



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

REPORTAGE

Wie Indien Kinder
vor Polio schützt

ANALYSE

Warum die Diagnose
Depression zunimmt

Wünsche für den Wettbewerb

20 Jahre freie Kassenwahl –
eine kritische Bilanz

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Sitz Rheinland
Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter
Pressesprecher: André Schall

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf
ellen.vonitter@rh.aok.de
andre.schall@rh.aok.de

Tel. 0211/8791-1038
0211/8791-1539
Fax: 0211/8791-1145

Sitz Hamburg
Pressesprecherin: Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

Tel. 0800/10590-11144
Fax: 0800/10590-02-104

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg
presse@san.aok.de
anna-kristina.mahler@san.aok.de

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

www.aok-presse.de



Soziale Praxis statt Studium

Ein Krankenpfleger muss viel können, aber er braucht nicht unbedingt ein Studium, meint **Julian Nida-Rümelin**. Der Philosoph warnt vor einem Akademisierungswahn, der den Mangel an Fachkräften noch verstärken werde.

Der Bedarf an hochqualifizierten Fachkräften in Deutschland bleibt ungebremst. Das Bundesinstitut für Berufsbildung prognostiziert für die nächsten Jahre einen wachsenden Mangel an Lehrlingen und zugleich einen zunehmenden Überhang an Akademikern. Die Zahlen sind durchaus dramatisch: In einem Zeitraum von 15 Jahren bis 2030 werden insgesamt über vier Millionen Arbeitsplätze im Bereich nicht-akademischer Fachkräfte nicht wieder besetzt werden können. Der Bedarf an Akademikern wird gleichzeitig trotz der demografischen Schrumpfung vom Angebot um mehr als eine Million übertroffen. Besorgniserregend ist die Entwicklung vor allem im Bereich der Pflege, da hier der demografische Wandel in doppelter Weise wirksam wird: Während die Nachfrage nach professioneller Pflege im Zuge der Bevölkerungsalterung steigt, sinkt das Arbeitskräftepotenzial, aus dem der Bedarf nach Pflegefachkräften gedeckt werden kann. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung schätzt, dass sich der Bedarf an Fach- und Hilfskräften in der Pflege bis 2050 im Extremfall auf bis zu 1,5 Millionen Vollzeitkräfte mehr als verdoppeln könnte. Ende 2011 lag der Bedarf noch bei 673.000.

Überall also wird nach nicht-akademischen Fachkräften und zunehmend auch nach Lehrlingen gesucht. Immer mehr Stellen bleiben unbesetzt. Allen Verantwortlichen müsste längst klar geworden sein: Wenn sich diese Entwicklung so fortsetzt, ist das duale System, das im Ausland so viel gelobte Modell der beruflichen Bildung, in Deutschland nicht zu retten. Währenddessen aber wurde in den vergangenen Jahren die berufliche Bildung aufgrund des grassierenden Akademisierungswahns vernachlässigt. Zu diesem Wahn gehört die fixe Idee, dass nur ein akademisches Studium für den globalisierten und hoch mobilen Arbeitsmarkt der Zukunft vorbereiten könne. Tätigkeiten mit hohem Wiederholungsgrad würden in Zukunft weniger nachgefragt, daher verliere die berufliche Bildung an Bedeutung. Das ist eine realitätsferne Vorstellung,

**Der Bedarf an
Pflegeprofis könnte
sich bis 2050
mehr als verdoppeln.**

schon deswegen, weil es zahlreiche akademische Berufe mit einem hohen Anteil repetitiver Tätigkeiten gibt und zahlreiche nicht-akademische Berufe, die Improvisationstalent, eine schnelle Auffassungsgabe und hohe Mobilität verlangen. Im Kern des Akademisierungswahns steht die Abwertung aller Berufstätigkeiten, ja generell von Aktivitäten, die haptischer oder sozialer Natur sind, die eine Nähe zu Dingen oder Menschen verlangen. Bildung wird als zunehmende Distanz missverstanden und alles abgewertet, was diese Distanz nicht herstellt.

Gerade die soziale Praxis in nicht-akademischen Berufsfeldern setzt ein hochkomplexes Wissen voraus. Dessen Komplexität kann in vielen Fällen nicht sprachlich repräsentiert werden, erst recht nicht in einer Sprache der wissenschaftlichen Disziplin, die gegenüber der Vielfalt lebensweltlich gebrauchter Begriffe immer vergleichsweise arm ist. Wer einer umfassenden Akademisierung das Wort redet, wer sich dafür einsetzt, dass immer mehr Berufsbildungsgänge an die Hochschulen verlagert werden, verfolgt implizit eine Abkehr unseres Bildungswesens vom Konkreten, vom Haptischen, vom Handwerklich-Technischen, vom Sozialen. Es ist fraglich, ob der Krankenpfleger, der einen Bachelor-Studiengang Pflege absolviert hat, mit Patienten besser umgehen kann als derjenige, der eine intensive praktische Erfahrung unter Anleitung erfahrener Pflegekräfte hinter sich hat.

Der Übergang von der zutreffenden These, dass Krankenpfleger ein anspruchsvoller Beruf sei, zu der Schlussfolgerung, dass Krankenpfleger deswegen ein wissenschaftliches Studium absolvieren müssten, beruht auf einem intellektualistischen Fehlschluss. Es ist zweifellos zutreffend, dass nicht nur Krankenpfleger, sondern so gut wie alle betreuenden, heilenden und pflegenden Berufstätigkeiten von der Wiege bis zur Bahre eine extrem hohe Qualifikation voraussetzen. Weniger plausibel ist, dass diese gerade durch ein wissenschaftliches Studium am besten vermittelt wird. ■



Prof. Dr. Julian Nida-Rümelin, lehrt seit 2004 Philosophie und politische Theorie an der Universität München. Julian Nida-Rümelin war von 1998 bis 2001 Kulturreferent der Stadt München. Im Januar 2001 ernannte ihn der damalige Bundeskanzler Gerhard Schröder zum Staatsminister im Bundeskanzleramt mit dem Aufgabengebiet Kultur und Medien. In diesem Amt blieb er bis Oktober 2002. Von 2009 bis 2013 war er Mitglied des Parteivorstandes der SPD. Mit Buch-Publikationen wie „Der Akademisierungswahn. Zur Krise beruflicher und akademischer Bildung“ (2014) mischt sich Nida-Rümelin in die Bildungsdebatte ein.

Kontakt:
www.julian.nida-ruemelin.de

Schlechte alte Zeiten



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Die Älteren unter uns erinnern sich noch: Wir telefonierten mithilfe der Deutschen Bundespost, heizten mit Gas vom örtlichen Stadtwerk, durften uns am Samstagabend zwischen drei öffentlich-rechtlichen Programmen entscheiden und die richtige Krankenkasse fanden wir (fast) alle per Gesetz. Arbeiter waren bei der Ortskrankenkasse versichert, Handwerker bei der IKK und Ingenieure bei der Techniker.

Zurück zu diesen „guten alten Zeiten“ will heute wohl niemand mehr. **Zwar umwerben viele Krankenkassen wie vor 20 Jahren junge und gesunde Versicherte immer noch lieber, als sich um Ältere und chronisch Kranke zu kümmern.** Doch Kassen, die sich wie Behörden benehmen und ohne entsprechende Gegenleistung einfach nur ihre Beiträge erhöhen, bekommen im Wettbewerb die Quittung und verlieren Mitglieder. Erfreulich, dass bei der Kassenwahl offenkundig immer mehr Versicherte auf Leistung und Service schauen und nicht mehr nur auf den Preis, wie der neue WidOmonitor nahelegt, der dieser Ausgabe beiliegt.

An diesem positiven Fazit nach zwei Jahrzehnten Kassen-Wahlfreiheit ändert auch die Tatsache nichts, dass der Wettbewerb um die beste Versorgung mithilfe innovativer Verträge ausbaufähig ist. Noch immer mangelt es vielfach an Koordination und Kommunikation, **noch immer behandeln Haus- und Fachärzte, Kliniken und Pflegedienste allzu oft nebeneinander her.** Aber wäre das heute in einem System der Zuweisungskassen und kassenärztlichen Monopole anders? Wohl kaum. Manchmal ist es eben gut, wenn (schlechte) alte Zeiten vorüber sind.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen,


henkelhoving@kompart.de



Kommunikation über Korruption: SPD-Parlamentarier Edgar Franke (links) erläutert Thomas Hommel ab Seite 28 im G+G-Interview, warum Gesetzesregeln gegen unlautere Mediziner nötig sind.

MAGAZIN

14 ZUVIEL SÜSSES STÖSST SAUER AUF

Der Schein trügt: Müsli, Joghurt & Co. enthalten oft viel zusätzlichen Zucker. Die Briten machen Deutschland vor, wie eine Anti-Zucker-Strategie funktioniert.
Von Kai Kolpatzik

16 KLUGE KÖPFE FÜR BESSERE GESUNDHEIT

Ihr Rat ist geschätzt, aber häufig unbequem: Die Gesundheitsweisen lösen immer wieder gesellschaftliche Debatten aus – und das seit 30 Jahren.
Von Gabriele Hilger

17 SELBSTHILFE ÖFFNET SICH FÜR JÜNGERE

Mehr neue Medien, weniger Stuhlkreis: Youtube, App und Internet helfen, junge Menschen für die Selbsthilfe zu begeistern, so Experten auf einer Tagung.
Von Otmar Müller

18 NEUE REGELN IM NEUEN JAHR

Qualitätsanreize für Kliniken, Beratung für pflegende Angehörige, Servicestellen für Arzttermine: Anfang dieses Jahres sind viele Neuerungen in Kraft getreten.
Von Thomas Hommel

20 BLOCKBUSTER AUF DEM PROGRAMM

Berliner Spitzentreffen: Beim diesjährigen Deutschen Pflorgetag erörtern Politiker und Pflegefachleute, wie sich die Versorgung Pflegebedürftiger verbessern lässt.
Von Thomas Hommel

21 „WIR SOLLTEN AUF FAMILIEN ZUGEHEN“

Wie es Kindern und Jugendlichen gesundheitlich geht, untersucht das Robert Koch-Institut. Die Ergebnisse der Studie lassen sich gezielt für die Prävention nutzen, sagt Gesundheitswissenschaftlerin Heike Hölling.



30

Analyse: Warum die
Diagnose Depression
zunimmt

TITEL

22 WÜNSCHE FÜR DEN WETTBEWERB

Die freie Kassenwahl feiert 20-jährigen Geburtstag. Doch zu reinem Jubel besteht kein Grund. Ist doch der Wettbewerb noch nicht so richtig aufgeblüht.

Von Klaus Jacobs

THEMEN

28 „WIR SCHÜTZEN DIE EHRlichen ÄRZTE“

Korruption im Gesundheitswesen soll künftig unter Strafe stehen. Das schützt Ärzte, Apotheker und Pflegekräfte mit weißen Westen vor den schwarzen Schafen, sagt SPD-Gesundheitspolitiker Edgar Franke.

30 SEELENSCHATTEN IM LICHT DER ZAHLEN

Angststörung, Burnout, Depression – Fehlzeiten wegen psychischer Leiden steigen. Studien aber belegen: Die Zahl der Erkrankten ist nahezu konstant.

Von Sveja Eberhard

36 EIN TROPFEN FÜR'S LEBEN

In Indien infizierten sich früher Hunderttausende Kinder mit Polio. Mit einer großen Impfkampagne rottet das Land die Krankheit peu à peu aus.

Von Martina Merten

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Teilzeitkrank bei der Arbeit?
- 11 **Kommentar** Ärztestreit: Geringe Heilungschancen
- 42 **Recht** Bundesausschuss: Verfassungsbeschwerde verworfen
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** E-Health: Apps nicht einfach verordnen
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Bestandsaufnahme: Wie sich die freie Kassenwahl auf den Vertragswettbewerb auswirkt



Interview: Warum sich der SPD-Gesundheitspolitiker Edgar Franke für das Anti-Korruptionsgesetz stark macht



Reportage: Wie Indien der Kinderlähmung zu Leibe rückt

KLEINE ANFRAGE Kunststoffe im Visier

Hormonell wirksame Substanzen sind Gegenstand einer Anfrage der Grünen-Bundestagsfraktion. Die sogenannten endokrinen Disruptoren – Stoffe, die durch Veränderung des Hormonsystems die Gesundheit schädigen können, wenn sie in einer wirksamen Dosis in den Körper gelangen – kämen in vielen Alltagsprodukten wie Spielzeug, Kleidung, Kosmetika oder Plastikflaschen vor. Es seien bis zu 800 Stoffe bekannt, für die eine entsprechende Wirkung nachgewiesen oder vermutet werde. Dazu gehörten Weichmacher in Kunststoffen. Die Substanzen fänden sich aber auch in Pestiziden und Bioziden. In einer Studie würden die Kosten, die aus Gesundheitsschäden und Krankheiten im Zusammenhang mit endokrinen Disruptoren resultierten, allein für Deutschland auf rund 100 Milliarden Euro beziffert. Die Abgeordneten wollen nun wissen, wie die Bundesregierung die Gefahren einschätzt und wie sie mit dem Problem umzugehen gedenkt. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/6982

PRÄVENTION BGF-Investitionen steigen kräftig

68 Millionen Euro hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2014 in Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) investiert. Das waren knapp 25 Prozent mehr als 2013. Der Löwenanteil stammt von den AOKs. Von dem Engage-ment profitierten laut GKV-



Wohl bekomms! Die Grünen wollen wissen, ob Plastikflaschen die Gesundheit gefährden.

Präventionsbericht rund 1,2 Millionen Beschäftigte in mehr als 11.000 Betrieben. Über ein Drittel der BGF-Aktivitäten entfielen auf das verarbeitende Gewerbe. An zweiter Stelle stand das Gesundheits- und Sozialwesen. ■

MEHR INFOS:
www.gkv-spitzenverband.de
> **Krankenversicherung**
> **Prävention**

GROSSBRITANNIEN Berufsverbände beklagen Ärzteflucht

Im staatlichen Gesundheitsdienst Großbritanniens, dem National Health Service (NHS), bleibt etwa jede zehnte Vollzeitstelle für Hausärzte derzeit unbesetzt. Berufsverbände sprechen bereits von Ärzteflucht, da es viele Mediziner ins Ausland statt in heimische Praxen ziehe. Laut Gesundheitsministerium fehlen landesweit mehrere tausend Ärzte. War der Hausarztmangel vor einigen Jahren noch auf ländliche Regionen beschränkt, fehlten inzwischen auch in London, Manchester und Birmingham Allgemeinärzte. Zwei Drittel aller staatlichen

Hausarztpraxen gab bei einer Umfrage an, dass die Praxis es schwer oder sehr schwer habe, qualifizierte Kolleginnen und Kollegen zu finden, die bereit seien, für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten. ■

QUALITÄT Wechsel-Op-Studie ausgezeichnet

Eine in Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) erstellte Studie zur Ergebnisqualität in der Revisionsendoprothetik ist mit dem Versorgungsforschungspreis 2015 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie ausgezeichnet worden. Die Analyse basiert auf AOK-

Routinedaten, die das WIdO bereitgestellt hat. Die Studie belegt, dass die Auswertung von Routinedaten die externe Qualitätssicherung in der Revisionsendoprothetik sinnvoll ergänzen kann, da sie auch Komplikationen transparent macht, die erst nach dem Klinikaufenthalt auftreten. An der Studie waren Ärzte der Orthopädischen Klinik Volmarstein in Nordrhein-Westfalen und der Fachlinken für Orthopädie der Uniklinika in Bonn, Bochum und Münster sowie das WIdO und die Ludwig-Maximilians-Universität München beteiligt. Wechselseingriffe bei künstlichen Hüftgelenken haben zuletzt stark zugenommen. Im Jahr 2014 gab es mehr als 26.000 solcher Operationen. ■

kurz & bündig

+++ WEITERBILDUNG: Rund 7.300 Ärzte haben im Jahr 2014 finanzielle Hilfe aus dem Förderprogramm zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erhalten – mehr als 4.900 Mediziner im ambulanten und über 2.400 im stationären Bereich. Das geht aus dem fünften Evaluationsbericht des Förderprogramms hervor. Laut Bericht flossen 2014 rund 116 Millionen Euro in das Programm. **+++ ZAHNERSATZ:** Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband haben den Punktwert bei Zahnersatz und Zahnkronen für das laufende Jahr angepasst. Demnach wird der Punktwert für 2016 um 2,95 Prozent gegenüber dem Wert für 2015 erhöht. Konkret steigt der Punktwert von 0,8358 Euro (2015) auf 0,8605 Euro (2016).



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2015 mit allen Extras



Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2015? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2015 von Gesundheit und Gesellschaft (G+G) mit allen Spezial-Beilagen und G+G-Wissenschaft als Jahresband an. Zweieinhalb Kilo Gesundheitspolitik auf knapp 800 Seiten mit Jahresinhaltsverzeichnis – ein wertvolles Nachschlagewerk für alle am Gesundheitswesen Interessierten. **Der Preis: 30 Euro** inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand.

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

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

Selbstverständlich auch mit dabei: G+G-Spezial 11/2015 „Doktors digitale Helfer“

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

- den kompletten G+G-Jahrgang 2015 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2015 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.

FORSCHUNG

Einblicke in die digitale Arbeitswelt

Mit modernen Gesundheitsangeboten für Arbeitnehmer beschäftigt sich ein neues Forschungsprojekt an der Uni Heidelberg. Angesichts der Digitalisierung und Dynamisierung der Berufswelt wollen die Wissenschaftler unter der Leitung des Arbeitspsychologen Professor Dr. Karlheinz Sonntag herausfinden, welche Folgen die ständige Erreichbarkeit durch Smartphones für Beschäftigte hat. Außerdem geht es um die Auswirkungen psychischer Beanspruchung bei Fach- und Führungskräften sowie die Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit. Zudem sollen Möglichkeiten der Nutzung von Assistenzsystemen und Robotern unter-



Immer erreichbar: Ein Forschungsprojekt geht den Folgen nach.

sucht werden. Darauf aufbauend wollen die Forscher Lösungen entwickeln und in Betrieben erproben, die zu einer gesunden Arbeitsgestaltung beitragen. Das auf drei Jahre angelegte Vorhaben wird vom Bundesforschungsministerium mit 1,7 Millionen Euro gefördert. ■

Zitat des Monats

Die ständige Sorge um die Gesundheit ist auch eine Krankheit.

Platon (427–347 v. Chr.), griechischer Philosoph

AUSSCHREIBUNG

Vorbildliche Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin verleiht 2016 zum neunten Mal den mit 10.000 Euro dotierten „Anerkennungs- und Förderpreis für Ambulante Palliativversorgung“. Anträge für den Preis können noch bis Ende März beim Präsidenten der DGP eingereicht werden. Die

und fördert zugleich eine Weiterführung entsprechender Angebote. Die Projekte sollten einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Palliativversorgung leisten. ■

MEHR INFOS:

www.dgpalliativmedizin.de
> Förderpreise

PFLEGE-GENERALISTIK

Kinderärzte schlagen Alarm

Die spezialisierte Ausbildung zur Kinderkrankenschwester sollte nach Einschätzung von Deutschlands Kinderärzten unbedingt beibehalten werden. Kranke Kinder hätten ein Recht, so gut wie möglich medizinisch versorgt zu werden. „Eine Pflegekraft, die in ihrer Ausbildung hauptsächlich gelernt hat, alte Menschen zu betreuen, kann nicht plötzlich Frühgeborene, Kleinkinder oder auch Jugendliche kompetent pflegen“, sagte der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Thomas Fischbach. Der Verband kritisiert den aktuellen Referentenentwurf zur Reform des Pflegeberufs, der vorsieht, die Fachausbildung zur Kinderkrankenschwester abzuschaffen. Künftig soll es dann nur noch eine generelle Pflegeausbildung geben. Eine bewährte Fachausbildung dürfe aber nicht kaputt refor-

miert werden, so Fischbach. Viele Erkrankungen von Kindern existierten bei älteren Menschen nicht, andere träten mit völlig unterschiedlichen Symptomen in verschiedenen Lebensaltern auf. Kranke Kinder hätten außerdem andere psychische Bedürfnisse als kranke Erwachsene. Der Ärzteverband rief dazu auf, eine entsprechende Online-Petition an den Bundestag zu unterzeichnen. ■

MEDIKATION

Regierung sieht ARMIN als Vorbild

Der im geplanten E-Health-Gesetz vorgesehene Medikationsplan ließe sich in absehbarer Zeit deutlich erweitern. So werde mit dem Modellprojekt ARMIN bereits eine geregelte Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern im Medikationsmanagement erprobt, die genutzt werden könne, teilte die Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke mit. Der gezielte Informationsaustausch zwischen Ärzten und Apothekern trage klar zu einer besseren Arzneimittelsicherheit bei. Schwerpunkte des Modellprojekts ARMIN, das die AOK PLUS gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Sachsen und Thüringen sowie den dortigen Landesapothekerkammern initiiert hat, liegen auf der stufenweisen Erprobung der ärztlichen Wirkstoffverordnung, einem Medikationskatalog mit Empfehlungen für Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen sowie dem Medikationsmanagement für multimorbide Patienten mit chronischen Leiden. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache 18/6990

Teilzeitkrank bei der Arbeit?

Die Gesundheitsweisen regen an, die in Deutschland geltende Alles-oder-Nichts-Regel beim Krankenschein zu kippen. Was meinen Sie: Sollten sich Beschäftigte auch teilweise krankschreiben lassen?



PROFESSOR DR. FERDINAND M. GERLACH, *Vorsitzender des Gesundheits-Sachverständigenrates*: Für eine schwangere Verkäuferin, die noch vier, aber nicht mehr acht Stunden stehen kann, haben wir derzeit keine Lösung. Auch die medizinisch häufig sinnvolle stufenweise Rückkehr von Patienten mit Depression oder Rückenleiden ist in Deutschland leider erst ab der siebten Woche möglich. Wir wollen für ausgewählte Fälle und nur mit Einverständnis des Patienten eine zusätzliche Möglichkeit und damit mehr Flexibilität und Alltagsnähe im Berufsleben eröffnen. In Schweden gibt es die Teil-Arbeitsunfähigkeit bereits seit 25 Jahren. Sie wurde wegen ihres Erfolgs inzwischen auch in Dänemark, Finnland und Norwegen eingeführt.

ANNELIE BUNTENBACH, *Mitglied im Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes*: Aktuell lehnen wir die Einführung eines Teilkrankengeldes ab. Dass die Entscheidung über Teilarbeitsfähigkeit im Konsens mit dem Erkrankten getroffen werden soll, klingt gut, wirft aber Fragen auf: Wie freiwillig sind Selbsteinschätzungen von Arbeitnehmern unter ökonomischem Druck und einer „Kultur“ des Präsentismus? Wie qualifiziert sind Hausärzte in Fragen der Arbeitswelt, um Teilarbeitsfähigkeiten zu attestieren? Wir halten den Auf- und Ausbau notwendiger Versorgungsstrukturen und verlässlicher sozialer Absicherung für drängender als gestaffeltes Krankengeld, das schon heute teilweise nicht ausreicht.



ALEXANDER GUNKEL, *Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*: Die Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs beim Krankengeld enthalten viele gute Ansätze. Der Gesetzgeber sollte die vom Sachverständigenrat kritisierten Fehlanreize zur vollen Ausschöpfung des Krankengeldanspruchs beseitigen. Die Überlegungen zur Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit sind durchaus diskussionswürdig, wenn dabei angemessen berücksichtigt wird, dass die betrieblichen Möglichkeiten zur Beschäftigung von erkrankten Mitarbeitern Grenzen unterliegen.

KATHRIN VOGLER, *gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Die Linke*: Beim Vorschlag einer Teilkrankschreibung muss genauestens hingeschaut werden, denn auf die Beschäftigten lauern große Gefahren: Wer haftet bei Fehlern eines teil-krankgeschriebenen Mitarbeiters? Droht eine Abmahnung, wenn der Rücken schon nach zwei statt vier Stunden unerträglich schmerzt? Wie kann sichergestellt werden, dass eine Arbeitsausübung trotz (Teil-)Krankheit stets freiwillig erfolgt? Schließlich gibt es ja bereits das Hamburger Modell, das Beschäftigten nach längerer Krankschreibung ermöglicht, stufenweise wieder in die Arbeit einzusteigen. Ein Teilzeit-Krankenschein scheint mir für kranke Beschäftigte nicht hilfreich und für Betriebe schwer umzusetzen.



