



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

KLINIKEXPERTE BUSSE
„Wir haben einfach zu viele Häuser“

PIONIERARBEIT
Wie eine kleine Kasse die
Prävention aus der Taufe hob

Griechische Tragödie

Wie die Gesundheit der Hellenen
unter der Wirtschaftskrise leidet

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
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke
Pressereferent: Peter Willenborg

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

Tel. 030/34646-2309
030/34646-2655
030/34646-2298
030/34646-2467
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: 0421/1761-91540

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

Tel. 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
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

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

Geht Resistenzen keine Chance

Gegen bakterielle Infektionen wie Tuberkulose gibt es zu wenig Wirkstoffe, warnt **Volker Westerbarkey**. Der Präsident von **Ärzte ohne Grenzen** empfiehlt, Deutschlands G20-Vorsitz zu nutzen, um Antibiotika-Resistenzen einzudämmen.

Tag für Tag sehen meine Kollegen in unseren Einsatzländern Patienten, denen sie mit den verfügbaren Antibiotika nicht mehr helfen können. Seien es Kriegsverletzte in Jordanien oder Neugeborene in Niger – überall breiten sich resistente Bakterien aus, gegen die es kaum noch effektive Arzneimittel gibt. Das Problem der Antibiotika-Resistenzen betrifft Menschen in reichen Industrienationen genauso wie Menschen in ärmeren Ländern. Darum müssen wir globale Lösungen finden. Am 1. Dezember 2016 hat Deutschland die Präsidentschaft der G20-Staaten übernommen – dem Forum, auf dem sich die 19 reichsten Länder der Welt sowie die Europäische Union zu wichtigen wirtschaftspolitischen Fragen abstimmen. Es ist gut und wichtig, dass die Bundesregierung die Antibiotika-Resistenzen auf die Agenda der G20 gesetzt hat. Denn um zu verhindern, dass es gegen heute noch behandelbare Krankheiten bald keine Mittel mehr gibt, muss jetzt etwas passieren.

Ein Kernproblem liegt in der Funktionsweise der biomedizinischen Forschung: Sie ist in erster Linie am finanziellen Gewinn orientiert, den große Pharmaunternehmen dank des Patentsystems erzielen. Forschung und Innovation richten sich zu oft nach Profitaussichten und nicht nach den gesundheitlichen Bedürfnissen der Menschen. Gerade Krankheiten, die vor allem Menschen in ärmeren Ländern betreffen, nicht häufig auftreten oder nicht dauerhaft behandelt werden müssen, werden von Forschung und Entwicklung vernachlässigt. Im Fall der Antibiotika ist es für die Industrie schlichtweg nicht reizvoll, in Produkte zu investieren, die zwar neu und breit zugänglich, in ihrer Nutzung aber letztlich eingeschränkt sein sollen, damit sich keine weiteren Resistenzen entwickeln. Die Aussichten der Pharmaunternehmen auf hohe Gewinne sind damit gering. Die Folge: Seit 1987 ist keine neue antibiotische Wirkstoffklasse hinzugekommen.

Im Jahr 2015 sind 700.000 Menschen weltweit an den Folgen von Antibiotika-Resistenzen gestor-

ben. Ein Drittel dieser Menschen war an antibiotika-resistenten Formen der Tuberkulose erkrankt. Teams von **Ärzte ohne Grenzen** haben im Jahr 2015 mehr als 20.000 Tuberkulose-Patienten in 24 Ländern versorgt. Doch die zur Behandlung von Tuberkulose verfügbaren Antibiotika sind völlig unzureichend – gerade für die resistenten Formen. Die Therapie multiresistenter Tuberkulose ist sehr langwierig und mit extremen Nebenwirkungen verbunden, zum Beispiel mit ständigem Schwindel, Depressionen oder sogar Taubheit.

Und nur bei rund der Hälfte der Patienten ist die Therapie überhaupt erfolgreich. Eine erschreckende Perspektive für Patienten und Ärzte gleichermaßen.

Seit Kurzem gibt es zwar zwei neue Antibiotika gegen Tuberkulose – nach knapp 50 Jahren ohne jeglichen

medizinischen Fortschritt in der Behandlung der Krankheit. Doch diese Arzneimittel sind zum einen bisher nur für einen Bruchteil der Patienten zugänglich, die sie brauchen. Außerdem muss weiterhin an neuen Antibiotika geforscht werden, um alle Formen der Tuberkulose schnell und wirksam bekämpfen zu können.

Mehr Forschung zur Entwicklung neuer Medikamente, ein besserer Zugang zu bereits vorhandenen Therapien, indem die Forschungskosten von den Produktpreisen entkoppelt werden, sowie der gezielte und letztlich reduzierte Gebrauch von Antibiotika weltweit – dies sind nur einige der konkreten Schritte, um der Resistenzbildung als globalem Problem effektiv zu begegnen. Dazu wäre heute eine ähnlich umfassende Kampagne nötig, wie es sie gegen HIV und Aids gegeben hat. „Geht Antibiotika-Resistenzen keine Chance!“, sollte weltweit die Maßgabe sein. Die G20-Präsidentschaft bietet der Bundesregierung die Möglichkeit, im Jahr 2017 an diesem Ziel zu arbeiten. Im Namen unserer Patienten weltweit ermutigen wir als **Ärzte ohne Grenzen** die Bundesregierung, gemeinsam mit den G20-Staaten umfassende Regeln gegen die Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen zu beschließen. ■

Die biomedizinische
Forschung ist in erster
Linie am finanziellen
Gewinn orientiert.



Dr. med. Volker Westerbarkey, MSc IH, geboren 1971, ist seit Mai 2015 Präsident der deutschen Sektion von **Ärzte ohne Grenzen**. Während seiner Weiterbildungszeit arbeitete der Allgemeinmediziner in HIV-Schwerpunktpraxen. Westerbarkey promovierte im Bereich Tuberkulose und HIV und hat Anfang 2012 ein Masterstudium International Health abgeschlossen. Im Jahr 2004 engagierte er sich mit **Ärzte ohne Grenzen** in Kachin State/Myanmar. Weitere Einsätze und Projektbesuche führten ihn nach Mosambik, Simbabwe, Usbekistan und Jordanien. Seit 2013 ist er in einer Gemeinschaftspraxis in Berlin tätig.

Kontakt:
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Solidarität als Waffe



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Kennen Sie Christos Sideris? Ich bin ihm noch nie begegnet, aber schon jetzt ist er einer meiner ganz persönlichen Hoffnungsträger für das Jahr 2017. Sideris arbeitet als kaufmännischer Leiter einer Sozialklinik in Athen. Dort und in mehr als 40 weiteren Sozialhospitälern in ganz Griechenland behandeln Ärzte und Therapeuten vermehrte Patienten kostenlos.

Die Klinik, die Sideris zusammen mit zehn Freunden im Frühjahr 2011 gegründet hat und sich ausschließlich durch Spenden finanziert, hat inzwischen mehreren zehntausend Patienten geholfen. „Solidarität“, sagt Sideris in unserer Titelgeschichte ab Seite 22 über die Zustände im griechischen Gesundheitswesen, „ist die stärkste Waffe, die wir haben.“

Solidarität und **gesellschaftlicher Zusammenhalt** sind nach meinem Eindruck im Jahr 2017 auch **hierzulande mehr denn**

je gefragt: Populisten jedweder Couleur machen sich allerorten wie Spaltpilze breit, schmieden unheilige Allianzen, schüren Ressentiments gegen fremde Kulturen, agitieren gegen die „Lügenpresse“ und halten die Europäische Union mit ihren demokratischen Freiheiten für übermächtig und überholt. Zu meinem Zorn über diese politischen Spießgesellen und meine Ratlosigkeit über ihre Wähler gesellt sich Trauer über die Terroropfer vom Berliner Breitscheidplatz.

Als Zeichen der Hoffnung hätte Martin Luther jetzt wohl ein Apfelbäumchen gepflanzt. Ein **Christos Sideris leistet praktische Hilfe:** Er und seine Mitstreiter aus der Sozialklinik kümmern sich mittlerweile auch um die Krankenversorgung von Flüchtlingen – einfach so, ganz ohne bürokratisches Hickhack. Solidarität ist eben die stärkste Waffe.

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompart.de



Gelebte Mitmenschlichkeit:
Christos Sideris hat 2011 zusammen mit Freunden eine Sozialklinik in Athen gegründet. Jeder vierte Grieche hat derzeit keine Krankenversicherung.



32

Rückblick: Was eine kleine westdeutsche AOK für Prävention und Gesundheitsförderung geleistet hat

MAGAZIN

14 WO DER NÄCHSTE RESSORTCHEF RAN MUSS

Kliniken, Pflege, Arzneimittel – in dieser Legislatur hat die Politik einige Reformen unter Dach und Fach gebracht. Die nächsten Aufgaben aber warten schon.

Von Thomas Hommel

16 PAKISTAN KÄMPFT GEGEN POLIO

Nach wie vor erkranken Menschen in Pakistan an Kinderlähmung. Nun soll ein neues Impfkonzept dem Polio-Virus ein Ende bereiten.

Von Martina Merten

18 DEPRESSION: DAS FENSTER EIN WENIG ÖFFNEN

In einem Film erzählen Menschen über ihr Leben mit Depressionen. Jetzt gibt es den Film auf DVD. Ziel der Initiatoren: Verständnis für die Krankheit wecken.

Von Thomas Hommel

19 MEHR VIELFALT IN DER SELBSTHILFE

Migranten integrieren, ihr Wissen über Gesundheit fördern und sie für die Selbsthilfe begeistern – wie das gelingt, diskutierten Experten auf einer Fachtagung.

Von Anne Orth

20 VIER-AUGEN-PRINZIP SCHÜTZT DIE NIEREN

Ein Versorgungsprogramm bewahrt nierenkranke Patienten vor der Dialyse. Dafür arbeiten Haus- und Fachärzte in Sachsen-Anhalt eng zusammen.

Von Thomas Hommel

21 „POLITIK HINKT DER REALITÄT HINTERHER“

Die Pflegeausbildung zu vereinheitlichen, ist politisch umstritten. Die Berliner Wannsee-Schule bildet schon seit Längerem generalistisch aus. Die Vorteile erläutert Diplom-Pflegepädagogin Christine Vogler.

TITEL

22 ARMES KRANKES GRIECHENLAND

Patienten, die ihre Krankenversicherung nicht mehr zahlen können; Kliniken, die Spenden brauchen – die Finanzkrise beutelt das griechische Gesundheitswesen.

Von Jana Kötter



THEMEN

28 „WIR HABEN EINFACH ZU VIELE HÄUSER“

In Deutschland gibt es Kliniken wie Sand am Meer. Viel weniger täten es auch, sagt der Gesundheitswissenschaftler Reinhard Busse und fordert den Umbau der Krankenhauslandschaft nach skandinavischen Vorbild.

32 PIONIERE DER PRÄVENTION

Gesundheitszentren, Begleitforschung, Öffentlichkeitsarbeit – was heute in der Prävention dazugehört, hat eine kleine westdeutsche AOK vor 40 Jahren initiiert.

Von Marc von Miquel

38 GEMEINSCHAFT IM VERGESSEN

Am Leben teilhaben: Wie demenzkranke Menschen in einer Bremer Wohngemeinschaft den Alltag meistern, zeigt die G+G-Reportage.

Von Jörn Hons (Text) und Alexander Fanslau (Fotos)

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Stoppschild für Web-Arzneien?
- 13 **Kommentar** Ärztelobby muss nachsitzen
- 42 **Recht** Mindestmengen: Verfassungsbeschwerde abgelehnt
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Sterbende leiden unter Übertherapie
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

22 Griechenland: Wie sich die Finanzkrise auf die gesundheitliche Versorgung auswirkt



Interview mit Gesundheitswissenschaftler Reinhard Busse: Warum Deutschland mit weniger Krankenhäusern auskäme



38 Reportage: Was das Leben in einer Demenz-WG der Bremer Heimstiftung ausmacht

STUDIE
Diabetesexperten fordern Prävention

Wer sich gesund ernährt, nicht raucht, körperlich aktiv ist und Übergewicht vermeidet, hat ein um etwa 50 Prozent geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das geringere Risiko besteht immer – also auch unabhängig davon, ob eine hohe oder niedrige genetische Disposition vorliegt. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung aus den USA mit mehr als 55.000 Teilnehmern, die kürzlich im New England Journal of Medicine veröffentlicht wurde. Aus Sicht der Deutschen Diabetes Gesellschaft unterstreicht die Studie die Notwendigkeit nach einer Verhältnisprävention für chronische Erkrankungen: Die Politik müsse Lebensbedingungen so gestalten, dass gesundes Verhalten gefördert werde – etwa durch eine Umstrukturierung der Mehrwertsteuer auf Lebensmittel oder eine Stunde Sport in Kita und Schule pro Tag. ■

PSYCHIATRIE
Hilfsfonds für missbrauchte Kinder

Ein neuer Hilfsfonds soll Zehntausende Menschen unterstützen, die als Kinder in der Psychiatrie oder in der Behindertenhilfe Leid erfahren haben. Die Stiftung Anerkennung und Hilfe nahm zum 1. Januar 2017 die Arbeit auf. Hilfen soll es für Menschen geben, die als Minderjährige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie untergebracht waren und bei denen es heute noch Folgewirkungen aufgrund des erlittenen Unrechts gibt. Vorgehen ist eine einmalige



Dem Infarkt davonlaufen: Sport, kombiniert mit gesundem Essen und Nichtrauchen, verringert das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um bis zu 50 Prozent, so eine Studie.

pauschale Leistung von 9.000 Euro. Wer während seiner Unterbringung ohne ausreichende Sozialbeiträge arbeiten musste, soll einmalig bis zu 5.000 Euro Rentenersatzleistung bekommen. ■

QUALITÄTSSICHERUNG
Erste Indikatoren für Klinikplanung

Die Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland soll künftig stärker an die Qualität der Häuser und ihre Abteilungen gekoppelt sein. Eine wichtige Voraussetzung dafür hat jetzt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) geschaffen. Das Gremium aus Ärzten, Kassen, Kliniken und Patientenvertretern fasste einen ersten Beschluss über Qualitätsindikatoren, die für die Krankenhausplanung der Länder relevant sein können. Das erste Indikatorenset bezieht sich auf die Leistungsbereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe sowie Mammachirurgie. Die Einhaltung der Indikatoren soll im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung sichergestellt werden. Bei den Qualitätsindikatoren des GBA handelt es sich lediglich um

Empfehlungen. Sie sollen die Länder in die Lage versetzen, beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich beziehungsweise in einer Abteilung eine im Vergleich zu anderen Kliniken gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist. Für die Häuser könne dies „erhebliche Konsequenzen“ haben, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des GBA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. „Es geht um Verbleib oder Herausnahme einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses aus dem Krankenhausplan.“ ■

MEHR INFOS:
www.g-ba.de > Presse

ZERTIFIKAT
Auszeichnung als „green hospital“

Kliniken in Rheinland-Pfalz, die auf nachhaltige ökologische und soziale Ziele setzen, können sich neuerdings um das Zertifikat „green hospital Rheinland-Pfalz“ bewerben. Initiatoren der Auszeichnung sind Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Umweltministerin Ulrike Höfken und Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler. „Mit dem Zertifikat erhalten Krankenhäuser eine Bestätigung und Anerkennung für ihr ressourcenschonendes Handeln, wie zum Beispiel bei der effizienten Energie- und Wasserversorgung“, so Höfken. ■

kurz & bündig

+++ SOZIALVERSICHERUNG: Wer gesetzlich pflege- und krankenversichert ist, muss 2017 auf ein Jahreseinkommen bis zu 52.200 Euro Beiträge in die Sozialversicherung einzahlen. Das entspricht monatlich 4.350 Euro, wie aus der Verordnung für die Sozialversicherungsrechnungsgrößen hervorgeht. **+++ ZAHNMEDIZIN:** Die Zahl privater Zahnzusatzversicherungen ist laut PKV-Verband seit dem Jahr 2005 von 7,79 Millionen auf 14,95 Millionen Ende 2015 gestiegen. Mit 91,8 Prozent entsprechen dieser Anstieg nahezu einer Verdopplung der entsprechenden Versicherungsverträge. **+++ HAUSARZTVERTRÄGE:** Knapp 4,3 Millionen Versicherte waren Anfang 2017 bundesweit in Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben – zehn Prozent mehr als zu Beginn des Vorjahres, teilte der Deutsche Hausärzteverband in Berlin mit.

Foto: istockphoto/SanderStock



Tiefer eintauchen!

Das G+G-Probeabo – für alle, die mehr Durchblick brauchen

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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



PERINATALZENTREN Eine Fachkraft je Frühchen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die zum Januar 2017 in Kraft getretenen Pflegepersonalschlüssel in Frühchenstationen flexibilisiert. Demnach gilt, dass auf neonatologischen Intensivabteilungen von Perinatalzentren jederzeit mindestens eine Kinderkrankenpflegekraft je Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm verfügbar sein muss. Bei Frühgeborenen, die der intensiven medizinischen Überwachung bedürfen, soll eine Pflegekraft pro zwei Neugeborenen vorhanden sein. Für Einrichtungen, die aufgrund personeller Engpässe die Vorgabe nicht erfüllen können, hat der GBA eine Übergangsfrist eingeräumt – und zwar bis Ende 2019. ■

MEHR INFOS:
www.g-ba.de > Presse



In guten Händen: Seit Januar 2017 gelten auf Frühchen-Stationen neue Personalregelungen.

Zitat des Monats

Die medizinische Forschung hat so enorme Fortschritte gemacht, dass es überhaupt keine gesunden Menschen mehr gibt.

Aldous Huxley (1894–1963), britischer Schriftsteller

ARBEITSMARKT Pflegeslots im Kino angelaufen

Mit einem 30-sekündigen Werbespot wirbt die Pflegebranche im Ruhrgebiet seit Kurzem in Kinos für Nachwuchs. Das Förderprojekt „Gute Arbeit – Gute Pflege“ will mit dem Spot zeigen, dass es „allen Unkenrufen zum Trotz gute Arbeitsbedingungen in der Pflege gibt und Pflege ein attraktives Berufsfeld bietet“. Projektpartner sind zehn Pflegeträger und Pflegedienste aus Bottrop, Gelsenkirchen, Essen und

Initiatoren über familienfreundliche Dienstzeitmodelle, Fortbildungen, Gehälter und betriebliche Altersvorsorge. ■

MEHR INFOS:
www.gute-arbeit-gute-pflege.de

SETTINGANSATZ Breites Angebot in der Prävention

Die AOK hat ihre Präventionsangebote für Heranwachsende weiter ausgebaut. Besonders in Grundschulen nimmt die Gesundheitskasse mit entsprechenden Angeboten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Vorreiterrolle ein, wie aus dem kürzlich veröffentlichten AOK-Präventionsbericht 2016 hervorgeht. Rund 383.000 Kinder konnten danach mit Programmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit direkt erreicht werden. Das entspricht im Kassenvergleich einem Anteil von 94 Prozent. Der überdurchschnittliche Einsatz spiegelt sich auch in den Ausgaben wider. Bezogen auf alle Settingansätze, die neben Schulen auch Kitas, Kindergärten oder etwa Betriebe einschließen, investierte die AOK im Jahr 2015 mit 1,06 Euro pro Versichertem im Durchschnitt vier Mal so viel (0,26 Euro) wie die anderen Kran-

kenkassen. Insgesamt lagen die Präventionsausgaben pro AOK-Versichertem bei 5,42 Euro (GKV-Durchschnitt 4,49 Euro). Um die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen zu stärken, setzt die AOK auf ein breites Angebotspektrum. In seiner vierten Auflage listet der Präventionsbericht insgesamt 54 regionale und bundesweite AOK-Programme auf. „Für Kinder sind Kita und Schule wichtige Lebensmittelpunkte. Hier brauchen sie Bewegung, etwas Ordentliches zu Essen und Fürsprache, wenn sie etwas bedrückt. Deshalb beginnen wir mit unseren Präventionsangeboten schon bei den Kleinsten“, sagte Martin Litsch, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. ■

MEHR INFOS:
www.aok-bv.de > Presse > Präventionsbericht

STATISTIK Weniger Arbeitsunfälle

Die Arbeitsunfälle in Deutschland nehmen stetig ab. Mit 945.000 gemeldeten Unfällen sei deren Zahl auch im Jahr 2015 unterhalb der Millionengrenze geblieben, teilte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit Verweis auf ihren Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ mit. Durch Arbeitsunfähigkeit fielen nach Schätzungen der BAuA im Jahr 2015 insgesamt 587 Millionen Erwerbstage aus. Dies habe zu einem Produktionsausfall – bezogen auf die Lohnkosten – von 64 Milliarden Euro geführt.

MEHR INFOS:
www.baua.de > Publikationen

dem Kreis Recklinghausen sowie die Agenturen für Arbeit und verschiedene Wirtschaftsförderungen. Auf einer Internetseite berichten die In-

Stoppschild für Web-Arzneien?

Als Reaktion auf die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes plant Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ein Verbot des Versandhandels von Medikamenten. Angemessen oder unzeitgemäß?



BARBARA STEFFENS (*Bündnis 90/Die Grünen*), Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen: Zum Versorgungsauftrag der Apotheken zählen auch persönliche Beratung, Nacht- und Notdienst. In Stadtteilen und auf dem Land, wo sonst kaum noch medizinische Strukturen existieren, sind Apotheken vor allem für Ältere oft einzige Anlaufstelle für gesundheitliche Beratung. Befürworter des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten argumentieren mit dem

Zeitgeist. Dieser Zeitgeist gefährdet die Existenz der Apotheken vor Ort. Er bietet keine Lösung zur Schließung der Versorgungslücken, die entstehen, wenn der Versandhandel die Existenz vor Ort benötigter Apotheken zerstört hat.

PROFESSOR DR. KARL LAUTERBACH, stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion: Wir sind zu einem kurzfristigen Versandhandelsverbot zulasten der Patientinnen und Patienten nicht bereit. Dafür, dass die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch Präsenzapotheken gefährdet sei, weil der Wettbewerb mit dem Versandhandel die Apotheken vor Ort bedrohe, gibt es keine Belege. Im Übrigen hatte der Europäische Gerichtshof exakt diese Argumentation in seiner Urteilsbegründung verworfen. Eine Reform des Apothekenhonorars mit besserer Bezahlung der wichtigen Beratungsleistung und der Notdienste ist sinnvoller als ein unzeitgemäßes Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.



JOHANN-MAGNUS V. STACKELBERG, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes: Im 21. Jahrhundert den Online-Versandhandel für verschreibungspflichtige Arzneimittel verbieten zu wollen, ist weder zeitgemäß noch sinnvoll. Ein solcher Schritt bedient lediglich die Lobbyinteressen der niedergelassenen Apotheker. Für eine moderne und günstige Arzneimittelversorgung im Sinne der Patienten sollten vielmehr alle sicheren Vertriebswege genutzt werden – ob Pick-up-Stellen, Versandhandel oder die traditionelle Apotheke an der Ecke. Gerade für Menschen auf dem Land mit langen Wegen zu niedergelassenen Apotheken kann der Versandhandel die Versorgung verbessern.

werden – ob Pick-up-Stellen, Versandhandel oder die traditionelle Apotheke an der Ecke. Gerade für Menschen auf dem Land mit langen Wegen zu niedergelassenen Apotheken kann der Versandhandel die Versorgung verbessern.

OLAF HEINRICH, CEO Versandapotheke DocMorris: Der Europäische Gerichtshof hat für Apotheken im EU-Ausland vergleichbare Wettbewerbsbedingungen geschaffen. Anlass war eine Klage gegen eine Patientenorganisation chronisch Kranker, mit der DocMorris Rabatte vereinbart hatte. Für die Patienten ist der Bonus eine finanzielle Entlastung, für uns kompensiert er den Wettbewerbsnachteil. Bundesgesundheitsministerium und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sehen die Vor-Ort-Apotheken bedroht. Die Europarichter konnten sie nicht überzeugen – mangels belegbarer Fakten. Etwas verbieten wollen, was gewohnt, gewünscht und sicher ist, trifft besonders Menschen, die mit jedem Euro rechnen müssen sowie Patienten mit eingeschränkter Mobilität.



