr halten. Matthias Küffner erwähnt es nicht, bestellt lieber noch ein Bier. Er kam schon krank zur Welt. Die Ärzte gaben ihm höchstens vier Jahre. „Das war wohl nix.“ Der Mund-

winkel zuckt. Im Januar ist er 42 Jahre alt geworden. Und wenn er eines in seinem langen, sehr langen Leben gelernt hat, dann dies: Man ringt dem Tod nicht so viele Jahre ab, wenn man feige ist. Er sitzt da, schluckt Entenfasern und kann das Denken doch nicht abschalten.

Bitte lieber Gott, bitte nicht wieder so eine Katastrophe wie vor zwei Jahren. Ich will Dir nichts vorschreiben, aber diesmal ist alles gut vorbereitet. Meine Assistentin Anja wird im OP stehen und darauf achten, dass sie mir nicht wieder den Arm brechen. Sie werden keinen Luftröhrenschnitt machen oder mir einen Beatmungsschlauch in den Mund schieben, der mir den Kiefer bricht. Oberarzt Dr. Straub reist extra aus München an. Bitte, bitte ...

Eine Frist lindert kein Leid. Die Eltern haben nie erzählt, wie das eigentlich ist, wenn man sein Kind anschaut und weiß, dass in ihm die Uhr rückwärts tickt. Sie haben schnell gemerkt, dass bei ihrem „Tias“ was nicht stimmt. Der „faule Bub“ kaute nie an seinen Zehen, so wie es seine beiden älteren Brüder getan hatten. Er krabbelte nie. Und später, in der Sandkiste, mussten sie ihn zwischen Betonsteinen einklemmen, damit er sitzen konnte. „Er hat eine Schluckimpfung nicht vertragen“, erzählte Mutter Berta, eine Schneiderin, im Dorf. Doch Vater Rudi, ein Steinmetz, sagte: „Da ist doch was nicht richtig.“ Sie ließen aus dem Ärmchen Muskelgewebe entnehmen. Als das Ergebnis kam, haben sie um Zeit gebettelt: „Wie lange noch?“

Anne Kreiling hat die Frage unzählige Male gehört. Die Sozialpädagogin hat ihr ganzes Leben in einer Berliner Kinderklinik gearbeitet und später auch im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke. Über 100.000 Menschen leben hierzulande mit einer erblichen Muskelerkrankung. Es gibt 800 unterschiedliche Verläufe. Im Volksmund heißen sie nur Muskelschwund. Mit SMA wird nur etwa eines von 75.000 Babys geboren. Ein Tias. „Wie lange noch?“ Auf die Frage, die alle Eltern stellen, antwortet Anne Kreiling immer: „Warum müssen sie das wissen, eine Frist kann doch kein Leid lindern.“ Und

versucht zu trösten: „Man kann auch mit schwerster Behinderung ein sehr sinnvolles, schönes Leben führen.“ Glauben tut ihr das zunächst keiner.

Heute ist eine Mail von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke gekommen. In der Betreffzeile stand nur ein Name. Wieder ist einer gegangen, einer von hundert im Monat. Ich werde sie nicht lesen. Es macht mich traurig. Was, wenn mich mein Schutzengel diesmal nicht beschützen kann? Vielleicht wäre es nicht der schlechteste Tod – würdelos, aber schnell. Ich darf die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht nicht vergessen.

Zu wenig Zeit, zu viel Angst. Die Küffners warteten vier Jahre auf den Tod. 1.825 Tage hatten die Ärzte ihrem Kind gegeben. Zu wenig Zeit, zu viel Angst: Wann hört der Kleine auf zu strampeln? Wann kann er nicht mehr greifen? Und immer wieder der besorgte Blick in die Wiege: Atmet er noch? Die Mutter wachte Tag und Nacht an seinem Bett, warf jeden Besucher mit einem Schnupfen aus dem Haus. Die Tanten lasen dem Jungen vor, machten Gymnastik und stopften ihn mit „süßen Stückchen“ voll – damit der Kleine bei Kräften blieb. Und Oma Berta hat gegen die Todesprognose gewettert: „So a Schmarrn.“ Sie schob ihren Enkel zu jeder Kirchweih, brachte ihm das Lesen bei. Und als schließlich der Tag kam, an dem der kleine Tias sterben sollte, sein vierter Geburtstag, schenkte sie ihm sein erstes richtiges Buch. Tias feierte seinen fünften, dann seinen sechsten Geburtstag. Einmal nahmen Oma und Enkel an einem Ballonwettbewerb teil. Tias kam in die Zeitung. Stolz sitzt er in seinem Rolli, die Hände sind schon leicht gekrümmt. Die Frist war lange abgelaufen, aber er lacht breit in die Kamera.

Die Eltern mussten keine Todesanzeigen verschicken. Stattdessen schickten sie den Jungen in die Schule. Mit zwölf Jahren bekam Matthias Küffner den ersten Computer. Onkel Rudel schnitzte ihm ein Hämmerchen. Das klemmten sie ihm zwischen die Finger, damit er tippen konnte. Als es mit dem Rasieren losging, schenkte Tante Renate ihm ein Aftershave und die erste Krawatte. Und als Mädchen interessant wurden, nahmen ihn die Brüder mit in ihren Partykeller. Mit Matthias hat nie eine geknutscht. Er sagt: „Das konnte ich wohl auch nicht erwarten.“ So wenig, wie dass er es in einem Beruf mal zu etwas bringt. Hätte damals jemand gesagt: „Aus dem wird mal was.“ Dann hätten alle gelacht, oder geweint. Geglaubt hätte es jedenfalls keiner.

Sechs Tage bis zur Operation. Es ist 10:30 Uhr, als ein schwarzer VW T5 mit getönten Scheiben in die Einfahrt rast und auf dem Behindertenparkplatz vor dem Technologiezentrum in Nördlingen parkt. Kennzeichen M 3173: Matthias, geboren am 3. Januar 73, kommt ins Büro. Pfleger Markus sitzt am Steuer und Matthias Küffner in seinem Elektro-Rolli als Beifahrer neben ihm – nicht hinten im Heck. Hätte er einen guten Tag, würde er jetzt erzählen, dass sein „Baby“ erst neun Monate alt ist und schon 16.000 Kilometer auf dem Tacho hat. Im Sommer

Oma Berta hat gegen die Todesprognose gewettert: „So a Schmarrn.“

ist er mit „seinem Baby“ mit 200 Sachen zum Gardasee runtergeknallt. Doch Matthias Küffner hat schlechte Laune. Es ist einer dieser Tage, an denen nichts klappt. Seit sechs Uhr zupfen die Pfleger jetzt schon an ihm rum. Das Waschen, die Wundpflege, das Frühstück – das ist Routine, das hat er geduldig ertragen. Doch dann funktionierte der Rolli nicht. Jetzt kommt er zu spät zur Arbeit. Assistent Markus bleibt ganz ruhig. Er weiß wie das ist, wenn der Verstand seines Chefs auf Turbo schaltet und den schlaffen Körper

abhängt. Markus ist einer von sechs Pflegekräften, die ihn rund um die Uhr betreuen. „Bewachen“ nennt das Matthias Küffner. Seit zehn Jahren gibt es „sein Team“. Es löste die Mutter ab, die ihn 30 Jahre pflegte und dann die Tag- und Nachtschichten nicht mehr schaffte. Wohin? Die Familie tagte. Ins Altenheim? Damals war seine Stimme noch kräftiger, er schrie: „Ich lasse mich nicht abschieben.“ Sie haben ans Elternhaus eine Einzimmerwohnung angebaut. Matthias Küffner stellte die ersten Assistenten ein. Jetzt schreibt er Dienst- und Urlaubspläne und führt Mitarbeitergespräche.