UMFRAGE

Ebbe im Geldbeutel löst Stress aus

Starker innerer Druck macht eigenen Angaben zufolge knapp einem Viertel aller Bundesbürger zu schaffen. Das geht aus einer Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung unter 27.000 Verbrauchern aus insgesamt 22 Ländern hervor – darunter auch Deutschland. Die Befragten wählten dabei aus



kräfte erfahren, dass eine Tätigkeit sich im Nachhinein als wenig sinnhaft oder nutzlos herausstellt. Für die Studie befragte das Forschungsteam des Instituts für Arbeitsrecht und Arbeitsbeziehungen in der Europäischen Union mehr als 100 Hilfskräfte. Einer zufällig bestimmten Gruppe wurde im Lauf der Befragung mitgeteilt, dass kaum Interesse an der Verwendung des mit ihrer Unterstützung erstellten Unternehmensarchivs besteht. Ihre Arbeit sei somit weitgehend überflüssig. Einer anderen Gruppe wurde diese Information vorenthalten. Die über die „Sinnlosigkeit“ informierten Arbeitskräfte zeigten sich bei einer anschließenden Arbeitsaufgabe weniger motiviert als die Vergleichsgruppe. Darüber hinaus ließen sie mehr Enttäuschung und andere negative Gefühle erkennen. ■

KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

PID-Verfahren kaum genutzt

einer Liste unterschiedliche Ursachen von Stress aus. Dazu gehörten beispielsweise Schlafmangel, Arbeitsbelastung, Gesundheit und persönliche Vermögensverhältnisse. Etwa 19 Prozent der Befragten nannten das ihnen zur Verfügung stehende Geld als Stressfaktor. Auch zu wenig Schlaf und die tägliche Arbeitsbelastung wurden von jeweils 15 Prozent der Befragten genannt. ■

Die Nutzung der in Deutschland unter strengen gesetzlichen Auflagen erlaubten Präimplantationsdiagnostik (PID) bleibt bisher klar hinter den anfänglichen Erwartungen zurück. Aufgrund der im Ausland gemachten Erfahrungen war von jährlich 200 bis 300 Anträgen auf eine solche molekulargenetische Untersuchung ausgegangen worden, wie aus einer Unterrichtung der Bundesregierung an den Bundestag hervorgeht. Tatsächlich waren es im Jahr 2014 sehr viel weniger. Der Zentralstelle zur Dokumentation der Verfahren wurden den Angaben zufolge für das betreffende Jahr 13 Anträge auf PID gemeldet. ■

WORK-LIFE-BALANCE

Sinnfreie Arbeit demotiviert

Wissenschaftler der Universität Trier haben herausgefunden, dass die Motivation stark leidet, wenn Arbeits-

DROGENBEAUFTRAGTE

Angebote gegen Internet-Sucht

Die Bundesregierung feilt offenbar an einer Strategie zur Bekämpfung von Online-Sucht. Ziel müsse ein maßvoller Umgang und eine gesunde „Online-Offline-Balance“ mit den neuen Medien sein, berichtet das Nachrichtenmagazin „Spiegel“ und zitiert dazu aus einem Brief der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, an die Unions-Bundestagsfraktion. Neben Präventionsangeboten seien „passende Behandlungsmöglichkeiten“ für eine wachsende Zahl von Betroffenen zu schaffen. ■

MEHR INFOS:

www.bund.bmg.de >
Drogenpolitik

ERNÄHRUNG

Pasta und Fleisch am beliebtesten

Die Bundesbürger freuen sich am meisten, wenn Spaghetti und Fleisch auf ihrem Speiseplan stehen. Einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa zufolge kommen bei vier von fünf Deutschen (83 Prozent) Fleischprodukte mehrmals wöchentlich auf den Tisch – vor allem bei Männern und stärker in den neuen Ländern. Nur sechs Prozent der Frauen und lediglich ein Prozent der Männer geben an, nie Fleisch zu essen, wie aus dem von Bundesagrarminister Christian Schmidt (CSU) vorgelegten Ernährungsreport 2016 hervorgeht. Voll im Trend liegen artgerechte Tierhaltung und Regionales: Fast alle Befragten wären bereit, für Fleisch aus tiergerechter Haltung tiefer in die Tasche zu greifen. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **WOLF-DIETER LUDWIG**, 63, hat erneut den Vorstandsvorsitz der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) übernommen. Der habilitierte Internist mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie und Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am Helios Klinikum Berlin-Buch bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2007. Zugleich ist er Mitglied im Management Board der Europäischen Arzneimittel-Agentur. Professor Ludwig zur Seite steht als AkdÄ-Vorstands-Vize der niedergelassene Allgemeinmediziner Professor Dr. Wilhelm Niebling.

+++ **MATTHIAS JENA**, 54, steht als neuer alternierender Vorsitzender an der Spitze des Verwaltungsrates der AOK Bayern. Der Versichertenvertreter löste Fritz Schösser ab, der Mitglied des Verwaltungsrates der bayerischen Gesundheitskasse bleibt und seine Funktionen beim AOK-Bundesverband und dem GKV-Spitzenverband beibehält. Matthias Jena ist Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes Bayern und gehört der paritätischen Selbstverwaltung der AOK Bayern seit September 2011 an. Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender arbeitgeberseits ist Ivor Parvanov.



+++ **DETLEF LAMM**, 51 (li.), ist neuer Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen. Der bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende übernahm das Amt von Fritz Müller, der Ende 2015 in den Ruhestand verabschiedet worden ist (siehe Seite 44). Lamm arbeitet seit 1984 für die Gesundheitskasse. Seine berufliche Karriere begann bei der AOK Waldeck-Frankenberg. 1998 wurde er Leiter der Regionaldirektion Nordhessen, 2002 Hauptabteilungsleiter „Gesundheitspartner stationäre medizinische Versorgung“, 2003 Bevollmächtigter des Vorstandes und 2011 Vorstands-Vize der AOK Hessen. Neuer stellvertretender Vorstandsvorsitzender ist **DR. MICHAEL KARNER**, 46 (re. oben). Der Biologe war zunächst als Berater tätig, bevor er bei der hessischen Gesundheitskasse die Leitung der Hauptabteilungen „Krankenhaus, Rehabilitation, Fahrkosten“ und „Integratives Leistungsmanagement“ übernahm. 2011 wurde er Bevollmächtigter des Vorstandes. Neue Bevollmächtigte des Vorstandes ist **DR. ISABELLA ERB-HERRMANN**. Sie arbeitete nach ihrem Studium der Betriebs- und Produktionswissenschaften in Zürich zunächst bei großen Unternehmensberatungsfirmen. 2012 kam sie zur AOK Hessen und leitete dort die Hauptabteilung „Integratives Leistungsmanagement“.



+++ **TOM ACKERMANN**, 45, steht als neuer Vorstandsvorsitzender an der Spitze der AOK NORDWEST. Der Diplom-Kaufmann trat die Nachfolge von Martin Litsch an, der als neuer Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes nach Berlin wechselte. Als stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST bestätigte der Verwaltungsrat der Gesundheitskasse **DR. MARTINA NIEMEYER**, 49. Tom Ackermann war seit zwei Jahren



als Mitglied des Vorstandes für die Bereiche Personal, Finanzen sowie IT- und Interner Service verantwortlich. Die promovierte Physikerin Martina Niemeyer gehörte dem Vorstand der Gesundheitskasse seit Januar 2008 an und wurde Anfang des Jahres 2014 stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST.



+++ **JÜRGEN PETER**, 52, ist vom Verwaltungsrat der AOK Niedersachsen für weitere sechs Jahre als Vorstandsvorsitzender bestätigt worden. Der promovierte Betriebswirt führt die Geschäfte der Gesundheitskasse seit elf Jahren. Dr. Peter arbeitet seit 1996 für die AOK Niedersachsen. Als Geschäftsführer Unternehmensentwicklung und Leiter Zentralcontrolling war er für die Reorganisation der AOK Niedersachsen und ihre Konsolidierung verantwortlich. Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Erlangen-Nürnberg und Berater von Industriebetrieben.

Gesundheitsversorgung



Klauber, Günster, Gerste, Robra, Schmacke (Hrsg.)

Versorgungs-Report 2015/2016

Kinder und Jugendliche

- **Schwerpunktthema:** Aktuell und relevant für die Gesundheitsversorgung
- **Versorgungs-Monitoring:** Analysen zu häufigen Krankheiten und Therapien
- **Statistikteil:** Nützliche und exklusive Daten als Diskussionsgrundlage

2016. 485 Seiten, 59 Abb., 69 Tab., kart., mit Online-Zugang
€ 54,99 (D)/€ 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3144-8

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Im Versorgungs-Report 2015/2016 geben Ärzte, Epidemiologen, Versorgungsforscher und Präventionsexperten einen Überblick über die gesamte Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen. Der Report stellt dar, welchen gesundheitlichen Problemen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind, wie diese behandelt werden und welche Trends zu verzeichnen sind. Werden Kinder und Jugendliche zu schnell operiert und einem zu hohen Strahlenrisiko ausgesetzt? Fachexperten verschiedener Disziplinen gehen dieser Frage bei den häufig durchgeführten Mandel- und Blinddarmoperationen sowie bei den radiologischen Untersuchungen anhand empirischer Daten der größten deutschen Krankenkasse nach. Weiter beleuchtet der Report die Themen Psychopharmakaverbrauch und die Behandlung von ADHS und Autismus. Das Werk liefert neue Erkenntnisse zu folgenden Punkten:

- Krankheiten sowie häufige und relevante Therapien bei Kindern und Jugendlichen
- Forschungsstand zu Prävention und Förderung sozial benachteiligter Kinder
- Beispiele für Präventionsansätze in der Region

Im „Versorgungs-Monitoring“ analysieren namhafte Experten die Gesundheitsleistungen und Versorgungsqualitäten zu Depressionen und Prostata-Operationen bei Erwachsenen.



Jacobs, Kuhlmeiy, Groß, Klauber, Schwinger (Hrsg.)

Pflege-Report 2016

Die Pflegenden im Fokus

- **Wertvolle statistische Informationen** zur Versorgung Pflegebedürftiger
- **Renommierte Autoren** aus der Gesundheits- und Pflegeszene

2016. Ca. 288 Seiten, 63 Abb., 52 Tab., kart.
Ca. € 54,99 (D)/€ 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3175-2

Bestellen Sie jetzt:

@ order@schattauer-shop.de

7117 0711 22987-85

7117 0711 22987-69

www.schattauer-shop.de

Schattauer GmbH
Buch-Shop
Postfach 10 45 43
70040 Stuttgart | Deutschland

- 14 Tage Widerrufsrecht
- Bezahlung gegen Rechnung
- Portofreie Lieferung innerhalb Deutschlands

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

131218 | Irrtum und Preisänderungen vorbehalten | Abb.: © www.fotolia.de

BEVÖLKERUNG

Geburtenrate so hoch wie lange nicht

Die Bundesbürger bekommen wieder mehr Kinder: Jede Frau im gebärfähigen Alter wird laut Zahlen aus dem Jahr 2014 statistisch gesehen Mutter von 1,47 Kindern. Damit stieg die Geburtenrate zum dritten Mal in Folge, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Sie war so hoch wie noch nie seit der Wiedervereinigung. Im Jahr 2013 hatte sie bei 1,42 gelegen. In allen 16 Bundesländern gab es ein Plus. Grundsätzlich lag die Geburtenrate in den ostdeutschen Bundesländern mit 1,54 Kindern je Frau etwas höher als im Westen. Der Westen kam im Schnitt auf 1,47 Kinder je Frau. Sachsen wies die höchste Geburtenziffer auf. Dort bekommen die Frauen im Schnitt 1,57 Kinder. Die niedrigste Geburtenziffer verzeichnet das Saarland mit 1,35 Kindern je Frau. Bundesweit erblickten im Jahr 2014



Kindersegen: Alle 16 Bundesländer verzeichneten zuletzt einen Anstieg der Geburtenrate.

insgesamt 715.000 Mädchen und Jungen das Licht der Welt, mehr waren es zuletzt vor zwölf Jahren. Die Statistiker nannten als Grund für den Anstieg, dass viele Frauen ihre aufgeschobenen Kinderwünsche verwirklichen. ■

MARKTANALYSE

Pflege auf Wachstumskurs

Der Pflegemarkt in Deutschland erweist sich zunehmend als Wachstumsmarkt. In den Jahren 1997 bis 2013 habe

sich sein Anteil am Gesundheitsmarkt von 8,6 auf 12,7 Prozent erhöht, heißt es in dem kürzlich veröffentlichten „Pflegeheim Rating Report 2015“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung, des Instituts for Health Care Business und der Philips GmbH. Danach gab es im Jahr 2013 insgesamt 2,6 Millionen Pflegebedürftige. Deren Zahl steige bis 2030 voraussichtlich um ein Drittel auf 3,5 Millionen Menschen. Damit verbunden sei ein zusätzlicher Bedarf von bis zu 321.000 stationären Pflegeplätzen. Die dafür nötigen Neu- und Re-Investitionen belaufen sich laut Report auf 58 bis 80 Milliarden Euro. Darüber hinaus brauche es mehr Personal. Bis 2030 sei mit bis zu 245.000 zusätzlichen Vollzeitstellen in der stationären und bis zu 124.000 Stellen in der ambulanten Pflege zu rechnen. ■

MEHR INFOS:

www.rwi-essen.de

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Immer mehr Menschen bewegen sich im digitalen Raum“

Gesundheit via Smartphone und Tablet liegt im Trend. Auch Krankenkassen nutzen die neue Technik für ihre Versicherten. Dazu Fragen an **Rainer Knerler**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost.



G+G: Herr Knerler, die Zahl digitaler Gesundheitsangebote nimmt zu. Warum sollten sich die gesetzlichen Krankenkassen hier engagieren?

KNERLER: Die Krankenkassen sind daran interessiert, ihre Versicherten zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise zu motivieren. In der heutigen Informationsgesellschaft bewegen sich immer mehr Menschen im digitalen Raum, dort müssen wir unsere technikaffinen Versicherten abholen. Daher ist es nur folgerichtig, dass die AOK Nordost – zusätzlich zu klassischen Präventionsangeboten – auch sinnvolle digitale Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung unterbreitet.

G+G: Digitales stößt nur auf Akzeptanz, wenn Datenschutz und Datensicherheit gegeben sind.

KNERLER: Richtig. Wir sind uns darin einig, dass Datensicherheit und Datenschutz notwendige Voraussetzungen für sinnvolle und nutzen-

bringende Digital-Angebote für unsere Versicherten sind. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland können dabei auf wichtige, jahrhundertlange Erfahrungen mit sensiblen Versichertendaten bauen, die man auch bei digitalen Angeboten einbringen kann.

G+G: Sind digitale Gesundheitsangebote denn nur etwas für die junge Generation oder können auch ältere Versicherte davon profitieren?

KNERLER: Vorab: Als Selbstverwaltung tragen wir Sorge dafür, dass das bewährte Solidarprinzip erhalten bleibt – mit klassischen Präventionsangeboten genauso wie mit modernen Digital-Produkten. Die Grenzen zwischen den Generationen verschwimmen aber zunehmend. Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich für digitale Angebote auch viele Versicherte jenseits der 30 begeistern. Wichtig sind das Interesse an der eigenen Gesundheit und eine gewisse Technikaffinität. Diese Zielgruppe wächst stetig und findet sich nahezu in allen Altersklassen.

Geringe Heilungschancen

Seit Monaten liegen die Spitzenfunktionäre von Deutschlands Kassenärzten im Clinch. Die Politik pocht auf einen Neustart. Der aber scheint unwahrscheinlich, meint **Wolfgang van den Bergh**.



DAS WAR ZU ERWARTEN. Wer dachte, das Bundesgesundheitsministerium als oberste Dienstaufsichtsbehörde würde dem Treiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) tatenlos zusehen, hat sich getäuscht. Erstmals greift das Ministerium direkt in die Satzung der KBV ein, um einen gesetzlichen Auftrag zu exekutieren. Ist das der Anfang vom

Ende einer taumelnden ärztlichen Selbstverwaltung?

Seit über zehn Jahren schwelt der Streit zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Vorstand. Seinen ersten Höhepunkt fand er im erzwungenen Rücktritt von Vorstand-Vize Ulrich Weigeldt im Sommer 2007. Mit der Wahl seines Nachfolgers Carl-Heinz Müller kehrte Burgfrieden ein – ein kurzes Intermezzo. Nach Müllers freiwilligem Ausscheiden übernahm mit Regine Feldmann erstmals eine Frau das Amt des hausärztlichen KBV-Vorstandes. Die Konflikte eskalierten erneut und führten zum totalen Zerwürfnis – zunächst mit Ex-KBV-Chef Andreas Köhler, dann mit dem amtierenden Vorstandsvorsitzenden Andreas Gassen.

Parallel schwand zusehends der politische Einfluss der KBV, nicht zuletzt durch eine Vielzahl aufsichtsrechtlicher Schritte, die inzwischen bis hin zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen reichen. Das Verhältnis zwischen Politik und KBV ist zerrüttet, ein Neuanfang scheint unausweichlich. Doch wie könnte dieser aussehen?

Erste Erkenntnis: Die Einführung der Hauptamtlichkeit im Jahr 2005 hat nicht zu der von der Politik erhofften Professionalisierung der KBV geführt. Zweite Erkenntnis: Ein Interessenausgleich zwischen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten lässt sich nicht per Gesetz verordnen. Vieles deutet daher auf eine Spaltung der KBV hin. Zu groß sind die Gegensätze in der Vertreterversammlung zwischen Traditionalisten und denjenigen, die mehr Dezentralisierung wollen, zwischen Ehrenamtlern und Hauptamtlichen sowie zwischen Verbandsmitgliedern und Ärzten ohne Verbandsbindung.

Die vom Gesetzgeber erzwungene Parität von Haus- und Fachärzten in der KBV werde ein weiterer Schritt sein, sich selbst zu zerpflücken, sagt Andreas Gassen – und irrt. Das Gegenteil ist der Fall. Am Ende fragt man sich: Wer kann die Geisterfahrt noch stoppen? Im Januar 2016 glaubt kaum jemand daran, dass das von Gassen sybillinisch angekündigte „KBV Reform-Konzept 2020“ oder etwa die KV-Wahlen dieses Jahr die Wende bringen. ■

Wolfgang van den Bergh ist Chefredakteur der „Ärzte Zeitung“ (SpringerMedizin).

KRANKHEIT

Neue Erkenntnisse zur Schuppenflechte

Dermatologen an der Klinik der Universität München sind auf der Suche nach der Entstehung einer Schuppenflechte einen weiteren Schritt vorwärts gekommen. „Wir haben erstmals nachgewiesen, dass die Psoriasis auf einer Autoimmunreaktion gegen die pigmentbildenden Zellen der Haut beruht“, sagte Professor Dr. Jörg Prinz von der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie des Uniklinikums. „Das erklärt den hautspezifischen Charakter der Schuppenflechte, da diese Melanozyten vorwiegend in der Haut vorkommen“, so Prinz. Der Mediziner erhofft sich nun wirksamere Therapien gegen die Psoriasis. Neuen Daten zufolge werden allein in Deutschland jährlich zwei Millionen Menschen wegen Schuppenflechte behandelt. Einmal ausgebrochen, kommen die entzündlichen Plaques bei vielen immer wieder. ■

QUALITÄTSSICHERUNG

Antibiotika-Einsatz beim Zahnarzt

Zum Einsatz von Antibiotika beim Zahnarzt liegt jetzt ein Verfahren zur Qualitätssicherung vor. Das Göttinger AQUA-Institut überreichte den entsprechenden Abschlussbericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Es ist das erste Verfahren überhaupt, das im Rahmen der externen gesetzlichen Qualitätssicherung für Zahnarztpraxen entwickelt wurde. Mit dem Verfahren sollen unnötige Antibiotika-Verordnungen vermieden und die Verschreibung von „Mitteln der ersten Wahl“ gesteigert

werden. Zahnärzte könnten mit dem Verfahren einen Beitrag zum rationalen Einsatz von Antibiotika leisten, betonte Professor Dr. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Instituts. Das Verfahren bezieht sich auf konservierende und chirurgische Eingriffe. Die benötigten Informationen für den Qualitätscheck sollen über die Sozialdaten der Kassen erhoben werden. Auf die Praxen käme somit kein Mehraufwand an Dokumentation zu, hob das AQUA-Institut hervor. ■

PFLEGE

Berufskammer feiert Premiere

Die erste Pflegekammer in Deutschland hat ihren Sitz in Mainz: Die Kammer soll erste Anlaufstelle für beruflich Pflegende in Rheinland-Pfalz sein. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Sozialministeriums unterstellt ist, soll sie Ansprechpartner in allen beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belangen der Berufsgruppe sein. Auch andere Bundesländer arbeiten am Aufbau einer Kammer für Pflegeprofis. In Schleswig-Holstein ernannte Sozialministerin Kristin Alheit (SPD) die Mitglieder eines Ausschusses zur Errichtung eines solchen Gremiums. In Mecklenburg-Vorpommern wird der Ruf nach Verkammerung der Pflege ebenfalls lauter. In einer Befragung sprachen sich rund 61 Prozent der Pflegekräfte für die Selbstverwaltung aus. In Berlin hatte es zuvor ein ähnlich positives Votum gegeben. Kritiker sehen in der Kammer hingegen ein Bürokratiemonster, das Geld verschlinge und nichts zur Lösung anstehender Probleme in der Pflege beitrage. ■

Zu viel Süßes stößt sauer auf

Ob Müsli, Joghurt oder Smoothie: Auch Lebensmittel mit gesundem Image sind häufig sehr süß. Ein australischer Filmmacher zeigt, wie sein Körper darunter leidet. Für Kai Kolpatzik Anlass, in Deutschland auf eine Strategie zur Zuckerreduktion zu dringen.

Die Kamera blickt in einen vollgepackten Supermarkt. Aus dem Off stellt eine Stimme fest: 80 Prozent aller Lebensmittel enthalten zusätzlichen Zucker. Ohne die Produkte mit zugesetztem Zucker würden nur noch 20 Prozent der Lebensmittel im Regal stehen – im Zeitraffer ist zu sehen, wie 80 Prozent der Produkte verschwinden. Der Rest gibt ein erbärmliches Bild ab. So beginnt der Film „Voll verzuckert – That Sugar Film“, die erfolgreichste australische Dokumentation aller Zeiten, die Ende Oktober 2015 in die deutschen Kinos kam. Regisseur Damon Gameau demonstriert am eigenen Leib die Wirkung des Zuckers auf den menschlichen Organismus. In seinem Selbstversuch isst er Lebensmittel, die als „gesund“ verkauft werden: beispielsweise fettarmer Joghurt, Müsli, Fruchtriegel, Säfte oder Smoothies. Wie der Durchschnittsaustralier konsumierte er 60 Tage lang 2.300 Kilokalorien täglich und nahm dabei 160 Gramm Zucker aus „Wellness-Food“ zu sich. Obwohl er Sport trieb wie zuvor, nahm Gameau an Gewicht zu, sein Bauchumfang vergrößerte sich, die Leber verfettete und Laborwerte verschlechterten sich.

Damon Gameau weist mit seinem Experiment auf ein relevantes Gesundheitsproblem hin: Verarbeitete Lebensmittel enthalten häufig Zucker als preiswerten Zusatz. Diese Situation wird sich

Lese- und Webtipps

- Kai Kolpatzik: **Zucker in der Zange**. In: G+G 1/2015, Seite 22–27
- WHO-Guideline: **Sugars intake for adults and children, 2015**. Download: [www.who.int > Publications > Guidelines > Nutrition](http://www.who.int/publications/guidelines/nutrition)
- British Medical Association: **Food for thought: promoting healthy diets among children and young people**. BMA-Report, Juli 2015



Gesundes Frühstück?
100 Gramm Cornflakes
enthalten bis zu zehn
Gramm zugesetzten Zucker.

2017 voraussichtlich verschärfen. Dann läuft die Zuckermarktordnung der Europäischen Union aus: Die Weltmarktpreise werden sinken und die Produktion von zuckerhaltigen Produkten noch günstiger machen.

Zielgruppe der Werbung sind Kinder. Der Film macht deutlich, dass nicht nur Limonaden und Süßigkeiten viel Zucker enthalten, sondern auch vermeintlich gesunde Lebensmittel, wie Frühstückscerealien (Müsli und andere Getreideprodukte), Müsliriegel und die breite Palette der Low-Fat-Produkte, also Lebensmittel mit reduziertem Fettgehalt. Die Werbung verleiht diesen Nahrungsmitteln ein gesundes Image. Konsumenten haben nur geringe Chancen, die Strategie der Marketing-Spezialisten zu durchschauen. Hauptzielgruppe der Werbung sind Kinder. Eine umfassende Marketingmaschine spannt mithilfe des Kinderfernsehens, mit Advergames (produktnahe kleine Computerspiele) und mit sozialen

Medien ein engmaschiges Netz um sie. Der potenzielle Schaden ist groß. So werden die Kosten ernährungsbedingter Erkrankungen in Deutschland auf jährlich 70 Milliarden Euro beziffert. In einem im Juli 2015 veröffentlichten Gesundheitsbericht zur Bekämpfung des Übergewichts in Großbritannien hat die britische Ärztesgesellschaft (BMA) eine Schätzung veröffentlicht, nach der ungesunde Ernährung in Großbritannien jährlich 70.000 vorzeitige Todesfälle verursacht. Nach BMA-Angaben würden die Kosten für die Folgen von Übergewicht die Ausgaben für die Bekämpfung von Alkoholmissbrauch, Rauchen oder körperlicher Inaktivität übersteigen. Die britische Ärzteschaft nahm dies zum Anlass, unter anderem eine Steuer in Höhe von 20 Prozent auf stark zuckerhaltige Getränke zu fordern. Im Gegenzug sollen beispielsweise Obst und Gemüse günstiger werden. Zudem sei Werbung für kalorienreiche Lebensmittel, die sich an Kinder richtet, zu verbieten.

Experten senken Grenzwert. Weitere Untersuchungen stützen dieses Vorgehen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte im März 2015 neue Empfehlungen zum Konsum von Zucker veröffentlicht. Demnach belegen wissenschaftliche Studien, dass ein Anteil an „freien Zuckern“ (zugesetzter Zucker in Speisen und Getränken sowie Zucker, der von Natur aus in Honig, Sirup, Fruchtsäften und Fruchtsaftkonzentraten enthalten ist) von weniger als zehn Prozent der Tagesenergiezufuhr das Risiko für Übergewicht, Fettleibigkeit und Karies verringert. Das entspricht bei Erwachsenen maximal rund 50 Gramm, bei Kindern rund 25 Gramm Zucker täglich. Die Bundesbürger verzehren durchschnittlich mehr als das Doppelte dieser Menge. Nach WHO-Angaben wäre zudem eine weitere Reduktion auf fünf Prozent der Tagesenergiezufuhr empfehlenswert. Diesen Grenzwert bestätigt auch das Scientific Advisory Com-

Die britische Ärzteschaft fordert eine Steuer auf süße Getränke.

mittee on Nutrition in Großbritannien nach Auswertung und Veröffentlichung ihres systematischen Reviews im Juli 2015. Ergänzend zu den WHO-Ergebnissen belegen sie den klaren Zusammenhang eines häufigen Konsums von sehr zuckerhaltigen Getränken mit dem Auftreten von Diabetes Typ 2 (Alterszucker).

Als Ergebnis dieser Expertisen zum Schadenspotenzial von Zucker hat sich die Wissenschaft jetzt auf den freien Zucker konzentriert. Fachleute sehen die Reduktion von freiem Zucker als sehr wirkungsvoll an. Beim Verzehr von Zucker, der natürlicherweise in Obst, Gemüse und Milch steckt, haben Forscher hingegen bisher keine negativen Folgen nachweisen können.

