



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

# Ein Auge auf die Schwachen

Wie eine Kultur  
des Hinschauens  
Pflegerbedürftige vor  
Gewalt schützt

**GESUCHT**  
Vordenker für  
Gesundheitsreformen

**GEFUNDEN**  
Neues Duo an der Spitze  
des AOK-Aufsichtsrates

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher (komm.): Matthias Gabriel

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

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

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

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

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

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

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Jungs, geht zur Vorsorge!

Bereits zwei Mal erkrankte der ehemalige Fußballprofi **Jimmy Hartwig** an Krebs. Heute bereut er es, zu spät zur Früherkennung gegangen zu sein und rät Männern, nicht den gleichen Fehler zu machen.

**Fußballer sind harte Kerle.** Bei Wind und Wetter gehen sie raus auf den Bolzplatz, um ihrer Leidenschaft zu frönen. Sie rennen stundenlang das Spielfeld hoch und runter, pflügen nahezu jeden Meter Rasen um und grätschen, was das Zeug hält.

Doch auch mancher harte Kerl hat so seine Schwächen. Und eine davon betrifft leider die eigene Gesundheit. Denn das vermeintlich starke Geschlecht verhält sich beim Thema Vorsorge oft sehr nachlässig: Anders als Frauen sind Männer Vorsorge-muffel und nehmen viel zu selten wichtige Früherkennungsuntersuchungen – beispielsweise zu Prostata- oder Darmkrebs – wahr. Auch ich gehörte zu den Männern, die die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen scheuen. Vielleicht aus Scham, vielleicht aus Angst, wahrscheinlich aus beiden Gründen heraus. Oder weil ich es – um es salopp zu formulieren – einfach nicht auf dem Schirm hatte.

Ich war als junger Mann Profifußballer, spielte in der Bundesliga und dachte mir: Wozu soll ich Vorsorge betreiben? Ich werde doch bestens betreut und von Kopf bis Fuß durchgecheckt. Doch dann, im Alter von 37 Jahren, diagnostizierten Ärzte Prostatakrebs bei mir. Die entsprechende Früherkennungsuntersuchung hatte ich nie gemacht. Später wurde bei mir noch Hodenkrebs festgestellt. In beiden Fällen kämpfte ich eisern dagegen an und hatte Riesenglück: Ich konnte beide Krebsleiden besiegen.

Seit diesen Erfahrungen engagiere ich mich für das wichtige Thema Vorsorge und mache mich als Gesundheitsbotschafter der AOK Nordost für Männergesundheit stark. Ich gehe unter anderem in Fußballstadien – also dorthin, wo viele starke Kerle auf den Tribünen sitzen – und erzähle meine Geschichte. Ich appelliere an die Männer, die mir zuhören: Jungs, geht zur Vorsorge! Macht bitte nicht den gleichen Fehler wie ich ihn einmal gemacht habe. Freilich: Zwingen kann man niemanden dazu, regelmäßig zur Vorsorge zu gehen. Aber überzeugen. Und genau das versuche ich.

Zwingen kann man  
niemanden.  
Aber überzeugen.

Denn vielen Männern fällt es – um ein Beispiel zu nennen – offensichtlich schwer, zum Urologen zu gehen und sich untersuchen zu lassen. Das Berliner Robert Koch-Institut etwa stellt fest: Nur rund ein Viertel der Männer nimmt die ab dem Alter von 45 Jahren empfohlene Früherkennung von Prostatakrebs in Anspruch. Und das, so das RKI weiter, obwohl jährlich etwa 64.000 Männer an einem Karzinom an der Vorsteherdrüse erkranken und die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die entsprechende Vorsorgeuntersuchung übernehmen.

Ähnliches geben Experten für das Thema Darmkrebsvorsorge an. Im Alter von unter 40 Jahren sei, so betonen sie, das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, gering. Das Risiko nehme aber mit steigendem Alter zu. Dennoch sei die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen äußerst gering. Laut Krankenkassen unterzieht sich nur jeder Zehnte der anspruchsberechtigten Männer und Frauen ab 55 einer präventiven Darmspiegelung. Dabei seien etwa 90 Prozent der Darmerkrankungen durch eine Darmspiegelung so früh zu erkennen, dass sie heilbar sind.

Solche Zahlen und Fakten sprechen eigentlich eine eindeutige Sprache – sind aber für viele Menschen abstrakte Größen. Nicht zuletzt auch aus diesem Grund hat die Felix-Burda-Stiftung vor einigen Jahren ein begehbares Darmmodell entwickelt, das dieses wichtige menschliche Organ in Übergröße nachbildet und Besuchern so die Möglichkeit gibt, sich anschaulich darüber zu informieren.

Wenn das Darmmodell auf Vorsorgetour geht, versuche ich so oft wie möglich dabei zu sein und interessierten Besuchern Rede und Antwort zu stehen, warum ich für die Darmkrebsvorsorge werbe. Meine Botschaft lautet auch hier: Ich will dazu beitragen, dass vor allen männliche Gesundheitsmuffel die von den Krankenkassen angebotenen Vorsorgeuntersuchungen besser wahrnehmen. Denn gegen Krebs gibt es vor allem ein starkes Mittel – und das heißt Vorsorge. ■



**Jimmy Hartwig**, geboren 1954 in Offenbach, gehörte in den 1980er Jahren zu den besten Mittelfeldspielern Europas. Den Fußballclub TSV 1860 München schoss er in die Bundesliga, mit dem Hamburger SV wurde er dreimal Meister. Heute ist Jimmy Hartwig Schauspieler und Gesundheitsbotschafter der AOK Nordost. Gemeinsam mit der Kasse engagiert sich der 63-Jährige für das Thema Männergesundheit und wirbt für die regelmäßige Teilnahme an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung. Jimmy Hartwig ist Vater von drei Kindern und lebt mit seiner Familie in der Nähe von München.