Erst neun Monate alt und schon 16.000 Kilometer auf dem Tacho: Im umgebauten Auto fährt Matthias Küffner zur Arbeit.

So muss die Hölle sein. Matthias Küffner ist keine Sekunde allein: Markus hat um 8:30 Uhr Anja von der Nachtschicht abgelöst. Die war fix und fertig: Weil beim Chef ständig die Atmung aussetzte, hat das Beatmungsgerät immer wieder gepiept. Und weil Matthias Küffner sich nicht allein im Bett wälzen kann, hat die Krankenschwester ihn mehrere Male gedreht. Sie weiß, was er wieder geträumt hat. Der Alptraum. Der Alptraum, den sie vor zwei Jahren alle miterlebten: Die OP-Schwester in München wussten nicht, wie man einen Bewegungslosen bewegt. Stabile Seitenlage: Sie haben seinen Arm angewinkelt und ihn dadurch gebrochen. Dann hat das Zwerchfell, der wichtigste Atemmuskel, versagt.

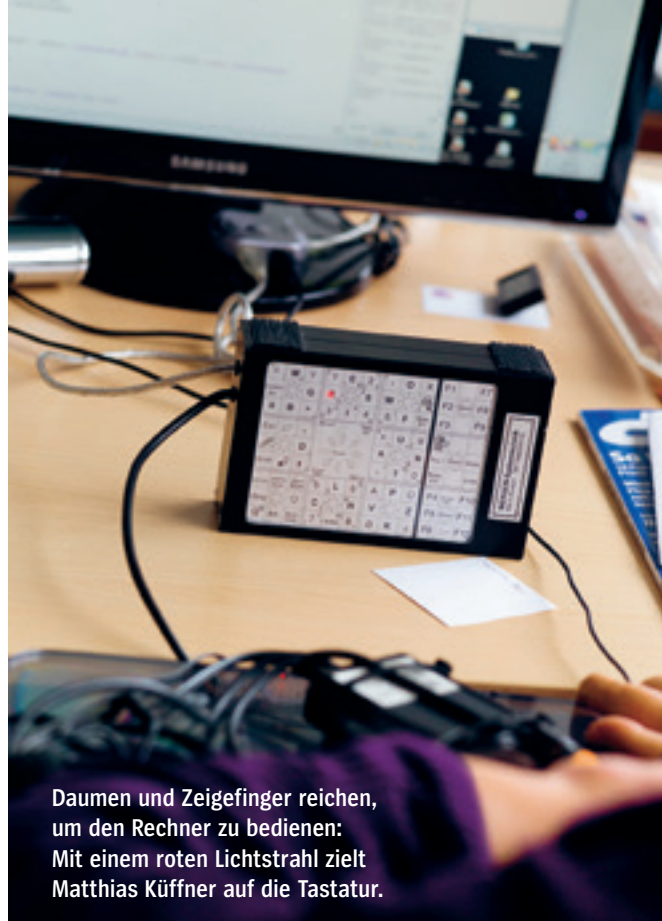
Ich liege im Bett, kann mich nicht bewegen und auch nicht sprechen. Ein Arzt sagt: „Herr Küffner, wir mussten einen Luftrohrschnitt machen, weil ihre Lunge nicht mehr gearbeitet hat.“ Mein Arm tut mir weh. Ich zwinkere mit den Augen. Markus steht am Bett und fragt: „Tut Dir was weh?“ Ja – ich zwinkere einmal.



Mit dem orangefarbenen Joystick lenkt Matthias Küffner sonst seinen Rolli. Im Büro nutzt er ihn als Computermaus.

„Sind es die Beine?“ Nein – ich zwinkere zweimal. „Ist es oberhalb der Gürtellinie?“ Ja – ich zwinkere einmal. „Ist es ein Organ?“ Nein – ich zwinkere zweimal. Ich zwinkere und zwinkere – Hilfe, Hilfe, er weiß nicht, was ich meine.

„So muss die Hölle sein“, sagt Matthias Küffner. „Ich war neun Wochen ein Verdammter im Fegefeuer.“ Dann wollte der, der niemals aufgibt, nicht mehr. Doch er ist wieder gesund geworden: Heute kann er atmen, essen, sprechen – und den Zeigefinger und Daumen der linken Hand bewegen. Er gibt einem kleinen Sensor an seinem Hightech-Rolli einen Stups. Der dreht sich. Noch ein Stups. Matthias Küffner fährt durch den Kofferraum, direkt die Laderampe runter, dann die Rampe zum Bürohaus wieder hoch. Ein PS, Heckantrieb: Der „Heiligenschein“, eine Halterung, die seinen Kopf fixiert, wackelt leicht. Was so leicht aussieht, ist das Ergebnis von vielen Stunden Training.



Daumen und Zeigefinger reichen, um den Rechner zu bedienen: Mit einem roten Lichtstrahl zielt Matthias Küffner auf die Tastatur.

Vor einigen Monaten ist er beim Üben gegen eine Parkbank geprallt. Egal, ihn soll niemand schieben. Die Türen zum Bürohaus öffnen sich automatisch.

Ein Programm namens Momo. Am Rande von Nördlingen hat Matthias Küffner sein Büro. Zimmer 000 im Erdgeschoss, an der Tür ein laminiertes Foto: Hier wache ich! Hundedame Pinao lässt sich träge auf einer Decke an der Heizung nieder. Ihr Herrchen rollt zum Schreibtisch. Ein Infrarotsender nimmt Kontakt mit dem orangenen Joystick auf. Gerade hat der Joystick noch den Rolli gelenkt, jetzt ist er eine Computer-Maus.

Klick. Ein roter Lichtstrahl zielt auf die Tastatur auf dem Bildschirm, Symbole poppen auf. Klick. Das Licht huscht auf das Menü „Hunger“. Der Computer sagt: „Ich habe Hunger.“ Klick. Das Licht zeigt auf „Nachspeise“. Der Computer sagt: „Ich möchte Nachspeise“. Klick. Ein Hörnchen mit drei Kugeln. Der Computer sagt: „Ich möchte ein Eis.“ Das Programm heißt „Momo“. Matthias Küffner hat es für ein Mädchen entwickelt, das stumm ist. Jetzt kann sie wieder sprechen – per Computer. Es gibt noch andere Symbole: Schmerz, Gefühle, Durst, Hobbys. „Momo ist mein Vermächtnis für alle, die so sind wie ich“, sagt Küffner. Bevor er zu einem Pflegedienst in Wuppertal wechselte, um dessen Internetauftritte zu organisieren, programmierte er über 20 Jahre lang Software für Behinderte.

Der Job als Garantie fürs Leben. Das Telefon klingelt. Matthias Küffner spricht über Headset. Jo Müller, Ex-Chef der Pforzheimer Computerfirma INCAP, ist dran. Er hat ihm vor 25 Jahren seinen ersten Job gegeben. Der Musterschüler hatte gerade seinen Hauptschul-Abschluss geschafft und Angst dort zu enden, wo

viele seiner Mitschüler landeten: „Vor der Glotze“. Eigentlich müssen Firmen ab 20 Mitarbeitern per Gesetz fünf Prozent der Stellen mit Schwerbehinderten besetzen. Doch viele zahlen im Monat lieber 290 Euro Ausgleichsabgabe für jeden, den sie sich dann ersparen. Im vergangenen Jahr waren über 180.000 Schwerstbehinderte ohne Job, ermittelte jüngst der Deutsche Gewerkschaftsbund. Als Matthias Küffner aus der Schule kam, standen 175.000 auf der Straße. Küffner hatte Glück: Müller hatte den Jungen beobachtet, der im Technik-Raum der Schule Lernspielchen für Menschen mit Behinderungen schrieb und ihn angesprochen: „Ich habe eine Idee für eine neue Software. Willst Du das mal probieren?“ Am Ende organisierte Matthias Küffner ganze Teams, programmierte Apps, entwickelte Programme für Elektrogeräte, die auf Zuruf reagieren. Krank feiert der kranke Mann nie. Warum auch? „Mein Job ist meine Garantie fürs Leben“, sagt er und ließ sich deshalb auch nicht viel Zeit, als sein alter Betrieb im vergangenen Jahr Insolvenz anmeldete. Schon einen Monat später hatte er einen neuen Job.