Bevölkerung sieht Risiken. Nicht nur die Wissenschaft beschäftigt sich mit den Folgen des übermäßigen Zuckerverzehrs. Die Sorge um die gesundheitsschädliche Wirkung des Zuckers ist in der Bevölkerung in Deutschland angekommen. Das

Umfrage: Was Menschen über Zucker wissen

„Ich weiß, wie viel Gramm Zucker ich durchschnittlich pro Tag zu mir nehme.“

24 % 64 % 12 %

„Ich glaube, dass mein Zuckerkonsum eine Gefahr für meine Gesundheit darstellt.“

35 % 56 % 9 %

„Ich glaube, dass Zucker, genauso wie Alkohol und Nikotin, süchtig machen kann.“

60 % 32 % 8 %

■ stimme zu ■ stimme nicht zu ■ weiß nicht/keine Angabe

n = 2.196

Gefahr erkannt: 35 Prozent aller Bundesbürger glauben, dass ihr Zuckerkonsum gesundheitsschädlich ist. Das ist Ergebnis einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Demnach meinen 60 Prozent der Bevölkerung, dass die süße Zutat süchtig machen kann. Allerdings wissen 64 Prozent der Befragten nicht, wie viel Zucker sie täglich essen.

Quelle: AOK-Bundesverband/INSA Meinungstrend, Oktober 2015

zeigt eine aktuelle Umfrage von Insa Consulere im Auftrag des AOK-Bundesverbandes (siehe Abbildung oben). Nach Ergebnissen der bundesweiten repräsentativen Befragung von 2.196 Frauen und Männern meint jeder Dritte, dass sein persönlicher Zuckerkonsum eine Gefahr für seine Gesundheit darstellt. Männer waren demnach etwas besorgter als Frauen. Und 60 Prozent der Deutschen glauben, dass Zucker genauso süchtig macht wie Nikotin und Alkohol.

Die Branche hat reagiert. Auch die Politik sieht die Gefahren von zu viel Süßem in der Ernährung. Mitte November hat der Bundestag in der abschließenden Sitzung zum Haushalt 2016 entschieden, dass die Bundesregierung eine Nationale Strategie zur Verringerung von Zucker, Salz und Fett im Essen mit zwei Millionen Euro fördern soll.

Wie eine solche Strategie umgesetzt werden kann, zeigt das Vorgehen in Großbritannien. Auf dem 2. Zuckerreduktionsgipfel, einem breiten Bündnis aus Wissenschaft, Industrie und Gesundheitspolitik, stellten die Lebensmittelindustrie und der Lebensmittelhandel Anfang Dezember 2015 dar, wie sie ihrer Verantwortung gerecht werden wollen. Eine zentrale Aufgabe wird eine neue Zusammensetzung von Produkten sein. Dabei sollen der Zucker, aber auch Fette und Salz, gegen kalorienärmere beziehungsweise salzärmere Alternativen aus-

getauscht oder die Menge des Zusatzes gesenkt werden. So hat beispielsweise die größte britische Handelskette Tesco im September 2015 allen Zulieferern vorgeschrieben, Getränken für Kinder keinen Zucker mehr zuzusetzen.

Eine Zuckerreduktion in Soft Drinks (dazu gehören beispielsweise Limonade, Eistee und Sportgetränke) ist ein wichtiger Ansatzpunkt. Eine verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln und ein Werbeverbot für kalorienreiche Lebensmittel im Kinderfernsehen sind weitere wichtige Bausteine. Trotz der zwei Millionen Euro aus dem Bundeshaushalt besteht die Gefahr, dass Deutschland bei der Umsetzung der Strategie zur Zuckerreduktion ein weißer Fleck auf der europäischen Landkarte bleibt. Ein echter Wille zur Umsetzung auf allen Ebenen und vor allem in der Politik ist zwingend erforderlich. Die Branche hat auf ihre Art reagiert: Die „Wirtschaftliche Vereinigung Zucker“ behauptete im November 2015 in einem Brief an die Mitglieder der Bundestagsausschüsse für Gesundheit sowie für Ernährung und Landwirtschaft und andere, dass Zucker nicht dick mache und Zuckerkonsum kein Risikofaktor für Typ 2-Diabetes sei. Parlamentarier wie Fachgesellschaften kommentierten dieses Schreiben kritisch. ■

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

Kluge Köpfe für bessere Gesundheit

Seit 30 Jahren nehmen die Gesundheitsweisen die Versorgung unter die Lupe und machen Vorschläge, was sich wie verbessern lässt. Doch ihr Rat kommt der Politik nicht immer zupass, wie bei einem Festakt deutlich wurde. **Von Gabriele Hilger**

Von A wie Arzneimittel bis Z wie Zahnmedizin – seit seiner Gründung vor 30 Jahren hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums sämtliche Bereiche der Versorgung durchleuchtet und der Politik Vorschläge zur Verbesserung unterbreitet. Bis heute liegen 18 Gutachten, darunter sechs Sondergutachten, vor. Mit ihren wissenschaftlichen Expertisen sorgen die Gesundheitsweisen aus Ökonomie, Medizin, Gesundheits- und Pflegewissenschaft immer wieder für viel Diskussionsstoff zwischen Gesundheitspolitikern, Ärzten, Krankenkassen, Kliniken und Pflege.

Krankengeld auf der politischen Agenda. Erst jüngst haben die Sachverständigen mit ihrem Sondergutachten „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ und der Empfehlung für ein Teilkrankengeld (*siehe auch Seite 9 in dieser Ausgabe*) eine lebendige gesellschaftliche Debatte angefacht. Die wird in der nächsten Legislaturperiode weitergehen, wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe beim Festakt zum 30-jährigen Bestehen des Sachverständigenrates in Berlin ankündigt hat.

Dann werde der Gesetzgeber die „anspruchsvollste“ Empfehlung aus dem Sondergutachten aufgreifen müssen: die „Abstimmung der Zuständigkeiten der verschiedenen Sozialversicherungsträger“, also der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Gröhe: „Die Schnittstellen kommen auf die Agenda.“

Die Sachverständigen legen die Finger in die Wunden und bürsten gegen den Strich.

Ob und wie die jüngsten Vorschläge der Gesundheitsweisen Wirklichkeit werden, ist aber noch ungewiss. Manche Empfehlungen der Wissenschaftler hat die Politik in den vergangenen 30 Jahren umgesetzt, andere in die Schublade gelegt. Für Professor Dr. Eberhard Wille, stellvertretender Ratsvorsitzender und mit 22 Jahren Mitgliedschaft der dienstälteste Gesundheitsweise, ist aber inzwischen manches erreicht: Kassenwettbewerb, Selektivverträge, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Nutzenbewertung von Arz-

neimitteln oder Arznei-Versandhandel seien Beispiele, in denen die Politik dem Rat gefolgt ist. Mit anderen, den Gesundheitspolitikern ans Herz gelegten Reformoptionen wie monistische Krankenhausfinanzierung, Gesundheitsprämien, klar definierte Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen oder Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, sind die Gesundheitsweisen nicht so recht durchgedrungen. Insgesamt fällt Willes Bilanz aber durchaus positiv aus: „Wir können mit dem, was an Vorschlägen tatsächlich realisiert ist, durchaus zufrieden sein.“

Langer Atem gefragt. In der Politik brauche es eben mitunter viel Ausdauer und Beharrlichkeit, so Festrednerin Professor Rita Süßmuth: „Der politische Handlungsdruck muss sehr groß sein, damit wissenschaftlicher Rat angenommen wird.“ Pflegeversicherung und Präventionsgesetz seien Beispiele dafür, wie lange die Politik benötige, um wissenschaftlichen Rat umzusetzen. Für Professor Dr. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates, haben die Gesundheitsweisen „einen langen Horizont“ und schauen über die Tagespolitik hinaus: „Wir brauchen Visionen, wie das Gesundheitswesen aussehen kann.“ Dafür ist Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, offen. Der Sachverständigenrat habe die Funktion, Veränderungen anzuregen. Die Politik aber müsse abwägen, was geht und was nicht geht. Schützenhilfe erhält der Sachverständigenrat vom früheren Vorsitzenden der Wirtschaftsweisen, Professor Dr. Wolfgang Franz. Der Sachverständigenrat müsse Fehlentwicklungen klar benennen: „Übt die Politik Kritik an einem Gutachten, dann hat das Gremium seine Arbeit gut gemacht.“ ■

Aufgaben des Sachverständigenrates

Im Dezember 1985 berief der damals für Gesundheit zuständige Bundesarbeits- und Sozialminister Norbert Blüm den Sachverständigenrat ein. Bis heute ist das siebenköpfige Gremium **interdisziplinär** mit Experten der Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Pharmakologie und Ökonomie besetzt. **Die Aufgaben sind gesetzlich vorgegeben** (Paragraf 142 Sozialgesetzbuch V). Der Rat erstellt im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Er erarbeitet **Vorschläge für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen** und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf. Dabei berücksichtigt er die **finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven** und kann Entwicklungen in anderen Zweigen der sozialen Sicherung einbeziehen. Mehr Infos und kostenlose Downloads aller Gutachten unter: www.svr-gesundheit.de

Selbsthilfe öffnet sich für Jüngere

Youtube, App, Internet – wie sich junge Menschen für die gesundheitliche Selbsthilfe begeistern lassen, war Thema einer Tagung in Berlin. Neue Medien ergänzen in dieser Altersgruppe den klassischen Stuhlkreis. **Von Otmar Müller**

Junge Menschen nutzen die Angebote

der gesundheitlichen Selbsthilfe verhältnismäßig wenig. Wie sich das ändern könnte, diskutierten die Teilnehmer der 11. Selbsthilfe-Fachtagung des AOK-Bundesverbandes „Selbsthilfe – (K)eine Frage des Alters?“. Claudia Schick, Selbsthilfereferentin im AOK-Bundesverband, machte deutlich: „Selbsthilfe muss sichtbarer werden. Wir brauchen mehr Öffentlichkeitsarbeit. Die Vorurteile unter den Generationen müssen abgebaut werden, damit Jung und Alt gemeinsam in der Selbsthilfe etwas bewegen und dabei voneinander profitieren können.“

Wie die Gesundheitskasse auf junge Menschen zugeht, erklärte Dr. Sabine Richard, Leiterin der Geschäftsführungseinheit Gesundheit im AOK-Bundesverband. Mit Magazinen für junge Versicherte, einem Youtube-Kanal und Apps stärkte die AOK die Gesundheitskompetenz bei jungen Versicherten. „Wir wünschen uns aufgeklärte und informierte junge Menschen. Daher wollen wir mit den uns zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln der Selbsthilfeförderung auch gezielt solche Projekte fördern, die den Jungen zugute kommen“, so Richard. Das AOK-System werde allein im nächsten Jahr insgesamt rund 26 Millionen Euro für die Unterstützung der Selbsthilfe zur Verfügung stellen.

Umfrage deckt Wissenslücken auf. Einen Teil dieser Fördergelder nutzt die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), um zielgruppengerecht auf die Selbsthilfe aufmerksam zu machen. „Es gibt bereits ein nennenswertes Engagement junger Menschen in der Selbsthilfe. Allerdings ist dieses Engagement in der breiten Öffentlichkeit quasi unsichtbar“, konstatierte



Um die Generation Smartphone zu erreichen, geht die Selbsthilfe ins Internet.

Miriam Walther, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der NAKOS. Eine NAKOS-Umfrage unter knapp 900 jungen Erwachsenen habe gezeigt, dass den meisten zentrale Merkmale wie die Freiwilligkeit des Gruppenbesuches, die Begegnung auf Augenhöhe ohne fachliche Anleitung sowie der nichtkommerzielle Charakter von Selbsthilfegruppen nicht bekannt seien. Dies liege vor allem daran, dass die Vorstellung von der Selbsthilfe hauptsächlich durch Film und Fernsehen geprägt wird. „Das in den Medien transportierte Bild von jammernden Menschen im Stuhlkreis ist völlig verzerrt und oft schlichtweg falsch“, betonte Walther. Daher lege die NAKOS einen Schwerpunkt ihrer Aktivitäten auf die Öffentlichkeitsarbeit. „Wir setzen auf eine aktive und auf die Zielgruppe zugeschnittene Ansprache“, erklärte Walther. Im Zentrum steht das Internetportal „Schon mal an Selbsthilfegruppen gedacht?“.

Patrick Chmiela, Leiter der Berliner Stotterer-Selbsthilfegruppe Flow, verdeutlichte, was für viele junge Menschen in der Selbsthilfe typisch ist: der aktive Umgang mit der Krankheit. In der Flow-Sprechgruppe steht neben dem Austausch mit Gleichbetroffenen ein regelmäßiges Sprechtraining auf dem Programm – zum

Beispiel in Einkaufspassagen, Fußgängerzonen oder Kaufhäusern.

Jung und alt unter einem Dach. Dass „junge“ und „alte“ Selbsthilfe gemeinsam unter einem Dach existieren können, machte Maria Weber deutlich. Sie leitet beim Kreuzbund-Bundesverband den Arbeitsbereich „Junger Kreuzbund“. Geschulte ehrenamtliche Multiplikatoren seien Ansprechpartner und Katalysatoren für den Aufbau junger Gruppen oder die Integration junger Menschen in bereits bestehende, ältere Gruppen.

Inzwischen haben sich im Kreuzbund auf regionaler Ebene etliche Initiativen für jüngere Suchtkranke entwickelt. „Dort, wo sich ältere Kreuzbundmitglieder für die Jungen stark machen und sich flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen einstellen, können sich Angebote für Jüngere nachhaltiger etablieren“, betonte Weber. ■

Otmar Müller ist freier Journalist in Köln.

Kontakt: mail@otmar-mueller.de

MEHR INFOS:

G+G Spezial 12/2015 „Rollenwechsel“
unter www.aok-bv.de > Mediathek >
G+G-Spezial; www.aok-inkontakt.de

Neue Regeln im neuen Jahr

Qualitätsanreize für Kliniken, Beratung für pflegende Angehörige, ein besserer Terminalservice in Facharztpraxen: Seit 1. Januar 2016 sind im Gesundheitsbereich zahlreiche Änderungen wirksam. Ein Überblick von **Thomas Hommel**

Versorgungsgüte soll sich lohnen. Lange Zeit wurde um dieses Gesetzespaket gerungen. Am Ende der Verhandlungen stand ein Kompromiss zwischen Bund und Ländern: Das **Krankenhausstrukturgesetz**, KHSG abgekürzt, soll eine gut erreichbare Versorgung vor Ort, bessere Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal und mehr Qualität mittels Spezialisierung sicherstellen. Ein Pflegestellen-Förderprogramm soll die sogenannte „Pflege am Bett“ mit 660 Millionen Euro für die Jahre 2016 bis 2018 und ab 2019 dauerhaft mit 330 Millionen Euro jährlich stärken. Ab dem kommenden Jahr können Kliniken außerdem einen Pflegezuschlag erhalten, der den bisherigen Versorgungszuschlag ersetzt. Dafür stehen per anno 500 Millionen Euro bereit.

Um Krankenhauskeime wirksamer zu bekämpfen, wird das Förderprogramm zur Einstellung von Hygienefachkräften ausgebaut und weiterentwickelt.

Qualität soll ein wichtiges Kriterium bei der Krankenhausplanung werden. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der Gerichte rechtssicher ausgestaltet. Für die Leistungen der Kliniken werden Qualitätszu- und -abschläge eingeführt. Ist ein Krankenhaus auf dem Land für die Versorgung der Patienten unverzichtbar und steckt aber wegen zu geringer Fallzahlen in den roten Zahlen, erhält es Sicherstellungszuschläge. Das Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung wird gestärkt, Qualitätsberichte müssen verständlicher und patientenfreundlicher formuliert sein.

Eine neue Pflege-Philosophie. Das Zweite **Pflegestärkungsgesetz** (PSG II) setzt den seit Langem schon überfälligen, neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff um. Damit sollen erstmals alle Pflegebedürftigen

gleichberechtigt Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten – unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Bei der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen kommt es daher künftig nicht mehr darauf an festzustellen, wie viele Minuten Hilfebedarf ein Mensch etwa beim Waschen oder bei der Nahrungsaufnahme hat. Gradmesser ist vielmehr

Ein millionenschweres Förderprogramm soll die „Pflege am Bett“ in Krankenhäusern stärken.

die Frage: Wie selbstständig ist der Mensch bei der Bewältigung des Alltags? Was kann er noch eigenständig tun und was nicht?

Das Jahr 2016 dient der Vorbereitung des neuen Begutachtungsverfahrens in der Praxis und der Umstellung auf die fünf Pflegegrade sowie die neuen Leistungsbeträge bis zum 1. Januar 2017. Vor Einführung der Pflegegrade müssen Träger der Pflegeeinrichtungen, Sozialhilfeträger und Pflegekassen Personalstruktur und Personalschlüssel der Einrichtungen prüfen und bei Bedarf anpassen. Bis Ende September 2016 müssen sie neue Pflegesätze für die Heime vereinbaren. Mitte 2020 soll ein wissenschaftlich gesichertes Verfahren zur Personalbemessung stehen.

Schon dieses Jahr erhalten pflegende Angehörige einen eigenen Rechtsanspruch auf Beratung. Wer Leistungen aus dem Topf der Pflegeversicherung beantragt, erhält automatisch ein Angebot für eine entsprechende Beratung.

Sterbenskranke besser versorgen. Mit dem **Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung** ist die Versorgung sterbenskranker Menschen seit Januar 2016 ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dafür werden zusätzlich vergütete Leistungen im vertragsärztlichen Bereich bereitgestellt.

Leistungen der Palliativpflege in der häuslichen Krankenpflege werden für Pflegedienste abrechenbar. Zudem soll das Gesetz den Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in ländlichen Regionen fördern. Damit Heimbewohner auch die letzte Lebensphase gut versorgt und begleitet in ihrem gewohnten Umfeld verbringen können, wird Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Pflegeheime müssen Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abschließen. Sie werden zudem zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen diese Kooperationen transparent machen. Heime können ihren Bewohnern eine Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Die Krankenkassen finanzieren das Beratungsangebot.

Auf Wunsch können Kliniken mit Kostenträgern individuelle Entgelte für eigenständige Palliativstationen vereinbaren. Versicherte haben Anspruch auf Beratung zu Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung und in allgemeiner Form zu Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase.

Fahrplan für die Digitalisierung. Neue Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte regelt das **E-Health-Gesetz**. Seit Oktober 2016 haben Versicherte, denen regelmäßig drei oder mehr

Medikamente gleichzeitig verordnet werden, Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform. Der Arzt muss den Versicherten über seinen Anspruch informieren. Apotheker sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Weitere Anwendungen, wie die Speicherung von Notfalldaten und die elektronische Speicherung des Medikationsplans, sollen zu einem späteren Zeitpunkt folgen.

Umfänglichere Beratung. Versicherte können sich bei der aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten **Unabhängigen Patientenberatung (UPD)** über Behandlungsmethoden bei bestimmten Erkrankungen informieren, sich zu Arztrechnungen oder Leistungen der Krankenversicherung sowie weiteren sozialrechtlichen Fragen beraten lassen. Dieses Angebot ist seit Januar 2016 länger als bisher erreichbar.

Unter neuer Trägerschaft sind die Berater wochentags von 8:00 bis 22:00 Uhr und samstags von 8:00 bis 18:00 Uhr über die kostenfreie Rufnummer 0800 011 77 22 erreichbar. An 30 Standorten finden Beratungsgespräche statt. Erster Grundsatz soll sein, dass die Beratung neutral und unabhängig abläuft. Darauf werden alle rund 120 Berater – darunter Mediziner und Juristen – geschult.

Zeitnah einen Termin beim Facharzt. Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in den einzelnen Ländern sollen Patienten bei der Suche nach einem möglichst raschen Facharzttermin helfen. Die neuen Stellen sollen den Versicherten binnen einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vorschlagen. Die Wartezeit auf den Termin darf die Zeitspanne von vier Wochen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf einen Termin bei einem bestimmten Mediziner besteht aber nicht. Details der Regelung sind in einem Bundesmantelvertrag für die Vertragsärzte geregelt worden. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat den KVen bis Ende Januar Zeit für die Einrichtung der Terminservicestellen eingeräumt.



Reformen wie am Fließband: Die Gesetzesmaschine der großen Koalition läuft auf Hochtouren.

EU-Berufsausweis für Mediziner & Co.

Es klingt sperrig, ist aber schnell zusammengefasst: Das **Gesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsanerkenntnisrichtlinie der Europäischen Union (EU)** schafft die Grundlagen zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises für Apotheker, Gesundheits- und Krankenpfleger und Physiotherapeuten. Konkret: In Deutschland haben Apotheker, Gesundheits- und Krankenpfleger und Physiotherapeuten künftig die Wahl zwischen der elektronischen Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises und dem herkömmlichen, papiergebundenen Anerkennungsverfahren. Die EU-Kommission kann den Berufsausweis noch auf weitere Berufsgruppen ausdehnen.

Kampf den Dopingsündern.

Das **Gesetz zur Bekämpfung des Dopings im Sport**, an dessen Ausformulierung auch das Bundesgesundheitsministerium beteiligt war, bündelt die bisherigen Regelungen zur Doping-Bekämpfung in Deutschland. Bisher geltende Straftatbestände werden um neue „Tatbegehungsweisen“ erweitert. Selbstdoping ist demnach künftig verbo-

ten. Damit werden erstmals gezielt dopende Leistungssportlerinnen und Leistungssportler erfasst, die sich mit Aufputschmitteln unlautere Vorteile in Wettbewerben des organisierten Sports verschaffen wollen.

In der Gesetzes-Pipeline.

Wer niedergelassene Mediziner, Klinikärzte, Apotheker, Pflegekräfte und andere Heilberufler für Verordnungen oder aber Zuweisungen Gegenleistungen zukommen lässt, dem sollen künftig strafrechtliche Sanktionen drohen. Gleiches soll den Vorteilsnehmern blühen. Geplant sind Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren. So jedenfalls sieht es das **Gesetz zur Korruption im Gesundheitswesen** vor, das in Kürze auf Initiative von Union und SPD hin vom Bundestag verabschiedet werden soll (siehe auch Interview auf den Seiten 28 und 29). ■

Webtipps

- www.bmg.bund.de > Presse
- www.aok-bv.de > Politik > Reformdatenbank

Foto: iStockphoto

Blockbuster auf dem Programm

Kaum ein Thema fordert Politik und Gesellschaft derart heraus wie die Pflege. Beim Deutschen Pfllegetag 2016 Anfang März in Berlin suchen Experten und Betroffene gemeinsam nach Antworten, was zu tun ist. **Von Thomas Hommel**

Die Pflege stärken mit starken Partnern.

Der Deutsche Pfllegetag 2016, der unter diesem Slogan vom 10. bis 12. März im Kongresszentrum „STATION Berlin“ stattfindet, rückt einen echten Blockbuster in den Fokus. Bereits heute zählen Statistiker in Deutschland rund 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen. Im



Die Spannung steigt: Der Deutsche Pfllegetag erwartet ein großes Publikum.

Jahr 2020 sollen es nach Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung in Berlin gut eine Million Pflegebedürftige mehr sein. Im Jahr 2050 könnten sogar 4,7 Millionen Menschen auf Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen sein. Damit wären sechs Prozent der Bundesbürger pflegebedürftig – doppelt so viel wie heute.

Der demografische Wandel (be-)trifft die Pflege auf zweifache Weise: Mit der Alterung der Bevölkerung steigt auch die Nachfrage nach Pflegeleistungen. Zugleich sinkt das Arbeitskräftepotenzial, aus dem sich der Bedarf nach Pflegefachkräften deckt. Den Kopf in den Sand zu stecken angesichts der Größe und Dring-

lichkeit des Problems, verbietet sich allerdings. Praxisnahe Lösungen sind gefragt – wenn möglich im Konsens aller, die beim Thema Pflege eine gewichtige Rolle spielen.

Exakt diesem Ziel hat sich auch der Deutsche Pfllegetag 2016 verschrieben: Experten, Entscheider und Multiplikatoren aus Politik, Wirtschaft, Pflege und Gesellschaft treffen sich hier drei Tage lang zum intensiven Austausch über die Zukunft der Pflege.

Größe übernimmt Schirmherrschaft.

Nach mehr als 4.500 Besuchern im März 2015 rechnen die Veranstalter dieses Jahr mit knapp doppelt so vielen Teilnehmern. Dass sich der Deutsche Pfllegetag zum wichtigen Forum für Pflegeprofis und Politik, aber auch für Pflegebedürftige und deren Angehörige entwickelt hat, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Schirmherrschaft für die Veranstaltung übernommen hat und ein Grußwort zur Eröffnung spricht.

Neben Gröhe nimmt auch der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, an verschiedenen Programmpunkten teil. „Das stärkt die Position des Deutschen Pfllegetages als einem im Gesundheitswesen einmaligen Treffen des gesellschaftlichen Miteinanders“, betont der Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pfllegetages, Jürgen Graalmann.

Auswirkungen der Pflegereformen. Der AOK-Bundesverband ist als Gründungspartner des Deutschen Pfllegetages auch bei dessen dritter Auflage mit einem Messestand, eigenen Fachveranstaltungen und einer Veranstaltung für pflegende Angehörige vertreten. Unter dem Motto „Mehr Zeit, mehr Beratung, mehr

Entlastung?!“ diskutieren die pflegepolitischen Sprecher von Union und SPD, Erwin Rüdell und Mechthild Rawert, sowie die Teamleiterin Pflegeberatung/Pflegestützpunkte bei der AOK Nordost, Birgit Burmeister, gemeinsam mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, wie die beiden aktuellen Pflegereformen – die Pflegestärkungsgesetze I und II – den Alltag der Betroffenen verändern.

Heime nicht aus den Augen verlieren.

Der Fokus der beiden letzten Pflegereformen liegt klar auf der Stärkung der Pflege in der eigenen Häuslichkeit und weniger auf Veränderungen im Bereich der stationären Versorgungsformen.

Ein Diskussionsforum der AOK beim Deutschen Pfllegetag richtet seinen Blick deshalb auf die Zukunft der stationären Pflege in Deutschland. Im Vordergrund stehen Fragen wie diese: Wohin entwickelt sich das Pflegeheim der Zukunft? Wird daraus ein Zentrum des Quartiers? Oder entwickelt sich das Pflegeheim zu einem letzten Lebensort für besonders schwer pflegebedürftige Menschen? Benötigt die stationäre Pflege mehr Unterstützung der Politik oder liegt es bei den Pflegeanbietern selbst, sich fit für künftige Herausforderungen zu machen?