REFORM Fahrplan für neues Ärztstudium

Künftig sollen neben der Abiturnote auch kommunikative und soziale Fähigkeiten als Zulassungskriterien für das Medizinstudium ausschlaggebend sein. Zugleich soll das Studium laut einem Bericht der „Ärzte Zeitung“ kompetenzorientiert ausgerichtet sein. Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020

den die rechtlichen Voraussetzungen für ein bundesweites Samenspenderegister beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information geschaffen. In diesem sollen die personenbezogenen Angaben von Samenspendern und Empfängerinnen einer Samenspende in Zukunft für die Dauer von 110 Jahren gespeichert werden. Nach Inkrafttreten des Gesetzes erhält jede Person, die vermutet, mittels Samenspende gezeugt worden zu sein, auf Antrag Auskunft über die Daten des Samenspenders. ■

MEHR INFOS:
www.bundesgesundheitsministerium.de

PFLEGEBEGRIFF Medizinischer Dienst gut vorbereitet

Seit 1. Januar gilt ein neues System zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. Diese wird ab sofort daran gemessen, wie sehr die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt ist und in welchem Umfang er Hilfe benötigt. Der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenkassen ist laut Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, auf die neue Pflegebegutachtung gut vorbereitet. „Die Gutachter sind umfassend geschult und wir wissen durch Umfragen, dass sie das neue Begutachtungsverfahren für wesentlich geeigneter halten, die Lebenssituation der Menschen richtig zu beschreiben und zu beurteilen“, sagte Kiefer der „Berliner Zeitung“. Mit Blick auf die Finanzierung geht Kiefer davon aus, dass in den nächsten vier Jahren keine Beitragserhöhung in der Pflege nötig ist. ■

wollten Bund und Länder die „Weichen für die Ausbildung der nächsten Medizinergeneration stellen“. Um die Reform des Medizinstudiums, auf die sich Union und SPD im Koalitionsvertrag verständigt hatten, wird seit vielen Jahren gerungen. ■

SAMENSPENDE Gesetz regelt Recht auf Herkunft

Das Bundeskabinett hat den Entwurf für ein Gesetz beschlossen, das den Auskunftsanspruch für Menschen regelt, die durch eine Samenspende im Rahmen einer künstlichen Befruchtung gezeugt wurden. Zur Umsetzung dieses Anspruchs wer-



Fotos: iStockphoto/Steve Debenport, Bündnis 90/Die Grünen, SPD-Bundestagsfraktion, GKV-Spitzenverband, DocMorris

BADEN-WÜRTTEMBERG

Konzentration im stationären Sektor

Nach Ansicht von Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha steht die Kliniklandschaft in dem Bundesland vor einem „notwendigen Strukturwandel“. In den nächsten Jahren werde es einen Konzentrationsprozess hin zu größeren, leistungsfähigen Einheiten geben, sagte der Grünen-Politiker der „Stuttgarter Zeitung“. ■

DIGITALISIERUNG

Sicherheit von Gesundheits-Apps

Die Bundesregierung hat versichert, dass für Gesundheits-Apps diverse Qualitätsstandards gelten. Die Programme würden dem Datenschutzgesetz sowie – je nach Ausgestaltung – dem Telemediengesetz, dem Medizinproduktegesetz sowie Vorschriften zur Produktsicherheit und -haftung unterliegen, heißt es in einer Antwort auf eine Anfrage der Grünen-Fraktion. Auch für die Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen von Bonusprogrammen gesetzlicher Krankenkassen mittels Wearables, Fitness- und Gesundheits-Apps gälten die datenschutzrechtlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches. Auf europäischer Ebene würden sich die Hersteller von Gesundheits-Apps im Rahmen des „Code of Conduct“ zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichten. Die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Maria Klein-Schmeink, betonte, dass es bei einem Angebot von derzeit über 130.000 Apps schwerfalle, „den Überblick zu behalten“. Zudem sei die Gefahr groß,

dass durch unseriöse Angebote am Ende mehr Unsicherheit als Nutzen generiert werde. „Deshalb braucht es Orientierung sowie klare und verbindliche Qualitätskriterien“, sagte Klein-Schmeink gegenüber G+G. Beim „Code-of-Conduct“ handele es sich allerdings nur um eine weitere unverbindliche Selbstverpflichtung der Industrie. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/10259



+++ DILEK KOLAT, 49, verantwortet im neuen Berliner Senat das Ressort Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Die Sozialdemokratin war bislang Senatorin für Arbeit, Integration und Frauen. Geboren in der Stadt Kelkit im Nordosten der Türkei lebt sie seit ihrem dritten Lebensjahr in Berlin. Nach ihrem Abitur studierte sie Wirtschaftsmathematik an der Technischen Universität Berlin. Zwischen 1995 und 1999 gehörte die Diplom-Wirtschaftsmathematikerin der Bezirksverordnetenversammlung Schöneberg an und war dort stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD-Fraktion. In das Berliner Abgeordnetenhaus zog sie erstmals im Jahr 2001 ein. Dort war sie von 2006 bis 2011 stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende. Dann übernahm sie im Berliner Senat das Ressort Arbeit, Frauen und Integration. Seit 2014 ist sie auch Bürgermeisterin in Berlin.

+++ ILKA WÖLFLE, 39, ist neue Direktorin der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel. Sie löste Dr. Franz Terwey ab, der nach 23 Jahren Arbeit in Brüssel aus Altersgründen in den Ruhestand getreten ist. Die Juristin Wölfle bewegt sich seit vielen Jahren auf dem europäischen Parkett. Seit 2007 arbeitete sie im gemeinsamen Brüsseler Büro der deutschen gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung als Vertreterin der gesetzlichen Unfallversicherung. Davor war sie für die Brüsseler Geschäftsstelle des Deutschen Anwaltsvereins tätig.



+++ ANDREAS KIEFER, 55, hat für weitere vier Jahre die Präsidenschaft der Bundesapothekerkammer übernommen. Der promovierte Pharmazeut bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2013. Dem Kammer-Vorstand gehört er seit 2006 an. Außerdem ist er seit 2006 Präsident der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz. Vizepräsident der Bundesapothekerkammer bleibt Thomas Benkert, der zudem Präsident der Bayerischen Landesapothekerkammer ist. Der Bundesapothekerkammer gehören die 17 Landesapothekerkammern an.

+++ FRITZ BECKER, 65, steht für weitere vier Jahre als Vorsitzender an der Spitze des Deutschen Apothekerverbandes (DAV). Der Inhaber einer Apotheke im baden-württembergischen Pforzheim übernahm die Leitung des DAV erstmals im Jahr 2009. Zugleich hat er seit 1998 die Präsidenschaft des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg inne. Stellvertretender DAV-Vorsitzender ist Dr. Hans-Peter Hubmann, Vorsitzender des Bayerischen Apothekerverbandes. Mitglieder des DAV sind 17 Landesapothekerverbände. Er vertritt die Interessen von rund 20.000 inhabergeführten Apotheken.



SELBSTVERWALTUNG

Mehr Einfluss für Patientenvertreter

In der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens müssen laut Links-Fraktion die Interessen der Patienten mehr Gehör finden. In einem Antrag fordern die Abgeordneten, Patientenvertreter stärker in Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) einzubinden. Viele Menschen könnten das komplexe System der Selbstver-

waltung nur teilweise durchschauen, die meisten müssten mit den Folgen leben. Daher sollten Patientenvertreter an entscheidender Stelle im GBA mitbestimmen können. Konkret schlägt die Linke vor, dass Patientenorganisationen das Recht erhalten, im Gemeinsamen Bundesausschuss zwei der drei unparteiischen Mitglieder zu benennen. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/10630

POLITIK

WIRTSCHAFT

PFLEGE

GESELLSCHAFT

Die zentrale Veranstaltung für
professionell Pflegende in Deutschland!



DEUTSCHER PFLEGETAG 2017

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

Topthemen 2017:

- Die vielen Gesichter der Demenz
- Wie viele sind genug? Personalbemessung in der Pflege
- Kommunalisierung der Pflege
- Schwarze Schafe in der Pflege
- Ethik in Gesundheitsversorgung und Pflege
- Fachkräftemangel in der Pflege – liegt die Lösung im Ausland?
- Wenn Mama oder Papa krank sind – Situation von Kindern kranker Eltern

**JETZT
TICKETS
SICHERN!**

**Alle Ticketangebote finden Sie unter:
deutscher-pflegetag.de/tickets**

23.-25. MÄRZ 2017 | STATION-Berlin



FOLGEN SIE UNS
/deutscherpflegetag



JETZT MITREDEN
#pflegetag

Eine Veranstaltung von

Deutscher Pflegerat e.V.

schlütersche

UMFRAGE
Mehrheit für Bio-Schulessen

Das Gros der Bundesbürger würde die Umstellung des Schullebens auf Bioprodukte begrüßen. Auf die Frage, ob sie dafür mehr bezahlen würden, antworteten laut Ernährungsreport 2017 zwei Drittel der Eltern mit Ja. Für den Report befragte das Forsa-Institut im Auftrag des Bundesernährungsministeriums etwa 1.000 Menschen, was ihnen bei der Ernährung wichtig ist. Eine Mehrheit verzehrt demnach gern Fleisch, fordert aber zugleich mehr Informationen hinsichtlich Qualität und Herkunft der Produkte. Gewünscht wird zudem eine bessere Tierhaltung. 87 Prozent der Befragten sehen Verbesserungsbedarf im Umgang mit Tieren und wünschen sich mehr Transparenz – etwa durch Qualitätssiegel. ■

MEHR INFOS:

www.bmel.de > Ernährung > Ernährungsreport 2017



Für die Kleinen nur das Beste: Das würden sich Eltern etwas mehr kosten lassen.

EUROPA
Depression macht Frau zu schaffen

Frauen klagten europaweit häufiger über depressive Symptome als Männer. Laut dem kürzlich vorgelegten Bericht des European Social Survey (ESS) werden die größten Unter-

schiede zwischen Mann und Frau dabei in Portugal, Polen, Spanien und Deutschland (20 Prozent versus neun Prozent) gemessen. Auch über Kopfweh klagt das weibliche Geschlecht häufiger als das männliche. Die Prozentsätze derer, die unter starken Kopfschmerzen leiden, reichen von 30 Prozent aller Französisinnen

bis hin zu 3,8 Prozent der irischen Männer. Frauen in Deutschland liegen mit 27 Prozent ebenfalls weit oben auf der Skala (Männer 15 Prozent). Die Ergebnisse des ESS-Berichts speisen sich aus über 40.000 Befragungen, die in den Jahren 2014 und 2015 in 21 europäischen Ländern stattfanden. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Wir sind startklar für die neue Pflege“

Das Pflegestärkungsgesetz (PSG) II ist seit Kurzem in Kraft. Die Reform läutet einen Paradigmenwechsel ein. Dazu Fragen an **Monika Lersmacher**, Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg.



G+G: Seit 1. Januar gilt ein neuer Pflegebegriff. Pflegegrade lösen die Pflegestufen ab. Was bedeutet diese Zeitenwende, Frau Lersmacher?

LESMACHER: Erstmals erhalten psychisch beeinträchtigte Menschen gleichberechtigt Leistungen aus der Pflegeversicherung. Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden signifikant verbessert. Entscheidend aber ist: Wir stellen auf ein komplett neues System um. Im Zentrum steht die Förderung der Ressourcen eines jeden Einzelnen. Genau das ist der richtige Weg, denn das Bewusstsein für das, was man noch kann, entscheidet auch über die Lebensqualität.

G+G: Wie hat sich die AOK Baden-Württemberg vorbereitet?

LESMACHER: In einem Projekt aufgestellt, arbeiten seit über einem Jahr viele AOK-Beschäftigte über alle Themenbereiche und Organisationseinheiten hinweg Hand in Hand an der Umsetzung des PSG II.

Systematisch wurden Erfordernisse bewertet, neue interne Strukturen geschaffen, die Kommunikation mit allen relevanten Partnern mit höchstem Engagement geführt. Die AOK Baden-Württemberg ist startklar und Partner Nummer eins – auch für die neue Pflege.

G+G: Wo sehen Sie künftige Herausforderungen im Pflegebereich?

LESMACHER: Das System fordert eine neue Haltung aller Beteiligten – das braucht Zeit. Richtig, aber zugleich hoch ist der Anspruch, das Zusammenwirken von Prävention, Rehabilitation und Pflege systematisch umzusetzen. Je aktiver das Miteinander aller Akteure, umso erfolgreicher die Umsetzung. Zum zentralen Erfolgsfaktor wird auch die kompetente Pflegeberatung, denn das komplexe System muss verstanden werden. Nur so kommen die neuen Leistungen bei denen an, die sie benötigen.

Ärztelobby muss nachsitzen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich zuletzt selber geschwächt. Die Gründe dafür seien vielschichtig, meint Helmut Laschet. Und eine Lösung brauche mehr als eine neue Satzung.



DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG in Deutschland setzt auf dem Selbstverwaltungsprinzip auf: Der Staat gibt Rahmenbedingungen vor, überlässt aber die Konkretisierung von Leistungen, ihrer Qualität und Preise den Akteuren: Kassen, Vertragsärzten und Krankenhäuser. Dieses System erfordert eine Balance divergierender Interessen – der Versicherten als Beitragszahler und der Patienten als

Leistungsempfänger, der Ärzte und anderer Leistungserbringer sowie der Krankenkassen. Diese Balance ist in Gefahr geraten, weil die ärztliche Selbstverwaltung sich durch Irrtümer, Missverständnisse und Fehlverhalten geschwächt hat.

Während die Reorganisation des Krankenkassensystems nahezu reibungslos funktioniert hat und der GKV-Spitzenverband als hochkompetent in der Vertretung der Interessen seiner Mitgliedskassen gelten darf, zeigt die Gegen-„Macht“, insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fundamentale Schwächen. Der Übergang in professionalisierte Organisationen mit hauptamtlichen Vorständen hat in der KBV und vielen Kassenärztlichen Vereinigungen nicht erwartungsgemäß funktioniert – auch weil einst ehrenamtliche Vorstände ihre Professionalität überschätzt haben. Hinzugetreten ist ein nonchallanter Umgang mit gesetzlichen Vorgaben, begünstigt durch eine Aufsicht in Bund und Ländern, die ihre Kontrollbefugnisse unzulänglich ausgeübt hat.

Von daher zielt das Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung primär auf die KBV ab, die als dem derzeit schwächsten Organisationsglied der Gesundheitsversorgung besondere Vorgaben bekommt: Rechte, Pflichten und die Haftung der Vertreterversammlung werden präzisiert und durch das Öffentlichkeitsprinzip verschärft. Der Funktionsfähigkeit des Vorstandes gilt das besondere Augenmerk des Gesetzgebers: Ein nun dreiköpfiger Vorstand mit einem externen Mitglied soll bislang nicht seltene Blockaden verhindern. Auch bei partiellem Versagen kann eine Art Staatskommissar Teilgeschäfte der KBV übernehmen.

Die KBV ist mehr als Interessenvertretung und Honorarverhandler: Sie muss ihre Kompetenz auch in der Ausgestaltung der Arzneiversorgung, etwa bei der frühen Nutzenbewertung, ebenso wie bei der Leitung von Patientenströmen durch die ambulante und stationäre Versorgung unter Beweis stellen. Für diese Strukturaufgaben ist Nachrüstung nötig. ■

Helmut Laschet ist stellvertretender Chefredakteur der „Ärzte Zeitung“.

AUSGABENSTATISTIK

Klinikkosten erneut gestiegen

Die Kosten der stationären Behandlung sind weiter gestiegen. Laut Statistischem Bundesamt in Wiesbaden betragen die Aufwendungen im Jahr 2015 rund 84,2 Milliarden Euro – das waren 3,8 Prozent mehr als im Jahr 2014 (81,2 Milliarden Euro). Umgerechnet auf rund 19,2 Millionen Patienten, die im Jahr 2015 vollstationär in einer Klinik behandelt wurden, lagen die stationären Krankenhauskosten je Fall durchschnittlich bei 4.378 Euro. ■

MEHR INFOS:

www.destatis.de > Presse

PFLEGETAG 2017

Eine Profession hat die Wahl

Der Deutsche Pflegetag 2017 vom 23. bis 25. März in Berlin steht ganz im Zeichen der Bundestagswahl im Herbst. „In dieser Legislaturperiode ist in der Pflege eine Menge passiert. Nutznießer der drei Pflegestärkungsgesetze sind vor allem pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige. Das ist gut so. Aus Sicht der 1,2 Millionen Pflegeprofis gibt es aber noch viel Luft nach oben“, sagte der Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pflegetages, Jürgen Graalmann. Im Rahmen des Kongresses, zu dem die Veranstalter – der Deutsche Pflegerat und die Schlütersche Verlagsgesellschaft – rund 10.000 Besucher erwarten, hätten Angehörige der Pflegebranche ausreichend Gelegenheit, für ihre Anliegen zu werben. Dazu gehören etwa die Forderung nach einer Selbstverwaltung in Form von Pflegekammern auf Bun-

des- und Landesebene wie auch eine Reform der Pflegeausbildung. Die Profession Pflege müsse sich ihrer „großen Gestaltungskraft“ bewusst sein, um etwas zu ihren Gunsten verändern zu können, so Graalmann. „Der Pflegetag will dazu einen Beitrag leisten.“ Gründungspartner des Kongresses ist der AOK-Bundesverband. Dessen Vorstandschef Martin Litsch betonte, der Pflegetag habe sich innerhalb von nur vier Jahren zum „Branchentreffen Nummer eins“ entwickelt. „Fachfortbildung, Standortbestimmung und Information für Laien gehen hier Hand in Hand.“ Dass die AOK beim Pflegetag eine eigene Programmstrecke anbiete, sei konsequent. „Die Hälfte der rund 2,7 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland ist bei der AOK versichert. Deshalb setzen wir alles daran, die Pflege wetterfest für kommende Herausforderungen zu machen.“ ■

INFOS & ANMELDUNG:

www.deutscher-pflegetag.de

REGISTER

Mehr potenzielle Stammzell-Donoren

Die Bereitschaft zur Knochenmarkspende ist in Deutschland so groß wie nie zuvor. Vergangenen Jahr ließen sich mehr als 800.000 Bürger zum ersten Mal als Blutstammzellspender registrieren, wie das Zentrale Knochenmarkspender-Register in Ulm mitteilte. Das entspricht einer Steigerung von rund acht Prozent im Vergleich zum Vorjahr. 2015 wurden rund 755.000 Neuregistrierungen gezählt. Die Zahl der jährlichen Neuregistrierungen habe sich somit innerhalb von sechs Jahren verdoppelt. ■

Die KBV hat ihre Kompetenz auch in Strukturfragen unter Beweis zu stellen.

Wo der nächste Ressortchef ran muss

Kliniken, Pflege, Pillen: In der Gesundheitspolitik ist in der noch laufenden Legislaturperiode einiges passiert – der zuständige Minister Hermann Gröhe war fleißig. Doch spätestens nach der Bundestagswahl im Herbst warten neue Aufgaben. **Von Thomas Hommel**

Klappern gehört bekanntlich zum Handwerk. Warum also sollten nicht auch Politiker von der Werbung in eigener Sache Gebrauch machen dürfen – so wie Hermann Gröhe. Schon im Dezember 2015 – pünktlich zum Ende seiner ersten Halbzeit im Amt – warb der Bundesgesundheitsminister damit, in nur zwei Jahren „mehr als zehn Gesetze“ auf den Weg gebracht zu haben, die alle nur einem Ziel dienen: „Die Gesundheitsversorgung weiter zu verbessern.“

Tatsächlich hat sich der Christdemokrat aus Neuss in Nordrhein-Westfalen ein Fleißkärtchen verdient. Kurios dabei ist: Ausgerechnet Hermann Gröhe, der von seiner Parteichefin – Bundeskanzlerin Angela Merkel – Ende 2013 ins kalte Wasser des Haifischbeckens Gesundheitswesen geschmissen wurde und dem die Medien deshalb den Zusatz „unbeschriebenes Blatt“ mitgaben, ließ seine Ministerialbeamten ein Gesetz nach dem anderen aufschreiben.

Koalitionsvertrag abgearbeitet. Allein in der Pflege kann Gröhe drei sogenannte Stärkungsgesetze auf der Habenseite verbuchen – darunter die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die Gröhes Vorgänger im Amt, Daniel Bahr und Philipp Rösler von der FDP, nicht umgesetzt hatten.

Auch im Krankenhaus- und im Arzneimittelbereich, in der Telemedizin und in der ambulanten Medizin hat Gröhe zuletzt Reformen auf den Weg gebracht. Beharrlich hat er abgearbeitet, was Union und SPD in ihrem Koalitionsvertrag zur Gesundheits- und Pflegepolitik verabredet haben.

Kostspielige Reformen. Knapp acht Monate vor der Bundestagswahl im Spetember fällt die Bilanz zur Gesundheitspolitik dennoch gemischt aus. Nicht wenige

ßen Reformen zwar hier und da erste Grundmauern für die Versorgung und Pflege von morgen gesetzt. Vollendet, so der AOK-Bundesverband, sei der Hausbau aber nicht. Qualität und Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen stünden noch auf einem sehr wackeligen Fundament.

Beispiel Klinikreform. Die Idee des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG), Qualität zum zentralen Kriterium der stationären Versorgung zu machen, hält die AOK für richtig, weil überfällig. In der Umsetzung allerdings komme das Vorhaben bisweilen nur sehr langsam voran. Dass etwa einige Bundesländer bestimmte, für die Klinikplanung relevante Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht umsetzten, sondern stattdessen die Opt-out-Karte zögen, lasse diesen Teil der Klinikreform scheitern, bevor er überhaupt ins Rollen gekommen sei. Damit die Koalition am Ende nicht vor der Erkenntnis stehe, einen Schritt vor und zwei zurück getan zu haben, sei dringend nachzujustieren.

Abschlagsregelung torpediert. Mehr Elan wünscht sich der AOK-Bundesverband auch mit Blick auf andere Paragraphen der Klinikreform. Teilweise verliefen die Verhandlungsprozesse dazu recht zäh, da die Krankenseite Dinge verschleppe oder bei Sachen nachverhandele, auf die man sich bereits verständigt habe.

Beispiel Fixkostendegressionsabschlag, kurz FDA. Ursprünglich sollten die Häuser, die mehr Leistungen erbringen als im Jahr zuvor, 2017 einen Abschlag für alle abgerechneten Mehrleistungen zahlen. Auf diese Weise sollte der ungezügelter Mengenausweitung in Kliniken – rein aus ökonomischen Gründen – entgegengewirkt werden. Die Höhe

Bedarfsgerechtigkeit und Qualität stehen noch auf einem sehr wackeligen Fundament.

Akteure – darunter der AOK-Bundesverband – fürchten, Gröhes Fleiß könne die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am Ende teuer zu stehen kommen. Dann ginge der Bundesgesundheitsminister nicht nur als emsiger Politiker, sondern auch als einer der kostspieligsten Ressortchefs in die Annalen ein. Obendrein seien mit den in der laufenden Legislaturperiode angesto-

Kassenfinanzausgleich behutsam weiterentwickeln

In der Debatte um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) plädiert die AOK für eine ständige Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Kassen. Dazu werde das jüngst vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Gutachten die nötige Grundlage geben, so Martin Litsch, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. Für Litsch ist der Morbi-RSA „der beste Ausgleichsmechanismus, den wir bisher hatten“. Hier würden die Zuweisungen je nach Versichertenfall am zielgenauesten erfolgen. Der Morbi-RSA schaue nicht auf die Kassenart. Litsch: „Es ist dem Morbi-RSA egal, wo einer versichert ist, sondern er guckt auf die Person und welche Krankheit sie hat, wie alt sie ist, nach Geschlecht und so weiter.“ **Mehr Infos: www.aok-bv.de**



Viel zu tun: Nach der Bundestagswahl im September 2017 wartet auf die nächste Bundesregierung ein großes Brett an Aufgaben in der Gesundheits- und Pflegepolitik.

des Abschlages sollten laut Gesetz Krankenkassen und Kliniken auf Landesebene vereinbaren. Doch der Bundestag kam dem zuvor – und setzte die Abschlagshöhe auf Antrag von Union und SPD bundeseinheitlich auf 35 Prozent fest.

Ohne jede Not, so die Kritik, sei ein im Sinne von Qualität vernünftiges Vorhaben gecancelt worden, nur um kurzfristig – sprich im Wahljahr 2017 – Ruhe zu haben. Mittelfristig aber gehe das Manöver zulasten der Beitragszahler, da ein FDA unter 65 Prozent für die Krankenkassen Mehrausgaben in dreistelliger Millionenhöhe bedeute.

Umsetzung der Pflegereformen. In der Pflege hätten Größe und die Koalition die Weichen größtenteils richtig gestellt. Die Umstellung auf einen neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff, der

auch demenzielle Erkrankungen berücksichtige, sei mehr als überfällig – ebenso die bessere finanzielle Ausstattung der Pflegeversicherung und die Ausweitung des Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung für pflegende Angehörige. Jetzt allerdings stehe die Umsetzung des neuen Begutachtungssystems in die alltägliche Praxis an – eine Herkulesaufgabe, wie Experten betonen.

Auf der To-Do-Liste in Sachen Pflege ist zudem die Umsetzung des sogenannten Verknüpfungsmodells zu finden. Das Modell wurde vom AOK-Bundesverband mitentwickelt und soll als eine Kombination aus interner und externer Qualitätssicherung in Pflegeheimen das gescheiterte Modell der Pflegenoten ablösen und endlich die Ergebnisqualität der Einrichtungen – verständlich für jedermann – abbilden.

Strukturelles Defizit angehen. Die mit Abstand schwerste Hausaufgabe nach der Bundestagswahl liegt laut AOK-Bundesverband aber darin, das strukturelle Defizit – das heißt die klaffende Lücke zwischen den Einnahmen und Ausgaben der GKV – zu schließen. So seien die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 bis zum Jahr 2015 um über 50 Prozent angestiegen. Die Einnahmehöhe von AOK & Co. – die sogenannten beitragspflichtigen Einnahmen – habe sich im gleichen Zeitraum jedoch nur um knapp 30 Prozent erhöht.