„Wenn Gott den doch mal holen tät“, schwätzen sie beim Metzger. Andere denken, ich bin blöde. „Was hat er denn, der Arme“, hat gestern wieder eine alte Dame gefragt. Nicht mich, sondern meinen Assistenten. Als ob ich nicht sprechen könnte. Werden die Trauergäste nach der Beerdigung bei Kaffee und Kuchen sitzen und Mutter trösten: „Es war eine Erlösung.“ Nein. Es wird keinen Leichenschmaus geben. Das soll mein letzter Wille sein.

Das Leben
ist schön.
Ich will nicht
gehen.

Zwei Tage bis zur Operation. In den vergangenen Tagen ist Matthias Küffner stark gewesen, hat tapfer die Termine abgehakt, mit denen er seine Krankheit zugepflastert hatte. Nur beim letzten hat er die Fassung verloren. Er musste seinen Hund Pinao zu Pflegeeltern bringen. Der stand an der Tür und hat zum Abschied gewedelt. Matthias Küffner hat geweint. Anschließend hat er am Computer gesessen, in Alben geblättert und mit Erinnerungen die Träume vertrieben:

Der 10. Geburtstag. Cousin Boris sitzt auf seinem Schoß. Sie lassen den Rolli kreiseln. Sie bekommen einen Drehwurm. Sie lachen. Der 16. Geburtstag: Der Vater ist gestorben. Schuldirektor Michael Seydaak tröstet: „Lass’ uns zusammen heulen.“ Der 20. Geburtstag: Das Gesicht ist noch rund, er hat viele Locken und gerade seinen ersten Arbeitsvertrag unterschrieben. Die heimische Zeitung titelt: „Ein Sechser im Lotto.“ Der 27. Geburtstag: Das Gesicht ist schmal, das Haar dünn geworden. Er sitzt jetzt im Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke. Der 30. Geburtstag: Eine halbnackte Brasilianerin tanzt Samba, er erzählt schmutzige Witze, 100 Gäste grölen: „Matthias soll ewig leeeeben.“ Der 35. Geburtstag: Bei Robbie Williams in Berlin. Der 36. Geburtstag: Freund Wolfgang schenkt ihm einen Rundflug. Mit einem Kran hieven sie „Küffi“ ins Cockpit. Er fliegt in den Himmel und heult vor



„Werde ich meinen Hund jemals wiedersehen?“ fragt sich Matthias Küffner vor seiner Operation. Er gibt Pinao solange in Pflege.

Freude. Der 40. Geburtstag: Bei einem Mittelalterfest trinken 135 Gäste auf ihn: „Junker Mattilus lebe hoch!“ Er ist unbeschreiblich glücklich. Er ist zum ersten Mal verliebt. Heimliche Küsse, niemand soll’s wissen. Als sie wegziehen musste, zerspringt sein Herz. Liebeskummer ist grausam.

Das Leben ist schön, ich will nicht gehen. Werde ich meine Familie, meine Freunde, meinen Hund Pinao und meine Katze Sunny jemals wieder sehen?

Der Tag vor der Operation. Noch 50 Kilometer bis Ulm. Im Radio singt die Band „Unheilig“. Matthias Küffner ist mal wieder spät dran. Ein Assistent ist krank geworden, Pflegerin Karin musste eingespringen. Sie wollten schon um zehn Uhr los, jetzt hinken sie Stunden hinterher. In Matthias Küffner kocht die Panik hoch. Karin muss die Musik lauter stellen: „Geboren um zu leben, mit den Wundern dieser Zeit.“

Lieber Gott, bitte lass es gut gehen! Bitte lieber Gott.

Am Tag der Operation: Die Familie trifft sich bei der Mutter. Bruder Thomas hat Geburtstag. Er hat die Party abgesagt. Matthias durfte es nicht wissen. Der liegt jetzt auf dem Operationstisch und weiß es trotzdem. Alle haben Angst. Angst, dass jetzt die Stunde kommt – seine Todesstunde. Die Narkose wirkt. Die Uhr tickt. Zehn Uhr, elf Uhr – der Arzt kann die Spritze nicht setzen, die Wirbel sind zu stark verdreht. Zwölf Uhr, 13 Uhr – es gibt Komplikationen. 14 Uhr, 15 Uhr ... Blut im Urin. 16 Uhr, 17 Uhr ... zwei Gerinnsel müssen entfernt werden – 17 Uhr, 18 Uhr – immer noch keine Nachricht aus Ulm. Um 20 Uhr geht endlich das Telefon. Thomas nimmt ab. Assistentin Anja ist am Apparat. Thomas hört zu, holt tief Luft, dreht sich um, ruft erleichtert: „Matthias lebt!“ ■

Silvia Dahlkamp ist Journalistin in Hamburg. **Kontakt: silvia@sdahlkamp.de**
Jakob Berr ist Fotojournalist in München. **Kontakt: jakob@jakob-berr.com**
Kontakt zu Matthias Küffner: **info@m-kueffner.de**

Anspruch auf Auskunft ist zulässig

Der Europäische Gerichtshof hat klargestellt: Geschädigte Patienten können von einem Pharmaunternehmen Informationen über Nebenwirkungen eines Präparates verlangen. Die Regelung im Arzneimittelgesetz verstößt nicht gegen die europäische Produkthaftungsrichtlinie. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 20. November 2014
– C-310/13 –
Europäischer Gerichtshof

Sind Patienten durch ein Arzneimittel gesundheitlich geschädigt worden, ist es für sie äußerst schwierig, gegen den Hersteller Schadenersatz gerichtlich durchzusetzen. Sie müssen beweisen, dass ihr Gesundheitsschaden durch das Medikament verursacht ist. Dafür benötigen sie vom Hersteller sämtliche Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen des Präparates. Wie schwierig das ist, zeigt der Fall einer Diabetikerin, der vom Landgericht über den Bundesgerichtshof (BGH) bis zum Europäischen Gerichtshof (EuGH) gelangte. Die Bundesrichter wollten vorab von ihren Luxemburger Kollegen wissen, ob ein nach dem Arzneimittelgesetz bestehender Auskunftsanspruch gegenüber Pharmaunternehmen mit der europäischen Produkthaftungsrichtlinie in Einklang steht.

Auskunftsanspruch eingeklagt. Die Diabetikerin hatte zur Regulierung ihres Blutzuckers das Arzneimittel Levemir des dänischen Pharmakonzerns Novo Nordisk A/S ärztlich verordnet bekommen. Dieses künstliche Insulinpräparat (Insulinanalogon) injizierte sie von 2004 bis Juni 2006. Im Bereich der Einstichstellen kam es zum Schwund des unter der Haut liegenden Fettgewebes (Lipoatrophie) und zu gravierenden Einwölbungen. Daraufhin verlangte sie vom Vertreter des Medikaments in Deutschland Schmerzensgeld und Schadenersatz (Paragraf 84 AMG). Sie forderte die Firma auf, ihr Auskunft über bekannte Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen des Medikaments zu geben. Auch

wollte sie Informationen über alle bekannt gewordenen Verdachtsfälle sowie über sämtliche weiteren Erkenntnisse, die für die Bewertung schädlicher Wirkungen von Bedeutung sein könnten, soweit diese Lipoatrophien betreffen. Dabei stützte sie sich auf Paragraf 84a AMG.