Dies erörtern Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Professor Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), Andreas Künzel von der Bremer Heimstiftung sowie Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe. ■

MEHR INFOS UND ANMELDUNG:
www.deutscher-pfllegetag.de

„Wir sollten auf Familien zugehen“

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts erfasst den Gesundheitsstatus von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Daten geben Hinweise für Prävention und Versorgung, meint Gesundheitswissenschaftlerin **Heike Hölling**.

Wovon hängt es ab, ob Kinder gesund bleiben?

Hölling: Sowohl Erbanlagen, individuelle Dispositionen, aber auch Umweltfaktoren spielen eine Rolle. Beispielsweise haben Kinder von Eltern mit Allergien ein höheres Risiko, ebenfalls allergisch zu reagieren. Bei psychischen Erkrankungen haben äußere Einflüsse eine größere Bedeutung. Es hängt zu einem guten Teil von den Ressourcen ab, ob die Psyche stabil bleibt. Geborgenheit, Unterstützung und Förderung in der Familie sind wichtige Bedingungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder. Wenn aber Kinder ohne viel Rückhalt in der Familie auf eine Lehrerin treffen oder einen anderen Menschen aus ihrem Lebensumfeld, der das Kind annimmt, fördert und ermutigt, kann es sich trotz widriger Umstände gut entwickeln.

Mehr als 90 Prozent aller Kinder in Deutschland erfreuen sich guter Gesundheit, sagen ihre Eltern. Liegen sie mit dieser Einschätzung richtig?

Hölling: Ich denke, dass es dem Großteil der Kinder gut geht, dass sie sich wohlfühlen und dass sie im Großen und Ganzen gesund sind. Wir richten deshalb das Hauptaugenmerk auf die etwa sechs Prozent Kinder, deren Eltern den Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht bezeichnen. Wir versuchen die Frage zu klären, inwiefern sich diese Kinder von gesunden Kindern unterscheiden. Die Daten zeigen auf, wo Versorgung und Sekundärprävention ansetzen müssen.

Kinder bewegen sich weniger, werden dicker und entwickeln häufiger chronische Krankheiten, besagen Studien. Was ist da dran?

Hölling: Nach Daten aus KiGGS haben beispielsweise 15 Prozent der Kinder Übergewicht. Dicke Kinder haben früh das Gefühl, den Anforderungen der Gesellschaft an ein Schönheitsideal nicht standhalten zu können und erleben Ausgrenzung. Dabei besteht die Gefahr, dass die Kinder psychische Auffälligkeiten

anbieten, die Eltern wahrnehmen können, wenn sie ihr Kind abholen oder bringen.

Wofür lassen sich die KiGGS-Ergebnisse nutzen?

Hölling: Wir können ein Bild vom aktuellen Gesundheitszustand und den Trends



Dem Großteil der Kinder in Deutschland geht es gut.

Heike Hölling

entwickeln. Wir konnten zudem viele Kinder identifizieren, die ein normales Körpergewicht haben und trotzdem in dem Gefühl leben, zu dick zu sein, und deshalb dann Diäten machen. Diese Entwicklung betrachten wir mit Besorgnis.

Wie ließe sich die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen verbessern?

Hölling: Kinder brauchen eine feste Einbindung in die Familie und ein soziales Netz. Daraus lassen sich Empfehlungen ableiten. Wir sollten noch mehr auf Familien zugehen. Gerade Familien, die möglicherweise Hilfe brauchen, wissen vielleicht nicht, wen sie ansprechen sollen oder nehmen Angebote aus Scham nicht an. Ich würde es begrüßen, wenn Kinderärzte, Psychologen oder Sozialarbeiter abwechselnd ein- bis zweimal pro Monat in Kita, Hort oder Schule Sprechstunden

zeichnen. Die Studie hat viele junge Menschen über ihre gesamte Kindheit und Jugendzeit begleitet. Die Daten zeigen, welche Risiken vulnerable Lebensphasen begleiten und welche Ressourcen bei deren Bewältigung helfen. Wir erfahren beispielsweise, was in Umbruchphasen wie dem Übergang von Schule in die Berufsausbildung oder im Zusammenhang mit der Familiengründung geschieht. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Heike Hölling ist Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet in der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin. Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erfasst das RKI seit 2003 repräsentative Daten zur Gesundheit der Null- bis 29-Jährigen. Mehr Infos: www.kiggs-studie.de

Wünsche für den



Wettbewerb

Ein runder Geburtstag: Vor 20 Jahren erblickte die freie Kassenwahl das Licht der Welt. Ein Grund zum Jubeln? Jein, meint der Ökonom [Klaus Jacobs](#). Denn nach wie vor steckt der Wettbewerb in den Kinderschuhen und muss noch wachsen.

A

nfang 2016 war es genau 20 Jahre her, seit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die freie Krankenkassenwahl eingeführt worden ist. Wahrscheinlich können sich viele Jüngere heute gar nicht mehr vorstellen, dass die Unterscheidung zwischen

Arbeitern und Angestellten in der GKV noch zu Beginn der 1990er Jahre von großer Bedeutung war. Denn damals konnten sich nur die Angestellten ihre Krankenkasse selbst aussuchen, während Arbeiter per Gesetz einer bestimmten Kasse zugewiesen wurden – je nach Betrieb oder Beruf in der Regel einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder der örtlichen AOK. Aber auch bei den Angestellten gab es berufsbedingte Unterschiede. So konnte zum Beispiel eine Verkäuferin Mitglied der Barmer Ersatzkasse oder der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) werden, aber nicht Mitglied der Techniker Krankenkasse (TK). Die stand ausschließlich Angehörigen technischer Angestelltenberufe offen.

Geradezu kurios – zumindest aus heutiger Sicht – war die Situation bei der deutschen Vereinigung 1990, als das westdeutsche Kassensystem eins zu eins in die neuen Länder exportiert wurde. In der DDR, laut Verfassung „Staat der Arbeiter und Bauern“, gab es zum Beispiel Facharbeiter für Krankenpflege oder für Schreibtechnik – im Westen klassische Angestelltenberufe, die mit dem Privileg der individuellen Kassenwahl ausgestattet waren. Also mussten schnell „Umsteiger-Listen“ erstellt werden, damit zum Beispiel ein ostdeutscher Facharbeiter für Datenverarbeitung als Fachinformatiker Mitglied der TK werden konnte.

Mit den unterschiedlichen Wahlrechten zwischen verschiedenen Krankenkassen war es jedoch ab 1996 vorbei, und fast alle GKV-Mitglieder konnten ihre Krankenkasse fortan frei wählen. Nachdem diese letzte Bastion der Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten gefallen war, wurde 2001 mit dem Betriebsverfassungsgesetz in Deutschland generell der einheitliche Arbeitnehmerbegriff eingeführt. Im selben Jahr ging auch die bis dahin eigenständige Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) in der neugegründeten Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) auf.

Lahnstein macht's möglich. Was die Einführung der freien Krankenkassenwahl für die GKV bedeutet hat, soll hier näher betrachtet werden. Doch gilt es zunächst, einen kurzen Rückblick auf das Zustandekommen dieser historischen Reform zu werfen. „Lahnstein“ heißt dabei das fast schon magische Wort, das für eine der weitreichendsten Reformen in der deutschen Sozialgeschichte steht. In diesem rheinland-pfälzischen Ort am Rhein hatte im Herbst 1992 die fünftägige Arbeitsklausur mit Vertretern der damals im Bund regierenden schwarz-gelben Koalition und der mit einer Mehrheit im Bundesrat ausgestatteten SPD unter Führung von Gesundheitsminister Horst Seehofer und dem SPD-Sozialexperten Rudolf Dreßler stattgefunden, die im Ergebnis das Gesundheitsstrukturgesetz gebar. Darin wurde Ende 1992 die Organisationsreform der GKV beschlossen, in deren Zentrum die Einführung der freien Kassenwahl ab 1996 stand – flankiert von dem bereits ab 1994 in zwei Schritten eingeführten Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen allen Krankenkassen.

Beitragsätze variieren erheblich. Eine Organisationsreform in der GKV galt damals seit langem als überfällig. Das war jedoch weniger den unterschiedlichen Kassenwahlrechten von Arbeitern und Angestellten geschuldet, die spätestens seit dem 1970 in Kraft getretenen Lohnfortzahlungsgesetz überholt waren, sondern vor allem den immer größer gewordenen Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen. Diese Unterschiede hatten als Folge der ungleichen Wahlrechte und Zuweisungsregelungen ein nicht zuletzt auch verfassungsrechtlich bedenkliches Ausmaß angenommen. So gab es 1989 bei einem durchschnittlichen GKV-Beitragssatz von 12,9 Prozent unter den insgesamt 1.132 Krankenkassen der alten Bundesrepublik 80 Kassen, fast ausschließlich Betriebskrankenkassen (BKKs), mit Beitragssätzen unterhalb von zehn Prozent, während gleichzeitig 118 Kassen, vor allem AOKs, aber auch einige BKKs und Innungskrankenkassen, Beitragssätze von mehr als 14 Prozent erheben mussten, in zwei Fällen sogar 16 Prozent. Besonders das AOK-System stand vor großen Problemen, denn es stellte 100 der 118 Kassen mit Beitragssätzen über 14 Prozent.

Kassenverbände wenig begeistert. Allerdings war die aus heutiger Sicht selbstverständliche freie Kassenwahl der GKV-Mitglieder Anfang der 1990er Jahre alles andere als unstrittig. Im Gegenteil: Sämtliche Kassenverbände wehrten sich mit Händen und Füßen dagegen. Die AOK plädierte zusammen mit den Arbeitgeberverbänden für ein sogenanntes Solidarmodell, das letztlich nichts anderes war als ein verschärftes Zuweisungsmodell für alle pflichtversicherten GKV-Mitglieder. Denn es sah freie Kassenwahlrechte lediglich für freiwillig Versicherte mit einem beitragspflichtigen Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze vor. Die Ersatzkassen machten sich zusammen mit der DAG für ein sogenanntes Berufsgruppenmodell stark, das trotz einer gewissen Erweiterung der indivi-

duellen Kassenwahlrechte grundsätzlich an der Trennung zwischen Arbeitern und Angestellten festhielt. Auch die damaligen Regierungsparteien Union und FDP wollten Sonderrechte einzelner Kassenarten und entsprechend unterschiedliche Wahlrechte nach Erwerbskriterien beibehalten. Lediglich die SPD und der Deutsche Gewerkschaftsbund befürworteten die freie Kassenwahl möglichst aller GKV-Mitglieder.

Wettbewerb als Begleiterscheinung. Der Hinweis auf die damalige Kontroverse ist mehr als eine bloße historische Reminiszenz, denn er macht zweierlei deutlich: Zum einen genießen in der Gesundheitspolitik institutionelle Interessen sehr häufig Priorität gegenüber den Interessen von Versicherten und Patienten. Natürlich wird stets betont, dass es vor allem zum Nutzen der Versicherten und Patienten sei, wenn es den „bewährten“ Institutionen gut geht. Doch um sich über deren durchaus legitime Eigeninteressen hinwegzusetzen, braucht es neben einer Portion Mut offenbar auch einer günstigen politischen Konstellation, die es seit Lahnstein in dieser Form nicht wieder gegeben hat.

Zum anderen verweist der Rückblick auf die Einführung der freien Kassenwahl darauf, dass es in erster Linie keineswegs um die bewusste Etablierung von Wettbewerb unter den Krankenkassen ging. Zwar gab es vor dem Hintergrund unübersehbarer Qualitäts- und Effizienzdefizite in der Gesundheitsversorgung vor allem von Seiten der Wissenschaft zunehmend Forderungen nach verstärkt wettbewerblichen Steuerungsstrukturen. Doch ging es dem Gesetzgeber vorrangig um die Angleichung der Beitragssätze der Kassen und der Wahlrechte von Arbeitern und Angestellten. Dass es dadurch automatisch auch zu mehr Kassenwettbewerb kommen würde, wurde vielfach eher als unvermeidliche Begleiterscheinung in Kauf genommen.

Weg mit der Sozialbehörde. Auch wenn die Krankenkassen und ihre Verbände zunächst keineswegs zu den Befürwortern der freien Kassenwahl gehört hatten, hielten sie sich nicht lange damit auf, über die Entscheidung des Gesetzgebers groß zu lamentieren. Vielmehr wurde der Blick alsbald nach vorn gerichtet. Dies bedeutete auf der Einzelkassenebene, alles daran zu setzen, sich für den bevorstehenden Wettbewerb zu rüsten und sich tunlichst über Nacht von einer Sozialbehörde zum modernen Dienstleister zu wandeln.

AOKs schließen sich zusammen. Dabei waren die organisatorischen, aber auch die mentalen Ausgangsbedingungen allerdings unterschiedlich. Während die Ersatzkassen vom Grundsatz her schon immer Wahlkassen waren, bedeutete die Aufhebung jeder regelhaften Zuweisung bestimmter Mitgliedergruppen zu einzelnen Kassen speziell für das AOK-System eine grundlegende Zäsur in ihren Geschäftsgrundlagen. Entsprechend gab es damals nicht wenige Stimmen im AOK-System, die den Untergang der eigenen Kassenart befürchteten. Um dieses Schreckensszenario zu verhindern, wurde unverzüglich gehandelt. Das machen vor allem folgende Zahlen deutlich: Während es beim Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes Anfang 1993 noch sage und schreibe 289 eigenständige AOKs gab – davon lediglich zwölf in den neuen Ländern –, waren es bei Einführung der freien

1994: Verbände setzen auf Wettbewerb

Sie sind mehr als 20 Jahre alt, aber immer noch aktuell – die Positionen der Kassenverbände zum Wettbewerb:

„Kernbereich des Wettbewerbs ist die Vertragspolitik. (...) Im Rahmen einer wettbewerblich orientierten Krankenversicherung dient die Vertragspolitik in erster Linie dazu, optimale Vertragslösungen anzustreben, daß heißt einerseits Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, andererseits die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern. Auf der Suche nach optimalen Vertragslösungen sollte jede Kassenart eigenständige Wege vereinbaren und damit letztlich das System der gesundheitlichen Versorgung insgesamt vorantreiben können. Dabei ist ein einheitlicher Rahmen notwendig, der sicherstellt, daß die tragenden Strukturprinzipien einer auf dem Solidarprinzip basierenden sozialen Krankenversicherung gewährleistet werden. Hierzu gehört ein einheitlicher Leistungskatalog (...). Des weiteren sollten bestimmte Qualitätsstandards im Sinne von Mindeststandards gemeinsam und einheitlich festgelegt werden.“

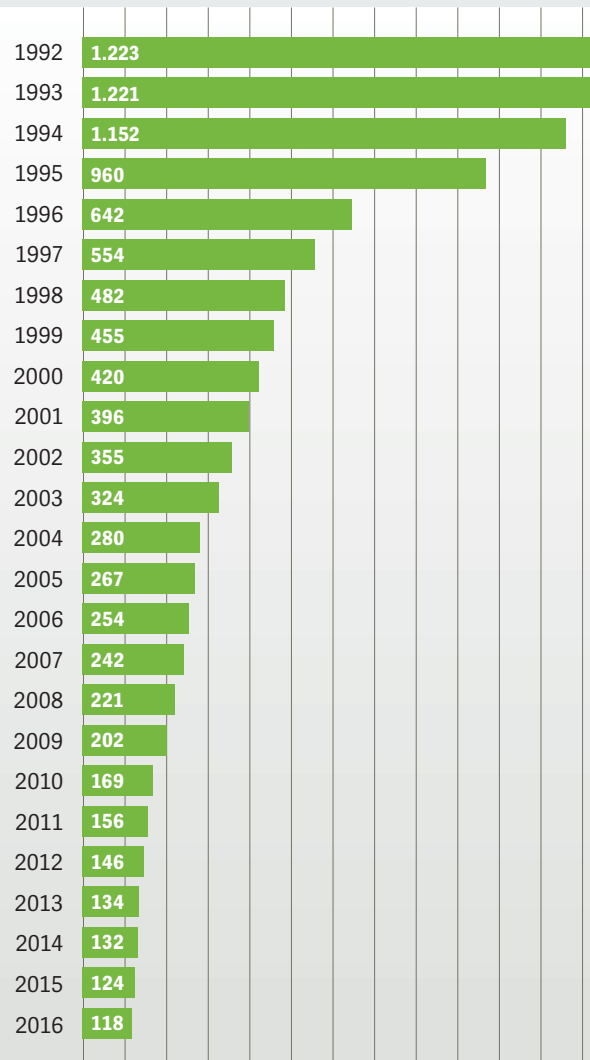
Auszug aus „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, September 1994, Seite 16

Kassenwahl drei Jahre später noch ganze 20 Kassen, zumeist als Folge von Fusionen auf Landesebene in den alten Bundesländern. Das war ein gehöriger Kraftakt mit beträchtlicher Signalwirkung nach innen und außen. Heute besteht das AOK-System nur noch aus elf Gesundheitskassen, die zum Teil länderübergreifend organisiert sind – die AOK Nordost mit Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sogar über drei Länder hinweg. Dies bewegte den früheren brandenburgischen Ministerpräsidenten Manfred Stolpe jüngst zu der Aussage, dass er diese Entwicklung angesichts der Länderstrukturen nur mit einem gewissen Neid betrachten könne.

Anders verlief die Entwicklung bei den BKKs als einer anderen früheren „Primärkassenart“. Als das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 in Kraft trat, gab es insgesamt 744 BKKs. Drei Jahre später, zum Zeitpunkt der Einführung der freien Kassenwahl, waren es noch immer 532 Kassen. Ihre Zahl hat sich bis heute in einem graduellen Prozess ständig weiter verringert und liegt aktuell bei 93 – Tendenz weiter fallend. Allerdings ist hier auf eine Besonderheit hinzuweisen, denn die BKKs behielten das Sonderrecht, allein für Beschäftigte des Trägerunternehmens und deren Angehörige geöffnet zu bleiben. Rund ein Drittel der heute noch bestehenden BKKs hat sich für diesen Weg entschieden, darunter als größte unternehmensbezogene Kasse die Daimler BKK mit rund 200.000 Mitgliedern und als kleinste die BKK Grillo Werke in Goslar mit etwa 1.000 Mitgliedern. Die meisten BKKs haben sich jedoch für alle GKV-Mitglieder geöffnet und ihren ursprünglichen Unternehmensbezug teilweise verloren. Dies belegen auch Fantasienamen wie BKK Heimat, Salus BKK oder BKK family. Die aktuell noch größte BKK, die Deutsche BKK mit rund 1,1 Millionen Versicherten, wird zum Jahresbeginn 2017 per Fusion in der Barmer aufgehen.

Mit Einzelverträgen zu mehr Qualität. Wie die Zukunft der BKKs, aber auch der Kassenlandschaft insgesamt aussehen wird, bleibt abzuwarten. Das dürfte nicht zuletzt davon abhängen, welche Rolle die im Wettbewerb miteinander stehenden Kassen in Zukunft spielen können beziehungsweise sollen. Nach der Entscheidung der Politik für die freie Kassenwahl wurde auf der Ebene der Kassenverbände der Versuch unternommen, die zunächst ungeliebte wettbewerbliche Orientierung der GKV konstruktiv für einen neuen programmatischen Aufbruch zu nutzen. Mit der im September 1994 publizierten Schrift der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Titel „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“ verständigten sich die Kassenverbände erstmals auf ein geschlossenes ordnungspolitisches Konzept (siehe *Kasten*, „1994: Verbände setzen auf Wettbewerb“ auf Seite 24). Mit dieser Schrift – wegen der Farbe ihres Umschlags oft als „Ochsenblutbroschüre“ bezeichnet – unternahmen sie den Versuch, der meist kurzatmigen Gesundheitspolitik ein konzeptionelles Gerüst für eine längerfristig angelegte Gesetzgebung mit ordnungspolitischer Fundierung zu geben und insbesondere den Kassenwettbewerb als Steuerungsinstrument für mehr Qualität und Effizienz der Versorgung zu nutzen – als bewusstes Gegenstück zur dominierenden Plan- und Kollektivwirtschaft nach Schema F.

Konzentration in der Kassenlandschaft



Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen sinkt seit Jahren kontinuierlich. Während es in den 1990er Jahren mehr als 1.000 Kassen gab, sind es aktuell noch 118. Einen besonders starken Konzentrationsprozess seit Einführung der freien Kassenwahl hat das AOK-System durchlaufen: Durch Fusionen in den Ländern ging ihre Zahl von 289 auf inzwischen elf zurück, und zwar größtenteils bereits vor 1996. Einige sind heute länderübergreifend organisiert, wie etwa die AOK PLUS in Sachsen und Thüringen oder die AOK Nordost, die mit Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern drei Länder umspannt.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

Ordnungspolitisches Konzept fehlt. Von einem auch nur halbwegs geschlossenen ordnungspolitischen Konzept für die GKV, einschließlich einer klaren Funktionsbeschreibung für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, war die Politik jedoch bei der Einführung der freien Kassenwahl weit entfernt – und ist es im Grunde bis heute auch geblieben. Deshalb liest sich die Passage zur wettbewerblichen Vertragspolitik aus der „Ochsenblutbroschüre“ der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände

der Krankenkassen von 1994 auch nicht wie ein Text aus dem modernen Antiquariat, sondern noch immer eher wie eine Zukunftsvision. Zwar hat noch in kaum einem Koalitionsvertrag einer Bundesregierung die Aussage gefehlt, dass die Kassen Freiräume erhalten sollen, „um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können“ (Große Koalition 2013, fast wortgleich aber auch schon Schwarz-Gelb 2009). Doch hat man zumindest in der letzten Dekade während der nachfolgenden Legislaturperioden vergeblich auf die Umsetzung dieser Ankündigung gewartet.

Sektoraler Eigensinn dauert an. Im Grunde war das 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz das letzte umfassende Strukturgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem erkennbaren Versuch, den Kassenwettbewerb versorgungsbezogen auszurichten. Dazu erhielten die Kassen vor allem mit der Hausarztzentrierten Versorgung, der (reformierten) Integrierten Versorgung und der ambulanten Versorgung im Krankenhaus Optionen für Selektivverträge mit Ärzten und Kliniken, um die Versorgung ihrer Versicherten gezielt verbessern zu können. Doch bereits das 2007 von der damaligen großen Koalition verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz läutete die plan- und kollektivwirtschaftliche Restauration ein, indem die Kassen die gerade erst erhaltene Vertragszuständigkeit für die ambulante Versorgung im Krankenhaus wieder verloren. Seit 2012 liefert dieser mittlerweile als ambulante spezialfachärztliche Versorgung bezeichnete vollkommen steuerungslose Versorgungsbereich ein Paradebeispiel dafür, wie es der gemeinsamen Selbstverwaltung gelingt, sektoralen Eigensinn erfolgreich vor gezielte Verbesserungen der Versorgung von Patienten zu stellen, die zum Beispiel in Großstädten sinnvollerweise anders aussieht als im ländlichen Raum.

Innovationsfonds als Offenbarungseid. Mit dem 2016 eingeführten Innovationsfonds hat der Gesetzgeber schließlich im Hinblick auf die Reformoption eines versorgungsorientierten Kassenwettbewerbs vorläufig den Offenbarungseid geleistet. Statt konsequent auf Innovationswettbewerb zu setzen und dafür funktionsgerechte Voraussetzungen zu schaffen, wird ein bürokratisches Monstrum installiert. Die für die zahlreichen Qualitäts- und Effizienzdefizite an den Schnittstellen zwischen sowie innerhalb von Versorgungssektoren maßgeblich mitverantwortlichen Kollektiv-Akteure werden nicht nur mit der Defini-

tionshoheit über zukunftssträchtige Versorgungsinnovationen ausgestattet, sondern auch mit einem ansehnlichen Budget aus Beitragsmitteln zu deren Förderung.

In der Konsequenz dümpelt der Kassenwettbewerb weiter vor sich hin und konzentriert sich – neben zweifellos wichtigen Service- und Beratungsangeboten – eher auf Randsegmente wie teilweise fragwürdige Satzungsleistungen der Krankenkassen. Solange es keine hinreichende Evidenz dafür gibt, bestimmte Leistungen GKV-weit solidarisch zu finanzieren, wird der Glaubwürdigkeit der GKV kein guter Dienst erwiesen, wenn die Verwaltungsräte einzelner Kassen darüber anders entscheiden. Diese Einschätzung richtet sich keineswegs pauschal gegen alle Satzungsleistungen der Kassen. Doch erscheint die Grenze zu manchen Selbstzahlerleistungen mit zweifelhaftem Nutzen, die Patienten als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) von Ärzten angeboten bekommen, oftmals alles andere als scharf.

Preis- statt Qualitätswettbewerb. Auf jeden Fall braucht sich niemand zu wundern, wenn beim Kassenwettbewerb angesichts der nur gering ausgeprägten Versorgungsorientierung der Preis – sprich: Zusatzbeitrag – zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung eine hervorgehobene Rolle spielt. Dass die Zusatzbeiträge allein von den Mitgliedern gezahlt werden, liegt im Übrigen im Interesse der freien Kassenwahl. Die Arbeitgeber sollen kein eigenes Interesse an der Kassenzugehörigkeit ihrer Beschäftigten haben und womöglich entsprechenden Druck ausüben. Wer die Parität bei der Beitragsfinanzierung wiederherstellen will, sollte dazu beim allgemeinen einheitlichen Beitragssatz zum Gesundheitsfonds ansetzen, aber nicht bei den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Deren Relativierung durch die große Koalition über die einkommensabhängige Ausgestaltung und den Einzug im Quellenabzugsverfahren kann der Substanz des Kassenwettbewerbs guttun. Aber damit kommt es noch lange nicht von selbst zu mehr Qualitätswettbewerb. Dazu braucht es schon größere Schritte als zum Beispiel die im 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen selektiven Qualitätsverträge für lediglich vier einheitlich vorgegebene Indikationen, die es frühestens ab 2019 geben soll.