Eine tickende Zeitbombe, die die Politik bislang nicht entschärft habe und die nur wegen der aktuell guten Konjunktur nicht allzu laut tickte. Spätestens in der nächsten Legislatur, so die AOK, müsse die dann gewählte neue Bundesregierung aber eine Antwort finden. ■

Pakistan kämpft gegen Polio

Pakistan gehört zu den letzten drei Ländern weltweit, in denen Menschen an Kinderlähmung erkranken. Ein neues Impfkonzept soll dem Polio-Virus in dem von Armut und Terror gebeutelten Staat ein Ende bereiten – indem sich die Helfer besser abstimmen. **Von Martina Merten**

Dr. Rana Safdars Welt gleicht einer Schaltzentrale – einem Zentrum, von dem aus er alle Fäden in der Hand hält. Diese Welt nennt sich „Emergency Operation Center“ (EOC) – und wer hier sitzt, hat einen Überblick über das Impfgeschehen in allen Winkeln Pakistans. Die Mitarbeiter des EOCs kontrollieren akribisch jede Zahl, die auf den Bildschirmen aufblinkt. Safdar ist der Chef des EOC. Und er war es auch, der der pakistanischen Regierung den Aufbau des Notfallzentrums im Jahr 2014 vorschlug.

Der Grund: Der Beratungsausschuss der Globalen Ausrottungskampagne des Polio-Virus (GPEI) hatte den Aktivitäten zur Bekämpfung der Kinderlähmung in Pakistan in seinem Bericht 2014 ein verheerendes Zeugnis ausgestellt. Das Gremium, das in regelmäßigen Abständen die Fortschritte im Rahmen der Initiative kommentiert, bezeichnete das Land als „Gefährdung für den Erfolg des gesamten Programms“. Das Handeln der Akteure vor Ort sei unkoordiniert. Jeder mache was er wolle – seien es die Mitarbeiter der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die vom Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), Rotary oder die Mitarbeiter der pakistanischen Regierung. Erschwerend kamen regelmäßige Presseberichte über die wiederkehrenden Angriffe der Taliban auf Polio-Impfteams hinzu. Familien hatten Angst, den ihnen meist unbekanntem Impfhelfern, die im Rahmen der Kampagne von



Schutz vor Terror: In besonders prekären Vierteln in Karachi – mit rund 20 Millionen Einwohnern die größte Stadt in Pakistan – begleitet die Polizei die Impfteams bei ihrer Arbeit.

Tür zu Tür gehen, ihre Kinder anzuvertrauen. Es sah nicht gut aus für ein Land, das ohnehin aufgrund seiner desolaten wirtschaftlichen Lage, der immensen Armut und eines unterfinanzierten Gesundheitssystems gebeutelt ist.

Vertrauen schaffen. Rana Safdar wollte das ändern. Kurz nach Erscheinen des GPEI-Berichts von 2014 entwarf der heutige EOC-Koordinator ein Konzeptpapier. In dessen Mittelpunkt stand eine Strategie für ein stärker aufeinander abgestimmtes Verhalten aller GPEI-Akteure durch den Aufbau seiner Schaltzentrale. Von hier aus sollten alle Daten, die im Rahmen der Polio-Impfkampagnen

gesammelt werden, eingesehen und bewertet werden. Darüber hinaus seien auch auf Ebene der fünf pakistanischen Provinzen Sindh, Punjab, Beluchistan, Khyber Pakhtunkwa und Gilgit-Baltistan regionale EOCs aufzubauen. Rana Safdar schlug wöchentliche Videokonferenzen zwischen der nationalen und der regionalen Ebene vor. Tägliche Sitzungen aller Mitarbeiter zum Stand der Dinge sollten die Arbeit abrunden. „Mein Ziel war es, eine Umgebung zu schaffen, in der alle sich vertrauen.“

Anders als in Indien laufen die Polio-Impfkampagnen in Pakistan das ganze Jahr hindurch. Einmal pro Monat finden jeweils montags bis mittwochs Impfunden statt, bei denen die Helfer von Tür zu Tür gehen. Zusätzlich gibt es in kleinen Gesundheitszentren oder an Krankenhäusern feste Stützpunkte, an denen Familien ihre Kinder gegen Polio impfen lassen können. Von Donnerstag bis Freitag finden noch einmal „Von Tür zu Tür“-Impfunden statt, um nach denjenigen Kindern zu fragen, die die GPEI-

Polio in Pakistan: Zahlen und Fakten

- 180 Millionen Einwohner, täglich kommen 6.000 Migranten aus Afghanistan
- 37 Millionen Kinder unter fünf Jahren, sieben Millionen Geburten/Jahr
- Ausgaben für Gesundheit gemessen am BIP: rund ein Prozent
- 60 Prozent der Einwohner leben von weniger als zwei US-Dollar am Tag
- 1988 Geburtsstunde der Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Zu Beginn der GPEI traten in Pakistan rund 20.000 Polio-Fälle pro Jahr auf. Bis November 2016 waren es 18 Fälle.



Sie stammen aus der Region, in der sie jetzt Kinder gegen Polio impfen: drei Community Based Vaccinators (lokale Impfhelferinnen, l.) im Gespräch mit einer Ärztin (2.v.r.) und Reporterin Martina Merten.



In Karachi springen Impfhelfer an einem Transitpunkt in die anhaltenden Busse: Sie prüfen den Impfstatus der darin sitzenden Kinder und schließen bestehende Impflücken.

Impfhelfer von Montag bis Mittwoch nicht finden konnten. Im Anschluss an diese fünf Tage diskutieren die Mitarbeiter in den lokalen EOCs und innerhalb des EOC in Islamabad, was gut gelaufen ist und was nicht.

Workshops bereiten auf Einsatz vor.

Doch nicht nur auf der administrativen Ebene hat sich mit Rana Safdars Konzept etwas geändert. Auch an der Basis haben der EOC-Chef und seine Leute gravierende Änderungen eingeführt. Denn neben den Koordinierungslücken hatte der GPEI-Beratungsausschuss noch einen weiteren Mangel in Pakistan ausgemacht: Das pakistanische Volk wollte die ständigen Impfungen nicht mehr. Warum, so stellten sich viele Menschen in Pakistan die Frage, sollten ihre Kinder immer nur gegen Polio geimpft werden? Was war mit all den anderen Erkrankungen? Um insbesondere Haushalte in prekären Ecken Pakistans zu überzeugen, wo der Widerstand erfahrungsgemäß größer war, schulten die GPEI-Partner Community Based Vaccinators. Diese lokalen Impfhelfer stammen selbst aus der Region, in der sie von Haus zu Haus gehen. Sie kennen die jeweiligen Sitten und Gebräuche, erklärt Aidan O'Leary, bei UNICEF

Pakistan Teamleiter des Polio-Programmes. Sie werden mithilfe von Workshops speziell auf ihre Einsätze vorbereitet. Dort lernen sie beispielsweise im Rahmen von Rollenspielen, mit ablehnenden Haltungen von Eltern umzugehen und die Bedeutung der Polio-Impfung verständlich zu machen. Ihr Gehalt ist mit 15.000 Pakistanischen Rupien monatlich (entspricht rund 135 Euro) weitaus höher als das, was zuvor häufig wechselnden Impfhelfern im Rahmen der Kampagne gezahlt worden war, so O'Leary.

Zu den neuen Schwerpunkten des Programms zählt seit 2015 auch die gleichzeitige Gabe von inaktiviertem Polio-Impfstoff (IPV) und Lebendimpfstoff (oral, OPV) in Gegenden, in denen die reine OPV-Gabe aufgrund der schwachen Immunität der Kinder nicht ausreicht. Inzwischen, erklärt Rana Safdar, erhalten vier Millionen Kinder in Pakistan eine Kombination aus OPV und IPV; künftig soll die Zahl noch weiter steigen.

Die schlechte Grundimmunisierung vieler kleiner Kinder in Pakistan ist es denn auch, die den Programmpartnern bis heute Sorge bereitet. Während in einem Land wie Deutschland die viermalige Gabe von inaktiviertem Impfstoff für eine Immunisierung ausreicht, müssen

die meisten Kinder in Pakistan etliche Runden von OPVs, am besten kombiniert mit IPV, erhalten, um gegen das Virus gewappnet zu sein. Unter- und Fehlernährung sowie die vielerorts miserablen hygienischen Verhältnisse führen dazu, dass selbst mehrfache Impfungen bei Kindern keine Wirkungen erzielen, erklärt Professor Iqbal A. Memon, Pädiater am Aga-Khan Krankenhaus in der Millionenstadt Karachi und langjähriger Präsident der Pakistanischen Vereinigung für Kinderheilkunde. „40 bis 50 Prozent der Kinder in der Provinz Sindh sind unterernährt, ein Großteil hat keinen Zugang zu Toiletten und fließendem Wasser“, so Memon.

Ganz nah am Ziel. Inzwischen sind fast zwei Jahre seit der Einrichtung der Schaltzentrale EOC vergangen. Die Zahl der durch Polio erkrankten Kinder ist weiter gesunken: Bis einschließlich November 2016 war die Rede von 18 Fällen in ganz Pakistan, 2015 waren es noch 54. „Wir sind ganz nah dran, das Virus endlich loszuwerden“, sagte Aziz Memon, Vorstand des Pakistanischen Rotary Polio-Plus Ausschusses, anlässlich des Welt-polio-Tages Ende Oktober auf einer Konferenz in Islamabad. „Aber geschafft haben wir es immer noch nicht.“ ■

Martina Merten ist freie Fachjournalistin für Gesundheitspolitik. Die Recherche in Pakistan fand in Kooperation mit der WHO, UNICEF und Rotary International statt.

Kontakt: info@martina-merten.de

Das Fenster ein wenig öffnen

In dem Dokumentarfilm „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“ erzählen an Depression erkrankte Menschen aus ihrem Leben. Jetzt ist der Film als DVD erschienen. Ziel der Initiatoren ist es, mehr Verständnis für die Krankheit zu schaffen. **Von Thomas Hommel**

Die Kamera gleicht einer stillen Begleiterin. Denn anders als viele andere Dokumentarfilme verzichtet „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“ auf jegliche Kommentare und eingeschobene Erklärungen aus dem Off. Kein ausgewiesener Fachmann ist zu hören, nur die fünf Protagonisten, die als Experten in eigener Sache über ihr Leben berichten. Ein Leben mit der Depression.

Menschen wie du und ich sind das. Ihre Krankheit ist ihnen äußerlich nicht anzusehen. Aber sie ist da. An manchen Tagen mehr, an anderen weniger. Eine junge Musikerin mit rauchiger Blues-Stimme beschreibt die Heimtücke der Krankheit so: „Man lebt jahrelang in einem Haus und hat da schon immer gewohnt, und plötzlich entdeckt man eine Kellertür. Man macht die Tür auf, und es ist einfach nur dunkel, und irgendjemand stößt einen die Kellertreppe runter und macht die Tür dann zu.“

Erkrankte ein Jahr lang begleitet. Wenige Monate nach der Premiere in Berlin ist der Dokumentarfilm „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“ jetzt als



Der Film zum Bestellen

Der vom AOK-Bundesverband geförderte Dokumentarfilm „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“ sowie der dazugehörige Informationsfilm sind über die Stiftung Deutsche Depressionshilfe auf DVD erhältlich (23,40 Euro zzgl. Porto). Zeitgleich startete Anfang Dezember 2016 eine deutschlandweite Film-tournee. Bestellung der DVD-Box unter: www.buendnis-depression.de/infomaterial-bestellen

DVD erschienen. Ein Informationsfilm ergänzt die Veröffentlichung. Gemeinsam mit der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wollen die beiden Macher des Films, die beiden Regisseure Michaela Kirst und Axel Schmidt, mit ihrem Filmprojekt über Depression aufklären und das Verständnis für die Erkrankung fördern. Dafür haben sie zwei an Depression erkrankte Frauen und eine betroffene Familie über ein Jahr lang begleitet.

Das Thema geht alle an – als Betroffene, Verwandte, Freunde oder Kollegen.

Vorbilder für einen anderen Umgang. Herausgekommen sind berührende Geschichten, die aber niemals kitschig wirken. Sie zeigen auch: Die Krankheit Depression ist noch immer mit vielen Stigmata behaftet – und das, obwohl immer mehr Menschen davon betroffen sind. „Aus meiner langjährigen Erfahrung als Psychiater weiß ich, wie belastet diejenigen sind, die neben ihrer Erkrankung auch noch gegen gesellschaftliche Vorurteile ankämpfen müssen“, sagt Filmemacher Axel Schmidt.

Auch Angehörige und Freunde seien oftmals von der Situation überfordert und reagierten hilflos. „Wir brauchen daher Vorbilder und Orientierung im Umgang mit der Erkrankung“, so Schmidt. Genau das wolle das Filmprojekt leisten: „Unsere Protagonisten haben die Erkrankung selber erlebt. Wir begleiten sie auf ihrem Weg im Umgang mit der Erkrankung.“

Viele scheuen den Gang zum Arzt. Laut Stiftung Deutsche Depressionshilfe erkranken bundesweit rund 5,3 Millionen

Menschen im Laufe eines Jahres an einer behandlungsbedürftigen, unipolaren Depression. „Damit“, sagt Stiftungsvorstand Professor Dr. Ulrich Hegerl, „sind wir alle mittelbar oder unmittelbar von der Krankheit betroffen – als Erkrankte, nahe Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen.“ Dennoch trauten sich viele Menschen nicht, ärztliche und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei sei Depression „eine Erkrankung wie andere Erkrankungen auch.“ Treffen könne sie jeden von uns.

Informationen für Angehörige. Der zeitgleich erschienene Informationsfilm greift Ausschnitte aus dem Dokumentarfilm auf und lässt Experten auf dem Gebiet der Erforschung von Depressionen zu Wort kommen. In acht Kapiteln beantworten sie Fragen zu Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlung. Angehörige erhalten in einem entsprechenden Kapitel Informationen zum Umgang mit depressiv erkrankten Familienmitgliedern oder Freunden. Außerdem werden für Betroffene wichtige Themen zum Umgang mit Depression am Arbeitsplatz sowie zur Rückfallprophylaxe – das heißt zur Frage „Was kann ich selbst für mich tun?“ – beantwortet.

Hauptförderer des Films ist der AOK-Bundesverband. Für Patienten wie deren Angehörige, sagt Vorstandsvorsitzender Martin Litsch, sei der Umgang mit der Depression nicht einfach. „Mit dem Film öffnen wir ein Fenster in das Leben von Betroffenen und leisten damit einen wichtigen Beitrag für mehr Akzeptanz und Verständnis für die Erkrankung.“

Weitere Unterstützer des Films sind die AOK PLUS, die den Aufbau einer interaktiven Internetseite zum Film fördert, sowie die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe. ■

Mehr Vielfalt in der Selbsthilfe

Die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund gestalten, ihr Wissen über Gesundheit fördern und Zuwanderer für die Selbsthilfe begeistern – wie das gelingen kann, diskutierten Experten auf einer Fachtagung in Berlin. Von Anne Orth

„In der Trauer sind alle gleich. Nationalität und Religion spielen keine Rolle.“ Aynur Celikdöven weiß, wovon sie spricht. Ihre Tochter hat als Kind eine Krebserkrankung überlebt, ihr Sohn starb daran. Statt sich zurückzuziehen, gründete sie 2001 den Verein „Weg der Hoffnung“, der krebserkrankte Kinder und deren Familien unterstützt. Der Verein ist für alle offen: „Wir sind jetzt 160, darunter Deutsche, Türken und Menschen anderer Nationalitäten“, berichtete Aynur Celikdöven, die selbst türkische Wurzeln hat, kürzlich auf der Fachtagung „Multikulti in der Selbsthilfe – nur ein Traum?“ des AOK-Bundesverbandes in Berlin. Die Ehrenamtlichen des Vereins beraten Familien auf der Kinderkrebstation der Essener Uniklinik, organisieren Ausflüge und jedes Jahr ein Sommerfest. Celikdöven: „Wir freuen uns, wenn wir Kinder und Eltern einmal lächeln sehen.“

Die Tagung des AOK-Bundesverbandes, zu der rund 130 Experten und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen gekommen waren, machte deutlich, dass auf dem Weg zu einem besseren Miteinander der Kulturen noch einige Hürden zu überwinden sind. So belegen Untersuchungen, dass die mehr als 17 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund nicht in gleichem Maße vom Gesundheitswesen profitieren wie Einheimische. Die AOK setzt sich dafür ein, dass sich dies ändert. „Wir wollen Zuwanderern den Zugang zum Gesundheitswesen erleichtern“, erklärte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Zudem wies er auf den Berliner Gesundheitspreis 2017 „Migration und Gesundheit – Integration gestalten“ hin, den der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost ausgelobt haben (www.berliner-gesundheitspreis.de).



Sie stehen Migrantinnen und Migranten bei gesundheitlichen Sorgen und Nöten bei: Ehrenamtliche in der Selbsthilfe.

Gesundheitskompetenz stärken. Nach Professor Dr. Hajo Zeeb vom Bremer Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie ist die Gesundheitskompetenz vieler Zuwanderer sehr gering. Nach dem deutschlandweiten Survey haben 71 Prozent der Zuwanderer Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und zu verarbeiten. In der Gesamtbevölkerung trifft dies auf 55 Prozent zu. Um gegenzusteuern, gehöre Gesundheitsbildung bereits in Kindergärten, forderte Zeeb.

Claudia Schick, Referentin für Selbsthilfe im AOK-Bundesverband, will Zuwanderer stärker für die Selbsthilfe begeistern. Dadurch könne sich ihre Gesundheitskompetenz verbessern. Bislang seien Migranten aus verschiedenen Gründen seltener in den Gruppen aktiv. Für viele sei es schwer vorstellbar, außerhalb ihrer Familie über Krankheit zu sprechen. Manche sähen eine Krankheit auch als Schicksal an oder seien der Meinung, dass ihnen nur ein Arzt helfen könne. Schick: „Wir wollen den Anstoß geben, dass sich

etwas ändert.“ Die AOK motiviere deshalb Migranten dazu, Selbsthilfegruppen zu gründen oder sich bestehenden anzuschließen. Zudem unterstütze sie Selbsthilfeorganisationen dabei, auch in anderen Sprachen zu informieren und Mitstreiter aus unterschiedlichen Kulturkreisen zu gewinnen. Die AOK biete Informationen in verschiedenen Sprachen an, zum Beispiel das Portal <https://zuwanderer.aok.de>, die AOK-Vorsorge-App sowie Faktenboxen zu Themen wie Impfen oder Krebsvorsorge.

Gelungene Praxisbeispiele. Wie engagiert Menschen mit Migrationshintergrund die Selbsthilfe bereits mitgestalten, verdeutlichten auf der Tagung vorgestellte Beispiele. So ermuntert Azra Tatarevic im Projekt „Selbsthilfe und Migration“ des Selbsthilfezentrums in Berlin-Neukölln Landsleute, Gruppen zu gründen. Zudem leitet sie unter anderem zwei Selbsthilfegruppen für bosnische Frauen und zwei für Menschen aus aller Welt. Für türkischsprachige Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen und ihre Familien setzt sich der Berliner Verein „InterAktiv“ ein, den Sevgi Bozdag 2011 gegründet hat. Noch am Anfang steht die Initiative von Derya Karatas für türkische Familien und deren pflegende Angehörige. Karatas: „Man sollte zusammenarbeiten und nicht ausgrenzen“, damit „Multikulti“ gelingt. ■

Anne Orth ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Lese- und Webtipps

- G+G-Spezial 12/2016 „Selbsthilfe und Migration. Offen für alle“. Kostenloser Download: www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > G+G-Spezial
- www.aok-selbsthilfe.de

Vier-Augen-Prinzip schützt die Nieren

Ein spezielles Versorgungsprogramm in Sachsen-Anhalt soll Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz vor der Dialyse bewahren. Dabei arbeiten Haus- und Facharzt eng zusammen – mit Erfolg, wie eine aktuelle Auswertung zeigt. **Von Thomas Hommel**

Die Nieren sind ein organisches Hochleistungszentrum: Sie filtern das Blut, balancieren den Wasserhaushalt, kontrollieren den Säure-Basen-Haushalt, produzieren Hormone und nehmen wichtige Aufgaben im Vitamin-D-Stoffwechsel wahr.

Doch solche Schwerstarbeit hat ihren Preis: Schon ab einem Alter von 50 können die Nieren Schäden aufweisen. Das Heimtückische: Der Funktionsverlust vollzieht sich schleichend. Ärzte sprechen von chronischer Niereninsuffizienz, die sie je nach Grad der Schädigung in fünf Stadien unterteilen. Ist das Nierenversagen unabwendbar, muss der Patient zur Dialyse oder zur Transplantation.

Strukturierte Versorgung als Ziel. Wird die Niereninsuffizienz aber frühzeitig erkannt, lässt sich ihr Fortschreiten durch gezielte Therapie hinauszögern und sogar eine Dialyse verhindern. Die AOK Sachsen-Anhalt hat daher schon 2009 das Versorgungsprogramm „chronische Niereninsuffizienz“ aufgelegt. Kerngedanke: Die Versorgung mittels enger Zusammenarbeit des Hausarztes mit dem Facharzt – dem Nephrologen – zu verbessern.

In der Praxis funktioniert das so: Der am Vertrag beteiligte Hausarzt führt bei Risikopatienten, die an Diabetes, Bluthochdruck oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung leiden, regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung einer Niereninsuffizienz durch. Die Kosten trägt die AOK. Deutet der Test auf eine Nierenerkrankung hin, überweist der Hausarzt den Patienten an einen Nephrologen, der das Stadium der Nierenschädigung ermittelt und einen entsprechenden Behandlungsplan aufstellt. Darin aufgelistet sind zum Beispiel Hinweise, was bei der Medikation zu beachten ist, welche Trinkmenge angezeigt ist und was es bei der Ernährung zu beachten gibt –



etwa hinsichtlich der Menge an Salz und Zucker. Besonderes Augenmerk wird auf Grunderkrankungen des Patienten gelegt.

Eine Win-win-Situation. Mehr als 17.000 Versicherte der AOK profitieren vom Programm, das die Kasse zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, der Deutschen NephroNet und dem Verein der niedergelassenen Nephrologen anbietet. Dessen Vorsitzender Dr. Jörg-Detlev Lippert betont: „Die Hausärzte schicken inzwischen ganz rege Patienten in unsere nephrologischen Praxen.“ Das habe den Vorteil, dass ein Patient länger in seinem jeweiligen Krankheits-Stadium – etwa im Stadium III – verbleibe. Das wiederum bedeute, dass er länger ohne eine Dialyse auskomme. Ein Grund dafür: „In den nephrologischen Praxen gibt es Untersuchungsmöglichkeiten, die der Hausarzt meist nicht hat.“

Ein weiterer Vorteil der Zusammenarbeit sei das Vier-Augen-Prinzip – etwa bei der Medikation. „Es ist eben sinnvoll, wenn wir genau wissen, welche Medikamente ein Patient einnimmt“, sagt Lippert. Der Nephrologe habe dann auch

die Möglichkeit, Schmerzmittel abzusetzen und andere Behandlungswege zu wählen. Lippert spricht von einer Win-win-Situation: Die Patienten profitierten von besserer Versorgung, die Haus- und Fachärzte von der Zusammenarbeit und der Extra-Vergütung ihres Engagements.

Mehr Lebensqualität. Und die Krankenkasse? „Die Evaluation unseres Programms zeigt, dass die Strategie dahinter funktioniert, weil wir damit für mehr Lebensqualität sorgen“, stellt Andreas Goldmann, Referent für strategische Versorgungsplanung der AOK Sachsen-Anhalt, fest. So habe die Zahl der Dialysepatienten im Programm der Gesundheitskasse entgegen dem bundesweiten Trend kontinuierlich abgenommen. Mussten im Jahr 2010 noch 1.867 Patienten zur Dialyse, waren es ein Jahr später 1.833 Patienten. Bis 2015 sank die Zahl auf 1.639.

Für Andreas Goldmann von der AOK machen diese Zahlen deutlich, „dass unser Vertrag auch wirtschaftlich sinnvoll ist, wenn man von jährlichen Kosten für eine Dialyse von rund 45.000 Euro ausgeht“. ■

„Politik hinkt der Realität hinterher“

Eine für alle? Während die Parteien weiter über die Reform der Pflegelehre streiten, bilden einige Pflegeschulen bereits nach dem generalistischen Modell aus.

Diplom-Pflegepädagogin **Christine Vogler** von der Berliner Wannsee-Schule erklärt warum.

Frau Vogler, Politik und Verbände diskutieren derzeit lebhaft über einen Umbau der Pflegeausbildung. Warum ist die Reform überhaupt nötig?

Vogler: Es gibt dafür viele Gründe. Die Gesundheitsversorgung hat sich in den vergangenen 50 Jahren massiv verändert. Viele Leistungen finden heute ambulant statt. Nehmen Sie etwa die Beatmungsmedizin. Die Ausbildung muss solchen Veränderungen Rechnung tragen, damit wir sektorenübergreifend gut versorgen können. Zudem leistet sich Deutschland drei pflegerische Grundausbildungen, die unterschiedlich finanziert sind und am Ende eine unterschiedliche Anerkennung erfahren – auch bei der Entlohnung. Altenpflegekräfte verdienen im Schnitt einiges weniger als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte.

Handelt es sich also nur um die Addition von drei Berufsbildern?