Das Landgericht bejahte den Anspruch der Patientin. Nachdem die Pharmafirma vor dem Berufungsgericht unterlag, legte diese Revision beim BGH

Die Richtlinie vereinheitlicht nicht abschließend die Haftung für fehlerhafte Produkte.

ein. Der beschloss am 6. Mai 2013, das Verfahren auszusetzen (Aktenzeichen VI ZR 328/11). Das vorinstanzliche Urteil sei dann nicht zu beanstanden, wenn Paragraf 84a AMG überhaupt angewendet werden dürfe, so der BGH. Verstoße aber der im AMG geregelte Auskunftsanspruch gegen die europäische Richtlinie 85/374/EWG des Rates vom 25. Juli 1985 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Haftung für fehlerhafte Produkte (Produkthaftungsrichtlinie), dann sei das angefochtene Urteil aufzuheben. Für den Ausgang des Revisionsverfahrens komme es daher entscheidend

darauf an, ob der nationale Gesetzgeber im Jahr 2002 die im AMG geregelte Arzneimittelhaftung überhaupt um einen Auskunftsanspruch erweitern durfte. Dagegen könnte sprechen, dass seit Bekanntgabe der europäischen Produkthaftungsrichtlinie im Jahr 1985 nationale Regelungen nicht mehr hätten ausgeweitet werden dürfen.

Im Einklang mit dem Europarecht. Der EuGH hat nun festgestellt, dass der Auskunftsanspruch in Paragraf 84a AMG nicht gegen die europäische Produkthaftungsrichtlinie verstößt. Die Ansprüche, die ein Geschädigter aufgrund der Vorschriften über die vertragliche und außervertragliche Haftung oder aufgrund einer zum Zeitpunkt der Bekanntgabe dieser Richtlinie bestehenden besonderen Haftungsregelung geltend machen kann, würden durch diese Richtlinie nicht berührt (Artikel 13 der Richtlinie). Die im AMG enthaltene Regelung der Arzneimittelhaftung stelle eine solche besondere Haftungsregelung im Sinne von Artikel 13 der Richtlinie dar. Sie sei auf einen bestimmten Produktionsbereich beschränkt und habe bereits bestanden, als die Richtlinie am 30. Juli 1985 bekannt gegeben worden war.

Weiterhin führt der EuGH aus, dass die Produkthaftungsrichtlinie in den von ihr geregelten Punkten zwar eine Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten anstrebe. Sie solle aber nicht den Bereich der Haftung für fehlerhafte Produkte

TIPP FÜR JURISTEN



Anhebung der Pflegeleistungen, Flexibilisierung der Leistungen, Qualitätsprüfung stationärer Pflegeheime – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „**Pflegereform I**“ am 5. März in Köln. Veranstalter ist die Deutsche Anwaltakademie. Mehr Informationen: www.anwaltakademie.de > Veranstaltungen > Seminare § 15 FAO > Sozialrecht § 15 FAO

über die von ihr geregelten Punkte hinaus abschließend vereinheitlichen. Die Richtlinie regelt nicht den Anspruch des Verbrauchers auf Auskünfte über Nebenwirkungen eines Produkts. Auch beträfe sie nicht den Umfang der Auskünfte, die der Verbraucher vom Produkthersteller verlangen könnte.

Beweislast liegt beim Geschädigten.

Zugleich verwies der EuGH darauf, dass nach Artikel 4 der Richtlinie der Geschädigte den Schaden, den Fehler und den ursächlichen Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden zu beweisen habe. Ihm könne aber eine nationale Regelung zum Auskunftsanspruch über Nebenwirkungen eines Produkts dabei helfen, die erforderlichen Beweise beizubringen, um den Hersteller überhaupt haftbar machen zu können. Allerdings könne eine solche nationale Regelung weder die nach Artikel 4 der Richtlinie beim Geschädigten liegende Beweislast umkehren noch die in Artikel 7 der Richtlinie vorgesehenen Voraussetzungen für die Freistellung des Herstellers von der Haftung ändern. Daher gehöre der nationale Anspruch des Verbrauchers auf Auskünfte über Nebenwirkungen eines Produkts nicht zu den von der Richtlinie geregelten Punkten und falle nicht in ihren Anwendungsbereich. Im Übrigen dürfe, so der EuGH weiter, eine nationale Regelung über einen Auskunftsanspruch nicht so ausgestaltet sein, dass sie die Wirksamkeit der europäischen Haftungsregelung oder die vom europäischen Gesetzgeber verfolgten Ziele beeinträchtigen. Paragraf 84a AMG stelle aber weder die Wirksamkeit der Richtlinie noch die vom Unionsgesetzgeber verfolgten Ziele infrage. Vielmehr behebte die nationale Regelung das große Ungleichgewicht zwischen Hersteller und Verbraucher beim Zugang zu Produktinformationen. ■

Kommentar: Die deutsche Arzneimittelhaftung durfte um den Auskunftsanspruch erweitert werden. Zu Recht weist der Europäische Gerichtshof darauf hin, dass andernfalls geschädigte Verbraucher kaum an die Informationen gelangen können, um ihre Ansprüche zu beweisen.

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

| | INHALT | AKTUELLER STAND | |
|--------------------------------|---|---|--|
| AMBULANTE VERSORGUNG | <p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundrats-Drucksache 641/14</p> | <p>Terminservicestellen bei Kassenärztlichen Vereinigungen; Behandlung durch Krankenhausambulanz, wenn Servicestellen Patienten nicht zeitnah in Arztpraxis vermitteln können; Patienten-Anspruch auf Zweitmeinung vor geplanter Operation; Anspruch Pflegebedürftiger und Behinderter auf zahnmedizinische Vorsorge; Förderung von Praxisnetzen und MVZ; niedrigere Gebühren für Ärzte bei Niederlassung in strukturschwachen Regionen; kein Zwang zur Neubesetzung freigewordener Arztsitze in überversorgten Gebieten; Innovationsfonds (300 Millionen Euro jährlich) von 2016 bis 2019 für innovative Projekte und Versorgungsforschung; Finanzierung je zur Hälfte von Krankenkassen und aus Gesundheitsfonds.</p> | <p>Das Bundeskabinett hat am 17.12.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.</p> |
| DATENSCHUTZ | <p>Zweites Gesetz zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes – Stärkung der Unabhängigkeit der Datenschutzaufsicht im Bund durch Errichtung einer obersten Bundesbehörde, Bundestags-Drucksache 18/2848</p> | <p>Rechtlicher Status des/der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als eigenständige und unabhängige Bundesbehörde; weder Rechtsaufsicht durch Bundesregierung noch Dienstaufsicht durch Bundesinnenministerium; parlamentarische und gerichtliche Kontrolle; Wahl durch den Bundestag; Vereidigung durch Bundespräsident.</p> | <p>Der Bundesrat hat am 10.10.2014 keine Einwände erhoben. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 18.12.2014.</p> |
| PFLEGE/ERWERBSTÄTIGKEIT | <p>Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, Bundestags-Drucksache 18/3124</p> | <p>Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für eine bis zu zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation benötigen; Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten für Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten; Anspruch auf zinsloses Darlehen, um den durch die Gehaltsminderung beeinflussten Lebensunterhalt besser bewältigen zu können.</p> | <p>Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 4.12.2014. Der Bundesrat hat am 19.12.2014 beschlossen, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen.</p> |
| PRÄVENTION | <p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundrats-Drucksache 640/14</p> | <p>Neben Krankenkassen Einbindung der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Unfallversicherung in die Prävention; nationale Präventionskonferenz; Anhebung der Leistungen der Krankenkassen je Versicherten/Jahr von 3,09 auf 7 Euro, 2 Euro je Versicherten/Jahr für betriebliche Gesundheitsförderung; gesundheitsfördernde Rehabilitation für Pflegebedürftige in Pflegeheimen.</p> | <p>Das Bundeskabinett hat am 17.12.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.</p> |