Erfolgsgeschichte mit drei Buchstaben. Wenn es eine Erfolgsgeschichte in der gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung der freien Kassenwahl gibt, hat sie der RSA geschrieben. Dieser GKV-weite Ausgleichsmechanismus setzt Handlungsanreize für versorgungsorientiertes Wettbewerbshandeln der Krankenkassen. Er tut dies, indem er risikoäquivalente Beiträge simuliert, die es in der GKV wegen der solidarischen Finanzierung aus guten Gründen nicht gibt. Damit erhalten die Kassen Anreize, sich aktiv um die Versorgung von Kranken zu kümmern, anstatt sie als „ungünstige Risiken“ abzuwimmeln. Das ist die zentrale Aufgabe des RSA, die er im Verlauf seiner inzwischen schon über 20-jährigen Geschichte immer besser geleistet hat. Dass er daneben als Prügelknabe für praktisch alle tatsächlichen oder vermeintlichen Unwuchten in der GKV herhalten muss, tut dem keinen Abbruch – solange sich die Politik in dieser Frage nicht kirre machen lässt.

Lese- und Webtipps

- Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth, Jürgen Zerth (Hrsg.): **Solidarische Wettbewerbsordnung.** Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der GKV. Medhochzwei Verlag, Heidelberg 2014.
- KomPart-Verlag (Hrsg.): **Die Reformfibel.** Handbuch der Gesundheitsreformen. Berlin 2012.
- Klaus Zok: **Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV.** WldOmonitor 1/2016 (Beilage zu G+G 1/2016). Kostenloser Download unter www.wido.de > Publikationen > WldOmonitor

Selbstverständlich ist der RSA nie vollkommen, sondern muss ständig überprüft und bei Bedarf gezielt angepasst werden. Genau deshalb ist er bewusst als ein „lernendes System“ konzipiert. Beurteilungskriterium für seine Weiterentwicklung muss immer das Gesamtinteresse der GKV sein. Das wird nicht durch kurzfristige Partikularinteressen von Institutionen (oder gar von Bundesländern) bestimmt, sondern durch das Interesse der Versicherten, und zwar als Beitragszahler wie als Patienten.

Alle Krankheiten berücksichtigen. Aus dieser Sicht sollte schnell Einigkeit darüber erzielt werden können, dass die mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA erfolgte Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80 fallen muss. Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 war dies mit der Absicht einer „gleitenden Einführung“ der Morbiditätsorientierung begründet worden; diese Gleitphase sollte nun bald vorüber sein. Einigungsfähig könnte auch ein flankierender Hochrisikopool für besonders aufwendige Leistungsfälle sein, der bei sachgerechter Ausgestaltung mit einem spürbaren Eigenanteil der Kassen keineswegs ausgaben-treibende Anreize zu setzen bräuchte.

Bei dem kontrovers diskutierten Regionalisierungsthema ist dagegen Vorsicht geboten. Es ist kein Naturgesetz, dass die Versorgung in Ballungszentren zwangsläufig teurer sein muss als in der Fläche. Bestimmte Effizienzpotenziale gibt es überhaupt nur in einwohnerstarken Regionen, wo sich Ärzte und Kliniken angesichts hoher Patientenzahlen spezialisieren können. Das kann sich sowohl auf die Qualität als auch auf die Effizienz der Versorgung positiv auswirken. Diese Potenziale müssten „nur“ gehoben werden, woran bei einem pauschalen Ausgleich von regionalen Mehrausgaben aber kaum noch Interesse bestehen dürfte. Und ob es gerecht wäre, wenn die Beitragszahler aus Regionen mit eher schlanken, aber ausreichenden Angeboten unnötig teure Versorgungsstrukturen andernorts mitbezahlen müssten, erscheint auch zumindest zweifelhaft. Das Bundesverfassungsgericht war bei seiner RSA-Entscheidung 2005 jedenfalls nicht dieser Ansicht.

Es fehlt ein Lahnstein II. Insgesamt zeigt diese kurze Rückschau auf 20 Jahre freie Krankenkassenwahl ein ambivalentes Bild. Die mit den Wechselmöglichkeiten der GKV-Mitglieder ausgelöste Wettbewerbsorientierung ist bis heute unvollkommen geblieben. Es fehlt ein „Lahnstein II“, bei dem sich die Politik noch einmal mit Mut und Entschlossenheit gegen die verfassten Interessen der institutionellen Akteure stellen müsste. Dass diese in der Regel keine Wettbewerbsbefürworter sind, darf niemanden wundern. Denn Wettbewerb ist anstrengend und mit vielen Unwägbarkeiten verbunden. Und die kollektive Hängematte ist allemal bequemer. Doch wenn der Wettbewerb den Versicherten und Patienten nutzen soll, darf darauf keine große Rücksicht genommen werden.

Für die Politik wäre es wichtig, ihr ordnungspolitisches Verständnis zu schärfen, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die eigene Rolle. Es kann nicht die Aufgabe des Bundestages sein, sich zum Beispiel – wie 2015 im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschehen – um Fragen des Krankenhaus-Entlassma-

Wer Wettbewerb zum Wohle der Patienten will, darf auf die Eigeninteressen von Lobbygruppen nur wenig Rücksicht nehmen.



nagements oder der Organisation zeitnaher Facharzttermine zu kümmern. Wenn so etwas notwendig erscheint, kann es mit den Verantwortlichkeiten bei der konkreten Versorgungsgestaltung nicht weit her sein.

Niederländer sind weiter. Vielleicht könnte eine Anleihe bei unseren niederländischen Nachbarn hilfreich sein. Deren große Gesundheitsreform von 2006 stand unter der Überschrift „Sich ändernde Rollen in einer neuen Zeit“. Im Einzelnen hieß es dazu in einer Broschüre des Gesundheitsministeriums stichwortartig:

- Staat: regelt nicht mehr alles;
- Versicherte: mehr und bessere Wahlmöglichkeiten;
- Versicherer: Konkurrenten mit gutem Leistungsangebot („Die Krankenversicherungen sind nicht mehr gehalten, mit jedem Anbieter einen Vertrag abzuschließen, sondern können sich mit den Besten verbinden.“);
- Leistungserbringer: Leistungsniveau verbessern („Die Leistungsanbieter werden leistungsorientierter vorgehen müssen, sie erhalten aber auch mehr Möglichkeiten an die Hand, sich von anderen zu unterscheiden und Maßarbeit zu liefern.“)

Wettbewerb konsequent ausbauen. Wie schön wäre es doch, wenn es nicht weitere 20, sondern vielleicht nur zehn Jahre dauern würde, dass die mit der freien Krankenkassenwahl 1996 eingeführte Wettbewerbsorientierung der GKV eine konsequente Fortsetzung fände. Doch angesichts der insgesamt bereits über 130-jährigen Geschichte der GKV kommt es wohl auf zehn Jahre mehr oder weniger auch nicht an. Hauptsache, die Richtung stimmt! ■

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

„Wir schützen die ehrlichen Ärzte“

Wenn sich Mediziner, Apotheker oder Pflegekräfte bestechen lassen, drohen ihnen künftig bis zu fünf Jahre Haft. Warum ein Anti-Korruptionsgesetz nötig ist, erläutert SPD-Gesundheitsexperte **Edgar Franke** im G+G-Interview.

Herr Franke, glauben Sie an das Gute im Menschen?

Edgar Franke: Ich bin seit 40 Jahren politisch aktiv. Man fängt natürlich sehr idealistisch an und wird über die Jahre pragmatischer. Aber grundsätzlich glaube ich an das Gute im Menschen.

Warum braucht es dann ein Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen?

Franke: Es gibt immer schwarze Schafe. Menschen, die andere schädigen. Dann muss man Tatbestände schaffen, damit das nicht geschieht. Korrupte Ärzte, Apotheker und Heilberufler sind aber die Ausnahme, nicht die Regel.

Also schießen Sie mit Kanonen auf ein paar diebische Elstern?

Franke: Nein. Ärzteverbände haben ja gejammert, die Koalition schaffe ein Sonderstrafrecht für die Mediziner. Das ist abwegig. Wir wollen ehrliche Leistungserbringer – übrigens nicht nur Ärzte – vor korrupten schützen und verhindern, dass ein Berufsstand wegen weniger schwarzer Schafe verunglimpft wird.

Der Bundesgerichtshof hat bereits 2012 Regelungsbedarf angezeigt. Warum hat es so lange gedauert, bis die Politik handelt?

Franke: Schon 2010 habe ich einen Gesetzentwurf der SPD gegen Korruption wesentlich mitformuliert. Ich war nicht von der Absicht getrieben, irgendwelche Negativ-Klischees bei Pharmaunternehmen oder Ärzten abzuladen. Wir haben aber Fehlentwicklungen gesehen wie Fangprämien oder Kickbacks.

Das heißt, ein Arzt verschreibt ein bestimmtes Medikament und bekommt anschließend vom Hersteller Geldgeschenke dafür?

Franke: Richtig. Im Fall vor dem Bundesgerichtshof ging es um

eine Pharmareferentin, die Schecks an niedergelassene Ärzte verteilt hatte. Die Mediziner verordneten dafür Präparate des Unternehmens. Die Richter sprachen von korruptivem Verhalten. Das sei aber nach geltendem Recht nicht strafbar. Das war ein Wink mit dem Zaunpfahl, etwas zu tun. Der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr wollte kurz vor Ende der Legislatur noch eine Regelung zur Korruption ans Präventionsgesetz dranhängen, als Omnibusgesetz. Aber er wusste, da kommt nichts raus, zumal die Länder zustimmen mussten, was sie nicht taten. Außerdem sollte Korruption im Sozialgesetzbuch geregelt sein, was wir aber für falsch gehalten haben.

Jetzt soll es im Strafgesetzbuch geregelt werden. Warum dort?

Franke: Eine Regelung im Sozialgesetzbuch springt zu kurz. Das unlautere Verhalten von Privatärzten ließe sich damit nicht sanktionieren. Die Patienten wären vogelfrei. Es braucht Regelungen, die für angestellte Klinikärzte, niedergelassene Mediziner wie Privatärzte gleichermaßen gelten. Das machen wir jetzt. Der neue Paragraf 299a gilt für alle Heilberufe. Strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung korruptiver Praktiken werden geschlossen. Für entsprechende Delikte sind Geldstrafen oder Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren vorgesehen, in besonders schweren Fällen drohen fünf Jahre. Auch Kranken- und Pflegekassen sollen bei Verdacht auf Fehlverhalten Strafantrag stellen dürfen.

Korruption im Gesundheitswesen, heißt es im Gesetzentwurf, beeinträchtigt den Wettbewerb. Viele hätten erwartet, dass dort zu lesen ist: Das Patientenwohl steht vor dem Profit, deshalb beschließen wir ein Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen. Warum setzten Sie die Prioritäten anders?



Franke: Ein funktionierender Wettbewerb hilft auch Patienten und Versicherten, weil Leistungen besser und günstiger werden. Setze ich den Wettbewerb außer Kraft, verteuern sich Brillen, Hörgeräte und Implantate. Und es besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität leidet, weil nicht der Beste zum Zuge kommt, sondern derjenige, der sich auf unlautere Weise einen Vorteil verschafft. Wettbewerbsschutz ist auch Patientenschutz.

Besonders schwere Fälle von Korruption liegen vor, wenn die finanziellen Auswirkungen erheblich sind oder Wiederholungstäter am Werk sind. Warum ist nicht auch von Fällen die Rede, bei denen Patienten infolge von Bestechung gefährdet sind?

Franke: Natürlich können Sie noch einen Relativsatz hier oder da machen. Aber es ist auch ohne dies ein gutes, weil ausgewogenes Gesetz. Und es ist ein Riesenfortschritt, was die Integrität heilberuflicher Entscheidungen betrifft. Die Menschen können sich darauf verlassen, dass nicht monetäre, sondern fachliche Gründe für eine Therapie oder eine Verordnung entscheidend sind. Mit dem Gesetz schaffen wir auch Patientenschutz.

Viele monieren, der Gesetzentwurf bleibe an manchen Stellen schwammig – etwa beim Verhältnis von Ärzten und Pharmaindustrie. Nehmen Staatsanwälte künftig jede Anwendungsbeobachtung unter die Lupe, weil sie Bestechung wittern?

Franke: Wer das behauptet, der polemisiert. Was wir sanktionieren wollen, das sind Fälle, in denen es eine Unrechtsvereinbarung gibt. Ein Beispiel: Als Arzt verschreibe ich nur noch Mittel von dir, Pharmahersteller, wenn du mir zwei Wochen Skiurlaub in Sankt Moritz gibst. Im Übrigen handelt es sich um ein relatives Antragsdelikt. Auch ein wildgewordener Staatsanwalt kann also nur dann loslegen, wenn ein besonderes öffentliches Interesse vorliegt. Ansonsten muss ein Strafantrag gestellt werden.

Integrierte Versorgung heißt: Akteure vernetzen und verzahnen sich. Droht solchen Kooperationen Ungemach durch das Gesetz?

Franke: Kooperationsformen auf sozialrechtlicher Grundlage sind und bleiben gewollt. Die fallen auch nicht unter das Anti-Korruptionsgesetz. Alles, was Versorgung verbessert, kann schon deswegen nicht unter das Gesetz fallen, weil das keine Dinge

Zur Person

Prof. Dr. Edgar Franke (55) ist seit 2014 Vorsitzender des Bundestags-Gesundheitsausschusses. Der gebürtige Nordhesse studierte Politik- und Rechtswissenschaft in Marburg und Gießen. Von 1999 bis 2009 war Franke direkt gewählter Bürgermeister der Stadt Gudensberg. Seit Oktober 2009 sitzt der Jurist für die SPD im Bundestag. Edgar Franke ist seit den 1990er Jahren Professor an der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung in Bad Hersfeld. Er ist verheiratet und hat zwei Töchter.

sind, die von einer Unrechtsvereinbarung getragen sind. Wenn die einzige Motivation aber darin besteht, auf beiden Seiten Geld zu generieren, dann erfüllt das schon den Straftatbestand.

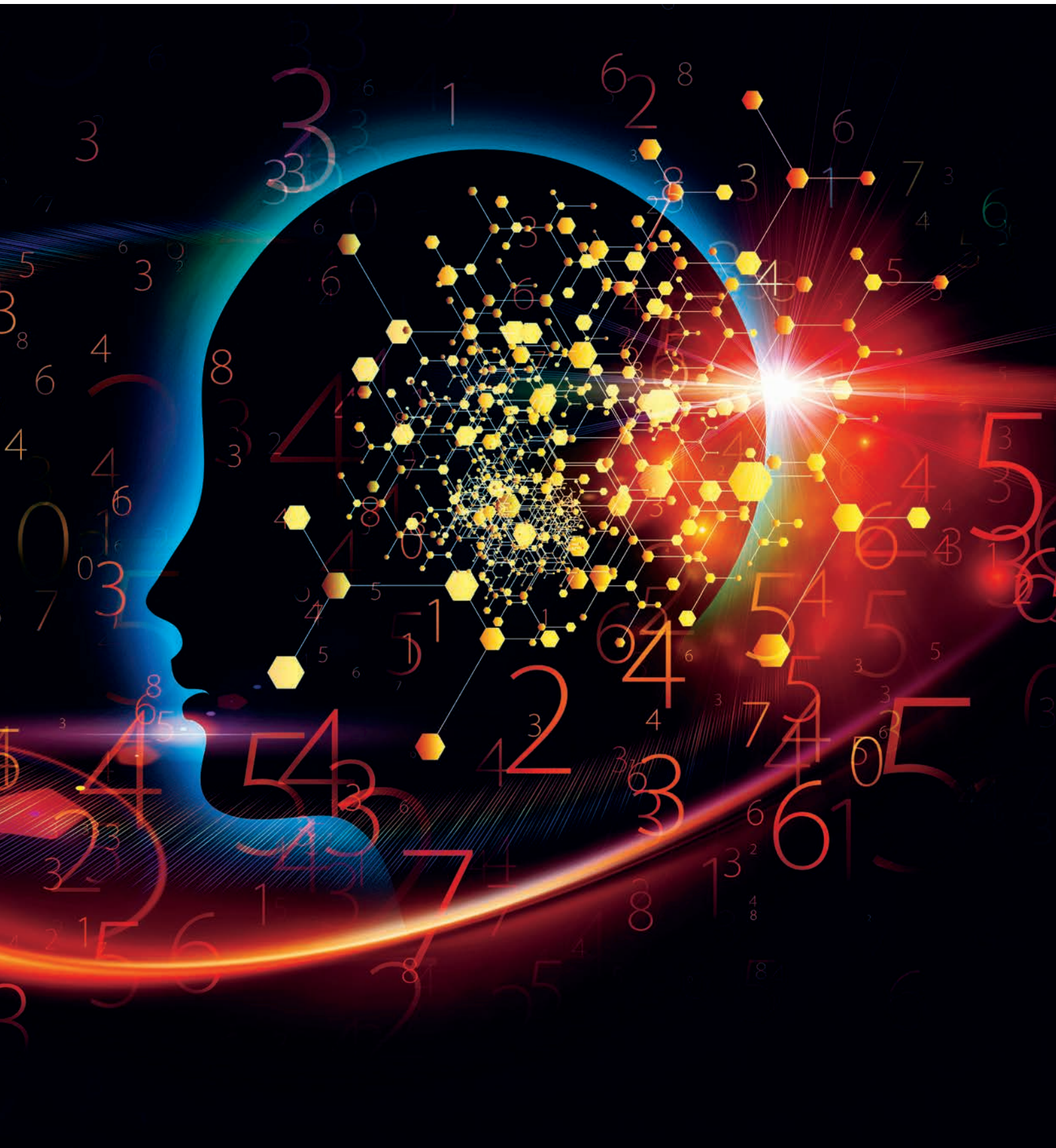
Noch einmal nachgehakt: Haben Sie nicht Sorge, dass bald die Rede von Herrn Doktor Raffzahn die Runde macht?

Franke: Nein. Richter werden, wenn sie sich bestechen lassen, auch belangt. Keiner würde deshalb alle Richter unter einen Generalverdacht stellen. Ganz im Gegenteil. Richter gehören wie Ärzte zu den anerkanntesten Berufsgruppen. Insofern ist der Vorwurf, wir stellen jemanden an den Pranger, falsch. Ehrliche Ärzte profitieren von diesem Gesetz.

Inwiefern?

Franke: Es gibt eine Gesamtvergütung für Ärzte. Die, die bewusst falsch abrechnen, schädigen ihre Kollegen, weil sie ein größeres Stück aus dem Budget herauschneiden. Mit dem Korruptionsstrafrecht schützen wir die überwiegende Mehrheit der ehrlichen Ärzte und stärken sie wirtschaftlich. So herum wird ein Schuh draus. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.



Seelenschatten im Licht der Zahlen

Die Fehlzeiten wegen seelischer Leiden steigen. Steht die Gesellschaft vor dem Psycho-Kollaps? Nein, sagt [Sveja Eberhard](#). Sie vergleicht Kassendaten und epidemiologische Studien und schließt daraus: Psychische Störungen haben nicht zugenommen – sie tauchen heute nur öfter in der Statistik auf.

Depression, Burnout oder Angststörung – Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fehlen immer öfter wegen einer psychischen Erkrankung. In den Statistiken der Krankenkassen ist die Zahl der Krankschreibungen aufgrund solcher Diagnosen innerhalb weniger Jahre dramatisch gestiegen. Gingen 2003 sieben Prozent aller Fehltag bei AOK-Mitgliedern auf psychische Krankheiten zurück, waren es laut Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK 2013 schon knapp zehn Prozent. Innerhalb einer Generation haben sich die Fehlzeiten aufgrund psychischer Leiden sogar verfünffacht: Von knapp einem halben Tag pro Arbeitnehmer im Jahr 1976 auf 2,6 Fehltag im Jahr 2013 (BKK-Gesundheitsreport). Mehr als ein Drittel davon geht auf depressive Episoden zurück. Schlagzeilen wie „Mehr Ausfälle durch Depressionen“, „Psychische Leiden stressen die Sozialkassen“ oder „Hunderttausende schwer

Depressive ohne Therapie“ begleiten die Statistiken. Dadurch entsteht der Eindruck, dass die psychische Gesundheit in allen Gesellschaftsschichten, Berufs- und Altersgruppen stärker gefährdet ist denn je.

Zirkelschluss bei der Ursachensuche. In der öffentlichen Diskussion wird an dieser Stelle oft auf die sich ändernde Arbeitswelt verwiesen. Arbeitgeber und Gewerkschaften führen heftige und oft emotionale Diskussionen darüber, ob es der wachsende berufliche Stress ist, wiederum ausgelöst etwa durch technische oder gesellschaftliche Entwicklungen. Es ist gut belegt, dass Menschen, die permanent unter Stress leiden, ein höheres Risiko für eine Depression tragen. Eine enge Beziehung besteht auch zwischen sozialem Stress wie einem schlechten Betriebsklima, und der Höhe des Krankenstandes in einem Unternehmen. Insofern klingt es zunächst plausibel, dieses Argument zu ver-

allgemeinern: Die Zahl der einschlägigen Diagnosen steigt, weil die Arbeitswelt stressiger geworden ist. An anderer Stelle wird als Beleg für wachsenden Stress auf die Diagnosedaten verwiesen. Damit entsteht ein Zirkelschluss. Eine solche Argumentationskette geht immer auf, egal, welche Ursache man einsetzt. Es stimmt: Schlechte Arbeitsbedingungen können krank machen – doch dies konnten sie zu allen Zeiten. Die Gründe für die Steigerung lassen sich aus den Diagnose-Statistiken nicht ableiten. Die Statistik zeigt nur, dass etwas passiert, aber nicht, warum es passiert.

Arbeit macht nicht nur krank. Auch parallele Entwicklungen, wie beispielsweise die Zunahme der Nutzung neuer Medien, müssen keine Ursache für den Anstieg psychischer Erkrankungen sein. Da verhält es sich genauso wie mit der Zahl der grauen Haare: Sie steigt zwar mit dem Alter, ist jedoch nicht die Ursache für altersbedingte Erkrankungen. Um Ursachen zu hinterfragen, muss man methodisch anders vorgehen. An dieser Stelle lohnt ein genauerer Blick in die Daten der Krankenkassen. Da Diagnosen nicht nur bei Arbeitnehmern im Rahmen einer Krankenschreibung erfasst werden, sondern grundsätzlich bei jedem Arztbesuch, ist es möglich, Arbeitnehmer mit Nicht-Arbeitnehmern zu vergleichen. Wenn Veränderungen in der Arbeitswelt die entscheidende Ursache für den beobachteten Anstieg der Diagnosen sind, müsste die Steigerung bei Arbeitnehmern und selbstständig Beschäftigten deutlicher zu erkennen sein als bei Arbeitslosen, Rentnern oder Familienversicherten.

Die Auswertung der entsprechenden Daten von Versicherten der AOK Niedersachsen zeigt, dass die Häufigkeit der Diagnose Depression bei Beschäftigten zwischen 2006 und 2013 von Jahr zu Jahr leicht gestiegen ist (siehe Abbildung „Diagnose Depression mit Job seltener“ auf dieser Seite). Bei den Beziehern von Arbeitslosengeld I und II nimmt sie jedoch vergleichsweise stärker zu. Der in der letzten Dekade beobachtete Anstieg an psychischen Diagnosen kann somit nicht allein auf veränderte Arbeitsbedingungen zurückzuführen sein. Augenfällig ist zudem, dass depressive Störungen bei arbeitslosen Versicherten insgesamt häufiger auftreten. Das deckt sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen. Experten diskutieren den Zusammenhang in beide Richtungen: Eine Depression kann zu Arbeitslosigkeit führen und die Arbeitssuche erschweren. Andererseits kann Arbeitslosigkeit aber auch die Anfälligkeit für depressive Störungen erhöhen. Denn Arbeit macht ja nicht nur krank – gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit, wie Handlungsspielräume oder soziale Unterstützung, stehen potenziell schädigenden Faktoren, wie Zeitdruck oder Mobbing gegenüber.

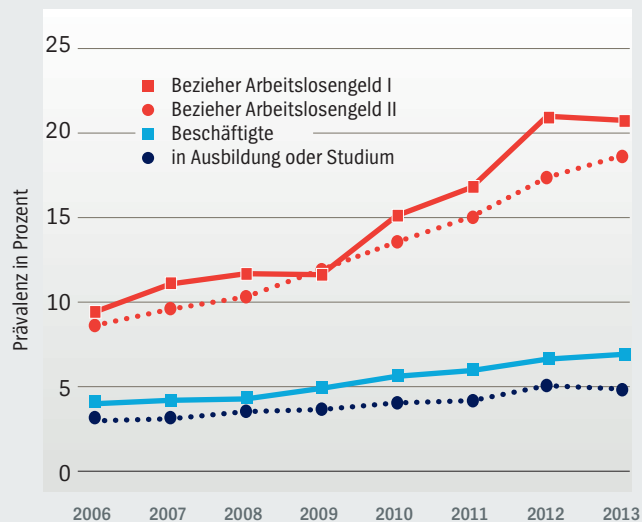
Tatsächliche Häufigkeit von Depressionen bleibt gleich. Entgegen dem statistischen Trend zeigen große epidemiologische Untersuchungen, dass die Rate psychischer Erkrankungen, auch der Depression, relativ stabil ist. In Befragungen liegt die Rate depressiver Erkrankungen meist zwischen sechs und zehn Prozent, wobei die absolute Höhe davon abhängig ist, wonach die Forscher fragen und welche Bevölkerungsgruppen sie einbeziehen. Laut Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 litten 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer im Alter von 18 bis 65

Jahren innerhalb der letzten zwölf Monate unter einer depressiven Störung. Laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland hat im Zeitraum zwischen 2009 und 2012 bei acht Prozent der Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren eine depressive Symptomatik bestanden. Eine EU-weite Studie unter Leitung von Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen und Kollegen kommt zu dem Ergebnis, dass schätzungsweise sieben Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr eine schwere Depression erleben. Dr. Dirk Richter und Professor Dr. Klaus Berger fanden in einer 2013 veröffentlichten Meta-Analyse keine Hinweise darauf, dass die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in Europa in den letzten 20 Jahren zugenommen hat (siehe Lese- und Webtips auf Seite 35). „Die wenigen methodisch gut gemachten publizierten Querschnitt- und Längsschnittstudien sprechen sämtlich für ein hohes Maß an Konstanz der Prävalenzdaten“, fasst Professor Dr. Frank Jacobi von der Psychologischen Hochschule Berlin die Daten zu diesem Themengebiet zusammen.