Vogler: Nein! Wir entwickeln die jetzigen Ausbildungsgänge weiter und schaffen ein modernes Pflegeberufsbild, das die Versorgungsschwerpunkte der Menschen in allen Alterstufen abbildet. Ziel ist die Vermittlung von Kernkompetenzen, die die Auszubildenden und Studierenden auf alle pflegerischen Settings vorbereitet.

Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?

Vogler: Gerne. Nehmen wir die Wunde. Die Pflegekraft benötigt die Kernkompetenz Wundversorgung nicht nur in der häuslichen Pflege, sondern auch im Krankenhaus nach einer Operation oder im Hospiz. Daher macht es schon lange keinen Sinn mehr, die Wundversorgung nach dem Alter zu unterteilen und zu lehren.

Was halten Sie von dem Argument der Kritiker der Generalistik, durch diese gingen wichtige Kompetenzen verloren?

Vogler: Das Argument überzeugt nicht. Die Generalistik vermittelt ihren Absolventen all die Kernkompetenzen, die sie in den verschiedenen Einsatzfeldern brau-

Welche Erfahrungen konnten Sie bislang sammeln mit der Generalistik?

Vogler: Für das Team der Schule wie die kooperierenden Kliniken und Pflegeeinrichtungen stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit der generalistischen Ausbildung gar nicht mehr. Wir erleben die



Unsere Absolventen verfügen nach der Ausbildung über ein breites Kompetenzspektrum.

Christine Vogler

chen. Qualifizierungen für spezielle Aufgaben finden während der Berufstätigkeit selbst oder während der Fort- und Weiterbildung statt. Das entspricht deutscher und internationaler Bildungsnormalität.

Die Wannsee-Schule bildet bereits seit 2009 nach dem generalistischen Modell aus. Ist die Praxis weiter als die Politik?

Vogler: Das geplante Pflegeberufegesetz ist ein guter Kompromiss. Leider gibt es Politiker, die die Reform verhindern wollen, was absolut unverständlich ist. Unsere Schule hat die Generalistik nicht zum Selbstzweck eingeführt, sondern weil unsere Mitgliederhäuser, Pflegeeinrichtungen und Kliniken, den Bedarf an entsprechend ausgebildeten Pflegeprofis angemeldet haben. Andere Schulen sind ebenfalls auf dem Weg zur Generalistik. Die Politik hinkt der Realität hinterher.

Machbarkeit des Konzeptes jeden Tag. Die Schüler wachsen mit der Generalistik auf und lernen, die Perspektiven von Menschen aller Altersgruppen wahrzunehmen. Nach der Ausbildung verfügen unsere Absolventen über ein breites Kompetenzspektrum. Die Rückmeldungen der beteiligten Kliniken und Pflegeeinrichtungen bestätigen dies. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

Zur Person

Christine Vogler (47) ist Diplom-Pflegepädagogin und Leiterin der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegeberufe an der Wannsee-Schule e.V. Die Pflegeschule im Süden Berlins verfügt über 260 genehmigte Ausbildungsplätze. Das Curriculum ist generalistisch angelegt und umfasst damit alle Altersgruppen – vom Säugling bis zum hochbetagten Menschen. **Mehr Infos:** www.wannseeschule.de



OLIVER VESS

Armes krankes Griechenland

Patienten, die ihre Krankenversicherung nicht mehr zahlen können. Eine staatliche Einheitskasse, die bei Ärzten und Krankenhäusern mit Milliarden Euro in der Kreide steht. Kliniken, die Spenden für Medikamente brauchen. Das griechische Gesundheitswesen geht seit der Finanzkrise am Krückstock. Zugleich aber wächst die private Solidarität mit den Kranken.

Hintergründe von **Jana Kötter**

Es gibt eine Geschichte, die Christos Sideris von der Sozialklinik Elliniko besonders gerne erzählt. Seine Augen leuchten, und der Grieche, der sonst so ernst spricht, lächelt sogar. Es ist die Geschichte eines 24-Jährigen, der an Leukämie erkrankt ist und kurz davor stand, aus der staatlichen Krankenversicherung zu fallen. Ein Monat blieb ihm noch, als seine Großmutter einen Hilferuf startete und zwei andere Patienten tageweise im Wechsel ihre eigenen Medikamente absetzten, um den Leukämiekranken so lange zu unterstützen, bis Sideris und sein Team das passende Arzneimittel auftreiben konnten. Es ist eine Geschichte der Solidarität, die sich seit dem Ausbruch der Finanzkrise im Land vor sechs Jahren neben die Verzweiflung gesellt hat.

Jeder Vierte nicht mehr krankenversichert. Die Sozialklinik im Athener Stadtteil Elliniko, in der Christos Sideris als kaufmännischer Leiter arbeitet, ist ein Spiegelbild der Solidarität. Sie ist Anlaufstelle für alle, die sich keine private Gesundheitsversorgung leisten können und – etwa wegen andauernder Arbeitslosigkeit – aus der staatlichen Einheitsversicherung EOPYY ausgeschieden sind. Schätzungsweise drei Millionen Griechen – und damit fast jeder Vierte – sind inzwischen nicht mehr krankenversichert.

Die Sozialklinik Elliniko gründeten zehn Freunde im Frühjahr 2011, unter ihnen Christos Sideris und der Kardiologe Dr. George Vichas. Auslöser war ein Herzpatient, der bei dem Kardiologen eigentlich wegen zweier Infarkte in Behandlung war. Der Patient war jedoch viele Monate nicht in die Praxis

Die staatliche Einheitsversicherung EOPYY

In Griechenland besteht **Versicherungspflicht**. Alle griechischen Bürger, auch Selbstständige, sowie Ausländer, die in Griechenland arbeiten, sind in der staatlichen Einheitsversicherung EOPYY (wörtlich: Nationaler Organismus für die Erbringung von Gesundheitsleistungen) versichert. In ihr gingen am 1. September 2011 alle Krankenkassen auf. EOPYY unterliegt der Aufsicht des griechischen Gesundheitsministeriums. Die Versicherten müssen **mindestens 50 Beitragstage im laufenden Kalenderjahr** aufweisen. Bleiben sie darunter, erlischt im Jahr darauf der Versicherungsschutz.

Theoretisch hat EOPYY eine breite Einnahmenbasis. Der Versicherungsbeitrag ist nicht nur von **Löhnen und Gehältern** zu zahlen. Auch Einnahmen aus **Mieten, Pachten, Zinsen und Dienstleistungen für Ausländer** werden herangezogen. Da diese aber nicht erfasst werden, waren die EOPYY-Einnahmen von Beginn an defizitär. Der **Beitragssatz** für Arbeitnehmer variiert je nach Branche und ist mit bis zu 30 Prozent vergleichsweise hoch. Hinzu kommen **staatliche Gelder**. Diese sollten ursprünglich pro Jahr 0,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts ausmachen. Im Zuge der Sparmaßnahmen sind es inzwischen nur noch 0,4 Prozent. Schätzungen zufolge hatte EOPYY bereits im Gründungsjahr ein finanzielles Defizit von bis zu vier Milliarden Euro. Aktuell kommt EOPYY seinen Verpflichtungen gegenüber Ärzten, Apothekern, Pharmakonzernen und privaten Kliniken nicht nach: **Schulden in Milliardenhöhe** haben sich aufgetürmt. Sie belaufen sich auf bis zu vier Milliarden Euro. Und das Gesundheitsministerium bleibt seine monetären Verpflichtungen schuldig.

Die staatliche Einheitsversicherung übernimmt die **Kosten der ambulanten und stationären Versorgung. Für Arzneimittel müssen Patienten zuzahlen** – ihr Eigenanteil ist von 25 auf inzwischen 60 Prozent gestiegen. Sonderregelungen zur Entlastung von chronisch Kranken sind mittlerweile abgeschafft. Zudem müssen Patienten die Kosten für Physiotherapie, Krankenfahrten oder Sehhilfen selbst tragen. Die Selbstbeteiligung für Rehabilitationskosten beträgt bis zu 30 Prozent. Erste Reformen steuern aber wieder gegen: Seit April 2016 sind einkommensschwache Bürger von der Selbstbeteiligung für verordnete Medikamente befreit. **Die Arzneimittel sind der größte Ausgabenposten** von EOPYY. Sie machten im Jahr 2013 rund 44 Prozent der Gesamtausgaben (2,26 Milliarden Euro) aus (Deutschland 2013: 16,5 Prozent). Ein Grund: In Griechenland beläuft sich der Anteil der Generika an den verordneten Arzneimitteln auf nur fünf Prozent. Nachahmerpräparate haben dort einen schlechten Ruf.

Alle Versicherten erhalten ein **persönliches Krankenheft**, das sie bei jeder Behandlung vorzeigen müssen. Darin sind die Arztbesuche sowie die verordneten Medikamente verzeichnet. Das Heft muss jedes Jahr verlängert werden. ■

gekommen. Er hatte seine Arbeit verloren und konnte die notwendigen Medikamente nicht mehr zahlen. Ein Jahr nach ihrer Gründung zählte die Sozialklinik Elliniko 4.000 Patienten. 2013 waren es bereits 18.000, und 2014 waren es mit 35.000 fast doppelt soviel. Im darauffolgenden Jahr ging die Patientenzahl erstmals auf 11.000 zurück. Dies liegt laut Klinik-Mitgründer Christos Sideris vor allem daran, dass die Zahl sozialer Kliniken und Behandlungszentren in den vergangenen Jahren gestiegen ist und somit mehr Anlaufstellen für die unversicherten Griechen vorhanden sind. Über 40 Sozialkliniken gibt es heute in Griechenland, allein zwölf davon im Großraum Athen.

In der Athener Sozialklinik Elliniko können sich die Patienten kostenfrei behandeln lassen. Sie erhalten dort Arzneimittel und – wenn nötig – sogar Babynahrung. Die Sozialklinik ist der einzige Ort in Athen, wo Krebspatienten kostenlos eine Chemotherapie erhalten. Diese wird – ebenso wie medizinische Geräte und Instrumente sowie weitere Arzneimittel – durch Spenden finanziert. Die Sozialklinik ist auf Spenden angewiesen. Sie nimmt aber nur Sach- und keine Geldspenden an. Privatpersonen oder Unternehmen dürfen zudem nicht damit werben, gespendet zu haben. Mediziner, Zahnärzte, Apotheker und Therapeuten arbeiten dort freiwillig und unentgeltlich. Ihre Zahl ist inzwischen auf 200 gestiegen.

Pillen in der Plastiktüte. An diesem Morgen sitzen dutzende Patienten im Wartezimmer der Sozialklinik, als Christos Sideris ankommt. In der Hand hält er eine Plastiktüte, gefüllt mit Medikamenten. Es sind Spenden, die Christos Sideris an vielen Tagen mitbringt und die Patienten wie Yannis Tsaras dringend benötigen: Der 34-Jährige kommt regelmäßig, um seine Medikamente zu erhalten. An manchen Tagen wartet er Stunden, bis er an der Reihe ist. Doch Yannis Tsaras hat gelernt, geduldig zu sein: Seit dem Jahr 2009 ist er arbeitslos. Der gelernte Tontechniker, der lange bei einem Radiosender in Athen gearbeitet hat, ist heute froh, dass es die Sozialklinik in Elliniko gibt. „Ich bin sehr dankbar für das Angebot. Es ist meine einzige Möglichkeit, einen Arzt zu konsultieren.“

Offene Rechnungen in Milliardenhöhe. Im griechischen Gesundheitssystem liegt vieles im Argen. Seit dem Ausbruch der Finanzkrise hat die griechische Regierung die Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung um mehr als 50 Prozent gekürzt. Jeder vierte Grieche ist heute ohne Krankenversicherung. Die öffentlich-staatlichen Krankenhäuser leiden unter zu vielen Patienten und zu wenig finanziellen Mitteln. 2011 versuchte die Regierung gegenzusteuern und rief die staatliche Einheitsversicherung EOPYY ins Leben (*siehe Kasten auf dieser Seite*).

Heute ist der Nationale Träger für Gesundheitsleistungen nur eine Baustelle von vielen. Denn EOPYY hat zwar – theoretisch – eine breite Einnahmegrundlage: Löhne und Gehälter, Mieten, Pachten, Zinsen und Dienstleistungen für Ausländer. Genauso wie im Steuersystem werden diese jedoch nicht erfasst. Die Folge: Neben den Altschulden hat sich ein Berg unbezahlter Rechnungen in Höhe von vier Milliarden Euro aufgetürmt. Vor allem Kliniken haben hohe Forderungen gegenüber der staatlichen Einheitsversicherung.



„Wir brauchen eine strikte Bedarfsplanung“

Dr. Charalambos Koulas ist Vizepräsident der Griechischen Versicherung für Ärzte, Zahnärzte und Pharmazeuten und Mitglied der griechischen Ärztekammer Panhellenic Medical Association.

Herr Dr. Koulas, woran krankt das griechische Gesundheitssystem?

Koulas: Das größte Problem ist die Primärversorgung. Sie findet heute fast ausschließlich in Krankenhäusern statt, weil es sich die Menschen nicht mehr leisten können, sich von den niedergelassenen Privatärzten behandeln zu lassen. Krankenhäuser können damit aber nicht mehr ihrem eigentlichen Auftrag, der Versorgung schwer erkrankter Patienten, nachkommen.

Heißt das, dass außerhalb der Kliniken ein Arztmangel besteht?

Koulas: Nein. Tatsächlich zählt Griechenland, in Relation zur Einwohnerzahl, sogar eine im EU-Vergleich extrem hohe Zahl an niedergelassenen Ärzten. Aber es gibt zu wenig Allgemein- und zu viele Fachärzte. Uns fehlt eine strikte Bedarfsplanung, wie sie es in anderen europäischen Ländern wie Deutschland gibt. Die aber brauchen wir. Aktuell können sich Fachärzte niederlassen, wo immer sie wollen. Dem muss ein Riegel vorgeschoben werden.

Welche Probleme gibt es im Versicherungssystem?

Koulas: Die staatliche Einheitsversicherung EOPYY hat verschiedene Probleme, die vor allem daraus resultieren, dass sie Leistungsträger und -erbringer in einem ist. Die Patienten sind unzufrieden, weil sie für eine Leistung zahlen und eine schlechte Versorgung erhalten. Die Ärzte sind unzufrieden, weil sie zu wenig verdienen und unter strukturellen Problemen leiden.

Wie lassen sich die Probleme lösen?

Koulas: Als Erstes brauchen wir ein gesundes Primärversorgungssystem. Dazu ist auch nötig, dass sich niedergelassene Hausärzte etablieren, die über die staatliche Einheitsversicherung EOPYY abrechnen können. Aktuell hat ein Patient entweder Geld, sich privat an eine niedergelassene Praxis zu wenden – oder er hat es nicht. Und dann muss er in ein Krankenhaus und dort bis zu sechs Monate auf einen Facharzttermin warten. Damit sind weder Ärzte noch Patienten zufrieden. Aber ich denke, dass EOPYY prinzipiell so reformierbar ist, dass es funktionieren kann. ■

Die Fragen stellte Jana Kötter.

Patienten suchen Hilfe in staatlichen Kliniken. Gleichzeitig findet in den staatlichen Kliniken vorwiegend die ambulante Versorgung statt. Denn das eigentliche Ziel, eine geordnete primärärztliche Versorgung zu schaffen, hat EOPYY verfehlt. Nur fünf Prozent der griechischen Mediziner sind Hausärzte. Regelmäßigen Zugang zur ambulanten Versorgung hat nur, wer Ärzte cash bezahlen kann. Eine ärztliche Gebührenordnung gibt es nicht. Die rund 8.000 Kassenärzte im Land warteten zuletzt nach Angaben der griechischen Ärztekammer „Panhellenic Medical Association“ monatelang darauf, dass EOPYY offene Rechnungen begleicht.

In der ambulanten Versorgung herrschen damit chaotische Zustände: Weil sich der Großteil der Bevölkerung einen Arztbesuch nicht mehr leisten kann, verbucht die öffentliche Primärversorgung – Gesundheitszentren oder Polikliniken, die entweder von EOPYY oder direkt vom griechischen Staat getragen werden – ebenso wie die staatlichen Krankenhäuser ein erhöhtes Patientenaufkommen.

Dass dringender Handlungsbedarf besteht, hat die Regierung unter Ministerpräsident Alexis Tsipras erkannt: Sie öffnete im vergangenen Jahr circa 2,3 Millionen unversicherten Griechen den Zugang zum öffentlich-staatlichen Gesundheitssektor. Seitdem erhalten Unversicherte Hilfe in staatlichen Krankenhäusern und Ärztehäusern. So versucht die griechische Regierung, die flächendeckende Gesundheitsversorgung zu sichern. Vor dieser Reform mussten Menschen, die ihre Arbeit verloren hatten und damit aus der staatlichen Einheitsversicherung EOPYY gefallen waren, Behandlungen entweder aus der eigenen Tasche bezahlen oder sich an eine Sozialklinik wenden.

Ärzte kehren Einheitsversicherung den Rücken. Dies erklärt auch die gesunkene Zahl der Patientenkontakte in Elliniko. Doch als gelöst sieht Christos Sideris das Problem nicht: „Weil die Unversicherten nun Zugang zu den staatlichen Strukturen haben, die Wartezeiten dort aber gerade bei akuten Erkrankungen oft extrem lang sind, kommen wieder viele zu uns in die Sozialkliniken.“ Da sich bereits in den vergangenen zwei Jahren mehr als 50 Prozent der Ärzte aus dem EOPYY-System zurückgezogen haben und es als wahrscheinlich gilt, dass in diesem Jahr weitere Mediziner wegen der schlechten Arbeitsbedingungen die öffentliche Primärversorgung verlassen werden, sieht Christos Sideris düstere Zeiten auf Patienten zukommen statt der erhofften und angekündigten Besserung.

Hospitälern fehlt es am Nötigsten. Ihrer eigentlichen Aufgabe, der Sekundärversorgung, können die staatlichen Krankenhäuser schon lange nicht mehr nachkommen. Die Lage dort ist dramatisch: „Die Patienten stehen Schlange, und das ärztliche, pflegerische und technische Personal arbeitet an der Grenze zum Burnout“, berichtet Dr. Boris Treptow. Er war an mehreren staatlichen Kliniken in Athen beschäftigt, hat als angestellter Chirurg seit 2010 selbst zweimal die durch die Sparpolitik bedingte Schließung seines Krankenhauses miterlebt. „An vielen Krankenhäusern herrschen Mängel, von fehlenden Verbänden und Handschuhen bis hin zu chirurgischen Instrumenten“, hat er beobachtet. Bis zu seiner heutigen Anstellung am Uniklinikum

Zahlen, Daten, Fakten

Die medizinische Versorgung in Griechenland basiert auf **zwei parallel existierenden Systemen: dem staatlich-öffentlichen und dem privaten**. Zu ersterem zählen staatliche Krankenhäuser sowie Arzthäuser, Polikliniken und niedergelassene Ärzte mit Kassenzulassung der **staatlichen Einheitsversicherung EOPYY**. Daneben gibt es zahlreiche Privatkliniken und -ärzte, deren Leistungen Patienten aus eigener Tasche zu zahlen haben. Die Zahl der **niedergelassenen Ärzte mit Kassenzulassung** liegt dagegen laut der Panhellenic Medical Association, dem griechischen Gegenstück zur Bundesärztekammer, bei nur **rund 8.000** (elf Millionen Einwohner) und ist damit vergleichsweise gering. Zum Vergleich: Nach der Statistik der Bundesärztekammer waren 2015 in Deutschland 120.000 Ärzte niedergelassen (82 Millionen Einwohner). Wegen der geringen Zahl der griechischen Kassenärzte sind die Wartezeiten für einen Termin dort sehr lang. **Die ambulante Versorgung ist sehr fachärztlich ausgerichtet**. Nur fünf Prozent der griechischen Mediziner sind Hausärzte.

Um eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, lockert Griechenland zunehmend die ursprünglich strikte Trennung zwischen öffentlich-staatlichem und privatem Gesundheitssektor. So dürfen inzwischen auch Privatkliniken, die einen Vertrag mit EOPYY haben, gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Der Großteil der Versorgung – auch der Primärversorgung – spielt sich in den staatlich-öffentlichen Kliniken ab. **Entsprechend hoch ist auch die Zahl der Krankenhausbetten**. Im Jahr 2011 gab es in Griechenland laut Statistischem Amt der Europäischen Union (Eurostat) **405 Betten pro 100.000 Einwohner** (Deutschland: 531 Betten/100.000 Einwohner).

Die medizinische Versorgung ist in den Städten wesentlich besser als auf dem Land und auf den kleinen Inseln. Die primäre ambulante Versorgung der Landbevölkerung findet in **staatlichen Gesundheitszentren** (Kéntro Yfías) statt. Weil diese Zentren aber personell unterbesetzt und schlecht ausgestattet sind, können sie oft nicht die nötigsten Behandlungen erbringen.

Als Folge der Finanzkrise sind die **staatlichen Gesundheitsausgaben stark heruntergefahren** worden. Nach Angaben des Internationalen Währungsfonds lag ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2010 bei 7,1 Prozent. Im Jahr 2014 waren es nur noch 5,0 Prozent. Nach Angaben des Griechischen Statistischen Bundesamtes gingen die staatlichen Gesundheitsausgaben von 22,3 Milliarden Euro im Jahr 2010 auf 14,7 Milliarden Euro im Jahr 2014 zurück (Deutschland 2014: BIP-Anteil 11,2 Prozent, Ausgaben 328 Milliarden Euro). ■

auf Kreta standen ihm selbst an einem staatlichen Großkrankenhaus in Athen bei Not-Operationen häufig keine laparoskopischen Instrumente zur Verfügung, „Klammernahmegeräte fehlten regelmäßig“, zeichnet er ein drastisches Bild.

In den Unikliniken ist die Lage weniger dramatisch – immerhin sollen Griechenlands Medizinstudenten hier lernen. „Da wir zusätzliche finanzielle Unterstützung erhalten, nehmen wir eine Art Sonderstellung ein“, erklärt Dr. Konstantinos Nastos vom Uniklinikum Athen. Zu spüren sei die Krise dennoch: Ein völlig neuer, von einem wohlhabenden Patienten gespendeter Flügel mit neuen Instrumenten steht seit drei Jahren leer – weil das Personal fehlt, um die zusätzlichen Patienten zu betreuen. Im alten Teil des Gebäudes seien aus Personalgründen nur 45 der 80 Betten belegt.

Ärzteeinkommen fast halbiert. Gleichzeitig haben sich die Arbeitsbedingungen sowohl der Klinikärzte als auch der niedergelassenen Mediziner im Zuge der Krise drastisch verschlechtert. „Seit Beginn der Krise hat sich mein Gehalt fast halbiert“, erzählt Chirurg Boris Treptow. Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienste bei Oberärzten würden seit einigen Jahren nur noch mit 3,43 bis höchstens 8,92 Euro pro Stunde bezahlt, „oft auch viele Monate später, häufig mit einem – wie auch immer begründeten – Abschlag“. Auch Ärzte im Privatsektor beklagen deutlich niedrigere Einkommen, weil sich viele Patienten die Behandlung auf eigene Kosten nicht mehr leisten können – wenn sie neben der staatlichen Krankenversicherung keine Zusatzversicherung haben. Bis zu 40 Prozent weniger Einkommen beklagten Kollegen, sagt Dr. Emmanouil Sevastiadis, Chirurg im Hygeia Hospital, einer großen Privatklinik in Athen. Laut Medienberichten sind es bei einigen sogar bis zu 70 Prozent.

Gesundheitszustand verschlechtert sich deutlich. Die gesundheitlichen Folgen der katastrophalen Versorgungsstrukturen sind in der griechischen Gesellschaft deutlich zu beobachten. Dr. Günter Danner, Vizedirektor der Europavertretung der deutschen Sozialversicherung in Brüssel, beobachtet bereits Änderungen der sozialmedizinischen Indikatoren: Die Säuglingssterblichkeit nimmt zu, die Suizidrate steigt, Tuberkulose breitet sich aus. „Viele kommen regelmäßig, wir sehen immer öfter chronische Erkrankungen“, beobachtet auch Christos Sideris in der Sozialklinik Elliniko. Besonders die Versorgung von Patienten mit Diabetes sei ein großes Problem.

Hilfsorganisationen versorgen Flüchtlinge. Neben den wachsenden gesundheitlichen Problemen der griechischen Bevölkerung fordert die Flüchtlingskrise das ohnehin geschwächte Gesundheitssystem Griechenlands zusätzlich heraus: Mehr als 50.000 Flüchtlinge sitzen nach Schätzungen aktuell im Land fest. „Sie leben unter unzumutbaren Bedingungen und erhalten keine ausreichende medizinische Versorgung“, stellt die Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) in ihrem aktuellen Report „Greece in 2016: Vulnerable People Left Behind“ fest. Loic Jaeger, Landeskoordinator von MSF in Griechenland, kritisiert die Lage scharf: „Die Hotspots auf den Inseln haben eine Auslastung von 200 Prozent erreicht, und die Versorgung

in den Sammelstellen auf dem Festland ist mangelhaft“, sagt er. „Die von der Europäischen Union finanzierten Maßnahmen kommen zu langsam voran, und Griechenlands Gesundheitswesen ist völlig überfordert.“ Darunter litten vor allem die Schwächsten: Flüchtlinge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen, unbegleitete Minderjährige und schwangere Frauen.