Stand: 31.12.2014



Internet-Tipp

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

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

HESSEN

Engagiert für die Selbstverwaltung

Dr. Werner Scherer, der langjährige Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Hessen auf Arbeitgeberseite, ist Mitte Dezember aus seinem Amt ausgeschieden und hat gleichzeitig das Ehrenzeichen der AOK Hessen in Gold erhalten. Zum Nachfolger Scherers wurde **Dr. Stefan Hoehl** gewählt (siehe Seite 10). Beide gehören der Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände an. Scherer wünschte seinem Nachfolger „alles Gute und viel Erfolg für das herausfordernde Amt“. Im Rahmen der Verwaltungsratsitzung in Bad Vilbel würdigte **Brigitte Baki**, Verwaltungsratsvorsitzende auf Versicherterseite, Scherer als „engagierten Verfechter der Selbstverwaltung“. Der 64-jährige blickt auf 34 Jahre AOK-Erfahrung zurück. Sein erstes Ehrenamt für die Gesundheitskasse bekleidete der Hesse für die AOK Mönchengladbach, seit 1996 ist er alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates. „Dr. Scherer hat nicht nur die Geschicke der AOK



Verabschiedung in Bad Vilbel (v.l.n.r.): die Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Hessen, Brigitte Baki, Dr. Werner Scherer, Vorstandsvorsitzender Fritz Müller, der Bevollmächtigte des Vorstandes, Dr. Michael Karner, sowie der stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Detlef Lamm.

über viele Jahre entscheidend mitgeprägt. Er hat das Gesundheitssystem in Hessen mitgestaltet – dafür gebührt ihm Dank und große Anerkennung“, so Baki. Scherer habe Sozialpartnerschaft, Überzeugungskraft und Beharrlichkeit bewiesen. Jüngst konnte Scherer sogar das Bundesverdienstkreuz aus den Händen von Gesundheitsminister **Steffan Grüttner** entgegennehmen, der seinen „unermüdlchen Einsatz“ und seine „große Tatkraft“ lobte. **Fritz Schösser**,

Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes, sagte: „Eine Gesellschaft entwickelt sich erfolgreich, wenn es Menschen wie Dr. Scherer gibt, die bereit sind, soziale und gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Er hat die AOK Hessen mit seinen Ideen, seiner Erfahrung und seinem Sachverstand sowie seiner Geradlinigkeit und Sachlichkeit bereichert und entscheidend zur Entwicklung einer modernen Gesundheitskasse beigetragen.“ ■

NIEDERSACHSEN

Zehn Kliniken ausgezeichnet

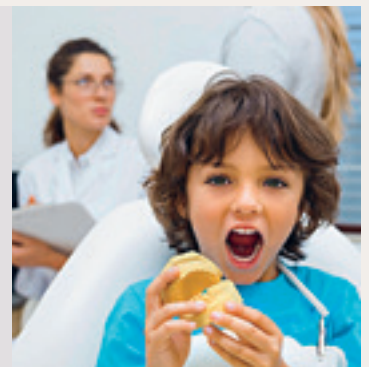
Besonders gute Ergebnisse beim Einsatz neuer Hüftgelenke können in Niedersachsen laut des QSR-Verfahrens der AOK zehn Krankenhäuser vorweisen. Unter den kürzlich mit einem Zertifikat ausgezeichneten Häusern sind große Kliniken wie das Herzogin-Elisabeth-Hospital in Braunschweig, aber auch kleinere Häuser wie das Klinikum Peine. Der aktuelle Vergleich erstreckt sich über drei Jahre. Die AOK griff auf anonymisierte Daten von 137.000 Patienten aus bundesweit 895 Kliniken zurück. Die Ergebnisse haben hohe Aussagekraft, weil für die Bewertung einer Operation nicht nur der Zeitraum bis zur Entlassung aus der Klinik, sondern auch das Folgejahr berücksichtigt wird. Damit fließt auch die anschließende Versorgung in die Auswertung mit ein. In der Gruppe der besten niedersächsischen Häuser traten Komplikationen nur in 3,9 Prozent aller Fälle auf, am anderen Ende des Spektrums bei 10,5 Prozent der Fälle. ■

AOK aktuell

Neues Programm sorgt für gesunde Kinderzähne

Die Zähne von Kindern benötigen besondere Aufmerksamkeit – und zwar von Anfang an. Deshalb haben die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV MV) und die AOK Nordost das kinderzahnärztliche Vorsorgeprogramm „Junge Zähne“ entwickelt – das dritte seiner Art nach Berlin und Brandenburg. Seit Kurzem können auch Eltern in Mecklenburg-Vorpommern für ihre AOK-versicherten Kinder im Alter von einem Jahr bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres vier zusätzliche zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen kostenfrei im Rahmen des neuen Vorsorgeprogramms in Anspruch nehmen. Damit das neue Angebot auch alle Kinder erreicht, werden die Eltern bereits frühzeitig angeschrieben, sobald ihr Kind das zweite Lebensjahr erreicht hat. Aktuelle Erhebungen belegen, dass 2013 fast jedes zweite bei der AOK

Nordost versicherte Kind in Mecklenburg-Vorpommern im Alter von sechs Jahren bereits Karies hatte. Dennoch suchten im gleichen Jahr im Schnitt nur etwa 20 Prozent der Kinder bereits im zweiten Lebensjahr einen Zahnarzt auf. Mit dem Programm schließen AOK Nordost und KZV MV eine wichtige Vorsorgelücke für die jüngsten Versicherten im Land. Derzeit gibt es nur drei gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen vom 30. bis zum 72. Lebensmonat – immer im Abstand von je zwölf Monaten. Das Angebot der AOK erweitert diesen Vorsorgeansatz erheblich. ■



Unterstützung für Klinikclowns

„Lachen ist häufig die beste Medizin“: Getreu diesem Motto unterstützt die AOK Sachsen-Anhalt beim Verein PAKK e.V. der Feuerwache in Magdeburg ein Projekt, das Menschen verschiedener Berufsgruppen zu Klinikclowns ausbildet. „Wir engagieren uns seit vielen Jahren in mehreren Projekten für die Gesundheit von Kindern und unterstützen bereits den Verein Clowns Nasen e.V. Mit der Förderung des Vereins PAKK weiten wir unser Engagement aus. Wir möchten dazu beitragen, dass sich noch mehr kleine Patienten an den Klinikclowns erfreuen können“, sagte **Ralf Dralle**, Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt, die Zusammenarbeit. Als einer der neuen Klinikclowns hatte zum Beispiel die Neurowissenschaftlerin **Steffi Weinhold** als „Peachy“ in der Kinderklinik des Uniklinikums Magdeburg ihren ersten Auftritt. „Als Klinikclown kann ich Kindern etwas geben, das nicht so leicht zu verschenken und das nur schwer wissenschaftlich zu erklären ist – ein Lachen. Sie vergessen dadurch nicht nur den Klinikalltag, sondern werden im besten Fall auch schneller gesund“, so Weinhold. **Weitere Infos: www.feuerwachemd.de/ueber/klinikclowns** ■

BAYERN

Vergleich von Ärztenetzen

Die AOK Bayern ermöglicht es Ärzten in Praxisnetzen im Rahmen des Projekts QuATRO (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routine-



Rote Nasen, großes Lachen: Die beiden Klinikclowns „Tippi“ Christiane Böhm (unten) und „Peachy“ Steffi Weinhold.