Warum die Zahl der Diagnosen steigt. Aber warum bekommen Jahr für Jahr mehr Menschen die Diagnose Depression oder die Zusatzdiagnose Burnout, wenn sich die Zahl der Erkrankten tatsächlich kaum verändert hat? Die Erklärung ist einfach: Die Statistiken der Krankenkassen und die Ergebnisse epidemiolo-

Diagnose Depression mit Job seltener

Häufigkeit der Diagnose Depression bei AOK-versicherten Männern nach Berufsstatus



Die Häufigkeit von ärztlich festgestellten Depressionen (Hauptdiagnose ICD-10 F32/33) lag bei Berufstätigen, die bei der AOK Niedersachsen versichert waren, im Jahr 2013 bei rund sieben Prozent. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld I oder II lag sie hingegen bei um die 20 Prozent. Der Diagnoseanstieg verläuft in der Gruppe der Arbeitslosen deutlich steiler. Bei Frauen zeigen sich ähnliche Unterschiede, allerdings auf höherem Niveau.

Quelle: AOK Niedersachsen, eigene Berechnungen

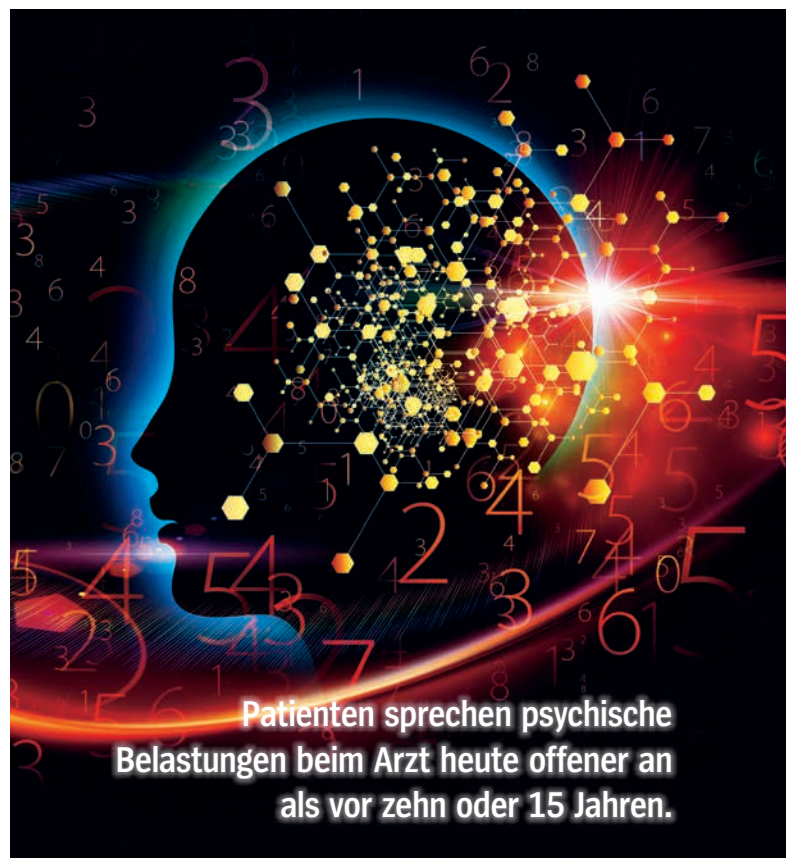
gischer Studien ähneln sich zwar auf den ersten Blick. Sie beschreiben aber unterschiedliche Sachverhalte. Die Häufigkeit von Diagnosen und Therapien ist nicht identisch mit der Zahl der Menschen, die an einer Krankheit leiden. Wer nicht zum Arzt geht, erhält auch keine Diagnose. Beides gleichzusetzen wäre so, als ob man behauptet, dass es vor 1860 keine Depressionen gegeben habe, weil sie bis dahin nicht als solche bekannt waren und behandelt wurden. Oder so, als würde man die Häufigkeit von Kopfschmerzen allein über den Verbrauch von Aspirin messen.

Depressionen sind zwar häufig, aber nicht jede Depression wird auch behandelt. Schätzungen zufolge lag die Behandlungsquote Ende der 1990er Jahre nicht höher als 50 Prozent. Die Politik räumt inzwischen der Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung eine zunehmende Priorität ein. Seit 1999 können Patienten direkt zum Psychotherapeuten gehen. Das Angebot ärztlicher Fortbildungen zur psychosomatischen Grundversorgung wurde ausgeweitet, die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen verbessert und Schwellen zur Inanspruchnahme gesenkt. Parallel haben sich zahlreiche Initiativen das Ziel gesetzt, die Stigmatisierung psychisch Erkrankter abzubauen, wie etwa das Bündnis gegen Depressionen oder das Kompetenznetz Depression, das insbesondere Hausärzte für das Krankheitsbild Depression sensibilisiert. Auch Berichte von Prominenten über ihre Erkrankung dürften dazu beigetragen haben, die Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit in der Bevölkerung zu steigern. Die Krankenkassen haben neue Versorgungsverträge abgeschlossen, die ebenfalls das Ziel verfolgen, Depressionen früher zu entdecken und Patienten zeitnah zu behandeln.

Hausärzte haken häufiger nach. Diese Entwicklungen wirken sich auf mehreren Ebenen aus. Depressive Patienten gehen häufig zuerst zum Hausarzt. Sie klagen oft nicht über Niedergeschlagenheit, sondern über körperliche Beschwerden wie Müdigkeit, Kopf- oder Rückenschmerzen. Wenn Hausärzte heute häufiger nachhaken und die depressive Symptomatik (mit) behandeln, verbessert sich die Versorgung – und die Statistik weist eine höhere Zahl von Patienten mit Depression aus.

Auch stellen Ärzte heute vermutlich nicht mehr so oft Verleghenheitsdiagnosen. Professor Dr. Norbert Schmacke von der Universität Bremen beschreibt dieses Phänomen so: „Da lag dann eben keine Depression vor, sondern eine vegetative Dystonie oder Rückenschmerzen.“ Zudem wandelt sich, wie Betroffene ihre Symptome darstellen und welche Diagnose sie akzeptieren. Hausärzte berichten, dass Patienten psychische Belastungen in der Arztpraxis heute offener ansprechen als noch vor zehn oder 15 Jahren. Ob damit einhergehend auch die Akzeptanz psychischer Erkrankungen im beruflichen oder privaten Umfeld steigt, ist unklar. Möglicherweise nimmt die Stigmatisierung psychisch Erkrankter sogar wieder zu, wie verschiedene Untersuchungen nahelegen.

Andere Dokumentation von Diagnosen. Hinter der vermeintlichen Epidemie steckt also mindestens zum Teil eine positive Entwicklung: Depressionen werden häufiger als solche wahrgenommen



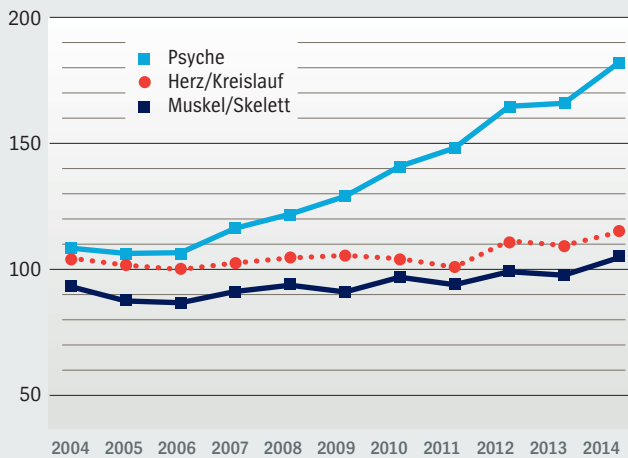
und diagnostiziert. Zu dieser These passt ein weiterer Befund: Risikofaktoren, die anfällig machen für depressive Störungen, wirken nicht nur auf die Seele. Dauerstress begünstigt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, macht anfällig für Infektionen und beeinflusst den Verlauf weiterer Erkrankungen ungünstig. In der Statistik müsste dann also auch die Häufigkeit von beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Stress zunehmen. Dies ist jedoch nicht der Fall: Während seelische Arbeitsunfähigkeits(AU)-Diagnosen zunehmen, bleibt die Zahl der körperlichen AU-Diagnosen vergleichsweise stabil oder geht, je nach Vergleichszeitraum sogar zurück, wie Auswertungen des WIdO zeigen (siehe Abbildung „Mehr Fehltag wegen kranker Psyche“ auf Seite 34). Heute werden mehr psychische Diagnosen mitkodiert und seltener hinter körperlichen Diagnosen versteckt.

Zudem hat sich die ärztliche Dokumentation im Laufe der Zeit verändert. Aktuelle Klassifikations- und Abrechnungssysteme erfordern häufig eine genauere Dokumentation als früher, was ebenfalls dazu führen kann, dass Ärzte psychische Diagnosen öfter mitkodieren.

Krankheitsschwelle verschoben. Hinzu kommt, dass die Grenze zwischen gesund und krank fließend ist. Depressiv, im Sinne von niedergeschlagen oder pessimistisch gestimmt, fühlen sich die meisten Menschen ab und zu. Solche Gefühle sind normale Reaktionen beispielsweise auf Enttäuschungen, Ärger oder Streit. Eine klinische Depression unterscheidet sich aber deutlich von

Mehr Fehltage wegen kranker Psyche

Fehlzeiten-Entwicklung bei AOK-Mitgliedern nach Krankheitsarten (Index 2003 = 100 Prozent)



Von 2004 bis 2014 haben die Fehltage aufgrund psychischer Diagnosen bei AOK-Mitgliedern gegenüber 2003 (Index-Jahr) um fast 80 Prozent zugenommen. Derweil sind die Fehltage aufgrund von Herz/Kreislauf- und Muskel/Skelett-Erkrankungen fast auf demselben Niveau geblieben.

Quelle: WIdO-Fehlzeiten-Report 2015

einem Stimmungstief. Für die Diagnose müssen mehrere Kriterien zutreffen. Neben den mindestens über zwei Wochen durchgängig bestehenden Hauptsymptomen von Niedergeschlagenheit/Traurigkeit und dem Verlust von Interesse und Freude an fast allen Tätigkeiten sind weitere Symptome zu berücksichtigen.

Doch auch hier ist der Übergang zur Normalität fließend: Es gibt keine eindeutige Schwelle, anhand derer man einen „schon depressiven“ von einem „gerade noch gesunden“ Menschen unterscheiden kann. Insofern könnte es sein, dass wir heute, im Zeitalter der Selbstoptimierung, höhere Anforderungen an die Normalität stellen und dass die Schwelle zur Krankheit niedriger liegt. Die meisten Statistiken teilen die Bevölkerung nach scheinbar klaren Kategorien auf, wie gesund oder krank. Aber Gesundheit ist ein Kontinuum. Eine Absenkung von Diagnose- und/oder Behandlungsschwellen führt zu mehr Erkrankten in der Statistik.

Eine Veränderung von Krankheitsschwellen kann positive, aber auch negative Folgen haben. Wenn eine kurzzeitige depressive Verstimmung als Krankheit gilt, kann das dazu führen, dass sich Menschen ängstigen, Selbstheilungskräfte unterdrückt werden und Ärzte im Einzelfall unnötige Behandlungen mit unter Umständen schädlichen Nebenwirkungen einleiten.

Versorgungsleitlinien berücksichtigen Psyche zusätzlich. Medizinisch ist es durchaus rational, Belastungen möglichst frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken, um eine Verschlimmerung zu verhindern. Zudem wird in vielen Leitlinien

zur Behandlung körperlicher Erkrankungen inzwischen gefordert, psychische Symptome mitzubehandeln, etwa bei Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Herzerkrankungen oder Diabetes. Auch dies ist eine positive Entwicklung: Befragungen zeigen fast immer, dass Patienten sich mehr persönliche, ganzheitliche Betreuung wünschen. Unser Gesundheitswesen belohnt bisher jedoch eher den Einsatz von Technik, weniger die Pflege und die persönliche Zuwendung. Es geht also – auch – um Prioritätensetzung und eine patientenorientierte Verteilung begrenzter Mittel.

Unterstützungsbedarf verlagert. Parallel zur größeren Aufmerksamkeit in Medien, Ratgeberliteratur und Öffentlichkeit ist das Therapieangebot für seelische Probleme in den vergangenen Jahren stark gewachsen. In kaum einem Land werden Therapien so umfangreich von der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten finanziert wie in Deutschland, das gilt für psychische ebenso wie für körperliche Leiden. Ökonomen würden sagen: Angebot und Nachfrage beeinflussen sich gegenseitig. Mit der Verfügbarkeit wächst auch die Nachfrage. Dies macht verständlich, weshalb trotz deutlich ausgeweitetem Therapieangebot in der Praxis nach wie vor lange Wartezeiten bestehen. Psychiater befürchten, dass gerade erstmalig Betroffene mit schwereren Störungen nur schwer an knappe Therapieplätze kommen.

Vielleicht hat sich der zugrunde liegende Bedarf an seelischer Unterstützung auch gar nicht so sehr verändert – er verlagert sich nur weg von der Seelsorge, weg von Freunden, Familie und Nachbarschaft ins Gesundheitssystem. Die Frage also, wo Hilfe stattfindet und wer dafür aufkommt – die Beitragszahler in der Krankenversicherung, der Staat, die Kommunen oder andere – muss offen diskutiert und die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen kritisch beleuchtet werden.

Gestaltungsfreiheit macht Stress. Zugleich drängen sich weitere Fragen auf: Sollten Menschen, wenn Diagnose und Therapie öfter, früher und flächendeckender erfolgen, sich nicht gesünder fühlen? Was führt dazu, dass hierzulande viele Menschen in Frieden und Wohlstand leben, ihr Leben und ihre Zukunft aber dennoch nicht mit Freude gestalten und bewältigen können? Stress entsteht vor allem in zwischenmenschlichen Bereichen. Er kann durch berufliche Leistungsorientierung, Anonymisierung und mangelnde Anerkennung zunehmen.

Zudem heißt durchschnittlicher Wohlstand nicht, dass es jedem gleich gut geht – wachsende Ungleichheit in der Bevölkerung wirkt sich auf die seelische wie die körperliche Gesundheit negativ aus, sie verschlechtert individuelle Perspektiven und steigert Abstiegsängste. Vielleicht, so ein weiterer Erklärungsversuch, hat die Verantwortlichkeit der Menschen in vielen Lebensbereichen zugenommen, ohne dass die Fähigkeit zum Selbstmanagement in Beruf und Partnerschaft gleichermaßen gewachsen ist. Anforderungen wandeln sich schneller als früher, Geschlechterrollen verändern sich, und es ist kaum möglich, alle von außen herangetragenen Ansprüche miteinander zu vereinbaren. Werbung, Filme oder soziale Netzwerke verankern eine Vorstellung vom erstrebenswerten Lebensstil, die mit der Realität nur selten übereinstimmt und insofern unzufrieden machen

kann. Lebensläufe sind weniger vorgegeben als in der Vergangenheit. Soziologen wie Alain Ehrenberg zufolge führt dies auch dazu, sich entscheiden zu müssen und beinhaltet ein mögliches Scheitern.

Mehr Schutz am Arbeitsplatz. Andererseits: Wer wünscht sich wirklich zurück in eine rigide Gesellschaftsstruktur, mit vorgeschriebenen Geschlechter- und Rollenmodellen, regulärer Samstagsarbeit und anderen Lebensumständen, wie sie bis in die 1960er Jahre vorherrschten? Auch Arbeitsbedingungen haben sich nicht nur verschlechtert, sondern an vielen Stellen verbessert. Unternehmen berücksichtigen zunehmend psychische Faktoren bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen, nicht zuletzt als Reaktion auf das sich wandelnde Diagnosespektrum bei den Fehlzeiten. Beschäftigte, Führungskräfte, Unternehmen und Krankenkassen haben im betrieblichen Setting die Herausforderung erkannt und zeigen zunehmend Lösungen auf. So hält etwa die AOK ein breites Spektrum von Angeboten bereit, die stressbedingte Beschwerden und Erkrankungen vermeiden helfen und unterstützt Betriebe umfassend im Gesundheitsmanagement. Auch turnusmäßige Gefährdungsbeurteilungen von Arbeitsplätzen berücksichtigen heute nicht mehr nur körperliche, sondern ebenso seelische Aspekte. Neuen Belastungen stehen somit neue Schutzfaktoren gegenüber.

Gesundheitsbotschaften in den Medien bedienen hingegen häufig die menschliche Liebe zu schlechten Nachrichten. Psychologische Studien belegen, dass reißerische Berichte Symptome verstärken oder sogar erst hervorrufen können. Insofern können nicht nur Infektionen übertragen werden, sondern auch Emotionen und der Zeitgeist. Die Aufmerksamkeit auf ein Thema zu lenken, kann durchaus wünschenswert sein, um überhaupt Verbesserungen durchsetzen zu können. Doch eine Dramatisierung führt oft zu vereinfachenden Schlussfolgerungen und verhindert, dass Probleme angemessen adressiert und untersucht werden.

Lese- und Webtipps

- Eberhard, S.: **Depression und Burn-out. Epidemie des 21. Jahrhunderts?** Schriftenreihe der AOK Niedersachsen, KomPart-Verlag, 2014.
Bezug über die Autorin: Sveja.Eberhard@nds.aok.de
- Jacobi, F.: **Der Hype um die kranke Seele.** In: G+G 5/2012, S. 22–27
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klöse, J.; Meyer, M. (Hrsg.): **Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement.** Springer, Berlin.
- Klauber, J.; Günster, C.; Gerste, B.; Robra, B.T.; Schmacke, N. (Hrsg.): **Versorgungs-Report. Schwerpunkt: Depression.** Schattauer, Stuttgart, 2014.
- Richter, D.; Berger K.: **Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien.** In: Psychiatrische Praxis, 40/2014; S. 176–182
- Schmacke, N.: **Häufigkeit seelischer Erkrankungen.** In: G+G-Wissenschaft 3/2012, S. 7–15
- Wittchen, H.U.; Jacobi, F.: **Epidemiologie.** In: Stoppe, G.; Bramesfeld, A.; Schwartz, F.W. (Hrsg.): **Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive.** Springer, Berlin, 2006.



Psychische Gesundheit stärken. Soziologisch lassen sich viele weitere Punkte diskutieren. Sie haben eines gemeinsam: Ihre Auswirkungen im Gesundheitssystem „wegbehandeln“ zu wollen, greift zu kurz. Es geht um die Gestaltung der Orte, an denen Menschen leben, lernen und arbeiten. Betriebliches Gesundheitsmanagement, gesunde Schulen, kommunale soziale Projekte, die Gestaltung von Städten, Stadtvierteln und Dörfern sind wichtige Ansatzpunkte, um die psychische Gesundheit präventiv zu stärken. Die Debatte ist Teil einer vorausschauenden und integrativen Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftspolitik. Sie ist eng verknüpft mit dem Thema, das sich auch die Enquete-Kommission „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität“ des Bundestages 2013 gestellt hat: Wie wollen wir zukünftig leben?

Für das Gesundheitssystem bleibt die komplexe Herausforderung, Bedarfe zu steuern und eine angemessene Versorgung psychisch erkrankter Menschen sicherzustellen. Psychische Störungen bleiben noch immer häufig unerkannt und unbehandelt, der Weg zu einer passenden Therapie ist oft lang und steinig. Eine Lösung wird nicht über Nacht gelingen. Aber es ist erfreulich, dass Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialversicherungsträger, Arbeitgeber und Arbeitnehmer inzwischen gemeinsam nach Antworten suchen. ■

Dr. Sveja Eberhard leitet den Stabsbereich Politik und Versorgungsforschung bei der AOK Niedersachsen.

Kontakt: Sveja.Eberhard@nds.aok.de



In der Charbagh Railway Station/Lucknow bekommt eines von 27 Millionen Babys in Indien die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung.

Ein Tropfen fürs Leben

In Indien infizierten sich noch Ende der achtziger Jahre Hunderttausende Kinder jährlich mit Polio. Viele von ihnen starben oder waren gelähmt. Heute setzt ein Impfprogramm das Virus schachmatt. [Martina Merten](#) hat die Kampagne im Bundesstaat Uttar Pradesh begleitet.

Es ist laut auf den engen Fluren des V.J.B. Krankenhauses in Lucknow, der Hauptstadt des indischen Bundesstaates Uttar Pradesh. In den Ecken sitzen Dutzende von Frauen mit Neugeborenen auf dem Schoß. Sie blicken erwartungsvoll auf den Eingang. An ihnen vorbei laufen Männer mit gelben Schals und gelben Kappen. Überall an den Wänden des Frauenkrankenhauses hängen kleine Fähnchen und Banner. Die Aufschrift auf allem ist immer dieselbe: India Polio Free. In wenigen Minuten wird der Gesundheitsminister von Uttar Pradesh die offiziellen Impf-Tage des Bundesstaates eröffnen. Das Aufkommen an lokalen Medienvertretern vor der kleinen Klinik ist enorm. Als Minister Ahmad Hassan mit einstündiger Verspätung in dem Getümmel ankommt, erhöht sich der Lautstärkepegel auf einen Schlag. Im Blitzlichtgewitter träufelt Hassan dem ersten

Säugling den Tropfen des Impfstoffes gegen Polio in den Mund. Dieser eine Tropfen entscheidet über ein Menschenleben.

Jedes Kind finden. Was nach einem turbulenten Event aussieht, ist ein bis in jeden Winkel durchorganisiertes Impfprogramm. Mit diesem Programm hat es das zweitgrößte Land der Erde innerhalb von knapp 20 Jahren geschafft, eines der hartnäckigsten Viren dieser Welt auszurotten. Ein Land, in dem jedes Jahr 27 Millionen Babys zur Welt kommen. Ein Land, in dem die Bevölkerung noch vor 15 Jahren kaum ein Bewusstsein für die Bedeutung von Impfungen, von Vorsorge hatte. In dem kaum jemand daran glaubte, dass dieses Virus jemals zu vernichten sein würde. Die Vehemenz, mit der Polio noch Ende der achtziger Jahre massenhaft Kinder befiel, suchte seinesgleichen: Jährlich 350.000 Kinder weltweit starben an Polio oder wurden



Foto: Subir Roy

Zeichen setzen: Ahmad Hassan (l.), Gesundheitsminister in Uttar Pradesh, verteilt zu Beginn der Polio-Kampagne selbst Impfstoff.

durch die Infektion gelähmt. Allein in Indien waren es 200.000 Mädchen und Jungen. Weltweit steckten sich damals täglich rund 1.000 Kinder mit Poliomyelitis (siehe Kasten „Polio: Ein Virus lähmt und tötet“ auf Seite 39) neu an. „Die größte Herausforderung bestand für uns darin, all diese Kinder zu finden“, erklärt Dr. Sunil Bahl. „Wir mussten es schaffen, jedes Haus und jedes Kind auf unseren Plänen zu dokumentieren“, so Bahl, der für Impfprogramme der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Südostasien verantwortlich ist.

Im Jahr 1988 hatte die Weltgesundheitsversammlung der Vereinten Nationen auf Druck von Rotary International und der WHO die „Global Polio Eradication Initiative“ beschlossen (siehe Kasten „Ein breites Bündnis gegen Polio“ auf dieser Seite). Wenige Jahre später fanden in Indien erstmals nationale Impftage statt, begleitet von wiederholten Impf-Aktionen auf Ebene der indischen Bundesstaaten. Besonderes Augenmerk, erklärt WHO-Mitarbeiter Bahl, haben die beteiligten Akteure von vornherein auf diejenigen Bundesstaaten gelegt, in denen das Virus besonders häufig auftrat. Neben Bihar und West-Bengal war das Uttar Pradesh. Uttar Pradesh ist der bevölkerungsreichs-

te Staat Indiens. 204 Millionen Menschen leben hier, davon fast 30 Prozent unterhalb der Armutsgrenze. 70 Prozent wohnen auf dem Land, ohne Toilette.

Der Bahnhof wird zur Impfstation. Jede Impfkampagne beginnt mit einem sogenannten Booth Day wie dem am V.J.B. Krankenhaus in Lucknow – einer Art feierlicher Eröffnungszereemonie, in deren Rahmen Impfhelfer nahezu 100 Kinder vor den Augen der Öffentlichkeit gegen das Polio-Virus impfen. Im Anschluss an den Eröffnungstag gehen fünf Tage lang Impfteams von Haus zu Haus, um alle Kinder unter fünf Jahren zu impfen. Zudem gibt es Impfteams, die an Transitpunkten zum Einsatz kommen. Die Charbagh Railway Station in Lucknow ist ein solcher Punkt. Hunderte von Zügen verlassen täglich den größten Bahnhof von Uttar Pradesh. Auf dem schmutzigen Boden im und vor dem Bahnhof kauern Reihen von Familien mit etlichen Kindern. In Indien überschreiten täglich 23 Millionen Menschen in 11.000 Zügen Grenzen. 4,2 Millionen Kinder sind ständig unterwegs und haben keinen festen Wohnort. Kein Bett. Kein Dach über dem Kopf. Insgesamt 10.000 Impfteams sind während jeder Kampagne an Orten wie der Charbagh Railway Station unterwegs, um die Eltern dieser Kinder darauf anzusprechen, ob ihre Kinder bereits gegen Polio geimpft worden sind. Sind sie es nicht, bekommen sie die Impfung gleich vor Ort. Im Anschluss daran markiert einer der Impfhelfer mit einem schwarzen Stift den kleinen Finger des Kindes – als Zeichen dafür, dass es den Impfstoff bekommen hat.