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge stützt sich schon seit Jahren auf das Engagement von Hilfsorganisationen und Ehrenamtlichen. So sind zum Beispiel die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ärzten ohne Grenzen aktuell an mehr als 20 verschiedenen Orten im Land aktiv, um Flüchtlingen zu helfen und zu betreuen.

In der ersten Hälfte des vergangenen Jahres stellte die Organisation mehr als 25.000 medizinische Konsultationen in Griechenland bereit. Zusätzlich unterstützt MSF das Gesundheitsministerium bei einer Impfkampagne gegen zehn vermeidbare Krankheiten einschließlich Lungenentzündung. Damit konnten bislang mehr als 7.000 Flüchtlingskinder erreicht werden.

Die Organisation Ärzte der Welt betreibt sechs Polikliniken und zahlreiche mobile Dienste, um Flüchtlinge in Griechenland zu versorgen. Dr. Bettina Krumbholz, die vor über zehn Jahren nach Griechenland ausgewandert ist und sich dort niedergelassen hat, behandelt ehrenamtlich in der Athener Poliklinik. Im Praxisalltag sieht die deutsche Allgemeinmedizinerin wiederkehrende Krankheitsbilder: „Das sind ganz einfache Sachen wie chronische Magenbeschwerden oder Hautkrankheiten, die zum Teil durch schlechte Hygienebedingungen auftreten“, erklärt sie. Besonders dramatisch sei die Lage jedoch auf den griechischen Inseln.

Kaum Besserung in Sicht. Auch für die Athener Sozialklinik Elliniko ist mit der Versorgung der Flüchtlinge ein neues Aufgabenfeld entstanden. Sie verwaltet seit März 2016 die Medikamentenausgabe für Flüchtlinge in Athen. Christos Sideris weiß, dass die Hilfe seines Teams in der griechischen Hauptstadt noch lange benötigt wird, eine zeitnahe Lösung der Flüchtlingskrise ist nicht in Sicht. Auch die politischen „Reformen“ des griechischen Gesundheitssystems, beklagt er, hätten bisher nur geringe Verbesserungen gebracht.

Am Abend, als er die Sozialklinik Elliniko verlässt, hält er wieder eine Plastiktüte voll mit Arzneimitteln in der Hand. Gummischnüre halten die Packungen zusammen. Doch dieses Mal ist die Spende nicht für die Patienten der Sozialklinik, sondern für ein staatliches Krankenhaus. Fehlen dort Medikamente, hilft die Hausapotheke der Sozialklinik mittlerweile aus. So funktioniert Solidarität eben, meint Christos Sideris. „Und Solidarität ist die stärkste Waffe, die wir haben.“ ■

Jana Kötter ist Redakteurin im Ressort Politik der „Ärzte Zeitung“.

Kontakt: Jana.Koetter@googlemail.com

**Etwa 50.000 Flüchtlinge
sitzen im Land fest –
Sozialkliniken helfen
auch ihnen.**





Zur Person

Prof. Dr. Reinhard Busse, geboren 1963, ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Busse studierte Humanmedizin und Public Health. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. Zusammen mit fünf weiteren Wissenschaftlern schrieb er das Thesenpapier „Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“ im Zuge eines Symposiums der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Darin sprechen sich die Forscher für eine völlige Neugestaltung der stationären Versorgung aus (www.leopoldina.org > Publikationen > Empfehlungen und Stellungnahmen). Ärzte- und Krankenhausverbände kritisierten das Thesenpapier scharf.

„Wir haben einfach zu viele Häuser“

In Deutschland gibt es fast 2.000 Kliniken, dabei würden 330 für eine gute Versorgung reichen: Im G+G-Interview fordert **Reinhard Busse** einen radikalen Umbau der Krankenhauslandschaft nach skandinavischem Vorbild – und plädiert zugleich für mehr Personal und eine bessere Ausstattung.

Herr Professor Busse, wenn sich sechs Hochschullehrer zusammensetzen und eine völlige Neuordnung der Krankenhauslandschaft fordern, ist das aus Sicht vieler gesundheitspolitischer Praktiker nur eine akademische Übung. Sind Sie und Ihre Kollegen weltfremd?

Reinhard Busse: Wir gehen ja nicht davon aus, dass unser Papier zum Spannungsverhältnis zwischen Medizin und Ökonomie morgen eins zu eins umgesetzt wird. Aber es ist uns wichtig, den Zusammenhang deutlich zu machen: Überkapazitäten, fehlende Zentralisierung bei Häusern, Personalmangel, zu wenig Fokus auf Qualität. Alle Probleme hängen zusammen. Deshalb brauchen wir keine Agenda für jedes Problem, sondern eine gemeinsame für alle Probleme.

In dem Thesenpapier der Wissenschaftsakademie Leopoldina rechnen Sie und Ihre Kollegen vor, dass 330 Krankenhäuser statt knapp 2.000 reichen, wenn Deutschland die Krankenhausdichte von Dänemark hätte. Was wollen Sie mit dem provokanten Vergleich erreichen?

Busse: Der Vergleich ist keineswegs provokant. Ob wir uns bei der Krankenhausdichte nun mit Dänemark oder Österreich vergleichen, wir gelangen immer zu einer Zahl von 300 bis 400 Krankenhäusern. Nehmen wir den häufigen Notfall Herzinfarkt. Für eine optimale Versorgung der täglich fast 600 Fälle sollte Tag und Nacht die technische und personelle Ausstattung

stimmen. Damit das Vorhalten dieses Apparats wirtschaftlich Sinn macht, bräuchte es je Klinik zwei Fälle pro Tag. Daraus ergibt sich ein Bedarf an 300 Häusern; beim Schlaganfall wären es 350. Insofern ist die Zahl 330, die wir aus der dänischen Krankenhausdichte mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohnern ableiten, alles andere als zufällig. Als provokant wird sie nur wahrgenommen, weil die Differenz zu den derzeit 1.956 Kliniken so groß ist. Von diesen Häusern sind knapp 1.400 öffentlich gefördert und für akute Erkrankungen zuständig.

Woran krankt die stationäre Versorgung in Deutschland?

Busse: Das Problem ist vielschichtig. Zunächst einmal ist der Krankensektor insgesamt zu groß. Auf die zu vielen Häuser verteilt sich zu wenig Personal, so dass in den einzelnen Kliniken zu wenig Expertise ist. Anders als viele glauben, ist das nicht primär ein Geldproblem, sondern ein Kapazitätenproblem. Wir haben einfach zu viele Häuser.

Was bedeutet das im Alltag für die Patienten?

Busse: Es gibt gar nicht so viele Fachärzte, um in jedem Krankenhaus jede Nacht für die wichtigsten Fachgebiete Experten vorzuhalten. Etwa bei Herzinfarkt oder Schlaganfall, wo schnelle Versorgung und die richtige technische Ausstattung eine zentrale Rolle spielen: Wir verteilen täglich 600 Herzinfarktpatienten auf knapp 1.400 Akutkliniken; jede versorgt also etwa



schlecht ausgestattet ist. Es herrscht der Eindruck vor, es gehe bei Standortschließungen nur ums Sparen. In Dänemark haben auch nicht alle sofort hurra geschrien, als Häuser zusammengelegt wurden. Aber es war ein Prozess, in den die Bevölkerung einbezogen wurde. Wollt ihr eine schlecht ausgerüstete aber schnell erreichbare Klinik oder für bessere Qualität länger fahren? Auch wir brauchen diesen ernsthaften und offenen Dialog.

„Eine Klinik ist nicht per se unpersönlich, nur weil sehr viele Patienten unter einem Dach sind.“

drei Fälle pro Woche. Es leuchtet ein, dass das qualitativ ungenügend ist. Dazu haben mehr als ein Viertel dieser Häuser keinen Computertomographen, ein knappes Fünftel kein Intensivbett – beides gehört zur Minimalaustattung für die Erstversorgung beim Schlaganfall. Im internationalen Vergleich stehen wir bei Komplikationen und Sterblichkeit hier darum nicht gut da. Bei Kliniken mit wenigen Patienten und schlechter Ausstattung beobachten wir zudem Schwierigkeiten, Personal zu rekrutieren. Daran sieht man: Alles hängt zusammen.

Die Fallpauschalen gelten vielen als Abrechnungssystem, das Patienten zu Pauschalen degradiert und das Personal zum „Fälle machen“ zwingt. Stimmt das?

Busse: Es ist zu kurz gegriffen, dass die Fallpauschalen das Problem sind. Würden wir Tagespflegesätze bezahlen, gäbe es auch Anreize, die Betten zu füllen. Seit Einführung der Fallpauschalen sind bei uns praktisch keine Betten abgebaut worden, die Verweildauer ist nur leicht gesunken. Gerechnet auf einen Einwohner liegt die Zahl der Bettentage unverändert bei 1,75 Tagen, in Dänemark bei 0,6. Die Dänen haben weniger Häuser, aber genauso viel Pflegepersonal wie wir. Dort ist eine Pflegekraft in der Tagesschicht für drei bis vier Patienten zuständig, bei uns ist das Verhältnis eins zu zehn. Unsere Lösung sollte nicht im Vervielfachen des Personals bestehen, das können wir nicht. Wir müssen Kapazitäten verschlanken, aber die Zahl des Personals erhalten. So bekommen wir mehr Ärzte und Pfleger ans Bett.

Weniger Krankenhäuser, das bedeutet größere Entfernungen. In Finnland fahren Frauen im Extremfall hunderte Kilometer zur nächsten Geburtsklinik. Ist das erstrebenswert?

Die Frage stellt sich bei uns aufgrund der geografischen Bedingungen nicht. Bei uns ist es doch derzeit vielmehr so, dass viele Menschen gar nicht wissen, dass ihr Krankenhaus vor Ort

Wer muss ihn führen?

Busse: Zunächst denke ich an die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss. Vorstellbar sind auch öffentliche Anhörungen zum Krankenhausplan auf Landkreisebene. Die von uns geforderte Dichte von einer Klinik auf 250.000 Einwohner spiegelt vielerorts die Landkreisgrößen. Dabei wäre offenzulegen, wie die Häuser ausgestattet sind und wie lang die Fahrtzeiten wären, wenn statt des kleinen Hauses am Platz ein großes in der Mitte des Landkreises entsteht. Es geht schließlich nicht darum, hier ein kleines Haus zu schließen und das andere weiter zu betreiben, sondern an zentraler Stelle ein großes neu zu bauen.

Ist das realistisch?

Busse: Die Dänen haben es so gemacht. Statt mit Milliarden alle bestehenden Häuser zu erhalten, sollten auch wir die Frage stellen, welche wollen wir wo? Unsere Nachbarn stecken 1.000 Euro pro Einwohner in die Umwandlung ihres Kliniksektors. Wir investieren aktuell 50 Euro pro Kopf und Jahr, um Häuser instand zu halten oder neu zu bauen.

Große Kliniken gelten schnell als anonyme Medizinfabriken. Woher soll in Deutschland die Akzeptanz dafür kommen?

Busse: Ein Krankenhaus ist nicht per se unpersönlich, nur weil sehr viele Patienten unter einem Dach sind. In Dänemark hat der einzelne Pfleger viel mehr Zeit, sich um Patienten zu kümmern. Von Architektur, Raumkonzepten und getrennten Eingängen für unterschiedliche Patientengruppen bis zum guten Essen kann vieles dazu beitragen, dass Patienten ein Krankenhaus nicht wegen seiner Größe als Fabrik empfinden.

Wie anderswo gibt es in Deutschland fast schon eine Landflucht. Beschleunigt es den Trend nicht, wenn nach dem Supermarkt und der Arztpraxis noch die Klinik in der Kleinstadt schließt?

Busse: Ich halte es für gefährlich, wenn wir auf dem Land eine andere gesundheitliche Versorgung akzeptieren würden als in der Stadt. Sie sollte mindestens ähnlich sein. Mehrkosten, die durch weitere Anfahrtswege des Rettungsdienstes zum nächsten Krankenhaus entstehen, sollten die Kassen übernehmen. Rechnerisch wären das vermutlich ein paar Euro mehr pro Einwohner, die die Städte solidarisch für ländliche Regionen zahlen würden.

Die Bundesländer sollen sich künftig bei ihrer Krankenhausplanung an Qualitätskriterien orientieren. Glauben Sie an die politische Macht der Vernunft?

Busse: Ich mache mir keine Illusionen darüber, dass nur vernunftgesteuerte Entscheidungen getroffen werden. Dazu bin ich genug Realist. Die Bayern haben ja bereits angekündigt, die Indikatoren lediglich als Hinweise zu betrachten, die sie sich



Wie sähe denn nun unsere Krankenhauslandschaft idealerweise aus, und was hätten die Patienten davon?

Busse: Wir brauchen eine andere Arbeitsteilung. 300 bis 400 Kliniken sollten eine Rundumversorgung leisten und wären für 200.000 bis 250.000 Einwohner zuständig. Ein Landkreis, der jetzt vier kleine Kliniken hat, sollte eine große bieten. Es wäre die Schaltzentrale für hochspezialisierte medizinische Versorgung mit einem besseren Personalschlüssel als die Klinik vor Ort früher. Die Verweildauer läge bei wenigen Tagen, so wäre die Entfernung zur Familie kein so großes Problem. Zur überwiegend pflegerischen Weiterversorgung würde der Patient ins wohnortnahe Gesundheitszentrum verlegt. Hier bedürfte es weder Hightechmedizin noch ärztlicher 24-Stunden-Bereitschaft. Bei den Nachversorgungseinheiten spielt die Erreichbarkeit für die Familie eine zentrale Rolle, deshalb müsste das Versorgungsnetz auf dem Land etwas anders aussehen als in der Stadt. Auch müssten wir über einen neuen Typ von Kurzzeitpflegeheim zur Nachversorgung nachdenken. Für elektive Eingriffe wie Hüftgelenksimplantationen sind spezialisierte Netzwerke aus Fachkliniken vorstellbar.

Die Probleme, die Sie rund um die Krankenhauslandschaft skizzieren, sind lange bekannt. Warum ändert die Politik nichts?

Busse: Dahinter stecken zum Teil die gesetzlichen Grundlagen. Erst die Häuser, dann die Patienten – so liest sich das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Wenn jeder Landkreis Häuser und Trägervielfalt sichern will, ist das Kirchturmpolitik. So ist eine Neuordnung der Kliniklandschaft unmöglich. In einem Dialog mit Bevölkerung und Politik muss es deshalb um Gesundheitsaspekte gehen, nicht um Standortpolitik. Damit die Träger mitziehen, müssten ihre Marktanteile trotz der Umstrukturierungen gesichert bleiben. Dafür könnte es eine Art Abkommen geben. Alles muss Teil eines großen Plans sein – von selbst passiert nichts.

gerne anschauen. Ob sie sie auch umsetzen, haben sie völlig offen gelassen. Das zeigt natürlich schon sehr viel.

Mit der jüngsten Krankenhausreform ist ein Strukturfonds ins Leben gerufen worden, um Schließungen und Umwandlungen von Kliniken zu erleichtern. Sind hier erste Erfolge in Sicht?

Busse: Die Brandenburger haben bereits angekündigt, das Geld aus dem Fonds zwar nehmen, aber kein einziges Krankenhaus schließen zu wollen. Nicht jeder sagt das so deutlich wie die Brandenburger. Ich glaube aber, dass viele andere genauso denken wie sie.

Es herrscht Dauerstreit über die Investitionskosten für Neu- und Umbauten. Sollten die Krankenkassen finanziell für die Länder einspringen und dafür mehr bei der Klinikplanung mitsprechen?

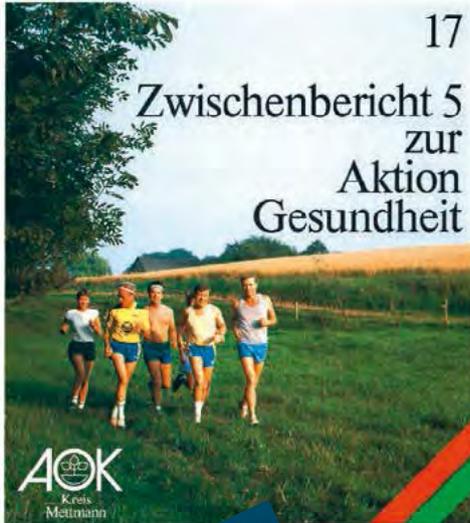
Busse: Viele meiner gesundheitsökonomischen Kollegen würden jetzt sofort Ja rufen. Ich persönlich bezweifle jedoch, dass das die optimale Lösung wäre. Die Gesundheitsversorgung in der Stadt und auf dem Land sicherzustellen und überall gleiche Qualität zu ermöglichen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hier kann man die Politik nicht einfach aus der Verantwortung entlassen.

Glauben Sie, dass Sie mit Ihren Thesen etwas anstoßen konnten?

Busse: Wir müssen in die Zukunft denken und klären, wie unsere Krankenhauslandschaft in zehn Jahren aussehen soll. Wir als Arbeitsgruppe an der Leopoldina haben uns erlaubt, das Ganze einmal so durchzuspielen, als könnten wir bei Null anfangen. Wir werden uns auch künftig gemeinsam einbringen und wollen zusätzlich weitere Experten einbeziehen. ■

Die Fragen stellten Karola Schulte und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

SCHRIFTEN DER AOK FÜR DEN KREIS METTMANN

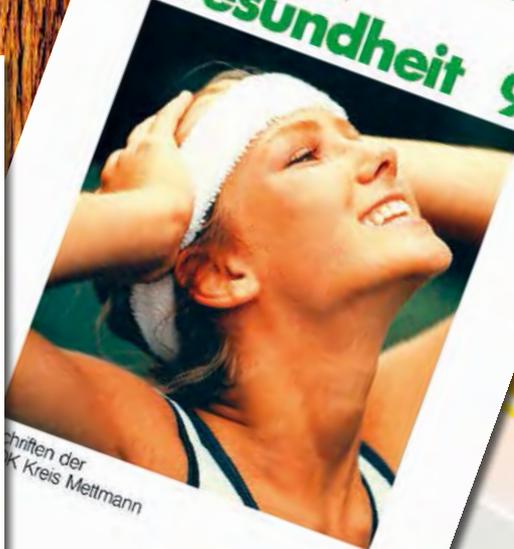


17

Zwischenbericht 5 zur Aktion Gesundheit

AOK
Kreis
Mettmann

Aktion Gesundheit 9



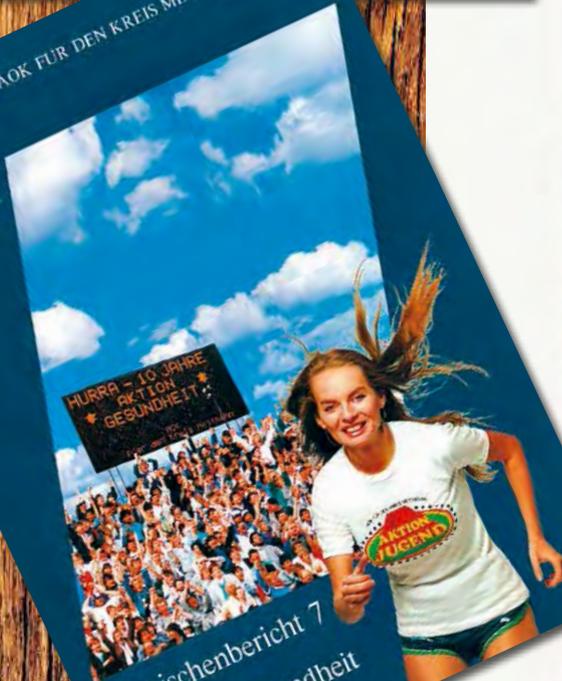
Schriften der
AOK Kreis Mettmann

AOK

K IN ACTION

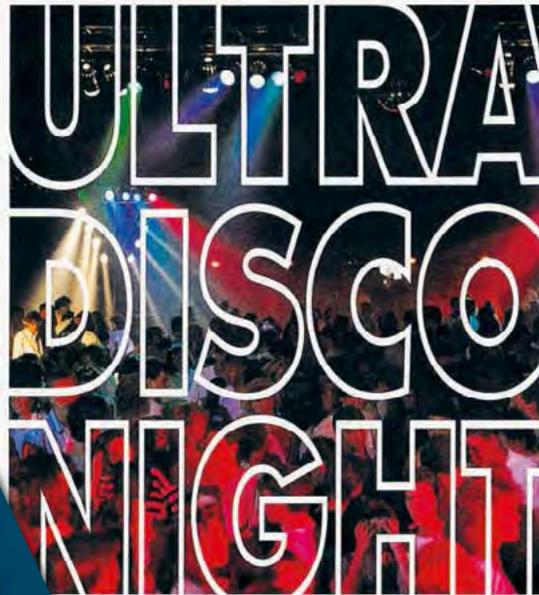
SCHRIFTEN DER AOK FÜR DEN KREIS METTMANN

20



Zwischenbericht 7 zur Aktion Gesundheit

AOK
Kreis
Mettmann



Ratingen

Stadthalle

Samstag, 3. Juni '89

19.30 Uhr · Einlaß: 19.00 Uhr
Vorverkauf: DM 3,50 · Abendkasse: DM 5,-

Kartenvorverkauf:

AOK-Gesundheitszentrum Ratingen, Minoritenstr. 11
8.30 - 18.00 Uhr (freitags bis 16.00 Uhr)
AOK-Geschäftsstelle Ratingen-Linient. Spaatz 12
8.00 - 16.00 Uhr (donnerstags bis 17.00 Uhr)

Veranstalter:

AOK-Gesundheitszentrum,
Lokal-Anzeiger Stadt-Panorama
Ratingen,
Jugendamt der Stadt Ratingen

AOK Kreis Mettmann

AOK
Die Gesundheitskassen

Tue Gutes und schreibe darüber:
Die „Aktion Gesundheit“ der AOK
Mettmann macht mit Broschüren
und Plakaten auf sich aufmerksam.
Aus den Jahresberichten stammen
die Fotos auf den folgenden Seiten.



Pioniere der Prävention

Interdisziplinäre Gesundheitszentren, wissenschaftliche Begleitforschung, professionelle Öffentlichkeitsarbeit: Was heute in Prävention und Gesundheitsförderung dazugehört, hat eine kleine AOK in der westdeutschen Provinz vor 40 Jahren erfunden.

Eine Zeitreise von **Marc von Miquel**

Aktion Gesundheit: Unter diesem ebenso schlichten wie einprägsamen Titel startete die AOK Mettmann im September 1977 eine Kampagne zur Gesundheitsförderung. Das Modellprojekt gab in den folgenden zehn Jahren bundesweit wichtige Impulse für die gesundheitliche Prävention als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In seiner Eröffnungsrede verkündete der damalige ehrenamtliche Vorstandsvorsitzende Willi Finken, der AOK Mettmann gehe es um „eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins“ in der Bevölkerung. „Gesundheitsaufklärung und Gesundheitssicherung finden in zunehmendem Maße die Beachtung, die ihnen zukommt“, erläuterte Finken, jedoch reiche „Öffentlichkeitsarbeit im herkömmlichen Sinn nicht mehr aus, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen“. Gefragt sei vielmehr eine „zielgruppenorientierte Strategie“, die professionelle Werbung mit

kostenlosen Dienstleistungen kombiniere. Angeboten wurden nun Kurse für Sport und Ernährung, soziale Beratungsdienste für kranke und behinderte Versicherte sowie Veranstaltungen in Schulen, Betrieben und Gemeinden. Eine Million D-Mark stellte die Selbstverwaltung der AOK Mettmann für diese Aktivitäten bereit. Der wachsende Zuspruch von Teilnehmern, Institutionen und Verbänden zeige, dass „eine Bewegung in Gang gesetzt“ worden sei, „deren weiterer Verlauf einen beachtlichen Erfolg verspricht“, so Willi Finken.

Und tatsächlich nahm die Aktion Gesundheit bald erheblich an Fahrt auf. Die AOK Mettmann errichtete von 1978 bis 1980 fünf Gesundheitszentren, führte zahlreiche Modellprojekte durch, stand im regen Austausch mit Wissenschaftlern und Ministerien. Kassenvertreter aus ganz Westdeutschland besuchten die AOK Mettmann, um dieses neue Präventionskonzept kennenzulernen. Warum, lässt sich fragen, ging diese Innovati-

Die AOK Mettmann lässt Pfunde schmelzen: 1984/85 laufen unter dem Dach der „Aktion Gesundheit“ 51 Kurse gegen Übergewicht.



Vordenker der „Aktion Gesundheit“: Karl Pabst (l.), Geschäftsführer der AOK Mettmann, und sein Stellvertreter Fritz Eyberg (r.). Auf dem Foto von 1978 diskutieren beide mit Landrat Willy Müser (2.v.r.) und Oberkreisdirektor Siegfried Hentschel (2.v.l.).



on ausgerechnet von einer AOK in der Provinz aus? Auch in diesem Fall lautet die Antwort, dass die größte Kreativität sich dort findet, wo Talente, Expertise und Einsatzbereitschaft zur richtigen Zeit zusammenkommen.