daten), ihre Versorgungsqualität untereinander und mit dem landesweiten Durchschnitt zu vergleichen. Die Analyse basiert auf Daten von rund 80.000 Versicherten, die in zwölf Netzen mit 431 Haus- und Kinderärzten sowie 414 Fachärzten betreut werden. Beim Vergleich wird offengelegt, wie häufig Netzärzte Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen vornehmen oder wie oft sie die angezeigten Medikamente verschreiben. „Trotz bestehenden ‚Nachholbedarfs‘ in einzelnen Fällen bieten die Netze eine höhere Qualität als die Regelversorgung“, sagte **Peter Krase**, Vertragschef der AOK Bayern. Das habe die Auswertung 2013 bestätigt. Das gute Ergebnis sei auch auf bessere Zusammenarbeit der in Netzen tätigen Ärzte zurückzuführen, so **Johann Ertl**, Geschäftsführer bei donauMED in der Region Straubing. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Gute Noten für Pflegeberatung

Gut 90 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Sachsen sind mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zufrieden. Das geht aus einer repräsentativen Befragung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hervor. Vor allem die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ansprechpartner beim MDK Sachsen, die Kompetenz der Gutachter sowie der respektvolle und einfühlsame Umgang mit den Versicherten werden demnach positiv bewertet. Die Zufriedenheitswerte in diesen Bereichen liegen bei rund 93 Prozent. Bei der Frage, was Pflegebedürftigen und Angehörigen bei der Pflegebegutachtung besonders

wichtig ist, wird vorrangig eine verständliche Erklärung des Vorgehens durch die Gutachter genannt, sowie der Wunsch, ausreichend Zeit zu haben, um wichtige Punkte zu besprechen. „Die aufgezeigten Aufgaben sind gut lösbar, wenn wie bisher der MDK und die Pflegekassen an einem Strang ziehen und in einer für die Versicherten sehr stressigen Ausnahmesituation dann unkompliziert, schnell und serviceorientiert handeln“, betonte **Bernd Kuhlmann**, Geschäftsführer Pflege bei der AOK PLUS. ■

NORDWEST

Förderpreis vergeben

Für ihre herausragenden Leistungen haben fünf Absolventinnen und Absolventen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld den Förderpreis der AOK NordWest erhalten. Damit würdigt die Gesundheitskasse die hohe Qualität der wissenschaftlichen Arbeiten. „Alle Preisträger haben mit Themenauswahl und Qualität ihrer Arbeiten eindrucksvoll ihre hohe Qualifikation bewiesen“, sagte AOK-Vorstand **Martin Litsch**. Der Förderpreis der AOK wurde bereits zum 20. Mal an der Universität Bielefeld vergeben. Dekan **Professor Dr. Oliver Razum** lobte ebenfalls die langjährige Kooperation mit der Gesundheitskasse. „Gerade die Verbindung von qualifizierter wissenschaftlicher Arbeit und Praxis-Know-How hat sich dabei seit Jahren bewährt.“ Die Auswahl der besten Abschlussarbeiten erfolgte durch eine fakultätsinterne Jury. Deren Vorsitz hatte die Gesundheitsexpertin **Professor Dr. Petra Kolip**. ■

Gesundheitsrecht Risiken der Selbstoptimierung

Medizin, Forschung und Technik können auch Wünsche erfüllen. Und zwar nicht nur jene von Patienten. Manche Gesunde wollen den eigenen Körper im Sinne eines persönlichen Idealbildes per-



fektionieren. Ihnen geht es längst nicht mehr nur um eine gerade verlaufende Nase oder weniger Speck auf den Hüften. Unter dem Begriff des Enhancement werden medizinisch-technische Eingriffe gefasst, mit denen sich körperliche und geistige Fähigkeiten steigern lassen. All diese Verfahren fasst die Juristin Alice

Süß unter dem Begriff der „wunscherfüllenden Medizin“ zusammen. In ihrer Dissertation widmet sie sich der Frage, wie mit den gesundheitlichen Risiken und Folgen solcher Eingriffe im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umzugehen ist. Was bedeutet in diesem Kontext die Eigenverantwortung des Einzelnen? Und welche Unterstützung darf er als gesetzlich Versicherter erwarten? Zentraler Gegenstand der Untersuchung ist die Frage nach den Leistungsbeschränkungen und der Kostenbeteiligung des Versicherten nach Paragraph 52 Sozialgesetzbuch V. Diese Regelung stuft Alice Süß als gleichheitswidrig ein und schlägt stattdessen vor, die Zahlungspflicht für gesetzlich Versicherte über einen Beitragszuschlag innerhalb des GKV-System kalkulierbar zu machen.

Alice Süß: Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenkrankversicherter unter besonderer Berücksichtigung der Risiken wunscherfüllender Medizin. 2014. 356 Seiten. 79,90 Euro. Duncker & Humblot, Berlin.

Statistik Komplexer Stoff leicht serviert

Die moderne Medizin hat sich zu einer naturwissenschaftlichen Disziplin gewandelt und arbeitet mehr und mehr mit quantitativen Befunden. Daher brauchen Ärzte Kenntnisse in der Statistik. Neue Therapien müssen ausgewertet und wissenschaftliche Ergebnisse eingeordnet werden. Die Professoren Wilhelm Gaus und Rainer Muche vom Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie der Universität Ulm haben nun ein Lehrbuch veröffentlicht, mit dem sie sich an Ärzte und andere Gesundheitsberufe wenden. Die Autoren führen in das Gedankengut, die Werkzeuge sowie die Sprache der Statistik und der angewandten medizinischen Biometrie ein. Zugleich vermitteln sie die Grenzen von Variablen, Formeln, Prozentsätzen, Zielgrößen, Häufigkeiten, Tests und Hochrechnungen. Um ein „learning by doing“ zu ermöglichen, haben sie alle Themen mit Übungsaufgaben ergänzt,



die in der Ausbildung von Ärzten, Public-Health-Studenten und Medizinischen Dokumentaren eingesetzt werden. Die Autoren lockern den abstrakten Stoff zwischendurch auf und machen die Theorie anhand von Geschichten mit frei erfundenen Personen anschaulich wie dem Patienten Max Moritz Schaufelstiel, den Doktoren Emsig und Fleißig sowie dem Statistiker Pingelig. Selbst wenn Statistik für viele nur Graubrot ist, dürfte es in diesem Fall den Interessierten gut schmecken.

Wilhelm Gaus, Rainer Muche: Medizinische Statistik. 2014. 640 Seiten. 59,99 Euro. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Rezensionen: Susanne Werner, freie Journalistin in Berlin

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|--|
| ■ KASSENGIPFEL 2015 | Finanzierungsfragen, Vertragswettbewerb, AMNOG, Telemedizin, Dauerbaustelle Qualitätsinitiative | 26.–27.2.2015 Berlin | MCC – The Communication Company Scharnhorststr. 67a 52351 Düren | Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–28 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit |
| ■ KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT 2015 | Verbesserung der Gesundheitssituation, Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, gesellschaftliche Strategien | 5.–6.3.2015 Berlin | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Friedrichstr. 231 10969 Berlin | Tel.: 0 30/44 31 90 72 Fax: 0 30/44 31 90 63 amler@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de |
| ■ DEUTSCHER PFLEGETAG 2015 | Neues Begutachtungsassessment, Palliativversorgung, Pflegequalität, altersgerechtes Wohnen | 12.–14.3.2015 Berlin | Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover | Tel.: 05 11/85 50–2472 Fax: 05 11/85 50–2411 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de |
| ■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2015 | Qualitätsinstitut, Krankenhausreform, Digital Health, Vernetzung der Versorgung, Innovationsförderung | 25.–26.3.2015 Köln | WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Str. 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 |
| ■ HEALTH 3.0 | Personalisierte Medizin, europäische Gesundheitspolitik, Nutzenbewertung Medizinprodukte | 15.–16.4.2015 Düsseldorf | MCC – The Communication Company Scharnhorststr. 67a 52351 Düren | Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–28 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit |

Tumorerkrankung Orientierungshilfe für Krebspatienten

Die Diagnose Krebs wirft das gesamte Leben durcheinander. Was ist Krebs, was sind das alles für Untersuchungen, die nun gemacht werden müssen, wie geht es weiter, wie sage ich es meinen Angehörigen, welche Therapien gibt es, welche Nebenwirkungen und Folgen hat die Therapie, was kann ich selbst tun? Diese und viele andere Fragen bis hin zu der Frage, wie es weitergeht, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist und was Betreuungs- und Patientenverfügungen sind, werden in dem neuen Buch von Sarah Marjorczyk beantwortet, das sie gemeinsam mit 60 namhaften Experten der Deutschen Krebshilfe und Deutschen Krebsgesellschaft geschrieben hat (*siehe dazu auch das Interview auf Seite 21 in dieser Ausgabe*).