Straßenstände in Tempeln und am Rande von Slums. Darüber hinaus werden über das Land verteilt 100.000 Impfstationen aufgebaut, sei es in Moscheen, Tempeln oder in dunklen Ecken von Slums. An jedem Impfstand sollten vier Helfer arbeiten, zwei, die impfen, einer, der dokumentiert und einer, der sich in der Gegend auskennt und die dortigen Bewohner auf die Impfstation aufmerksam macht und sie dorthin führt. An einem Stand in einer Slumgegend von Lucknow ist Kashifa Fatima eine der beiden Impfhelferinnen. Für die Schulung zur Impfung und die acht Stunden, die sie sich bereit erklärt hat, Kinder zu impfen, erhält die Medizinstudentin umgerechnet einen Euro von der indischen Regierung. Dieses Jahr, erklärt sie, kämen nicht so viele Kinder zu ihrer kleinen Station. Vielleicht liege es ja daran,

Impfkampagne: Ein breites Bündnis gegen Polio

Rotary International startete 1985 die PolioPlus-Initiative, um Polio weltweit auszurotten (www.polioplus.de). Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Rotarier überzeugten die Weltgesundheitsversammlung der Vereinten Nationen von diesem Ziel. **Sie gab daraufhin 1988 den Startschuss für die Global Polio Eradication Initiative (GPEI), in der WHO, das Kinderhilfswerk UNICEF, die US-amerikanische Centers for Disease Control and Prevention und Rotary International zusammenarbeiten.**

Während die WHO die Kampagne plant, beobachtet und begleitend forscht, übernimmt UNICEF die Kommunikation und soziale Mobilisation. Rotary International macht das Fundraising und ist der größte private Geldgeber der Initiative. Die Länder geben ebenfalls Geld und setzen das Programm mit lokalen Helfern um.

Rotary International hat mehr als 1,4 Milliarden US-Dollar für die Polio-Impfung von Kindern in aller Welt aufgewandt. **Außerdem haben die Rotarier bei verschiedenen Ländern insgesamt**

neun Milliarden US-Dollar für die Initiative eingeworben. Zusätzlich bemüht sich Rotary darum, bis 2018 jährlich 35 Millionen US-Dollar zu sammeln. Die Bill und Melinda Gates-Stiftung ergänzt diese Summe 2:1. Deutschland unterstützt die GPEI und hat dafür von 1985 bis 2012 417 Millionen US-Dollar überwiesen. Nach Angaben von Rotary sind für die Ausrottung von Polio bis 2018 insgesamt 5,5 Milliarden US-Dollar notwendig, an der Summe fehlen derzeit noch circa 1,2 Milliarden US-Dollar. mm



Foto: Subir Roy

Auf der Durchreise: In Indien haben 4,2 Millionen Kinder keinen festen Wohnort. Insgesamt 10.000 Impfteams sorgen dafür, dass auch sie gegen Polio immun sind.



Foto: Anindito Mukherjee, Reuters

Polio: Ein Virus lähmt und tötet

Poliomyelitis (Kinderlähmung) ist eine von Polio-Viren hervorgerufene Infektionskrankheit, die die muskelsteuernden Nervenzellen des Rückenmarks befällt und zu bleibenden Lähmungen bis hin zum Tod führen kann. Die Ansteckung erfolgt über die Aufnahme von mit Fäkalien verschmutzten Lebensmitteln oder Wasser beziehungsweise über Schmierinfektion. Noch 1988 traten durch Polio weltweit bei rund 350.000 Kindern pro Jahr Lähmungen auf oder sie starben, davon 200.000 allein in Indien. Pro Tag steckten sich weltweit rund 1.000 Kinder mit dem Virus an. 2014 traten insgesamt nur noch 359 Infektionen mit wilden Polio-Viren auf (2013: 416). Europa ist seit 2002 offiziell poliofrei. In Krisenländern wie Afghanistan und Pakistan erkrankten Menschen nach wie vor an Poliomyelitis. In Indien gab es den letzten Fall von Polio im Januar 2011. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zertifizierte Indien gemeinsam mit den anderen südostasiatischen Ländern im März 2014 als „polio-free“. Zur Immunisierung gegen Polio dienen dort Schluckimpfungen mit abgeschwächten Erregern. *mm*

„Es dauerte Jahre, die Transitpunkte zu finden, an denen Kinder unterwegs sind.“

Dr. Sunil Bahl, WHO-Experte

dass sie nicht so viele Geschenke zu verteilen hätten wie im vergangenen Jahr, vermutet Kashifa. An der mit Plastiktüten und anderem Müll gesäumten, unbefestigten Straße, auf der Kashifa ihre Station aufgeschlagen hat, steht etwa 100 Meter weiter ein weiterer Impfstand. Dort träufelt eine Frau aus einer kleinen Ampulle einen winzigen Tropfen Flüssigkeit in den geöffneten Mund eines Kleinkindes. Scharen von weiteren Kindern stehen um sie herum. Ein Tropfen. Ein Leben. 35 Millionen geimpfte Kinder während jeder Kampagne.

Vorbehalte unter Muslimen abbauen. Was heute reibungslos zu laufen scheint, hatte mit zahlreichen Anfangsschwierigkeiten zu kämpfen, sagt WHO-Impfexperte Bahl. Es dauerte Jahre, die Transitpunkte zu finden, an denen Kinder mit ihren Familien ständig unterwegs sind. Für diese Migranten entwickelten die Verantwortlichen eine spezielle Strategie. Auch das Markieren der Finger praktizieren die Helfer erst seit einigen Jahren. Zuvor kam es zu Doppel-Impfungen oder Kinder wurden nicht schlichtweg erfasst. „Es fehlte uns zudem an lokalen Landkarten, auf denen auch wirklich alle Häuser und Hütten verzeichnet sind“, erzählt Bahl.

Ein weiteres, schwerwiegendes Problem bestand darin, dass die muslimische Bevölkerung Vorbehalte gegen die Impfung an sich hatte. Vor allem unter Muslimen trat deshalb vermehrt Polio auf, erklärt Deepak Kapur, Vorsitzender des Rotary India National PolioPlus Committee und Mann der ersten Stunde. Wegweisend war Kapur zufolge die Einbindung des Muslimischen „Ulema Committee“, des Rates der höchsten Religionsgelehrten unter den Muslimen. Deren Anführer, Maulana Khalid Rashid Firangi Mahli, tat 2006 etwas, was Vorurteile und Ängste auf einen Schlag zunichte machte: Er gab seinem

„Wir appellierten immer wieder an die Verantwortung der Eltern.“

*Maulana Khalid Rashid Firangi Mahli,
muslimischer Religionsgelehrter*



Sohn vor laufenden Kameras den Polio-Impfstoff. Kurz zuvor sei das „Rotary Muslim Ulema Committee“, gegründet worden, erklärt Mahli. Dieses Komitee kümmert sich um die Aufklärung der muslimischen Bevölkerung über den Sinn der Impfung. „Wir appellierten immer wieder an die Verantwortung der Eltern, ihre Kinder gegen das Virus zu impfen“, sagt Mahli. Dank dieses Engagements sank die Zahl der Polio-Fälle bei Muslimen innerhalb weniger Jahre auf null.

Leben mit schwerem Handicap. Eines kann das über die Jahre perfektionierte System allerdings nicht erreichen: diejenigen zu heilen, die sich in der Vergangenheit bereits mit dem Virus infiziert haben. Keine Statistik weist ihre genaue Zahl aus. Dem indischen Statistischen Bundesamt zufolge litten 2011 rund 26 Millionen Inder unter Behinderungen. Ein Großteil dieser Behinderungen geht auf Störungen des Bewegungsapparats zurück, heißt es. Darunter sind möglicherweise viele auf Polio zurückzuführen. Den einen Tropfen Impfstoff, den Tausende von Helfern heute während der Impf-Tage verabreichen und den Kinder inzwischen so selbstverständlich schlucken – diesen einen Tropfen gab es für sie nicht.

Rekha war acht Monate alt, als sie sich mit Polio infizierte. Die heute 26-Jährige lebt mit ihren Eltern und einer ihrer beiden Schwestern im kleinen Haus der Eltern in Indira Nagar, einem ehemals sehr ärmlichen Teil Lucknows. Sie kann sich nur schwerfällig von einer Ecke zur nächsten bewegen: Mithilfe ihrer Arme robbt sie vorwärts. Khan, ein heute 78-jähriger Mann aus derselben Gegend wie Rekha, stellte Rekha im Alter von 13 Jahren einem Mitarbeiter von Rotary vor. Ajay Saxena, der Rotary-Mann, brachte das Mädchen zu einem Chirurg, der erstmals die Diagnose Polio stellte. Woher ihre Schmerzen und



Rekha (26) würde gern für sich selbst sorgen können. Als Folge einer Polio-Infektion ist sie gelähmt und auf die Hilfe ihrer Mutter angewiesen.



Wo wohnen Kinder unter fünf Jahren? Am Anfang der Polio-Impfkampagne fehlte es an Karten, auf denen jedes Haus und jede Hütte verzeichnet sind.



Eine Helferin markiert mit schwarzem Stift den Finger – damit das Team weiß, dass dieser Junge den Polio-Impfstoff bereits geschluckt hat.

Impfteams gehen auf die Straße

Zweimal pro Jahr, im Januar und Februar, finden in Indien National Immunization Days statt, der erste 1995. Währenddessen erhalten mehr als 170 Millionen Kinder die Schluckimpfung gegen Polio. Die Helferinnen und Helfer, darunter rund 2,3 Millionen Impfährtze, gehen dazu in rund 240 Millionen Häuser. Sieben bis acht Mal jährlich finden Sub-National Immunization Days (SNIDs) statt. Während der SNIDs werden rund 35 Millionen Kinder unter fünf Jahren geimpft, 34 Millionen Häuser aufgesucht (House to House Immunization), 100.000 Impfstationen (Booth Camps) aufgestellt, 64.000 Impfteams zusammengestellt, sind 10.000 Impfteams an Transitpunkten wie beispielsweise Bahnhöfen im Einsatz, wo rund zwei Millionen Kinder „on the move“ die Polio-Impfung erhalten. Rund 75 Millionen Kinder in Hochrisikogebieten erhalten an den SNIDs die Polio-Impfung, das entspricht 98 Prozent der Kinder. *mm*

das Taubheitsgefühl in den Beinen kamen, unter denen sie in den ersten Lebensjahren massiv litt, hatte bis zu diesem Zeitpunkt niemand erklären können. Rekha wurde operiert. Die Operation bezahlte Rotary. Doch die junge Frau hätte weitere Operationen und andauernde Physiotherapie benötigt, um ihre Beine wieder bewegen zu können. Da niemand den Fall nachverfolgte – weil Rekha nur eine unter vielen war –, blieb ihr Zustand unbefriedigend. Bis heute. Rekha hat Tränen in den Augen, als sie von ihrem Wunsch nach Unabhängigkeit erzählt. So gerne würde sie für sich selbst sorgen können, sagt sie. Von Heirat und Familie spricht die hübsche Frau nicht einmal mehr. In Indien, erklärt Khan, der heute als Sozialarbeiter in Rekhas Gegend tätig ist, würde Frauen wie sie niemand haben wollen.

Das Virus schläft nicht. „Das Problem sind nicht länger neu infizierte Menschen. Unser Problem sind die vielen Patienten, die unter dem Post-Polio-Syndrom leiden“, sagt Dr. Ashok Agrawal. Agrawal ist ein drahtiger Mann in den Siebzigern. Der orthopädische Chirurg hat viele Jahre Polio-Patienten in von Rotary organisierten Gesundheitscamps operiert, ohne dafür Geld zu nehmen. Heute schreibt er Bücher und unterrichtet an einem

Lehrkrankenhaus in Lucknow. Vom Post-Polio-Syndrom betroffen sind Agrawal zufolge Patienten wie Rekha und auch solche, die während ihrer Kindheit rehabilitiert werden konnten. Sie leiden 20 oder 30 Jahre später erneut unter Muskel- und Gelenkschmerzen- und -schwächen, häufig auch unter Müdigkeit. Gehschienen, Prothesen und Physiotherapie können ihren Zustand verbessern, sagt der Chirurg – Dinge, die für viele Inder aufgrund der Kosten und des damit verbundenen Aufwands unerschwingbar sind.

Als Gesundheitsminister Ahmad Hassan sich im Anschluss an die Eröffnungszeremonie am V.J.B. Krankenhaus in Lucknow den Fragen der Lokaljournalisten stellt, gibt er sich weltgewandt. „Indien hat durchaus begriffen, dass ein Virus niemals schläft. Ebola ist das beste Beispiel dafür“, sagt der Minister bestimmt. Deshalb dürfe sein Land auch jetzt, da es endlich frei von Polio sei, nicht aufhören zu impfen. Damit das Virus nie wieder nach Indien zurückkehrt. ■

Martina Merten ist freie Fachjournalistin für Gesundheitspolitik in Berlin. Auf Einladung von Rotary International verschaffte sie sich in Indien einen Eindruck vom Polio-Impfprogramm. **Kontakt:** info@martina-merten.de

Verfassungsbeschwerde verworfen

Karlsruhe hat die Verfassungsbeschwerde einer Patientin gegen die Regelungsbefugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses als „unzulässig“ zurückgewiesen. Rechtliche Zweifel an seiner demokratischen Legitimation müssen sich auf einzelne Richtlinien und Beschlüsse beziehen. Allgemeine Angriffe reichen nicht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 10. November 2015
– 1 BvR 2056/12 –
Bundesverfassungsgericht

Für welche Behandlungen oder Arzneimittel die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen, ist in den Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geregelt. Wegen der großen Bedeutung dieses Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Kassen und Krankenhäuser ist seine demokratische Legitimation unerlässlich. Die aber zweifelte eine gesetzlich krankenversicherte Frau an. Gegen ein Urteil des Bundessozialgerichts legte sie Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe ein. Die obersten Sozialrichter hatten ihre Klage gegen die Krankenkasse zurückgewiesen (Urteil vom 3. Juli 2012, Aktenzeichen B 1 KR 23/11 R).

Kasse übernimmt Kosten nicht. Die Patientin leidet an einer chronischen Erkrankung der Harnblasenwand. Diese verringert die Blasenkapazität erheblich und verursacht große Schmerzen und starken Harndrang. Bei chronischem Verlauf kann eine Schrumpfbubble entstehen, die eventuell herausoperiert werden muss. Der Arzt verordnete der Frau 2006 das Mittel Gepan instill, eine Natrium-Chondroitinsulfat-Lösung, die als ein arzneilähnliches Medizinprodukt eingestuft ist und Linderung bringen soll. Ihre Krankenkasse wollte aber die Kosten für diese Behandlung nicht übernehmen. Der GBA habe das Mittel nicht in die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen.

Die Patientin klagte, unterlag aber vor dem Sozial- und dem Landessozialgericht. Auch das Bundessozialgericht

wies ihre Revision zurück: Das arzneimittelähnliche Medizinprodukt sei zwar verkehrsfähig. Aber es fehlten qualitativ hochwertige und belastbare Studien, die seinen medizinischen Nutzen belegten. Der GBA habe das Mittel zu Recht nicht in die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen.

Daraufhin legte die Frau Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe ein. Sie stützte sich im Wesentlichen auf zwei Argu-

Die Legitimation des Ausschusses allgemein in Abrede zu stellen, genügt den Karlsruher Richtern nicht.

mente: Zum einen beanspruchte sie entsprechend dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 (Aktenzeichen 1 BvR 347/98, sogenannter Nikolausbeschluss) die Versorgung mit dem Produkt. Danach hat ein Versicherter Anspruch auf eine alternative Therapie, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit leidet und es keine schulmedizinischen Methoden gibt. Weitere Voraussetzung: Die Behandlung verspricht eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung

oder wenigstens eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Die Klägerin vertrat die Ansicht, dass diese Voraussetzungen bei ihr vorlägen: Ihre Krankheit sei lebensbedrohlich, weil sie nach den bisherigen Erfahrungen auch Anlass für einen Suizid sein könne.

Legitimation infrage gestellt. Zum anderen rügte die Patientin, der GBA verweigere die Aufnahme des von ihr gewünschten Medizinprodukts in seine Arzneimittel-Richtlinie, ohne dafür hinreichend demokratisch legitimiert zu sein. Seine Weigerung wirke ihr gegenüber rechtlich wie eine Ablehnung. Denn nach Paragraph 31 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V setze die Versorgung voraus, dass das Mittel in eine GBA-Richtlinie aufgenommen wird. Die Richtlinien des Ausschusses erfassten alle an der Krankenversorgung Beteiligten. Dies würde nicht durch ein Gesetz oder die Weisung und Aufsicht der Gesundheitsbehörden gesteuert. Die GBA-Mitglieder wären weisungsunabhängig. Die zehn Mitglieder würden von den Leistungserbringern und den Krankenkassen bestellt und die drei unparteiischen Mitglieder im Einvernehmen dieser beiden Gruppen ernannt. Das wäre undemokratisch.

Versorgungsanspruch nicht begründet. Die Karlsruher Richter wiesen die Verfassungsbeschwerde als unzulässig zurück. Zwar leide die Klägerin an einer schwer-

TIPP FÜR JURISTEN



Geltung, Anwendbarkeit und Vorrang des Europarechts, Rechtsschutz vor dem Europäischen Gerichtshof, Europäisches Vergaberecht, die einzelnen Grundfreiheiten – diese und weitere Themen behandelt der „Crashkurs Europarecht“ des Centrum für Europarecht an der Universität Passau. Er findet am 3. und 4. März 2016 in Passau statt. Mehr Infos: www.cep-passau.eu

wiegenden Krankheit mit gewichtigen Folgen. Sie habe aber eine zeitlich nahe liegende Todesgefahr nicht dargelegt, sondern nur auf statistisch erfasste Suizide verwiesen. Dies reiche nicht, um einen verfassungsunmittelbaren Anspruch auf das gewünschte Medizinprodukt nach Maßgabe des sogenannten Nikolausbeschlusses zu begründen. Die Klägerin habe weder vergleichende Angaben zu ihrem und dem Gesundheitszustand anderer behandelter Patienten gemacht noch eine fachliche Einschätzung ihrer behandelnden Ärzte zur begehrten Therapie vorgelegt. Auch lägen keine medizinischen Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Mittels vor.

Argumentation nicht konkret genug.

Zugleich werteten die Karlsruher Richter die Verfassungsbeschwerde hinsichtlich der gerügten unzureichenden demokratischen Legitimation des GBA bei der Ausgestaltung von Leistungsansprüchen als unzulässig. Die Klägerin habe nicht dargelegt, aus welchen Gründen Paragraph 31 Absatz 1 Satz 2 SGB V – danach darf der GBA in Ausnahmefällen Medizinprodukte in die verordnungsfähige Arzneimittelversorgung einbeziehen – gegen die Verfassung verstoße. Das Vortragen „durchaus gewichtiger, genereller und allgemeiner Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses“ reiche nicht aus.

Das Bundesverfassungsgericht stellte aber auch klar: Es sei nicht ausgeschlossen, dass dem GBA für eine Richtlinie eine hinreichende Legitimation fehle, „wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten“. Maßgeblich sei hierfür insbesondere, inwieweit der GBA für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist und beaufsichtigt wird. ■

Kommentar: Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hinsichtlich der verfassungsrechtlichen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses ist höchst brisant. Die Frage, ob und wenn ja für welche Richtlinien und Beschlüsse seine Legitimation nicht ausreichen könnte, ist weiterhin offen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE		
<p>Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze, Bundestags-Drucksache 18/5293</p>	<p>Gesetzlich festgelegte Vergütung der Kliniken für das Erstellen elektronischer Entlassbriefe und der Ärzte für das Einlesen dieser Entlassbriefe als Anschubfinanzierung; Förderung der Telemedizin; Ärzte-Pauschale für sichere Übermittlung elektronischer Briefe; Öffnung der Gesundheitskarte für weitere Anwendungen und Gesundheitsberufe.</p>	<p>Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 3.12.2015. Der Bundesrat hat am 18.12.2015 zugestimmt.</p>
E-ZIGARETTEN		
<p>Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas, Bundestags-Drucksache 18/6858</p>	<p>Änderungen im Jugendschutz- und im Jugendarbeitsschutzgesetz: Ausdehnung des Verbots der Abgabe und des Konsums von Tabakwaren auf elektronische Zigaretten und elektronische Shishas; Sicherstellung, dass Tabakwaren sowie E-Zigaretten und E-Shishas auch über den Versandhandel nur an Erwachsene abgegeben werden.</p>	<p>Erste Lesung im Bundestag war am 4.12.2015. Der Bundesrat hat am 18.12.2015 Stellung genommen.</p>
KORRUPTION		
<p>Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446</p>	<p>Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragraphen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 13.11.2015.</p>
PFLEGE		
<p>Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Bundestags-Drucksache 18/5926</p>	<p>Neuer Pflegebegriff; fünf Pflegegrade; Erfassung der körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen bei der Begutachtung; höhere Leistungsbeträge; Beratungsanspruch pflegender Angehöriger gegenüber Pflegekassen; Beitragszahlungen der Pflegekassen für Angehörige, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, in die Arbeitslosen- und Rentenversicherung.</p>	<p>Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 13.11.2015. Der Bundesrat hat am 18.12.2015 zugestimmt.</p>
VERSORGUNGSFORSCHUNG		
<p>Transfer von Forschungsergebnissen und Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschleunigen, Antrag von CDU/CSU- und SPD-Fraktion Bundestags-Drucksache 18/7044</p>	<p>Verbesserung des Transfers von Ergebnissen der Versorgungsforschung in das Gesundheitssystem; Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung der Verfahrensabläufe bei der Zulassung und Erstattung von Arzneimitteln und Medizinprodukten; Vorlage eines Aktionsplans Wirkstoff- und Arzneimittelforschung durch die Bundesregierung; Erleichterung der Nutzung von Sozialdaten zum Zwecke der Versorgungsforschung.</p>	<p>Der Bundestag hat die Entschließung am 18.12.2015 in die Ausschüsse überwiesen.</p>

Stand: 31.12.2015



Internet-Tipp

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

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

HESSEN

Grünes Blut und goldene Ehre

Standing Ovations für „Mister AOK“: Rund 200 Gäste waren in die Stadthalle nach Wetzlar gekommen, um den langjährigen Vorstandschef der AOK Hessen, **Fritz Müller**, am Ende mit langem Applaus in den Ruhestand zu verabschieden – vor mehr als 50 Jahren hatte seine Karriere in Wetzlar begonnen. Verwaltungsratsvorsitzende **Brigitte Baki** würdigte den 67-Jährigen als „soliden Financier“ und „vorsichtigen Kaufmann“, der mit seiner vorausschauenden Unternehmenspolitik wesentlich dazu beigetragen habe, dass die AOK die „Nummer Eins“ unter den Krankenkassen des Bundeslandes ist. **Frank Michalak**, bis Ende 2015 kommissarischer Vorstand des AOK-Bundesverbandes, rühmte Müller ebenso als „verlässlichen Partner“ wie der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessens, **Frank Dastyh**: „Wir haben miteinander geredet und nicht übereinander!“ Während **Hans-Werner Schech** als Vorsitzender des Landeshandwerksbeirats der AOK



Bleibende Verdienste: Dr. Volker Hansen (rechts), Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, zeichnete Fritz Müller mit der AOK-Ehrennadel in Gold aus.

den Dank der hessischen Wirtschaft überbrachte („Du bist Mister AOK!“), sprach Gesundheitsminister **Stefan Grüttner** lobende Worte im Namen der Landesregierung: „Der fachliche Austausch mit Ihnen wird mir fehlen“. Personalratsvorsitzender **Harald Nixdorf** dankte Müller für die „Atmosphäre des Vertrauens“ in der Zusammenarbeit: „Uns verbindet das grüne Blut“. **Dr. Volker Hansen**, Aufsichtsratschef des AOK-Bundesverbandes, wollte den scheidenden Vorstandschef am liebsten mit Gold aufwiegen: Im Na-

men der AOK-Gemeinschaft überreichte er dann aber doch „nur“ die AOK-Ehrennadel in Gold – klarer Fall, dass Fritz Müller für seine Verdienste auch das goldene Ehrenzeichen der AOK Hessen vom Verwaltungsratsvorsitzenden **Dr. Stefan Hoehl** erhielt, der zugleich **Detlef Lamm**, **Dr. Michael Karner** und **Dr. Isabella Erb-Herrmann** als neues Führungstrio vorstellte (siehe Seite 10). Nach bewegten Dankesworten von Fritz Müller machte Detlef Lamm schließlich deutlich: „Wir sind stolz und dankbar, Ihre Nachfolger zu sein.“ ■

BAYERN

Unterstützung bei Behandlungsfehlern

Jeder siebte vermutete Behandlungsfehler in Bayern erweist sich auch als solcher. Dies hat eine Auswertung der Gesundheitskasse im Freistaat ergeben. Danach beriet die AOK Bayern in den vergangenen knapp 15 Jahren insgesamt 31.824 Patienten wegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler. In 13.731 Fällen gab die Krankenkasse ein für die Versicherten kostenloses Gutachten in Auftrag. Bei 4.665 Gutachten bestätigten die Experten einen Fehler bei der Behandlung. Dies entspricht etwa 15 Prozent der Verdachtsfälle. Die häufigsten Beratungen und Gutachten gab es seit 2000 in den Bereichen Chirurgie, Orthopädie und Zahnmedizin/Kieferchirurgie. Der Vorstandschef der AOK Bayern, **Dr. Helmut Platzer**, sagte, die Gesundheitskasse setze beim Thema Behandlungsfehler auf Kooperation mit Ärzten und Kliniken. „Aus Fehlern zu lernen, eine angstfreie Fehlerkultur zu etablieren und dadurch langfristig Fehler zu verhindern, ist im Interesse aller Beteiligten.“ ■

AOK aktuell

Arzneimittelberatung für Schwangere

Schwangere können ab sofort eine persönliche Arzneimittelberatung in der Apotheke mit besonderem Augenmerk auf das ungeborene Kind erhalten. Möglich macht dies ein neuer Vertrag zwischen der AOK Niedersachsen und dem Landesapothekerverband Niedersachsen (LAV). Die Beratung erfolgt durch approbierte Apotheker und wird von der AOK gesondert vergütet. Insgesamt können rund 1.900 Mitgliedsapotheken die Beratung anbieten. „Gerade während der Schwangerschaft ist es für die Gesundheit von Mutter und Kind von hoher Bedeutung, die Einnahme von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln aufeinander abzustimmen, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden“, erläuterte AOK-Vorstandsvorsitzender **Dr. Jürgen Peter** die Satzungsleistung.