Gesundheitsrisiken im Fokus. Maßgeblich für die Konzeption und Umsetzung der Aktion Gesundheit waren der Geschäftsführer der AOK Mettmann, Karl Pabst, und dessen Stellvertreter Fritz Eyberg. Beide pflegten enge Kontakte zu Alfred Schmidt, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und Leiter der sozialpolitischen Abteilung des DGB-Bundesvorstands. Bereits 1970 hatte sich Schmidt in der „Kommission zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ dafür eingesetzt, die Gesundheitsförderung in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Hintergrund war das veränderte Krankheitsspektrum der westlichen Wohlstandsgesellschaften: Spätestens ab Anfang der 1960er Jahre bildeten chronisch-degenerative Erkrankungen die zentrale gesundheitspolitische Herausforderung. Das aus den USA übernommene Risikofaktoren-Modell machte als zentrale Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen Elemente der sozialen Umwelt aus: ungesunde Ernährung, Rauchen, Stress und Bewegungsarmut galten demnach als Risikofaktoren, die im Laufe der Jahre zu Herzerkrankungen führten.

Mit Diät und Dauerlauf gegen Übergewicht. Aus den USA stammten auch die kulturellen Gegenbewegungen, die sich gegen den Anstieg der Herz-Kreislauf-Erkrankungen richteten: Ernährungsempfehlungen und Jogging. Übergewicht wurde ab Anfang der 1970er Jahre in den USA wie in Westeuropa als gravierendes gesundheitliches Problem ausgemacht, dem mit kalorienarmen Diäten und körperlicher Bewegung der Kampf angesagt werden sollte. An die Stelle staatlich orientierter Präventionskonzepte der 1950er Jahre rückten nun auf das Individuum ausgerichtete Strategien, die auf positive Eigenmotivation zur Änderung des Gesundheitsverhaltens setzten. In der Bundesrepublik war die Trimm-Dich-Bewegung, die der Deutsche Sportbund 1970 aus der Taufe hob, das Vorbild für ein neues gesundheitsbewusstes

Freizeitverhalten, dem Lauftreffs, Volksläufe und Gesundheitskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung folgten, etwa mit den Titeln „Essen und Trimmen – beides muss stimmen“ (1975) oder „Fit statt fett“ (1977). Der „Kampf um die Pfunde“, so eine Titelgeschichte des „Spiegel“ aus dem Jahr 1975, vermengte sich mit der zeitgleich geführten Debatte über den Kostenanstieg im Gesundheitswesen. Eine im selben Jahr publizierte Studie der Deutschen Forschungsgemeinschaft taxierte die jährlichen Ausgaben der GKV für ernährungsbedingte Krankheiten auf 17 Milliarden D-Mark jährlich.

Anlaufstelle für Gesundheitsfragen. Gesundheitsförderung mit Kostenreduzierung zu verbinden, war das erklärte Ziel der Aktion Gesundheit. Auf der Auftaktveranstaltung im September 1977 erläuterte Karl Pabst, die Kampagne wolle den AOK-Mitgliedern „die Erkenntnis vermitteln, dass vorbeugende Maßnahmen [...] vorteilhafter“ seien, denn die Behandlung vermeidbarer Erkrankungen sei „mit Unannehmlichkeiten für den einzelnen Versicherten und mit erheblichem Kostenaufwand für die Versichertengemeinschaft“ verbunden. Auch auf der Einnahmeseite versprach sich die AOK Mettmann positive Effekte von der Präventions-Kampagne. „Gesundheitssicherung und Mitgliederbestandspflege korrespondieren miteinander“, betonte der Fritz Eyberg. Angestrebt werde, so Eyberg, „die AOK zur Anlaufstelle für alle die Gesundheit betreffenden Fragen werden zu lassen“ und so „den traditionellen Trend der Zuwendung zu den Ersatzkassen im Interesse der Versichertengemeinschaft der Ortskrankenkassen zu stoppen“, ja möglichst sogar „dessen Umwandlung zu Gunsten der Primärkassen“.

Einen deutlichen Anstieg der Mitgliederzahlen konnte die AOK Mettmann in den 1980er Jahren nicht verzeichnen. Zumindest aber blieben die Zahlen stabil, sicherlich auch dank der Aktion Gesundheit. Fünf Jahre nach dem Startschuss zählte die AOK bereits 76.000 Besucherinnen und Besucher in den Veranstaltungen und Kursen – auch Mitglieder anderer Kassen. Das Kursangebot, meist mit einem wöchentlichen Treffen über zehn bis 14 Wochen, richtete sich vorrangig an Menschen mit den Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht,

Mach's wie Putzi: Bei einer Aktion des AOK-Gesundheitszentrums Velbert tauschen 1.000 Kinder ihre alte Zahnbürste gegen eine neue um.



Zielgruppe der Gesundheitsförderung ist die ganze Bevölkerung: Die AOK Mettmann arbeitet bei der „Aktion Gesundheit“ mit Sportvereinen zusammen, die beispielsweise Gymnastik und Lauftreffs anbieten.

Bewegungsmangel und Stress. 1982 liefen bei der AOK Mettmann 142 Kurse zur Gesundheitsförderung, zehn Jahre später waren es bereits 235 und 1990 sogar 503 Kurse. Verantwortlich für das Programm war das Institut für Therapieforschung in München. Das Konzept lautete „Hilfe zur Selbsthilfe“: Mit einer Mischung von Gruppen- und Einzelgesprächen, der Analyse des Bewegungs- und Konsumverhaltens und kleinschrittigen Anleitungen sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesundheitsförderliches Verhalten langfristig einüben.

Programme wissenschaftlich begleitet. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung förderte ab 1978 die wissenschaftliche Begleitung der Kursprogramme finanziell. Bis 1982 evaluierten Psychologen des Instituts für Therapieforschung fast 250 Gruppenkurse und werteten die Daten von über 2.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus. Etwa die Hälfte der Kurse hatte Übergewicht zum Thema. Vornehmlich nahmen Frauen an den Kursen teil. Fast zwei Drittel aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer stammten aus der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen. Während bei den Kursen gegen Übergewicht auch die unteren Einkommensgruppen vertreten waren, nahmen an den Kursen zur Stressbewältigung, zur Rauchentwöhnung und Bewegung vorrangig Angehörige der Mittelschicht teil.

Den Erfolg der Kurse bewertete das Institut für Therapieforschung als zufriedenstellend. Bei den Kursen gegen Übergewicht hielten knapp fünfzig Prozent der Teilnehmer ihr Gewicht nach Kursende oder hatten abgenommen, während 31 Prozent nach dem erreichten Gewichtsverlust ein Jahr später wieder mehr als sechs Kilogramm zunahmen. Eine nachweislich längerfristige Wirkung erzielten die Bewegungskurse, deren Teilnehmer zu 64 Prozent ein Jahr nach Kursende weiterhin eine Ausdauer-sportart betrieben. Das Raucherentwöhnungsprogramm schnitt nicht ganz so gut ab: Knapp ein Drittel bis ein Viertel der Kursteilnehmer wurde langfristig zu Nichtraucher. Anpassungen der Kurse ließen die Erfolgsquote jedoch auch hier ansteigen.

Die Infrastruktur für die Aktion Gesundheit boten fünf Gesundheitszentren, die bis 1980 entstanden. In Ratingen, Mettmann, Velbert, Hilden und Langenfeld sollten sie eine

flächendeckende Versorgung im Landkreis gewährleisten, mit Öffnungszeiten von 8.30 Uhr bis 18 Uhr und dem Angebot von abendlichen Einzelberatungen und Kursen.

Die interdisziplinären Teams (überwiegend Frauen) der Gesundheitszentren bestanden aus jeweils einer Psychologin, einer Sozialpädagogin, einer Sprachheilpädagogin, einer Ernährungs- und Diätberaterin und einer Verwaltungsangestellten. Sie schulten nebenberufliche und ehrenamtliche Kursleiter und -leiterinnen. Lediglich die Kurse zur Stressbewältigung leiteten festangestellte Psychologinnen. Hinzu kamen fachbezogene Beratungen, die Begleitung von Selbsthilfegruppen und die Koordination der Angebote für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren.

Kooperation mit Vereinen. „Zielgruppe für die Gesundheitsförderung war die gesamte Bevölkerung“, hebt Fritz Eyberg im Rückblick hervor. Eyberg, ab 1981 Nachfolger des verstorbenen Karl Pabst in der Geschäftsführung, und Reiner Rosenthal, Leiter der neuen Abteilung Aktion Gesundheit, schreiben den großen Zuspruch für die Präventionsangebote den zahlreichen Kooperationen mit kommunalen Einrichtungen, Vereinen und Betrieben zu. Ein frühes Handlungsfeld war die Gesundheits-erziehung der Kinder. Begleitet von einer wissenschaftlichen Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranstaltete die AOK Mettmann Seminare zur Gesundheitserziehung im Kindergarten. Zu den Themen Ernährung, Elternarbeit, Individualhygiene und Zahnprophylaxe fanden ab 1981 jährlich 15 bis 20 Seminare statt, an denen bis zu 200 Erzieherinnen aus über 80 Kindergärten teilnahmen. Für Lehrerinnen und Lehrer an Grundschulen wurden ab 1988 Seminare zu ähnlichen Themen aufgelegt.

Im Rahmen der „Aktion Jugend“ lud die AOK zu Kinofilmen ein – im Vorprogramm liefen Filme über Drogen, Rauchen, Stress und Verkehrsverhalten. Damit erreichte die AOK ab 1981 pro Jahr bis zu 20.000 Zuschauer. Hinzu kamen Disco-Abende ohne Alkohol und Zigaretten für jährlich bis zu 7.000 Jugendliche, ferner Sportveranstaltungen, Ferienaktionen und Veranstaltungen zum Thema HIV-Prävention.

Interview



„Die Zukunft liegt in den Lebenswelten“

Margrit Glattes, Diplom-Pädagogin und Sonderschullehrerin mit dem Schwerpunkt Behindertenpädagogik und Sprachheilpädagogik, leitet den Unternehmensbereich Gesundheitsförderung bei der AOK Rheinland/Hamburg.

Frau Glattes, ab Ende der 70er Jahre haben Sie für die Aktion Gesundheit der AOK Mettmann gearbeitet. Was hatten Sie damals zu tun?

Margrit Glattes: Ich gehörte als Sprachheiltherapeutin zum Team eines Gesundheitszentrums. Dadurch habe ich die Anfänge der Prävention intensiv mitbekommen. Einmal waren wir um sechs Uhr beim Schichtwechsel in einer Eisengießerei. In einem völlig verrauchten Raum sollten wir etwas zur Tabakprävention sagen. Die Arbeiter waren gerade mit arbeitsrechtlichen Problemen beschäftigt, und ich dachte: Wir müssen uns besser an der Situation der Menschen orientieren.

Wie groß war das Interesse an der Gesundheitsförderung?

Glattes: In der Bevölkerung zunächst eher mittelmäßig. Deshalb gehen wir mit der Prävention heute wie vor 40 Jahren in die Lebenswelten. Damals hat mich die Gesundheitsförderung in den Kitas überzeugt: Die Erzieherinnen waren froh darüber, weil sie die gesundheitlichen Probleme ihrer Schützlinge sahen, aber kaum wussten, was sie selbst tun könnten. Meine Kolleginnen und Kollegen haben hoch engagiert Angebote dafür entwickelt.

War der Zeitgeist auf Ihrer Seite?

Glattes: Im Jahr 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation die Ottawa Charta als Grundlage der Gesundheitsförderung veröffentlicht. Daraufhin hat sich die Wissenschaft in Deutschland mit der gesundheitlichen Prävention beschäftigt. Im Kreis Mettmann gab es mit der Aktion Gesundheit eine Aufbruchstimmung. Der damalige stellvertretende Geschäftsführer der AOK, Fritz Eyberg, hatte ein gutes Gespür für die Herausforderungen der Zukunft. Wir wollten Vorreiter sein. Die Aktion Gesundheit war die Wiege der Prävention.

Worin sehen Sie die Hauptaufgaben für die Zukunft?

Glattes: Die Zukunft liegt darin, Menschen in ihren Lebenswelten abzuholen. Hierzu läuft bei der AOK ein integriertes Programm für ganz Kleine bis hin zu Pflegebedürftigen. Um Menschen aller Bildungsgrade und mit unterschiedlichen Zugängen zur Gesundheit zu erreichen, wollen wir sehr früh anfangen, Gesundheitskompetenz aufzubauen. Wichtig sind Kooperationen: mit den Akteuren vor Ort, also etwa Sportvereinen oder Selbsthilfevereinigungen, mit den Kommunen, aber auch mit anderen Krankenkassen, mit der Rentenversicherung und den Unfallkassen. Jede Kasse soll ihr eigenes Profil behalten, aber wir müssen auch zusammenarbeiten, um in der Prävention Erfolg zu haben.

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Die Erwachsenen erreichte die AOK mit lokalen Lauftreffs, Radfahr-, Wander-, Schwimm- und Gymnastikangeboten in Zusammenarbeit mit den Sportvereinen – bis zu hundert Veranstaltungen wöchentlich. Darüber hinaus baute die AOK Mettmann Sportkurse für Patienten mit Herzerkrankungen, Krebs und Rheuma auf, unterstützt von Fachkliniken, Fachärzten und ausgebildeten Übungsleitern. Regelmäßige Veranstaltungen zu verschiedenen Krankheitsbildern, zum Medikamentengebrauch und zur Ernährung sowie jährliche „Gesundheitswochen“, an denen alle Kooperationspartner beteiligt waren, rundeten das Angebot ab. Spezielle Kursprogramme richteten sich an Menschen mit Behinderungen und an ältere Menschen.

Rechenzentrum gegründet. Über Prävention und Gesundheitsförderung hinaus nahm die AOK Mettmann weitere Handlungsfelder der Gesundheitsversorgung in den Blick. Zusammen mit dem Wissenschaftlichen Institut des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen gründete Fritz Eyberg Anfang der 1980er Jahre einen Forschungsverbund, an dem Gesundheitswissenschaftler beteiligt waren. Da sich die Aussagekraft der bislang verfügbaren Daten zum Leistungsgeschehen als unzureichend erwies, richtete die AOK Mettmann im Jahr 1984 ein eigenes Rechenzentrum ein. Eine Software ermöglichte nunmehr den Überblick über die Stamm- und Leistungsdaten, zudem einen erleichterten Zugriff auf Datensätze, auf deren Grundlage das Leistungsgeschehen ausgewertet werden konnte.

Im 1985 ins Leben gerufenen „Arbeitskreis Leistungsstrukturanalyse“ berieten sich die Führungskräfte der AOK Mettmann und der Vertrauensärztliche Dienst regelmäßig mit Wissenschaftlern. Sie diskutierten auf Grundlage der erhobenen pseudonymisierten Daten die Versorgungsqualität und dachten über Verbesserungen nach, beispielsweise in der Behandlung von Diabetes und Rheuma. Um das Leistungsgeschehen im Dienste der Patienten zu beeinflussen, richtete die AOK Beratungsdienste ein. Den Anfang machte der Zahnmedizinische Beratungsdienst im Jahr 1986: Drei Zahnärzte prüften jeweils an einem Tag in der Woche die aufbereiteten Daten der Heil- und Kostenpläne einschließlich zusätzlicher Privatrechnungen und berieten bei Auffälligkeiten Zahnärzte wie Versicherte.

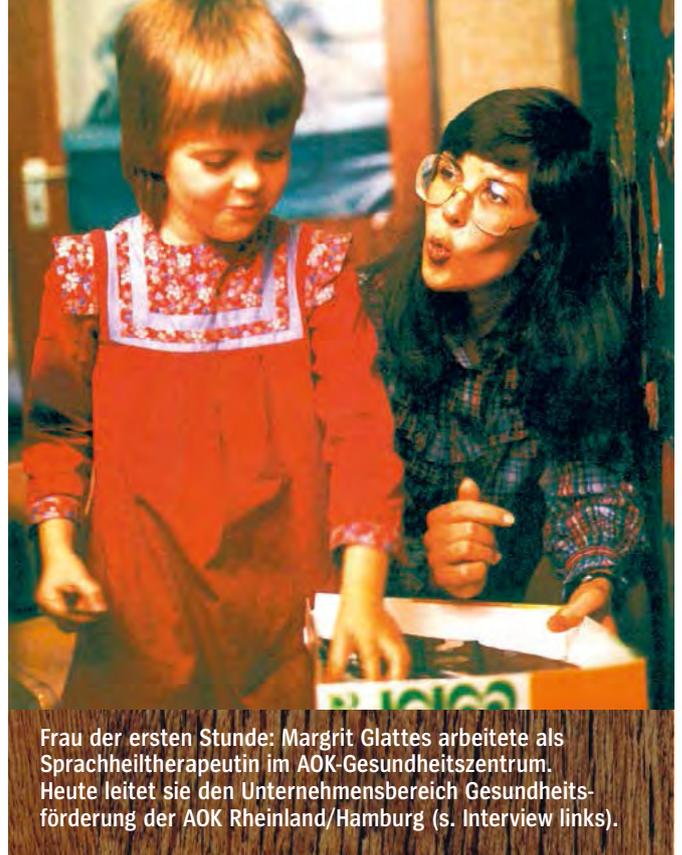
Ärzte unterstützen die Aktion Gesundheit. Den neuen Pharmakologischen Beratungsdienst leitete von 1987 bis 1992 der Pharmazeut Gerd Glaeske, der den 1983 erschienen Bestseller „Bittere Pillen“ wissenschaftlich begleitet hat. Glaeskes Aufgabe bei der AOK bestand darin, den Ärzten Informationen zu Arzneimitteln und deren Wirkungen zur Verfügung zu stellen und sie persönlich zu beraten. In der Folge gingen im Jahr 1989 die Arzneiausgaben der AOK Mettmann um 4,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr zurück, während der durchschnittliche Rückgang bei den Ortskrankenkassen bundesweit bei 2,2 Prozent lag. Im Ergebnis sparte die AOK Mettmann in diesem Jahr 2,6 Millionen D-Mark ein.

Bereits 1970 nahm der Sozialmedizinische Dienst seine Arbeit auf. Katharina Däublin-Tyedmers war bis Anfang der 1990er Jahre die einzige Ärztin in den Diensten einer westdeutschen Krankenkasse, die ausschließlich für die sozialmedizinischen

Beratung der Versicherten zuständig war. Sie beriet Patienten in besonderen Notlagen, bei denen neben körperlichen Erkrankungen auch psychische und soziale Probleme auftraten. 1993 führte die AOK Mettmann schließlich einen Beratungsdienst für Psychotherapien ein, um Patientinnen und Patienten Orientierung im Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten zu geben, und einer Chronifizierung beispielsweise von Depressionen entgegenzuwirken. „Der Schlüssel für den Erfolg des Beratungsdienstes war, dass wir die Ärzte im Kreis Mettmann für unser Anliegen gewinnen konnten“, hebt Fritz Eyberg hervor. Wachsende Unterstützung in der Ärzteschaft erhielt auch die Aktion Gesundheit. Ab 1980 hatten die AOK-Versicherten Anspruch auf eine ärztliche Zusatzleistung zur Prävention. Gegen sogenannte Gesundheits-Schecks bekamen sie eine ausführliche ärztliche Gesundheitsberatung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Anamnese und Untersuchung. Anschließend stellten die über 150 beteiligten Ärzte den Patienten einen „Gesundheitspass“ aus und informierten sie, welche Angebote der AOK-Gesundheitszentren gegebenenfalls für sie infrage kämen.

Selbstverwaltung eingebunden. Die Leiter der Aktion Gesundheit trugen das Programm auf professionelle Weise in die Öffentlichkeit. Die aufwendig gestalteten Jahresberichte und weitere Publikationen zu Einzelprojekten richteten sich vorrangig an Fachleute aus Krankenversicherung und Wissenschaft – mit Erfolg, wie Fritz Eyberg berichtet: „Gesundheitspolitiker und Vertreter von Krankenkassen kamen aus der ganzen Republik, um sich ein Bild zu machen, wie Prävention in der Praxis gestaltet werden kann.“ Die Delegationen der Krankenkassen interessierten sich besonders für die Beteiligung der Selbstverwaltung an der Aktion Gesundheit. Willi Brenner, seinerzeit zuständiger Abteilungsleiter der AOK Mettmann für die Selbstverwaltungsgremien, schildert den Einsatz der ehrenamtlichen Vorstände sowohl auf Arbeitgeber- wie Versichertenseite: „Wichtig war vor allem, dass für die Aktion Gesundheit ein eigener Fachausschuss der Selbstverwaltung eingerichtet wurde. Dort waren auch unsere Vorstandsvorsitzenden präsent und stolz darauf, dass ihre AOK bundesweit Vorreiter in der Prävention war.“

An der Spitze eines bundesweiten Trends. Die AOK Mettmann hatte sich mit der Aktion Gesundheit an die Spitze eines bundesweiten Trends in der GKV gestellt. Nach den Besuchen in Velbert und Ratingen, in Mettmann und Hilden errichteten andere AOKs ebenfalls Gesundheitszentren. Auch die Innungs- und Betriebskrankenkassen zogen nach und bauten eine Infrastruktur für die Gesundheitsförderung auf. Gleichsam offiziell wurde die Vorbildfunktion der AOK Mettmann bestätigt, als die Bundesregierung 1985 auf eine parlamentarische Anfrage zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens antwortete: Die bei der Aktion Gesundheit entwickelten Programme „haben sich im Rahmen einer Übergangsphase bereits bei anderen Krankenkassen bewährt und sollen weiteren Kassen zugänglich gemacht werden“. Es sollte drei Jahre dauern, bis dieses gesundheitspolitische Vorhaben seinen Niederschlag in der Gesetzgebung fand. Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 enthielt einen neuen Paragraf 20, der Gesundheitsförderung und Prä-



Frau der ersten Stunde: Margrit Glattes arbeitete als Sprachheiltherapeutin im AOK-Gesundheitszentrum. Heute leitet sie den Unternehmensbereich Gesundheitsförderung der AOK Rheinland/Hamburg (s. Interview links).

vention erstmals als Pflichtleistungen der Krankenkassen fest schrieb. Der Gesetzgeber hatte das Modellprojekt der AOK Mettmann damit gewissermaßen zum Leistungsstandard erklärt. Weitreichend waren die Auswirkungen der Aktion Gesundheit auch auf das Selbstverständnis der AOK. Die enge Verbindung von Marketing und Gesundheitsförderung griff 1986 eine Düsseldorfer Werbeagentur im Auftrag des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen auf. Mit dem Verweis auf den großen Erfolg der Aktion Gesundheit schlugen die Werbefachleute vor, die Marke „AOK – die Gesundheitskasse“ einzuführen.

Vorbild bis heute. Ein genauer Zeitpunkt für die Einstellung der Aktion Gesundheit lässt sich nicht festmachen. Einschneidend war die Fusion sämtlicher Ortskrankenkassen im Rheinland im Jahr 1994 zur AOK Rheinland. Die AOK Rheinland zentralisierte ihr Präventionsangebot und errichtete 1996 das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung in Köln (BGF-Institut), während die Gesundheitszentren der einzelnen AOKs infolge von Gesetzesänderungen schließen mussten. Gleichwohl hat die AOK im Rheinland zahlreiche Neuerungen der Aktion Gesundheit später wieder aufgegriffen und weitergeführt, beispielsweise mit dem Informationsdienst „Clarimedis“ und eben mit dem BGF-Institut – die Entscheidung, in der betrieblichen Gesundheitsförderung so eine neue Organisationsform zu etablieren, gilt bis heute als richtungsweisend. Fritz Eyberg: „Die Aktion Gesundheit hat bewiesen, dass das Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung und die Infrastruktur für Gesundheitsförderung spürbar verbessert werden können.“ ■

Dr. Marc von Miquel ist Geschäftsführer der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger (sv:dok) in Bochum.

Kontakt: Marc.vonMiquel@sv-dok.de

Literatur beim Verfasser

Gemeinschaft



Hier findet jeder Platz: Die Küche in der Wohngemeinschaft der Bremer Heimstiftung ist ein wichtiger Treffpunkt für die insgesamt zehn Bewohnerinnen und Bewohner.

im Vergessen

Wenn eine Demenz Menschen die Orientierung in Zeit und Raum raubt, brauchen sie Hilfe rund um die Uhr. In Wohngemeinschaften nehmen sie unter Obhut von Pflegekräften und Hauswirtschafterinnen am Alltag teil. Eine Reportage von **Jörn Hons** (Text) und **Alexander Fanslau** (Fotos) über ein Konzept, das nicht nur in der Politik gut ankommt.

Es ist ziemlich still in der großen Wohnküche – nur im Kochtopf brodeln die Kartoffeln. Frau Stanke (*Namen von der Redaktion geändert*) blättert durch ein Fotoalbum, Frau Zobel starrt auf die lange Tafel aus drei zusammengeschobenen Tischen und pustet ab und zu, und Frau Lenz will jetzt etwas machen. „Sie können Salat schneiden“, schlägt ihr die Hauswirtschafterin Manuela Dräger vor, „kommen Sie, setzen Sie sich doch an den kleinen Tisch.“ Frau Lenz nickt – und lässt sich Tomaten und Möhren auf einem Brettchen geben.