Wichtig sind vor allem auch die Empfehlungen, bei der Wahl der Klinik auf zertifizierte Krebszentren zu achten und die Hinweise, wie man eine gute Klinik findet. Das Buch ist fachlich außerordentlich fundiert und gleichzeitig gut verständlich und schafft es, die Patienten mit ihren Fragen, Sorgen und Nöten abzuholen und mitzunehmen. Unterstützt wird dies mit sehr anschaulichen Beispielen von prominenten ehemaligen Krebs-Patienten wie der Schwimmerin Janine Pietsch, dem Schauspieler Michael Lesch, den Handballbrüdern Roth und dem Politiker Manfred Stolpe, die mit einer unglaublichen Offenheit über ihre persönlichen Krebserkrankungen reden. Die verschiedenen Diagnoseverfahren, Befunde und Therapien werden von der Operation über die Chemo- und Strahlentherapie

bis zu personalisierten Therapien gut und verständlich erklärt. Es wird zum Beispiel auch erläutert, warum es persönlich vorteilhaft sein kann, an klinischen Studien teilzunehmen. Im neunten Teil folgen dann Behandlungs-Steckbriefe für die einzelnen Tumorerkrankungen, mit denen das Buch den aktuellen medizinischen Stand der Krebsbehandlung zusammenfasst, was nur dann gelingen kann, wenn man wie Sarah Marjorczyk eine so außerordentliche Autorengruppe im Boot hat, die das breite Feld in dieser Tiefe abdecken kann. Durch die sehr komprimierte Darstellung wird das Lesen



dieses tumorspezifischen Kapitels allerdings anspruchsvoll, und nicht alle werden hier noch folgen können. Mit ausführlichen Darstellungen hätte man aber wahrscheinlich den Umfang des Buchs gesprengt. Insgesamt kann dieses Buch für alle, die bei sich selbst oder bei ihren Angehörigen mit Krebserkrankungen konfrontiert werden, eine wertvolle Hilfe sein.

*Dr. Gerhard Schillinger,
AOK-Bundesverband*

Sarah Marjorczyk: **Das Handbuch gegen Krebs**. 2014. 384 Seiten. 19,95 Euro. Verlag Zabert Sandmann, München.

■ Diabetes-Behandlung: Metformin ist Mittel der ersten Wahl

Es gibt viele Wirkstoffe, die den Blutzucker bei Diabetes Typ 2 senken sollen. Über die Wirksamkeit aber existieren wenig vergleichende Untersuchungen. US-Forscher der Harvard Medical School in Boston werteten nun die Daten einer großen nationalen Krankenversicherung aus. Rund 15.500 Probanden hatten zwischen 2009 und 2013 erstmals Blutzuckersenkter erhalten: 58 Prozent Metformin, 23 Prozent Sulfonylharnstoff, 13 Prozent DPP-4-Hemmer und sechs Prozent Glitazone. Ergebnis der Studie: Die mit Metformin behandelten Diabetiker benötigten seltener ein zusätzliches Medikament. Auch war bei ihnen das Risiko einer Unterzuckerung (Hypoglykämie) geringer.

JAMA Internal Medicine 2014; 174 (12): 1955–1962

■ Therapietreue bei Generika höher als bei Originalpräparaten

Forscher der Harvard Medical School in Boston gingen der Frage nach, inwieweit die Therapietreue von der Art des einzunehmenden Medikaments – Generikum oder Originalpräparat – abhängt. Sie werteten die Daten von rund 90.100 Versicherten aus, die zwischen 2006 und 2008 ein Statin (Cholesterinsenker) verordnet bekommen hatten. 93 Prozent nahmen ein Generikum ein und sieben Prozent ein Originalpräparat. Der als Maß für die Therapietreue gewählte Anteil der Tage, an denen das Präparat eingenommen wurde, war bei den Generika signifikant höher als bei den Originalpräparaten (77 zu 71 Prozent). Zudem lag die Häufigkeit von Klinikeinweisungen, Schlaganfällen oder akuten Herzproblemen bei den Generika-Patienten um acht Prozent niedriger.

Annals of Internal Medicine 2014; 161 (6): 400–407

■ Hämocult-Test: Finanzielle Anreize verhindern Abbruch

Um verstecktes Blut im Stuhl zu entdecken, müssen Patienten beim Hämocult-Test an drei aufeinander folgenden Tagen eine kleine Menge Stuhl auf ein Testbriefchen auftragen. Doch viele brechen den Test vorher ab. Eine US-amerikanische Studie untersuchte nun an 1.549 Patienten, ob finanzielle Anreize daran etwas ändern. Die Forscher gingen in zwei Stufen vor. Zuerst erhielten Patienten bis zu 20 US-Dollar. Das führte zu keiner Verhaltensänderung. Dann konnten die Patienten zwischen fünf Dollar, einem 500-Dollar-Gewinnspiel oder einer eins-zu-zehn Gewinnchance auf 50 Dollar wählen. Ergebnis: Die eins-zu-zehn-Chance auf 50 Dollar reizte am meisten zum vollständigen Test.

Annals of Internal Medicine 2014; 161 (10_Supplement): S35–S43

■ Normalgewichtige mit viel Bauchfett leben gefährlich

Nach einer US-amerikanischen Studie haben normalgewichtige Menschen mit viel Bauchfett das größte Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben. Die Forscher hatten bei 15.500 Herzkranken den Body-Maß-Index und das Fett im Bauch bestimmt. Im Laufe von fünf Jahren starben fast 4.700 Probanden. Die Auswertung der Daten ergab, dass das Sterberisiko der Normalgewichtigen mit dickem Bauch 31 Prozent höher war als bei Übergewichtigen und sogar 57 Prozent höher als bei Fettleibigen mit einer Bauchfett-Menge im Normbereich.

Heart 2014 (doi:10.1136/heartjnl-2014-306238)

Die Zeitschriftenschau hat Thomas Ebel vom AOK-Bundesverband zusammengestellt.

Pflege gehört mit ans Ruder

Medizin, Pflege und Verwaltung bildeten früher das Dreigestirn an der Spitze einer Klinik. Heute gibt der Ärztliche Direktor häufig auch den Pflegechef. Doch die Potenziale seiner Berufsgruppe nutzen dem Management, meint Pflegeexperte **Joachim Prölb**.

Die Frage nach der idealen Leitungsstruktur in deutschen Kliniken wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. Suggestieren noch einige Landesgesetze, dass die drei klassischen Säulen Arzt, Pflege und Administration die Leitungsstruktur im Krankenhaus bilden sollen, sieht die Realität inzwischen anders aus. In vielen Häusern sind Pflegedirektoren beziehungsweise Pflegedienstleitungen weitgehend aus den Geschäftsführungsetagen verbannt worden. Da, wo wenigstens noch die Meinung vorherrscht, die medizinische Kompetenz gehöre auf die oberste Hierarchie-Ebene, wird dem medizinischen Geschäftsführer – einem Arzt mit mehr oder weniger Managementkompetenz – zumeist auch die Verantwortung für die Pflege zugewiesen. Ein großer Fehler, wie ich meine.