Mit der Arzneimittelberatung für Schwangere verschafft sich der Apotheker über das übliche Maß hinaus einen Überblick, welche Arzneimittel die Frau einnimmt. „In dem Gespräch mit der werdenden Mutter informiert sich der Apotheker genau über die verwendeten Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel. Dazu erläutert er deren Wirkweise, mögliche Gegenanzeigen und Nebenwirkungen. Auch Aspekte zur Ernährung und Lebensführung werden angesprochen“, sagte LAV-Vorstandsvorsitzender **Berend Groeneveld**. ■



Fotos: AOK Hessen/Jürgen Schulzki; iStockphoto

Erfolgreiche Blutspendeaktion

Auf große Resonanz ist der erste gemeinsame Blutspendetermin vom Deutschen Roten Kreuz und der AOK NORDWEST in der Landesdirektion der Gesundheitskasse in Kiel-Wellsee gestoßen. Zahlreiche Bürger folgten dem Aufruf zum Aderlass und setzten sich damit für schwer kranke oder verletzte Mitmenschen in ihrer Region ein. Denn Blut ist trotz des medizinischen Fortschritts bis heute durch nichts zu ersetzen. Die Mehrzahl der Spender waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AOK NORDWEST. „Wir freuen uns sehr, dass heute so viele engagierte Mitmenschen ihr Blut gespendet haben“, sagte AOK-Sprecher **Jens Kuschel**. Neben dem guten Gefühl, anderen Menschen geholfen zu haben, bietet die regelmäßige Blutspende durch die Laboruntersuchung des Blutes auch einen kostenlosen Gesundheitscheck, die Bestimmung der Blutgruppe und schließlich einen kleinen Imbiss nach der Spende. ■

Gezielte Hilfe bei Kopfschmerzen

Um die Versorgung von Kopfschmerz-Patienten zu verbessern, haben die Kopfschmerzambulanz der Berliner Universitätsmedizin Charité und die Gesundheitskasse einen neuen Vertrag für Versicherte der AOK Nordost geschlossen: KopfschmerzSPEZIAL sieht die strukturierte, interdisziplinäre Diagnostik chronischer Kopfschmerz- und Migränepatienten in der Kopfschmerzambulanz der Berliner Charité



Stets eine gute Tat: Dank Blutspenden kann vielen Menschen geholfen werden.

vor. Die Schmerzexperten verschiedener Fachrichtungen erstellen zudem eine abgestimmte Medikamententherapie, leiten eine Verhaltens- oder Bewegungstherapie ein und beraten Betroffene beim Umgang mit der Krankheit. „Menschen, die an chronischen Kopfschmerzen und Migräne leiden, finden im ambulanten Sektor oft nur punktuell Therapieangebote, die dem biopsychosozialen Charakter der Erkrankung Rechnung tragen. In der Kopfschmerzambulanz erhalten die Betroffenen die bestmögliche Diagnostik und eine individuell maßgeschneiderte Therapie aus einer Hand“, so Einrichtungsleiter **Dr. Uwe Reuter**. „Die Erfahrungen aus dem Programm KopfschmerzSPEZIAL sollten wir nutzen, um flächendeckend regional abgestimmte Behandlungspfade aufzubauen“, so **Harald Möhlmann**, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost. ■

Mehr Geld für junge Selbsthilfe

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes erhalten die gesetzlichen Krankenkassen auch mehr Spielraum, um die Selbsthilfe zu fördern. Der Förderbetrag steigt auf 1,05 Euro je Versicherten. „Wir werden diesen Spielraum nutzen“, kündigte **Dr. Stefan Knupfer**, Vorstand der AOK PLUS, an. Statt bisher 64 Cent je Versichertem investiere die sächsisch-thüringische Gesundheitskasse 1,05 Euro. Geplant ist, neue Projekte in der „Jungen Selbsthilfe“ zu initiieren und die familienorientierte Suchthilfe weiter auszubauen. Außerdem sollen Themen rund um den demografischen Wandel Berücksichtigung finden. Im Rahmen der kassenindividuellen Förderung unterstützte die AOK PLUS im vergangenen

Jahr 643 Projekte von Selbsthilfekontaktstellen, Landesorganisationen der Selbsthilfe sowie Selbsthilfegruppen. Insgesamt investierte die Gesundheitskasse für Thüringen und Sachsen in die gesundheitliche Selbsthilfeförderung rund 1,8 Millionen Euro. ■

Plüschtiere und Spende für Kinder

Die AOK Sachsen-Anhalt hat im Dezember auf mehreren Weihnachtsmärkten im ganzen Land Spendengelder für einen guten Zweck gesammelt. Die eingenommene Summe von knapp 7.800 Euro wurde in Quedlinburg von **Sylvia Fräßdorf**, stellvertretende Leiterin der Unternehmenseinheit Kunde und Markt bei der Gesundheitskasse, an **Monika Hohmann**, Vorstandsmitglied vom Deutschen Kinderschutzbund Sachsen-Anhalt, übergeben. „Wir haben uns überlegt, wie wir gemeinsam mit den Menschen etwas Gutes tun können und haben diese tolle Aktion ins Leben gerufen“, so Fräßdorf. „Wenn man für seine Kinder oder Enkel am AOK-Stand auf dem Weihnachtsmarkt für eine Spende von fünf Euro ein Plüschtier erworben hat, gaben wir von der AOK Sachsen-Anhalt automatisch ein weiteres Plüschtier dazu.“ Dieses wurde sofort gespendet und in einen Geschenkkarton gepackt. Die Geschenke wurden in Kinderstationen regionaler Krankenhäuser sowie an bedürftige Kinder in sozialen Einrichtungen übergeben. Das gespendete Geld wiederum kommt jungen Menschen in psychischen Ausnahmesituationen zugute, die zum Beispiel eine Trennung der Eltern verkraften müssen. ■

Ärzte
Verlorene Kompetenzen

Was macht einen guten Mediziner aus? Dieser Frage spürt Bernard Lown in seinem Band „Heilkunst“ nach. Der US-amerikanische Kardiologe ist einerseits eng verbunden mit der Technisierung in der Me-



medizin. Schließlich stammen von ihm bahnbrechende Erfindungen zur Wiederherstellung eines normalen Herzrhythmus und die Idee des Defibrillators. Andererseits sieht Bernard Lown in der Technisierung der Medizin auch etliche Fallstricke. In seiner ärztlichen Arbeit achtet er daher ganz besonders auf die

Kommunikation mit dem Patienten. Warum das so wichtig ist, belegt das Buch mit den unzähligen Episoden aus der ärztlichen Praxis. Denn meist sind es die Patienten oder die Angehörigen, die den Mediziner mit ihrem Hinweis oder ihrer Erzählung auf die richtige Spur bei der Diagnose bringen. Auch wenn moderne Technologien und Spezialisten im Gesundheitswesen vorherrschen und viele Patienten ihr Überleben dem medizinischen Fortschritt zu verdanken haben, gilt es wachsam zu sein. Denn: „Wenn Märkte die Medizin beherrschen, ist der Patient lediglich ein Produkt“, schreibt Bernard Lown. Das Einfühlen und Wahrnehmen des Patienten sind für ihn nach wie vor die wichtigsten ärztlichen Instrumente. Die fortschreitende Industrialisierung der Medizin lässt Ärzte und Patienten zurück, die zunehmend ihrer eigenen Wahrnehmung beraubt werden und verunsichert sind.

Bernard Lown: Heilkunst. Mut zur Menschlichkeit.
2015. 320 Seiten. 24,99 Euro.
Verlag Schattauer, Stuttgart.

Management
Den Rahmen für Kreativität schaffen

Echtes kreatives Denken lebt vom Verlernen und Neulernen. Alte und liebgewordene Weisheiten müssen aufgegeben, Starsinnigkeit und Überzeugtheit überwunden werden, damit Neues sichtbar werden kann. Dr. Roland Geschwill, Psychologe und Mitbegründer der Denkerwerkstatt für Manager, zeigt in seinem Buch auf, wie Manager und Künstler zusammen für mehr Kreativität in ihren Organisationen sorgen können. Der erste Schritt dabei ist, das eigene Verständnis vom Lernen zu revidieren. Damit tun sich Profis aus der Wirtschaft zuweilen schwer. Allzu häufig sehen sie sich als Verwalter des Bestehenden und stehen damit in völligem Kontrast zu der Lernhaltung eines Künstlers. Denn in der Kunst wird stets Neues ausprobiert. „Ein Jazzstück spielen heißt, immer den gleich Song zu spielen, diesen jedoch immer anders“, heißt es in dem Buch. Kreativität ist dabei nicht gleichzusetzen mit einem Teamausflug in den Kletter-



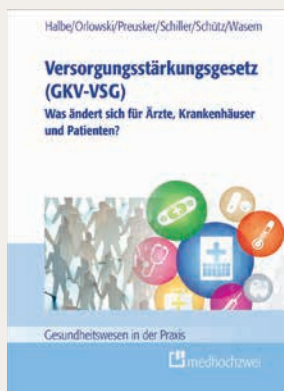
garten oder einfachen psychologischen Weisheiten. Geschwill definiert Kreativität vielmehr als „harte individuelle Denkarbeit“, die immer wieder geleistet werden muss. Mentale Grundüberzeugungen, die sich im Laufe der beruflichen Sozialisation festgesetzt haben, müssen suspendiert werden, um andere Sichtweisen und neue Lösungen zu ermöglichen. Modernes Management darf nicht angepasstes Verhalten fördern, sondern muss zum Querdenken anregen. Künstler und Kreative können dabei helfen.

Roland Geschwill: Der Rhythmus der Innovation.
2015. 230 Seiten. 39,99 Euro.
Springer-Verlag, Heidelberg.

SEMINARE TAGUNGEN KONGRESSE				
KASSENGIPFEL 2016	Evaluation der Gesundheitsreformen, Finanzierung, Kostenmanagement, Sachstand AMNOG, Prävention	18.–19.2.2016 Berlin	MCC – The Communication Company Scharnhorststr. 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit
18. MÜNCHENER REHA-KONGRESS 2016	Medizinische Reha in der GKV, Reformen, Kooperationsmodelle, Klinikbewertungsportale	18.–19.2.2016 München	Euroforum Deutschland Postfach 111234 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–3577 anmeldung@euroforum.com www.reha-kongress.de
DATENSCHUTZ IM GESUNDHEITSWESEN	Digitalisierung, geplante gesetzliche Änderungen, Best-Practice-Beispiele für Datenschutz-Lösungen	24.–25.2.2016 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–331 claudia.schmidt@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen
GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2016	Kassenwettbewerb, Zukunft der stationären Versorgung, Versorgungsmanagement, E-Health und Digitalisierung	8.–9.3.2016 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
DEUTSCHER PFLEGETAG 2016	Pflegeausbildung, Herausforderungen in der Beratung, Prävention in der Pflege, Personalbemessung	10.–12.3.2016 Berlin	Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7 30173 Hannover	Tel.: 05 11/85 50–8357 Fax: 05 11/85 50–2411 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de

Handbuch Interpretationshilfe zum Gesetz

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zielt vor allem darauf ab, eine gute medizinische Versorgung flächendeckend für die Patienten zu sichern. So sollen beispielsweise Terminservicestellen neu eingerichtet werden, um Kranken künftig binnen einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Facharzt zu vermitteln. Die Wartezeit darf dabei nicht länger als vier Wochen dauern. Das Gesetz greift auch tief in die Nachbesetzungsverfahren von ärztlichen Praxen ein. Die Zulassungsausschüsse



sollen entsprechende Anträge von Vertragsärzten ablehnen, wenn eine Fortführung der Praxis für die Versorgung nicht erforderlich ist. Weiter erhalten die Kliniken ein eingeschränktes Verordnungsrecht, um für Patienten den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu verbessern. Das GKV-VSG erlaubt es auch, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) künftig fachgleiche Angebote – beispielsweise nur hausärztliche Praxen – unter einem Dach zusammenführen können. Und bei den MVZ-Trägern wird eine größere Vielfalt möglich, denn Gemeinden, Landkreise oder Bezirke kön-

nen selbst aktiv werden, um die Versorgung sicherzustellen. Erst im Sommer 2015 ist das GKV-VSG verabschiedet worden. Die gesetzlichen Neuregelungen betreffen viele Akteure und Abläufe im Gesundheitswesen. Dass bereits jetzt diese übersichtliche Veröffentlichung vorliegt, dürfte viele Profis freuen.

Bernd Halbe, Ulrich Orlowski,
Uwe K. Preusker, et al.:
**Versorgungsstärkungsgesetz
(GKV-VSG). 2015.**
370 Seiten. 49,99 Euro.
medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Roman Im Koma zum Bestseller-Autor

Deutschland verfügt über ein gutes Sozialsystem und eine hervorragende Gesundheitsversorgung. Dennoch fallen Menschen durch die Hilfenetze. Etwa wenn sie als Selbstständige plötzlich schwer erkranken. Kai-Eric Fitzner hatte sich gerade als Autor selbstständig gemacht als er einen Schlaganfall erlitt. Seit Mitte 2015 kämpft sich der 45-Jährige mithilfe von Rehamaßnahmen zurück ins Leben. Seine Familie und seine drei Kinder standen vor dem finanziellen Aus. Doch sie hatten den Mut, über ihr Schicksal in den sozialen Medien zu berichten und



um Unterstützung zu bitten. Ehefrau Raja Caetano warb über Facebook für den Roman „Willkommen im Meer“, den Fitzner im Selbstverlag veröffentlicht hatte. Der Hilferuf wirkte. Die Geschichte um einen jungen Lehrer in einer deutschen Kleinstadt erhielt viele gute Rezensionen und

stand plötzlich auf der Bestseller-Liste im Internet. Jetzt ist das Taschenbuch erschienen und der Verlag zahlt der Familie für jedes verkaufte Exemplar das dreifache Honorar.

Kai-Eric Fitzner: **Willkommen im Meer.** 2015. 432 Seiten. 9,99 Euro. Knaur Verlag, München.

Zeitschriftenschau

■ Prävention: Kassen-Spielraum bei den Leistungen ist groß

Mitte vergangenen Jahres trat das Präventionsgesetz in Kraft. Dr. Egbert Schneider, Richter am Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, nimmt die Rechtsänderungen unter die Lupe. Die Krankenkassen müssten Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung in ihre Satzungen aufnehmen. Für den Sozialrichter ist es allerdings problematisch, dass die Auswahl der Leistungen im Ermessen der Kassen liegt und die Leistungserbringung nur durch Mindestaufwendungen je Versicherten abgesichert ist. **Die Sozialgerichtsbarkeit 11/2015, Seite 599–606**

■ Intensivpflege: Aufwand ist individuell zu ermitteln

Wie neben der Pflege die intensive medizinisch-therapeutische Versorgung von Menschen, die beispielsweise nach schweren Hirnverletzungen im Wachkoma liegen, aussieht und zu finanzieren ist, analysiert Professor Dr. Peter Udsching. Nach Ansicht des ehemaligen Vorsitzenden Richters am Bundessozialgericht müsse der Aufwand der medizinischen Behandlungspflege für die Patienten einer Spezialpflegeeinrichtung individuell ermittelt und von der Kasse getragen werden. Der Eigenanteil dieser Patienten dürfe nicht höher sein als bei jenen, die zu Hause, in ihrer Familie oder in einer Wohngemeinschaft versorgt werden. **Gesundheit und Pflege 5/2015, Seite 161–168**

■ Forschung: Heilversuch und klinische Studie sind klar abzugrenzen

Welcher Unterschied zwischen Heilversuchen und klinischen Studien besteht, untersucht der Bremer Rechtsprofessor Dieter Hart. Je nach Zweck des Handelns sei zwischen Humanexperiment und Heilversuch klar zu unterscheiden. Dies sei deshalb so wichtig, weil sich daran unterschiedliche Rechtsfolgen knüpfen, etwa bei der Aufklärung von Patienten und Studienteilnehmern, der Dokumentation und dem Verfahren. So müssten beispielsweise bei klinischen Studien eine Ethikkommission der Landesärztekammer den Mediziner berufsrechtlich beraten. Beim Heilversuch sei dies nicht erforderlich. Für die klinische Prüfung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten müsse die Zustimmung einer nach Landesrecht bestimmten Ethikkommission und die Genehmigung einer Bundesoberbehörde vorliegen. **Medizinrecht (2015) 33, Seite 766–775**

■ Selektivverträge: Klauseln schützen vor Schadensersatz

Selektivverträge sollen Innovationen fördern, die Versorgung verbessern und den Wettbewerb stärken. Rechtsanwältin Dr. Martina Keil-Löw, Justitiarin der AOK Hessen, meint, dass die Aufsichtsbehörden den Abschluss von Verträgen bremsen. Weil sich die Krankenkassen vor einem Rechtsstreit mit ihren Aufsichtlichen scheuten, verzögerten sich Vertragsabschlüsse erheblich. Ihre Empfehlung: Klauseln in die Verträge aufnehmen, um sich gegen mögliche Schadensersatzforderung abzusichern. Dazu seien die Kassen auch nach der Neufassung der Paragraphen 71 Absatz 6 und 140a Sozialgesetzbuch V berechtigt. **Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht (ZMGR) 5/2015, Seite 297–306**

Apps nicht einfach verordnen

Eine App kann kein Therapeut sein, meint **Eric Zimmermann**. Der Rechtsanwalt von der Hörgeräteakustiker-Innung empfiehlt Ärzten und Krankenkassen, die Rolle von Smartphone-Programmen in der Gesundheitsversorgung offen und kritisch zu diskutieren.

Unter einem Dauergeräusch im Ohr (Tinnitus) leiden manche Menschen so stark, dass sie Abhilfe suchen. Mit einer neuen App fürs Smartphone sollen sich Betroffene den Tinnitus-Ton nun abtrainieren können. Die App, so ließ sich ein Vertreter einer Krankenkasse zitieren, wird zum Therapeuten. Für die Anwendung muss ein Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Arzt die individuelle Tinnitus-Frequenz ermitteln. Der Patient erhält anschließend die App. Einige Krankenkassen wollen sie finanzieren, zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes.

Apps, zumal im Gesundheitsbereich, sind ungemein gefragt. Viele der neuen App-Angebote unterstützen Patienten beispielsweise dabei, sportlich aktiv zu werden oder Gewicht zu reduzieren. Dennoch sollte die oben zitierte Tinnitus-Meldung hinterfragt werden. Denn es geht nicht allein darum, dass ein Patient versucht, seinen Tinnitus selbst mithilfe einer App zu „heilen“. Vielmehr unterstützen hier Ärzte und Krankenkassen diese Behandlungsform recht pauschal. Und es verwundert, dass HNO-Ärzte ihre Tätigkeitsfelder geräuschlos ab- und aufgeben. Sie überlassen nach der Erstdiagnose die weitere Betreuung allein dem Patienten und der App.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist Basis der Behandlung. Für eine Krankenkasse erscheint eine App im Gesundheitsbereich auf den ersten Blick verführerisch, nicht nur im Bereich der Prävention, sondern auch im Bereich der Medikation und Versorgung. Der Patient wird dazu angehalten, selbst an seiner Behandlung mitzuarbeiten. Besuche bei Leistungserbringern werden durch die App ersetzt, es entstehen weniger Kosten. Medikamente nimmt der Patient schließlich auch ohne den Arzt ein – warum sollte er dann nicht selbstständig eine App anwenden können?

Am Tinnitus ist erkennbar, dass dieses Unterfangen nicht so einfach umzusetzen ist. Der Tinnitus ist ein hochkomplexes Leiden, für dessen Behandlung es bewährte Leitlinien gibt. HNO-Ärzte binden häufig Logopäden, Psychotherapeuten und Hörakustiker in die Behandlung ein. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der Tinnitus-Behandlung eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung. Wie eine App dies abdecken will, wird nicht erörtert. Auch wenn also die Tinnitus-App im Einzelfall Erfolge erzielen sollte, besteht die Sorge, dass die Ursachen des Leidens nicht erkannt und behoben werden. Zudem könnten Ärzte dazu verleitet werden, den zeitintensiven Tinnitus-Patienten „wegzuverordnen“ – durch ein Rezept auf eine App.

Kassen als Lotsen im App-Dickicht. Wo liegt also die Grenze, bei der die Förderung einer Gesundheits-App durch Arzt und Kasse bedenklich werden könnte? Welche Behandlungen sind durch eine App ersetzbar, welche nicht? Fragen, auf die Leistungserbringer und Kassen eine öffentliche Antwort finden sollten, bevor sie auf den „App-Zug“ aufspringen. Die gesetzliche Krankenversicherung, aber auch die Ärztervertretung, die sonst ihren Arztvorbehalt vehement verteidigt, könnten als Lotsen im „App-Dickicht“ eine wertvolle Koordinierungsrolle einnehmen. Das deutsche Gesundheitswesen lebt und profitiert von seinen hervorragenden ausgebildeten Gesundheitsdienstleistern und von einer wohnortnahen Versorgung. Apps können integrale Bestandteile davon werden, sofern sie sich zur Behandlung des individuellen Leidens eignen und sofern sie die entsprechende Qualität bieten. Dass nun gerade der Tinnitus als Pilotprojekt herhält, ist bedenklich. Denn eine gute Tinnitus-Versorgung kann aufwendig sein, vielleicht auch teuer und gegebenenfalls nur interdisziplinär erfolgen. Tinnitus-Betroffene mögen gegebenenfalls dem Arzt mitunter als anstrengend oder gar lästig erscheinen: Führt dann die App zu einer einfachen Methode, sich dieser Herausforderung zu entledigen? Könnte eine App von Ärzten und Kassen als Verschiebebahnhof missbraucht werden, um unliebsame, aufwendige und „unrentable“ Leiden von der persönlichen auf die technische Schiene zu verlagern? Dies wäre fatal. Bedenklich würde es, wenn Apps allein als Kostensenker eingesetzt werden, um Patienten eine notwendige persönliche Behandlung und Versorgung vorzuenthalten. Keine schöne neue Welt. ■

Eric Zimmermann, Rechtsanwalt, leitet die Abteilung Recht der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker.
Kontakt: zimmermann@biha.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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigen-
preislise Nr. 18
vom 1.1.2016
ISSN 1436-1728



G+G 11/2015

Doktoren zwischen Herz und Knete

Persönliche Zuwendung braucht Wertschätzung

Mit großem Interesse habe ich Ihren Titel-Beitrag in der G+G-Novemberausgabe gelesen, in dem der Autor erfreulicherweise darauf aufmerksam macht, dass bei den Motivations- und Wirkungsformen heilender Pflege und Therapietätigkeit womöglich ganz andere Faktoren als der Geldanreiz eine zentrale Rolle spielen. Diese Erkenntnisse haben gerade auch im Krankenkassenbereich eine erhebliche Bedeutung, weil sie darauf aufmerksam machen können, dass neben den McKinsey-Beratern zur finanziellen Geschäfts-Optimierung vielleicht auch noch die Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger sowie die Pflegenden und Therapeutinnen und Therapeuten gefragt werden sollten, was sie in der Pflege- und Krankenversorgung je für sich als fördernd und heilsam erleben. Jenseits des berechtigten Wunsches nach einem auskömmlichen Einkommen für eine sozio-emotional anstrengende persönliche Zuwendung und praktische Tätigkeit „am Fließband“ des Wartezimmers dürfen dabei in den seltensten Fällen finanzielle Bonus-Zahlungen genannt werden, mit denen bereits im Finanzgewerbe die Charaktere seit vielen Jahren systematisch verdorben werden. Es geht in erster Linie um persönliche Wertschätzung für eine persönliche Zuwendung, die in dem gegenwärtigen Gebührenrahmen nur

noch durch systematische Selbstausschöpfung zugunsten der Patientinnen und Patienten erbracht werden kann. Diesen Rahmen wieder um die tragende kommunikative Dimension in der Pflege und Therapie zu erweitern, ist aller Anstrengungen wert.

Professor Dr. E. G., Kooperationsverbund
Hochschulen für Gesundheit e.V., Alice Salomon
Hochschule Berlin

G+G-Wissenschaft 4/2015

Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit

Große Gruppe der Rentner außen vorgelassen

Es hat mich ein wenig erstaunt, dass in dem Beitrag der G+G-Wissenschaft 4/2015 über die paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung die Rentnerinnen und Rentner – das sind immerhin etwa ein Drittel der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen – völlig außen vorgelassen sind. Hier haben die Rentenversicherungsträger den „Arbeitgeberanteil“ aufzubringen. Im Übrigen verwendet der Autor dieses Beitrages in diesem Zusammenhang den Begriff „Versicherte“. Versicherte aber zahlen überhaupt keine Beiträge, sondern nur die Mitglieder. Versicherte sind auch die kostenlos mitversicherten Familienangehörigen. Nur wenn es sich um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, ist die Bezeichnung Versicherte richtig.
J. F., Mainz

BECKs Betrachtungen



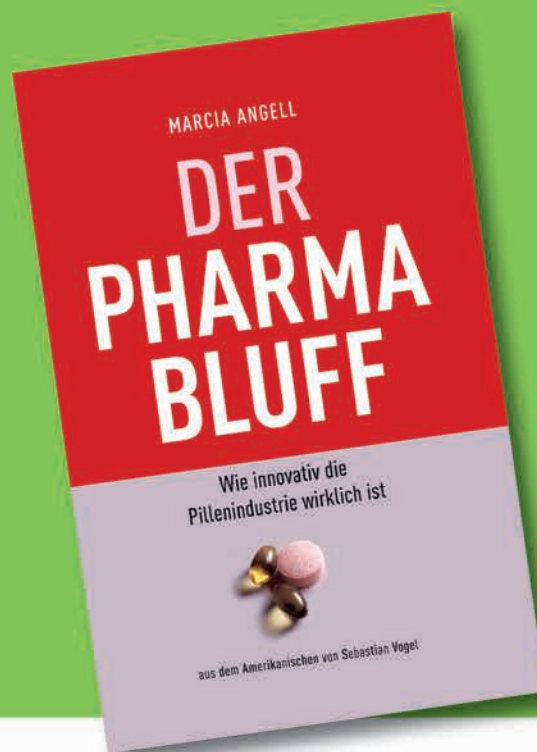
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



Ich verlasse mich auf mein Team. Die AOK gehört dazu

Wir sind ein starkes Team für Ihre Gesundheit: Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon 24 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de