Ein ganz normaler Vormittag in der Pflege-Wohngemeinschaft im Stiftungsdorf Borgfeld der Bremer Heimstiftung. Zehn Seniorinnen und Senioren mit Demenzerkrankungen leben hier in zehn Einzelappartements mit eigenem Bad, betreut durch ein Team aus 13 Pflegekräften und Hauswirtschafterinnen, die mit den älteren Menschen kochen, spielen, erzählen

und sie im Alltag begleiten – denn alleine leben können sie nicht mehr. Früh- und Spätschichten sowie die Wochenenden sind entsprechend eingeteilt. An diesem Morgen haben die Altenpflegerin Julia Baratali und der Pflegehelfer Malte Sommer sowie die Hauswirtschafterin Manuela Dräger Dienst.

In der Küche helfen. „Frau Zobel, wollen Sie sich dazusetzen und Gemüse schneiden?“, fragt Dräger. Frau Zobel nickt, pustet, schiebt den Stuhl zurück und läuft langsam und unschlüssig einmal um den kleinen Tisch herum. „Soll ich Ihnen besser den Stuhl unter den Mors schieben, dann ist das leichter?“, fragt Dräger wieder. Frau Zobel nickt und pustet. „So ein Gemüse haben Sie auf dem Bauernhof früher doch auch gehabt“, sagt sie weiter, und Frau Zobel murmelt „Ja“. Sie steckt sich ein kleines Möhrenstückchen in den Mund – und spuckt es gleich wieder aus. „Ist zu hart?“ – „Ja, kann ich nicht beißen.“



„Sie können Salat schneiden.“ Auf Vorschlag der Hauswirtschafterin bereiten Frau Lenz und Frau Zobel das Mittagessen vor. Das erinnert Frau Zobel an ihr Leben auf dem Bauernhof.



Spaß am Spiel: Die Regeln von Mensch-ärgere-Dich-nicht oder Begriffe aus Kreuzworträtseln bleiben trotz der Demenz noch lange erhalten.

Die zehn WG-Bewohner – sieben Frauen, drei Männer – leben hier mit ganz unterschiedlichen Formen und Schweregraden von Demenz. Entsprechend unterschiedlich ist der Betreuungsbedarf. Herr Frenzel zum Beispiel, mit 76 Jahren der Jüngste in der Runde, muss im Rollstuhl an die lange Tafel geschoben werden. Julia Baratali hat ihn eben in seinem Zimmer frisch gemacht, jetzt reicht sie ihm etwas Joghurt an. Und legt ihm dann ein Buch mit alten Ansichten von Bremen-Lilienthal auf den Tisch, durch das er langsam und wortlos blättert. „Sie ken-

nen doch die Klosterstraße hier“, sagt sie und streichelt ihm über die Wange, „Sie haben da doch gewohnt!“ Er nickt nur und zwinkert mit den Augen, fast unmerklich.

Gesetzgeber fördert Demenz-Wohngemeinschaften

In den vergangenen zehn Jahren sind in Deutschland zahlreiche **ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz** entstanden – wie etwa im Stiftungsdorf Borgfeld der Bremer Heimstiftung. Die genaue Zahl wird in der Pflegestatistik allerdings nicht erfasst. Nach einer Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes gab es 2012 bundesweit 531 Demenz-WGs. Der Gesetzgeber sieht eine finanzielle Förderung dieser Wohnform vor. Unter www.wegweiser-demenz.de informiert das Bundesfamilienministerium: „In Demenz-Wohngemeinschaften teilen sich meist sechs bis zwölf Demenzkranke eine Wohnung. Jedes WG-Mitglied bewohnt darin ein eigenes Zimmer mit eigenen Möbeln. Küche, Wohnzimmer und Bäder nutzen die Mieter gemeinsam. Professionelles Pflegepersonal kümmert sich um die Mieter. Das Konzept der Demenz-WG bietet die Chance, dass Demenzkranke länger selbstbestimmt leben. Angehörige werden entlastet, können zugleich aber Einfluss ausüben und Verantwortung übernehmen.“ (G+G)

An alte Erfahrungen anknüpfen. Die Betreuerinnen und Betreuer in der Demenz-WG arbeiten nach der Marte-Meo-Methode: „Freundlich und deutlich sprechen, und sich auf die Sprech- und Handlungsgeschwindigkeit einstellen“, erklärt Pflegerin Julia Baratali ein Prinzip dieses Konzepts, das die Niederländerin Maria Aarts in den 1970-er und 80-er Jahren ursprünglich für die Erziehungsberatung entwickelte. Dazu gehöre, immer den Augenkontakt mit den betreuten Menschen zu suchen, möglichst einfach zu reden und die Lebensgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner zu kennen, um an ihre früheren Erfahrungen und Kenntnissen anknüpfen zu können. Per Video werden regelmäßig alltägliche Situationen zwischen Betreuern und Bewohnern aufgenommen und anschließend besprochen. Laut Baratali hat sich diese Methode, die in dieser Wohngemeinschaft erstmals angewendet wird, bewährt. „Wir haben weniger mit Konflikten und angespannten Situationen zu tun als früher.“

Rätsel lösen. Frau Lenz ist fertig mit Gemüseschnippeln. Malte Sommer hat das Kreuzworträtsel-Heft hervorgeholt, gemeinsam füllen sie die Kästchen aus. „Ein Drama von Goethe, mit sechs Buchstaben“, liest er ihr langsam vor. „Das ist interessant“, sinniert die ehemalige Schauspielerin, „das müsste ich eigentlich wissen.“ Nach einigem Nachdenken kommt sie drauf: „Egmont, natürlich“, sagt sie. „Hätte ich nicht gewusst“, lacht Sommer

und schüttelt bewundernd den Kopf. Er hat Frau Stanke, die sich neben die Kreuzworträtselgruppe gesetzt hat, ein Glas mit rotem Multivitaminensaft hingestellt. „Trinken Sie mal einen Schluck!“ – „Geht net“, erwidert sie mit bayrischem Akzent, und schiebt das Glas wieder weg. „Sie sehen so schön aus mit Ihrem Kleid – des is a Wahnsinn!“, ruft Julia Baratali vom anderen Ende des Tisches. Doch die 80-Jährige reagiert darauf kaum. Sie wirkt äußerlich zwar fit und agil, aber im Gespräch versteht man das meiste nicht. „Hab’s des net gewusst, dass meine Schwester, das war da, i weiß net, wie das heißt, wissen Sie’s?“, fragt sie und verstummt wieder.

Demenz ist nicht heilbar. Über 13.000 Menschen im Land Bremen haben nach einer Schätzung der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft eine Demenz, in Niedersachsen sind es über 150.000 Betroffene, bundesweit rund 1,6 Millionen. Weil Männer im Durchschnitt früher sterben als Frauen, sind fast 70 Prozent aller Demenzpatienten weiblich. Die häufigste Form ist die

Sommer hat inzwischen Herrn Anderson aus dem Flur geholt und zum Tisch geführt. Der an Parkinson erkrankte ältere Herr ist fast den ganzen Morgen auf dem Flur mit unbewegtem Gesicht langsam auf und abgegangen, vorbei an den Zimmertüren mit den Erinnerungskästchen, in denen jeder Bewohner ein paar persönliche Dinge verwahrt. Muscheln, Steine, Fotos, eine CD oder ein Stück Stoff – so können sich die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaft leichter orientieren und ihr Zimmer wiederfinden. Behutsam lotst Sommer Herrn Anderson nun vor seinen Stuhl und zieht ihn leicht nach hinten, damit er sich setzen muss.

Anschließend werden die übrigen Bewohner, von denen einige im Rollstuhl sitzen, an den langen Tisch geholt. Ganz zum Schluss kommt auch der dritte Mann in der Demenz-WG noch durch die Tür und setzt sich dazu. „Herr Junge guckt oft erst in der Einrichtung der Tagespflege ein paar Häuser weiter nach, was es dort zu essen gibt“, neckt ihn Manuela Dräger mit einem Schmunzeln, „nicht wahr, Herr Junge?“



„Sie kennen doch die Klosterstraße, Sie haben da gewohnt.“ Pflegerin Julia Baratali blättert mit Herrn Frenzel in einem Bildband mit Ansichten aus Bremen.



Gemütlich wie zu Hause: Vom Sessel aus lässt sich das Geschehen in der Küche verfolgen.

Alzheimer-Krankheit, auf die mindestens zwei Drittel aller Demenzerkrankungen entfällt. Zum Krankheitsbild gehören Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, ein eingeschränktes Denk- und Urteilsvermögen sowie Veränderungen der Persönlichkeit – hervorgerufen durch Eiweißablagerungen, aber auch durch Durchblutungsstörungen im Gehirn. Demenz ist nicht heilbar, die Lebenserwartung nach der Diagnose ist aber höchst unterschiedlich.

Am langen Tisch essen. Zusammen mit Frau Lenz hat Manuela Dräger inzwischen den langen Tisch gedeckt. „Da fehlt ein Teller“, sagt sie, und Frau Lenz stellt noch einen hin. Malte

Zum Kaffeetrinken auch mal nach draußen gehen. Doch nicht nur er nutzt dieses Angebot, ab und zu rauszukommen. Wenn Praktikanten oder Angehörige mithelfen, gehen die Bewohner im Stiftungsdorf Borgfeld auch spazieren, Kaffeetrinken oder machen Ausflüge.

Zum wöchentlichen Programm in der Einrichtung gehören außerdem Ergotherapie und Maltherapie, Gedächtnisspiele, Sitzgymnastik oder, bei Bedarf, Krankengymnastik. Regelmäßig schickt der nahegelegene Kindergarten zwei Kinder und eine Betreuerin zum Kekse backen mit den Senioren vorbei. Für die Bewohner der Demenz-WG ist das jedes Mal ein besonders schönes Ereignis. ■

Verfassungsbeschwerde abgelehnt

Kirchliche und kommunale Krankenhäuser sind mit ihrer Verfassungsbeschwerde gegen die Mindestmengen bei der Behandlung von Frühchen mit höchstem Risiko gescheitert. Die Karlsruher Richter erklärten sie für unzulässig. Ein Grund: Die Kläger hatten die Auswirkungen der Regelung zu allgemein vorgetragen. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 6. Oktober 2016
– 1 BvR 292/16 –
Bundesverfassungsgericht

Sie sind winzig und nur wenige hundert Gramm leicht: Frühchen. Die schwierigste Gruppe wiegt bei der Geburt unter 1.250 Gramm (Level-1-Geburten). Deren Behandlung dürfen seit 1. Januar 2006 nur noch besonders qualifizierte Krankenhäuser übernehmen. Die sogenannten Level-1-Perinatalzentren müssen zudem seit 2010 eine Mindestmenge von 14 Level-1-Geburten pro Jahr vorweisen, um ihre Leistungen von den Krankenkassen vergütet zu bekommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hatte diese Mindestmenge für zugelassene Krankenhäuser festgelegt, um die Qualität der Versorgung von Frühgeborenen zu verbessern. Bleiben die Level-1-Perinatalzentren unter dieser Zahl, dürfen sie die Frühchen im darauffolgenden Jahr nicht mehr behandeln. Tun sie es dennoch, haben sie keinen Anspruch auf die Vergütung ihrer Leistungen.

Vor Sozialgerichten gescheitert. Um die vom GBA vorgegebenen Mindestmengen entfachte sich ein jahrelanger Rechtsstreit zwischen Kliniken und dem GBA. Mehrere Betreiber von Krankenhäusern mit Level-1-Perinatalzentren hatten gegen die Mindestmengen geklagt. Sie unterlagen jedoch sowohl vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (Urteil vom 16. Januar 2015, Aktenzeichen L 1 KR 258/12 KL) als auch vor dem Bundessozialgericht (Urteil vom 17. November 2015, Aktenzeichen B 1 KR 15/15 R; (siehe G+G 2/2016, Seite 42-43)). Die obersten Sozialrichter hatten die Mindestmengenregelung des GBA als rechtmäßig

bestätigt. Die Qualität der Versorgung habe Vorrang vor den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser.

Gegen diese Entscheidung reichten neun Klinikträger mit Level-1-Perinatalzentren Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe ein. Die Beschwerdeführer – teils in kirchlicher, teils in kommunaler Trägerschaft – rügten einen Verstoß gegen

Dass die Kliniken die Mindestmengen künftig eventuell nicht erfüllen können, reicht den Verfassungsrichtern nicht.

das Grundrecht auf freie Berufsausübung (Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz). Die Festlegung der Mindestmenge stelle eine Berufszulassungsregelung dar, letztlich sogar eine Kontingentierung. Auch sei nicht hinreichend belegt, dass Mindestmengen die Qualität der Versorgung verbessern würden. Für die Krankenhäuser mit Level-1-Perinatalzentren sei die Regelung angesichts ihrer bereits getätigten personellen und finanziellen Aufwendungen unzumutbar. Weiterhin argumentierten die Kliniken, der GBA hätte eine solche Vorschrift überhaupt nicht erlassen dürfen. Ihm fehle die demokratische Legitimation. Deshalb liege ein

Verstoß gegen Artikel 20 und Artikel 80 des Grundgesetzes vor. Im Übrigen sei auch ihr Recht auf einen gesetzlichen Richter (Artikel 101 Absatz 1 Satz 2 Grundgesetz) verletzt, weil das Bundessozialgericht (BSG) systematisch und damit willkürlich zwischen den Beteiligten streitige Tatsachen selbst festgestellt und von den Beteiligten vorgelegte Gutachten gewürdigt habe. Außerdem hätte der urteilende Senat das Verfahren dem Großen Senat vorlegen müssen, da er von einer Entscheidung eines anderen Senats abgewichen sei.

Benachteiligung nicht belegt. Dies reichte Karlsruhe nicht und nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Zum einen befänden sich einige der Häuser in kommunaler Trägerschaft und seien daher nicht grundrechtsfähig. Daran ändere auch der Wettbewerb mit privaten Kliniken nichts. Vor allem aber hätten die Beschwerdeführer nicht ausreichend vorgetragen, dass sie durch die Mindestmenge in ihren Grundrechten verletzt sein könnten. Allein die vage Aussicht, die Vorgaben künftig nicht erfüllen zu können, genüge nicht. Sie hätten dezidiert darlegen müssen, dass wegen der Zahl der von ihnen betreuten Level-1-Geburten und deren Entwicklung klar absehbar ist, dass sie benachteiligt würden. Es reiche nicht, auf die Fallzahlen von 2006 bis 2010 hinzuweisen und auf Durchschnittsfallzahlen von

TIPP FÜR JURISTEN



Rahmenbedingungen der Korruptionsbekämpfung, Beziehungen zwischen Arzt und Industrie, finanzielle Zuwendungen – diese und weitere Themen behandelt das Symposium „Die Anti-Korruptionsgesetzgebung im Gesundheitswesen – Auswirkungen“ der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen. Es findet vom 17. bis 18. Februar 2017 in Berlin statt. Mehr Infos: www.kaiserin-friedrich-stiftung.de > **Veranstaltungen**

2010 bis 2014 Bezug zu nehmen. Ob und welche Kliniken weniger als 14 Geburten pro Jahr konkret zu befürchten hätten, sei nicht nachvollziehbar, zumal die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft im Schnitt über 20 Level-1-Geburten aufweisen würden.

Ausnahmen sind möglich. Weiterhin hätten die Beschwerdeführer außer acht gelassen, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden das Erbringungsverbot für nicht anwendbar erklären könnten, um die Versorgung sicherzustellen (Paragraf 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V). Ob Landesbehörden von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hätten, planten oder solchen Anträgen eine Absage erteilt hätten, könne der Verfassungsbeschwerde nicht entnommen werden. Auch seien die Kliniken nicht darauf eingegangen, dass der GBA inzwischen Ausnahmen und Übergangsregelungen vorsehen soll, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden (Paragraf 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V). Dies diene dazu, grundrechtsrelevante Erwerbsinteressen der Kliniken angemessen zu schützen. Mögliche Auswirkungen der Neuregelung hätten die Kliniken unbedingt aufzeigen müssen, da sie offenbar auf der Basis der bisherigen Rechtslage keine konkreten Nachteile erlitten hätten.

Schließlich zweifelte das Bundesverfassungsgericht auch daran, dass in der Feststellung von Tatsachen durch das Bundessozialgericht ein Verstoß gegen das Recht auf den gesetzlichen Richter vorliegt. ■

Kommentar: Zu Recht hält das Bundesverfassungsgericht die Beschwerde für unzulässig. Denn mögliche gegenwärtige oder künftige Grundrechtsbeeinträchtigungen haben die Kliniken nicht begründet. Offensichtlich haben sie bisher keine Nachteile gehabt. Außerdem gibt es auch keine überzeugenden Argumente gegen die vorgegebenen Mindestmengen bei Risikogeburten. Denn sie sind ein wirksames Instrument, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
ARZNEIMITTEL	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) Bundestags-Drucksache 18/10208	Freie Preisbildung für Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung künftig bis zum Erreichen eines Schwellenwerts in Höhe von 250 Millionen Euro; keine öffentliche Listung der vereinbarten Erstattungsbeträge für Arzneimittel; in medizinisch begründeten Einzelfällen Abkehr von der Vorgabe, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Vergleichstherapie; Verlängerung des Preismoratoriums bis 2022; Rabattverträge für Krebspräparate (Zytostatika) zwischen Kassen und Pharmaherstellern möglich; Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeit der Kassen mit Apotheken über Zytostatika.	Erste Lesung im Bundestag war am 10.11.2016. Der Bundesrat hat am 25.11.2016 Stellung genommen.
HEIL- UND HILFSMITTEL	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG) Bundestags-Drucksache 18/10186	Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses durch GKV-Spitzenverband bis Ende 2018; bei Ausschreibungsverträgen Preis und Qualitätsanforderungen als Kriterium; Pflicht der Leistungserbringer, bei der Abrechnung mit Kassen Aufzahlungen offenzulegen; Möglichkeit der Kassen und Heilmittelerbringer-Verbände, von 2017 bis 2019 Vergütungen oberhalb der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder zu vereinbaren; Modellvorhaben zur Blankoverordnung von Heilmitteln.	Der Bundesrat hat am 14.10.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 10.11.2016.
PFLEGE	Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, PSG III) Bundestags-Drucksache 18/9518	Anpassung SGB XII (Hilfe zur Pflege) und Bundesversorgungsgesetz an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff; Möglichkeit der Länder, Pflegeausschüsse einzurichten, in denen die Kassen mitarbeiten; Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten; Prüfrecht des Medizinischen Dienstes bei häuslicher Krankenpflege.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 1.12.2016. Der Bundesrat hat am 16.12.2016 zugestimmt.
SELBSTVERWALTUNG	Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) Bundesrats-Drucksache 681/16	Erweiterung der Einsichts- und Prüfrechte der Selbstverwaltung; Verpflichtung der Organisationen, interne Kontrollmechanismen (Innenrevision) einzurichten; Präzision der Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten der hauptamtlichen Vorstände gegenüber den Aufsichtsgremien; Möglichkeit der Selbstverwaltung, den Vorstand mit einfacher Mehrheit abzuwählen bei gleichzeitiger Wahl eines neuen.	Erste Lesung im Bundestag war am 15.12.2016. Der Bundesrat hat am 16.12.2016 Stellung genommen.

Stand: 23.12.2016



Web-Tipp

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

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

BAYERN

Screening auf Aneurysma

Die AOK Bayern setzt frühzeitig auf innovative Leistungen: So bietet die Gesundheitskasse im Rahmen ihrer Arztnetze beispielsweise seit zwei Jahren das Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen an. Die Ultraschalluntersuchung richtet sich an Männer über 65 Jahre. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte kürzlich beschlossen, die Leistung in die gesetzliche Vorsorge aufzunehmen. „Das Bauchaortenaneurysma ist eine bedrohliche Gefäßveränderung. Frühzeitige Diagnose ist hier besonders wichtig und kann Leben retten“, sagte **Dr. Steffen Hilfer**, ärztlicher Berater bei der AOK Bayern. Beim Bauchaortenaneurysma handelt es sich um eine krankhafte Erweiterung der Bauchschlagader (Aorta). Die Erkrankung betrifft gehäuft Männer über 65. Sie verursacht meist keine Beschwerden. Das aber macht sie gefährlich, da erweiterte Gefäße dazu neigen, einzureißen, was meist tödlich ist. Die AOK Bayern bietet das Screening derzeit in zwölf verschiedenen Arztnetzen an. ■



Ultraschall bringt es an den Tag: Die frühzeitige Diagnose einer erweiterten Bauchschlagader kann Leben retten.

RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Gutachten zur Kliniklandschaft

Saarlands Kliniken schneiden in Sachen Qualität und Patientenzufriedenheit im bundesweiten Vergleich gut ab. Zudem sind sie gut erreichbar und bieten eine breite Grundversorgung. Dies sind einige Ergebnisse eines kürzlich vorgelegten Gutachtens des RWI-Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung und des Institute for Health Care Business GmbH im Auftrag der Krankenkassen im Land, darunter die AOK Rheinland-

Pfalz/Saarland. Die Erkenntnisse der Studie sollen den Dialog aller beteiligten Partner auch im Kontext der 2016 in Kraft getretenen Krankenhausreform – fördern und eine wissenschaftlich fundierte Basis dafür schaffen. Die Autoren des Gutachtens stellen jedoch zugleich fest, dass sich die „hohe Krankenhausedichte“ und viele kleine Standorte negativ auf die wirtschaftliche Situation der Kliniken im Saarland auswirkten. Viele Häuser erreichten einen zu niedrigen Spezialisierungsgrad. Außerdem gebe es viele Doppelstrukturen, etwa im Regionalverband Saarbrücken. ■

NORDOST

Schulungen zum neuen Pflegebegriff

Die AOK Nordost hat bis Ende Dezember mehr als 1.900 Beschäftigte der Pflegebranche zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschult. Dieser gilt seit 1. Januar und sieht eine Eingruppierung pflegebedürftiger Menschen in fünf Pflegegrade vor. In den Mittelpunkt der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) rückt der Grad der Selbstständigkeit. Insgesamt sollen bis Anfang Februar 2.000 Pflegeexperten, darunter Mitarbeiter der AOK Nordost sowie Vertreter von Pflegestützpunkten von der AOK PflegeAkademie sowie Mitarbeitern des MDK geschult werden. „Mit Einführung der Pflegegrade tritt die wichtigste Reform in der Pflegeversicherung in Kraft“, sagte **Hans-Joachim Fritzen**, Leiter der Unternehmenseinheit Pflege in der AOK Nordost. Mit den Schulungen werde gewährleistet, dass Pflegebedürftige und Angehörige zu Fragen der Pflege reform beraten würden. **Weitere Infos:** <https://nordost.aok.de/pflege> ■

AOK aktuell

Viele Schulanfänger brauchen Hilfe beim Sprechen

Viele Schulanfänger in Deutschland müssen nicht nur Lesen, Rechnen und Schreiben, sondern auch das richtige Sprechen lernen. 23,7 Prozent der sechsjährigen Jungen erhalten rund um den Schulbeginn eine Sprachtherapie. Bei den gleichaltrigen Mädchen sind es immerhin noch 16,2 Prozent. Diese Ergebnisse hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) in seinem aktuellen Heilmittelbericht 2016 veröffentlicht. Vor allem Jungen werden danach therapeutisch bei ihrer altersgerechten Sprech- und Sprachentwicklung unterstützt. Bei den sechsjährigen Jungen ist es damit jeder Vierte. „Das kann als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass viele Kinder heute unter schwierigen sozialen

und gesundheitlichen Bedingungen aufwachsen und offensichtlich Expertenhilfe benötigen, um die anstehenden schulischen Herausforderungen meistern zu können“, sagte **Helmut Schröder**, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO. Für den Heilmittelbericht 2016 analysierte das Institut die mehr als 37 Millionen Heilmittelrezepte, die im Jahr 2015 für die rund 71 Millionen gesetzlich Krankenversicherten ausgestellt wurden. **Infos:** www.wido.de > **Heilmittelbericht 2016** ■



NORDWEST

Gesunde Arbeitsplätze

Mit gezielter betrieblicher Gesundheitsförderung können Unternehmen dem demografischen Wandel mit einer zunehmend älter werdenden Belegschaft erfolgreich begegnen. Das machten Experten anlässlich der Fachtagung „Gesunde Unternehmen – gesunde Zukunft“ der AOK NORDWEST in der Kieler Sparkassen-Arena vor mehr als 200 Geschäftsführern, Personalleitern und Betriebsräten deutlich. „Um die Herausforderungen der Globalisierung, Rationalisierung und des Fachkräftemangels erfolgreich zu meistern, bedarf es eines ganzheitlichen betrieblichen Gesund-

heitsmanagements. Dies verbessert die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Belegschaft und sichert gleichzeitig langfristig die Produktivität und damit den Erfolg eines Unternehmens“, sagte **Thomas Haeger**, Landesdirektor der AOK NORDWEST. Die Arbeitswelt verändere sich in einem rasanten Tempo. Die Digitalisierung der Arbeitsprozesse tue ein übriges. „Das alles wirkt sich auch auf die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Beschäftigten aus. Daher ist es unerlässlich, diese entsprechend gesundheitsförderlich zu gestalten.“ Konstanten dabei seien Kommunikation, Information und Wertschätzung. „Sie gehören zu den Tugenden einer Führungskraft“, betonte AOK-Experte Haeger. **Infos: www.aok-bgf.de/nw** ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Lieferprobleme sind hausgemacht

Die AOK Baden-Württemberg hat sich für die Einführung einer Meldepflicht für Arzneimittellagerbestände ausgesprochen. „Wir brauchen eine offene Diskussion um eine transparentere Arzneimittelversorgung“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg und Verhandlungsführer der bundesweiten AOK-Arzneimittelrabattverträge. Dass Teile der Pharmedien immer wieder Vorurteile gegen die Rabattverträge und damit gegen den Wettbewerb im Gesundheitswesen schürten und die Verträge als Ursache von Liefer-

engpässen darstellten, sei schlichtweg „Heuchelei“. Schließlich seien gerade die Rabattverträge das einzige Instrument, „Lieferausfälle unter Sanktion zu stellen“. Durch die Verträge würden die gesetzlichen Krankenkassen zu Gunsten der Versicherten derzeit um 3,2 Milliarden Euro jährlich entlastet. Der in letzter Zeit wieder mehrfach erhobene Vorwurf, Arzneimittelrabattverträge verursachten Versorgungsprobleme, lege eine völlig falsche Fährte, so Hermann. „Lieferprobleme sind keine Versorgungsprobleme.“ Hier geht es um die Frage, weshalb es überhaupt vorkommt, dass manchmal eine Apotheke ein – rabattiertes oder auch nicht rabattiertes – Arzneimittel nicht unmittelbar beschaffen kann.“ ■

Anzeige



Erste Hilfe.