Visitenkarten einer Klinik. Natürlich mutet die starre Aufteilung der Klinikleitung in die drei Bereiche Arzt-Pflege-Verwaltung ein wenig antiquiert an, sie wirkt wenig dynamisch. Aber es ist eine äußerst entscheidende Frage, welche Kompetenzen und Erfahrungen in der strategischen und damit obersten Führungsebene vertreten sein müssen.

Der wesentliche Auftrag der Krankenhäuser liegt in der Behandlung, Pflege und Betreuung von Patienten. Das Krankenhaus erfüllt hierbei vielfältige Funktionen. Dazu gehören beispielsweise Notfallversorgung, Diagnostik, Operationen, Prophylaxen, Mobilisation, Speisenversorgung und die Überleitung in weiterbetreuende Einrichtungen. Als eigentliche Kernkompetenz stehen allerdings die ärztliche und pflegerische Behandlung und Betreuung im Vordergrund. Ohne die wichtige Arbeit aller im Krankenhaus beteiligten Berufe und Berufsgruppen schmälern zu wollen: Die Kernkompetenz eines Krankenhauses macht sich vor allem an der Arbeit der dort

tätigen Ärzte und Pflegekräfte fest. Sie sind die Visitenkarten einer Klinik. Auch betriebswirtschaftlich gesehen setzt sich das Hauptprodukt eines Krankenhauses aus den Tätigkeiten dieser beiden Berufsgruppen zusammen. Aus dieser Argumentation heraus ist es logisch, die entsprechenden Führungsebenen dieser Gruppen selbstverständlich an der unternehmerischen Gestaltung an vorderster Linie zu beteiligen.

Pflege hat Anteil am Erfolg eines Krankenhauses. Das Pflegemanagement hat mit seiner klaren Leitungs- und Führungsstruktur und sehr gut ausgebildeten Führungskräften in den vergangenen Jahren eindrucksvoll bewiesen, dass es maßgeblich am Erfolg eines Krankenhauses Anteil hat. Dieser Erfolg ist vielfältig sichtbar. Als Beispiel möchte ich nur die Qualitätsbewertungen von Kliniken nennen: Die pflegerischen Bereiche tragen in vielen Punkten maßgeblich zum Erreichen gesetzter Qualitäts- und Unternehmensziele bei. Dazu gehören etwa die Hygiene-Compliance, Personalentwicklung, Patientensicherheit oder aber die Prozessgestaltung.

Kooperation verbessert Ergebnisse. Die Diskussion, sogar bestimmte pflegerische Funktionsbereiche – insbesondere das Operations- und Anästhesiepflegepersonal – aus der pflegerischen Leitungslinie komplett herauszuziehen und sie dem Ärztlichen Dienst direkt zu unterstellen, ist daher völlig kontraproduktiv. Erfolgsfaktor Nummer eins für patientenorientierte Versorgung ist die kollegiale Zusammenarbeit der Hauptakteure. Die verschiedenen Perspektiven – hier die medizinische, dort die pflegerische – führen bei guter partnerschaftlicher Zusammenarbeit zu einem besseren Ergebnis. Nicht Partikularinteressen dürfen im Vordergrund stehen, sondern eine kooperative Unternehmenskultur. Dadurch lässt sich das Spannungsfeld zwischen optimaler Patientenversorgung, Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit besser beherrschen.

Die Krankenhausträger müssen daher umdenken und die vielen Potenziale, Ideen und Innovationen der Pflegemanagerinnen und -manager in Gestalt echter unternehmerischer Beteiligung nutzen. Anders formuliert: Lasst die Pflegeleitungen mit ans Ruder und die Gefahr, dass der Erfolgskurs einer Klinik aus den Augen gerät, nimmt mit Sicherheit deutlich ab. ■

Joachim Prölb ist Direktor für Patienten- und Pflegemanagement sowie Mitglied des Vorstandes am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). **Kontakt: J.Proelss@uke.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

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

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

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlages. Dies gilt auch für die
Aufnahme in elektronische Daten-
banken und Mailboxen. Für 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. 17
vom 1.1.2015
ISSN 1436-1728



G+G 12/2014

Arzneimittel: Mit Festbeträgen zu fairen Pillenpreisen

Die Arzneimittel-Festbeträge haben viele Väter

Wie in Ihrer Dezemberausgabe zu Recht dargestellt, war die Einführung der Arzneimittel-Festbeträge 1989 ein Meilenstein auf dem Weg zu fairen Pillenpreisen. Sie sind aber keineswegs aus dem Nichts entstanden. Vielmehr basierten sie auf vielfältigen Analysen, die sich nach Heiner Geißlers Diagnose der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ aus den 1970er Jahren über zwei Jahrzehnte angesammelt hatten. Insofern standen die im Bundesarbeitsministerium zuständigen Fachreferenten bei der Konzeptionierung nicht mit leeren Händen da. Erst später im Gesetzgebungsverfahren erfuhren diese von einer Empfehlung des Ökonomen Professor Frank E. Münnich, der im Jahr 1983 bei Leistungen mit Marktpreisen (Arzneimittel) eine differenzierte Selbstbeteiligung (Indemnitätslösung) vorgeschlagen hatte. Besagter Ökonom war zu Zeiten des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 hauptamtlicher Lobbyist im Dienste der Pharmaindustrie (MPS) – zum Vergnügen von Minister Norbert Blüm, wenn er in Diskussionen auf den Professor traf. Unschätzbare Verdienste haben sich Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei der Erarbeitung der rechnerischen Umsetzung im Verfahren der Festbetragsbildung erworben. Mul-

tipl Regression, Cobb-Douglas-Funktion, iterative Klassifizierung und andere gesundheitsökonomische Methoden sind darüber hinaus für die Industrie Anlass gewesen, Horden von Mathematikern anzuheuern – neue Arbeitsplätze also. Bei der Umsetzung verließ einige GKV-Vertreter aber auch schon mal der Mut: Ende 1988 versuchte die Industrie, die GKV-Spitze zu „konsensualen“ Festbeträgen zu überreden, das heißt zur Umsetzung mit geringeren Einsparungen aber dafür ohne das Risiko langwieriger Rechtsstreite. Das „obszöne“ Angebot scheiterte schließlich am Bundeskartellamt, das in die laufenden Gespräche intervenierte. Einen zu Unrecht wenig beachteten Anteil am Erfolg hatten weit-sichtige Juristen im Bundesarbeitsministerium, die im Sozialgesetzbuch V regelten, dass Festbeträge nicht durch ein-stweilige Anordnungen gestoppt werden können. Am Ende traten die einzelnen Festbetragsgruppen trotz der Rechtsstreite in Kraft, bis das Bundesverfassungsgericht am 17. Dezember 2002 (Aktenzeichen 1 BvL 28/95) und schließlich der Europäische Gerichtshof am 16. März 2004 (Aktenzeichen C-264/01) die Vereinbarkeit der Festbeträge mit deutschem und europäischen Recht bestätigten. Das freute auch Horst Seehofer, den Nachfolger Norbert Blüms in der Gesundheitspolitik: „Nach wie vor halte ich die Einführung der Festbeträge für eine geniale Idee, die ich immer verteidigt habe. Vielleicht die einzige in den letzten 20 Jahren!“ Wo er Recht hat, hat er Recht.
W. H.-B., Köln

BECKs Betrachtungen



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

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



Zeitschriftenverleger
gemeinsam für Pressefreiheit.

VDZ

Verband Deutscher
Zeitschriftenverleger

JETZT
zur AOK!

Warum zur AOK?

**„Weil die für mich da sind, wenn
Mama mal nicht da sein kann“**

Wir sind da, wenn's drauf ankommt. Zum Beispiel mit der Haushaltshilfe im Krankheitsfall. Nur einer von vielen Gründen, warum sich der Wechsel zur AOK für Sie lohnt.

Gesundheit in besten Händen

www.zur-aok.de