Selbsthilfe.

Nahrung ist nur der Anfang. Selbsthilfe und Selbstbestimmung sind der Schlüssel zum großen Ziel: die Würde jedes einzelnen Menschen zu wahren. **brot-fuer-die-welt.de/selbsthilfe**

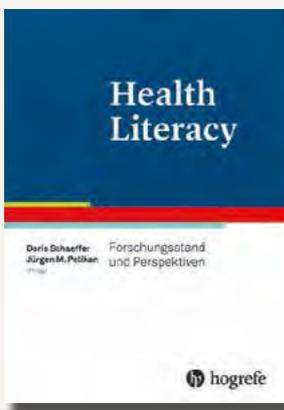
Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

Forschung Große Lücken im Gesundheitswissen

Das Spektrum der Krankheiten hat sich in den letzten Jahren verschoben – nicht zuletzt wegen der Fortschritte in der Medizin. Wer rechtzeitig eine Diagnose für eine Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankung erhält, hat oft gute Überlebenschancen. Der Patient muss sich



aber darauf einstellen, dauerhaft in Behandlung zu sein und mit einer chronischen Erkrankung zu leben. Damit dies gelingt, muss er Gesundheitsinformationen und Versorgungsangebote finden, verstehen, bewerten und anwenden

können. Im Englischen wird dies mit dem Begriff „Health Literacy“ umschrieben. Wie Patienten kompetent werden, sich Wissen über die eigene Krankheit anzueignen und seine Handlungsfähigkeit zu bewahren, ist laut Doris Schaeffer ein bislang wenig beachtetes Forschungsfeld. Die Professorin von der Universität Bielefeld hat jetzt zusammen mit Jürgen Pelikan, ehemals Professor an der Universität Wien, den Stand der internationalen Diskussion zusammengetragen und aufgearbeitet. Auch die Ergebnisse eigener aktueller Forschungsprojekte in Deutschland und Österreich werden in dem Buch vorgestellt. Demnach haben etwa 73 Prozent der Menschen mit chronischen Krankheiten eine zu gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Dies zu ändern, muss aus Schaeffers Sicht in Zukunft zur zentralen Aufgabe von Politik und Forschung werden.

Doris Schaeffer/Jürgen M. Pelikan (Hrsg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. 2017. 336 Seiten. 34,95 Euro. Hogrefe Verlag, Bern.

Mikroorganismen Viren sind auch Lebensspender

Viren sind überall zu finden, in der Raumluft ebenso wie auf dem Salatblatt, auf dem Esstisch ebenso wie in unserem Erbgut. Und Viren sind, das stellt Karin Mölling klar, ein wesentlicher Teil unseres Lebens und unserer Entwicklung. Die Wissenschaftlerin war lange Zeit am Berliner Max-Planck-Institut und später als Direktorin des Instituts für Virologie an der Uni Zürich in der Krebs- und Aids-Forschung engagiert. Mittlerweile blickt sie auf rund 45 Jahre Forschertätigkeit zurück und zeichnet nun in ihrem Buch über die „Supermacht des Lebens“ ein völlig neues Bild von den Mikroorganismen. „Viren sind besser als ihr Ruf“, heißt es darin. Aus Sicht der modernen Virologie wurde bislang nämlich nur die Hälfte der Geschichte erzählt. Viren sind keineswegs nur Schreckgespenster für die Gesundheit, sondern auch Antreiber der Evolution. Sie sind die „Opportunisten“, die sich gerne auf Kosten anderer ausbreiten und



vermehren. Darin besteht ihr Daseinszweck. Der Mensch ist ein Superorganismus, der mit Milliarden von Viren in friedlicher Koexistenz lebt. Die moderne Virologie hat aber auch herausgefunden, dass die Mikroorganismen viel zur Entstehung des Lebens beigetragen haben. Neue Hoffnungen sind damit verbunden – wie etwa jene, Viren künftig auch zu Heilungszwecken einzusetzen und sie bei Antibiotikaresistenz als Bakterienkiller zu nutzen.

Karin Mölling: Supermacht des Lebens. Reise in die erstaunliche Welt der Viren. 2015. 318 Seiten. 24,95 Euro. Verlag C. H. Beck, München.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ KASSENGIPFEL 2017	Psychiatrievergütung, AMNOG 2.0, Telematik, Datenaustausch, E-Mental Health	13.–14.2.2017 Berlin	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit
■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2017	Morbi-RSA, Versorgungsqualität messen, Innovationsfonds, Ambulantisierung der Versorgung	7.–8.3.2017 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungen GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/19 53 22 51 Fax: 0 22 34/19 53 22 52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de
■ DATENSCHUTZ IN DER KRANKENVERSICHERUNG	IT-Sicherheitsgesetz, Datenschutz Grundverordnung, Nutzung von Routinedaten, Patientenschutz	9.–10.3.2017 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–339 Fax: 03 41/9 89 88–9301 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz
■ KONGRESS „ARMUT UND GESUNDHEIT 2017“	Inklusion, Migration, Qualitätsmessung, E-Mental-Health, Digitalisierung, Gesundheitskompetenz	16.–17.3.2017 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 73 Fax: 0 30/44 31 90 63 kongress@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de
■ DEUTSCHER PFLEGETAG 2017	Personalbemessung, neuer Pflegebegriff, Schnittstelle Kranken- und Pflegeversicherung, Pflegeausbildung	23.–25.3.2017 Berlin	Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover	Tel.: 05 11/85 50–2640 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de

Gesetz Stolpersteine bei der Prävention

Das Präventionsgesetz, das Anfang 2016 in Kraft getreten ist, hat die Prävention und Gesundheitsförderung auf eine neue Grundlage gestellt. Wie sich die gesetzlichen Änderungen auswirken werden, zeigen Raimund Geene, Professor an der Hochschule in Magdeburg, und sein Mitarbeiter Michael Reese in ihrem Handbuch auf. Sie geben einen gut strukturierten Überblick über die wichtigsten Änderungen und analysieren, welche Stolperfallen und Schnittstellen-Probleme sich in der Praxis



zeigen werden. Schließlich zielt das Gesetz darauf ab, unterschiedliche Sozialversicherungsträger mit Vertretern von Bund, Ländern und Kommunen effizient zu vernetzen – zum Beispiel über die neu geschaffene „Nationale Präventionskonferenz“. Eine große Rolle spielt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sie übernimmt nicht nur die Geschäftsstelle der nationalen Präventionskonferenz, sondern soll im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung auch Qualitätsstandards für krankenkassenübergreifende Leistungen entwickeln. Der Erfolg des Gesetzes hängt davon ab, ob die Zusammen-

arbeit gelingt. Genau darin sehen Raimund Geene und Michael Reese auch den größten Stolperstein, da das Gesundheitssystem bislang vom Wettbewerb geprägt ist.

Raimund Geene/Michael Reese:
Handbuch Präventionsgesetz.
2016. 350 Seiten. 34,95 Euro.
Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main.

Medizinerinnen Karrieretipps von Frauen

Experten einer Beratungsgesellschaft haben nachgezählt, wie viele Posten des Top-Managements im Gesundheitswesen an Frauen vergeben sind. Das Ergebnis ist übersichtlich: In Kliniken sitzen in den obersten Führungsetagen zu 16 Prozent Frauen, in der Pharmazie und Medizintechnik liegt ihr Anteil bei 15 Prozent und bei den Krankenkassen sogar nur bei zwölf Prozent. Martina Oldhafer, Professorin an der Uniklinik Schleswig-Holstein, hat „Spitzenfrauen“ in der Medizin interviewt und nachgefragt, warum Ärztinnen selten ganz oben landen. Das Ergebnis ist ernüchternd. Denn es ist nach wie vor der kleine Unterschied, der zum Karriereknick führt. Frauen haben das „Entscheidungsdilemma“ und scheitern häufig daran, dass sich Familie und Beruf eben



nicht spielend vereinbaren lassen. Das geben jedenfalls die befragten Frauen als ersten Grund an, wenn sie aus ihrem Karriereweg an einer Klinik wieder aussteigen. Auch fehlen ihnen häufig die Vorbilder von Frauen in einflussreichen Positionen. In den rund 40 Interviews berichten die meisten Top-Medizinerinnen, dass sie

keine Vorbilder kennen. Nur wenige nennen die eigene Mutter, die berufstätig war. Ihr wichtigster Tipp lautet: Suchen Sie einen Partner, der Sie in Ihrem Karriereweg unterstützt!

Martina Oldhafer (Hrsg.): **Spitzenfrauen!** 2017. 294 Seiten. 39,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ Prostatakrebs: Hightech-Diagnostik nicht besser als Standardverfahren

Für den Nachweis von Prostatakrebs ist eine Gewebeentnahme unter MRT-Kontrolle (MRT-gestützte Prostatabiopsie) nicht besser geeignet als das ultraschallgestützte Standardverfahren. Das haben französische Urologen herausgefunden. An ihrer Studie nahmen 108 Männer im Alter von unter 75 Jahren teil. Der Wert ihres Prostata-spezifischen Antigens war erhöht (über vier Nanogramm/Milliliter Blut). Alle erhielten eine MRT-Kontrolle. Die erste Biopsie erfolgte durch einen Arzt, der den MRT-Befund nicht kannte. Die zweite Gewebeentnahme wurde innerhalb eines halben Jahres nach der MRT gemacht. Es stellte sich heraus, dass es bei der Tumorerkennung keinen Unterschied zwischen der MRT-gestützten Prostatabiopsie und dem Standardverfahren gab.

The Journal of Urology 2016; 196(4): 1069–1075

■ Kaltduscher melden sich seltener krank

Ob kaltes Duschen die Gesundheit stärkt, haben niederländische Forscher untersucht. An ihrer Studie nahmen 3.018 gesunde Probanden zwischen 18 und 65 Jahren teil. Über 30 Tage lang duschte die erste Gruppe täglich erst heiß und dann 30 Sekunden kalt, die zweite Gruppe 60 Sekunden kalt, die dritte 90 Sekunden. Die Kontrollgruppe duschte nur warm. Das Ergebnis der anschließenden Befragung: Die Kaltduscher waren nicht weniger oft krank als die Warmduscher. Aber sie meldeten sich seltener arbeitsunfähig.

Online-Fachzeitschrift PLoS ONE 2016; 11(9): e0161749

■ Mandeln bremsen Hungergefühl

Eine britische Studie hat ergeben, dass der Verzehr von Mandeln die Kalorienzufuhr senkt. 32 gesunde Studienteilnehmer erhielten an drei Tagen ein standardisiertes Frühstück. Dann bekamen sie als zweites Frühstück entweder 28 oder 42 Gramm Mandeln. Am nächsten Tag aßen sie keine Zwischenmahlzeit. Die Forscher stellten im Ergebnis fest, dass der Verzehr der Mandeln das Hungergefühl noch Stunden später deutlich dämpfte. Auch aßen die Probanden mittags und abends weniger.

European Journal of Nutrition 2015; 54(5): 803–810

■ Zu viel Fruktose erhöht Gicht-Risiko

Bislang ging die Medizin davon aus, dass der hohe Konsum von tierischen Eiweißen und Alkohol die Entstehung von Gicht begünstigt. Nun steht auch der Fruchtzucker (Fruktose) in Verdacht. Kanadische Forscher haben in einer Metaanalyse Hinweise gefunden, die diese Hypothese bestätigen könnten. Sie werteten zwei Studien aus: die Health Professionals Follow-up Study mit 46.393 männlichen Ärzten – sie lief zwölf Jahre – und die Nurses Health Studie mit 78.906 Krankenschwestern (Beobachtungszeitraum: 22 Jahre). Für Probanden mit einer hohen Fruktosezufuhr (11,9 Prozent der Gesamtenergie) war das Erkrankungsrisiko um 62 Prozent höher als für Probanden mit einer niedrigeren Fruktoseaufnahme (7,1 Prozent der Gesamtenergie).

BMJ Open 2016; 6: e013191

Sterbende leiden unter Übertherapie

Das Vergütungssystem und Bonusverträge für Ärzte setzen Anreize für Kliniken, todkranke Patienten der Intensivmedizin zu unterziehen, sagt Anästhesist und Bestsellerautor **Matthias Thöns**. Er fordert, stattdessen die häusliche Palliativversorgung zu stärken.

Ein 83-jähriger Mann bricht zu Hause leblos zusammen: Herzstillstand. 15 Minuten später trifft der Notarzt ein, Elektroschocks bringen sein Herz wieder zum Schlagen, er wird in die Klinik gebracht. In seiner Patientenverfügung heißt es: „Bei wahrscheinlicher schwerer Dauerschädigung des Hirns bin ich mit einer Intensivtherapie nicht einverstanden.“ Der Oberarzt der Intensivstation vertritt die Meinung, dass durch die erfolgreiche Wiederbelebung die Verfügung nicht mehr gelte. In den ersten Tagen bestätigen verschiedene Untersuchungen, dass eine Erholung der Hirnfunktion nahezu ausgeschlossen ist. Dennoch setzt die Klinik die Intensivbeatmung dem Willen des Patienten widersprechend fort.

Schließlich schaltet die Klinik das Betreuungsgericht ein, um die weitere Behandlung durch einen Berufsbetreuer genehmigen zu lassen. Doch der Richter stärkt die Ehefrau des Patienten: Sie darf entsprechend dem Willen ihres Mannes entscheiden. Er stirbt auf der Palliativstation, 45 Tage nach einem in den Augen der Familie „entsetzlichen Martyrium“ und deutlich über 50.000 Euro Behandlungskosten.

Bedingung der Patientenverfügung war erfüllt. Schon bei Einlieferung in die Klinik war die Bedingung seiner Patientenverfügung – eine wahrscheinliche schwere Dauerschädigung des Hirns – erfüllt. Die folgenden Untersuchungen bestätigten dies. Gleichwohl setzte die Klinik die Ehefrau des Patienten unter Druck, weiterer Intensivbehandlung zuzustimmen. Zwischenzeitlich war gar geplant, die Beatmung in der Häuslichkeit fortzusetzen.

Die Übertherapie, wie oben anhand eines Beispiels beschrieben, wächst seit Anfang des Jahrtausends zum Hauptproblem in der Versorgung Sterbender heran. Seitdem wurde das wirt-

schaftliche Risiko der Krankenhäuser durch eine Änderung des Abrechnungsmodus auf die Klinikleitungen übertragen. Während früher die Kliniken ihre Kosten vorrangig anhand der Verweildauer der Patienten geltend machen konnten, bestimmen heute Diagnosis Related Groups das Entgelt: Je schlimmer die Krankheit und je technischer der Eingriff, desto höher der Erlös. Über Bonusverträge werden leitende Ärzte an lukrativen Eingriffen oder am Klinikgewinn beteiligt. Dadurch entsteht ein hoher Anreiz, bei Sterbenskranken möglichst umfangreiche Eingriffe vorzunehmen. Eine aktuelle Auswertung internationaler Studien zeigt: Bis zu 50 Prozent der Patienten erhalten nicht indizierte Untersuchungen, 28 Prozent der Sterbenden werden gar reanimiert. Sie sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Willen kundzutun oder zu widersprechen.

Mittlerweile verlagert sich die Intensivmedizin zunehmend in den häuslichen Bereich – ein lukrativer Markt mit Umsätzen bis zu 27.000 Euro pro Patient und Monat. Die Zahl der außerklinischen Beatmungen stieg von rund 500 im Jahr 2003 auf rund 15.000 im Jahr 2013. Die Heimbeatmung macht mittlerweile 25 bis 50 Prozent der Gesamtkosten für die ambulante Pflege aus. Längst ist dies beitragsatzrelevant.

Von solchen Umsätzen kann die ambulante Palliativversorgung nur träumen: Trotz wiederkehrender politischer Lippenbekenntnisse fließen weniger als 0,2 Prozent der GKV-Ausgaben in diesen Bereich. Hausärzte arbeiten im Rahmen allgemeiner Palliativversorgung an der Grenze der Ehrenamtlichkeit.

Das unwürdige Treiben beenden. Deutschland ist Weltmeister in Sachen Herzkatheter und stationäre Herzbehandlung und hat eines der besten Notarztssysteme der Welt. Trotzdem rangieren wir in den Ergebnissen auf Platz 25 unter 28 ausgewerteten Nationen in Bezug auf die Sterblichkeit nach Herzinfarkt. Übertherapie tötet, ruiniert die Sozialsysteme und schafft entsetzliches Leiden am Lebensende. Politik, Aufsichtsbehörden, Ärztekammern und die Kostenträger sind aufgerufen, dieses unwürdige Treiben zu beenden. Hier helfen Transparenz im Gesundheitswesen, Abbau von Fehlanreizen, verpflichtende Zweitmeinung bei kritischen Verfahren wie in der Transplantationsmedizin, Stärkung häuslicher Palliativbegleitung und ein besserer Rechtsschutz Sterbenskranker. ■

Dr. Matthias Thöns ist niedergelassener Anästhesist und Palliativmediziner in Witten. Sein Buch „Patient ohne Verfügung – Das Geschäft mit dem Lebensende“ ist kürzlich erschienen. **Kontakt: thoens@web.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/Eduard Andras
Verlag KomPart Verlagsgesellschaft
mbH & Co. KG, 10178 Berlin
AG Berlin-Charlottenburg
HRA 42140 B
Postanschrift: wie Redaktion

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

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

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

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

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

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



Beitragslast in der Krankenversicherung: Solo-Selbstständigkeit
gleichet häufig einem finanziellen Drahtseilakt.

G+G 11/2016

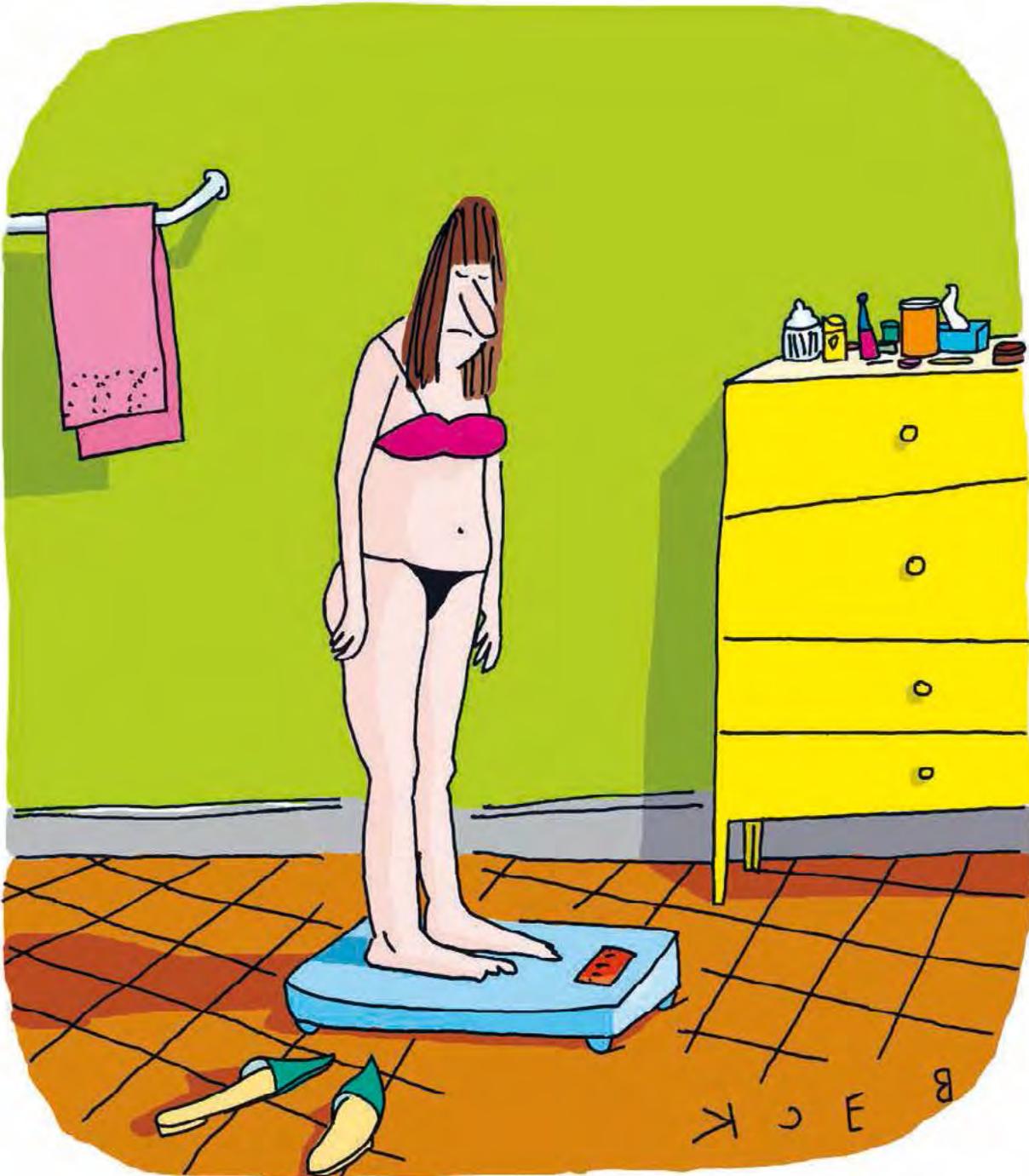
Mehr Schutz für Solisten

Zahl Solo-Selbstständiger ist zu hinterfragen

Mit Interesse habe ich den Beitrag „Mehr Schutz für Solisten“ in der G+G 11/2016 gelesen. Der Artikel unterstellt, dass es sich bei der großen Zahl von Solo-Selbstständigen um „echte“ Selbstständige handelt. Daran habe ich erhebliche Zweifel. Es ist heute sehr einfach, gegen eine geringe Gebühr einen Gewerbeschein zu bekommen. Ich bin davon überzeugt, dass es sich bei einem nicht geringen Teil dieses Personenkreises um Scheinselbstständige handelt. Dies heißt, sie befinden sich in einem Arbeitnehmerverhältnis. Vor Monaten war ein Beispiel in den Medien, welches belegt, welche Auswüchse dieses Thema inzwischen hat. Ein Kellner pachtet in einem Restaurant mehrere Tische und wird als Selbstständiger behandelt. Es ist inzwischen Aufgabe des Rentenversicherungsträgers, Prüfungen in den Betrieben durchzuführen. Dabei haben sie nicht nur die richtige Beitragsberechnung, sondern auch die Frage der Versicherungspflicht beziehungsweise -freiheit zu prüfen. Dazu ge-

hört dann auch die Beurteilung, ob es sich um eine selbstständige oder un-selbstständige Tätigkeit handelt. Nach meiner Kenntnis kommt der Rentenversicherungsträger dieser Aufgabe nur unzureichend nach. In meiner langjährigen Tätigkeit bei meiner AOK war ich auch im Prüfdienst tätig. Hier habe ich das Problem der „Freien Mitarbeiter und Honorar- und Lizenzempfänger bei Rundfunk- und Fernsehanstalten“ aufgegriffen. Mit der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin ist es dann zu Regelungen gekommen, dass ein Teil dieser Personen als Arbeitnehmer zu behandeln war. Übergangslösungen: Zum Beispiel wurde ein Kameramann mit eigener Kamera als Selbstständiger gesehen. Mit einer Kamera des Senders wurde er als Angestellter behandelt. Das Problem hat dann auch die Politik erkannt, was letztendlich zur Künstlersozialversicherung führte. Ich bin im Übrigen der Meinung, dass sich dieses Modell nicht auf die Solo-Selbstständigen übertragen lässt. Fazit: Das Problem ist bei einer umfassenden Prüfung selbstständig/unselbstständig zahlenmäßig sehr viel kleiner, als dies die jetzigen Zahlen der Solo-Selbstständigen hergeben.
J. F., Mainz

BECKs Betrachtungen



Ich: Ein paar Pfunde müssen weg.
Pfunde: Wir müssen gar nichts.



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

Wir wissen, was wichtig ist: 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 über 25 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de