**Kontakt:**  
[Kontakt@Jimmy-Hartwig.com](mailto:Kontakt@Jimmy-Hartwig.com)

## Rheinisches Duo



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Treffen sich zwei Herren aus Köln.** Fragt der eine den anderen: „Haben Sie eigentlich das Latinum?“ „Ja“, antwortet der Angesprochene, „das große sogar. Und Sie?“ „Ich habe nur das kleine.“ „Na, dann ist es ja kein Wunder, dass Sie bei den Arbeitgeberverbänden gelandet sind.“ Schallendes Gelächter auf beiden Seiten.

Freundliche Frotzeleien durften mein KomPart-Kollege Robin Halm und ich mehrfach beim Interview mit dem neuen Duo an der Spitze des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes erleben. Zwischen Knut Lambertin – er führt seit November die Versichertenbank – und seinem Pendant auf der Arbeitgeberseite, Dr. Volker Hansen, scheint die Chemie zu stimmen. **Beide verbindet das Engagement für die Sozialversicherung, beide haben als gebürtige Kölner Sinn für rheinischen Humor.**

Dass die Selbstverwaltung zusammenhält, ist keineswegs selbstverständlich. Die Konflikte um den Risikostrukturausgleich zwischen den Kassenarten haben inzwischen sogar den ehrenamtlichen Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes erreicht, wie



Nach getaner Arbeit: Die Aufsichtsratsvorsitzenden Knut Lambertin (2.v.l.) und Dr. Volker Hansen stellten sich den Fragen von Robin Halm und H.-B. Henkel-Hoving.

Lambertin und Hansen deutlich machen. Eine Entwicklung, die beide mit Sorge betrachten: Eine zerstrittene Kassenlandschaft lässt sich von Politik und Leistungserbringern leicht gegeneinander ausspielen, wenn es um die Höhe von Vergütungen und das Gestalten von Versorgung geht.

Nach außen **als gesetzliche Krankenversicherung wieder stärker im Konsens aufzutreten**, halten der Versicherten- und der Arbeitgebervertreter darum für geboten. Was sich die beiden Aufsichtsratsvorsitzenden für die neue Legislatur der Selbstverwaltung außerdem vorgenommen haben, können Sie ab Seite 26 in dieser Ausgabe nachlesen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

*H.-B. Henkel-Hoving*  
henkelhoving@kompart.de



**Nahrungsmittel: Wie Hersteller zucker- und fettreichen Produkten einen gesunden Anstrich geben**

### MAGAZIN

#### 12 GESUNDHEIT ALS ETIKETTENSCHWINDEL

Die Verwendung von Gesundheitsbotschaften bei Lebensmitteln sind in Europa unzureichend geregelt. Hersteller nutzen diese Gesetzeslücken.

Von Kai Kolpatzik

#### 14 VIEL GYMNASTIK GEGEN RÜCKEN

Viele Menschen leiden unter Rückenschmerzen. Was ihnen Ärzte dagegen verschreiben, dokumentiert der aktuelle Heilmittelbericht.

Von Andrea Waltersbacher

#### 16 BRÜSSEL SIEHT NOCH LUFT NACH OBEN

Die EU-Kommission hat Gesundheitsprofile für die Mitgliedsländer veröffentlicht. Für Deutschland fällt der Bericht positiv aus, zeigt aber auch Schwächen auf.

Von Thomas Rottschäfer

#### 18 EXPERTEN DER EIGENEN GESUNDHEIT

Ein Symposium machte deutlich: In der Selbsthilfe geben Menschen ihr Wissen über Krankheiten weiter und verbessern so die Gesundheitskompetenz.

Von Anne Orth

#### 19 „DAS WICHTIGSTE HILFSMITTEL IST DIE ZEIT“

Manche Patienten laufen von Pontius zu Pilatus, bis sie die richtige Diagnose bekommen. Eine gründliche Anamnese und Datenbankanalysen helfen, seltene Krankheiten schneller aufzudecken, sagt Jürgen Schäfer.

## TITEL

### 20 PFLEGE: EIN AUGE AUF DIE SCHWACHEN

Gewalt gegen Pflegebedürftige ist nicht selten. Das ergab eine aktuelle Umfrage unter Pflegekräften. Um so dringlicher ist eine neue Kultur des Hinschauens.

Von Eva Richter

## THEMEN

### 26 „WIR MÜSSEN ALS AOK VORREITER BLEIBEN“

Eine bessere medizinische Versorgung in Stadt und Land, mehr Tempo bei der Digitalisierung – die AOK-Aufsichtsratsvorsitzenden Volker Hansen und Knut Lambertin wollen einiges vorantreiben.

### 32 DENKFABRIK FÜR FRISCHE IDEEN

Mehr Markt, mehr Staat, mehr Selbstverwaltung? Wohin die Reise gehen soll, ist ungewiss. Höchste Zeit, den Kurs mithilfe kluger Köpfe neu zu bestimmen.

Von Nils C. Bandelow, Florian Eckert, Johanna Hornung und Robin Rösenberg

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Geçmiş olsun – gute Besserung
- 11 **Kommentar** Depressionen: Raus aus dem Dunkeln
- 38 **Recht** Pharmagroßhandel: Preisnachlässe zulässig
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Strategien für eine attraktive Pflege
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



# 20

Augen auf: Wie sich Gewalt gegen Pflegebedürftige vorbeugen lässt



# 26

Interview: Wofür sich die AOK-Aufsichtsratsvorsitzenden Knut Lambertin (li.) und Volker Hansen stark machen



# 32

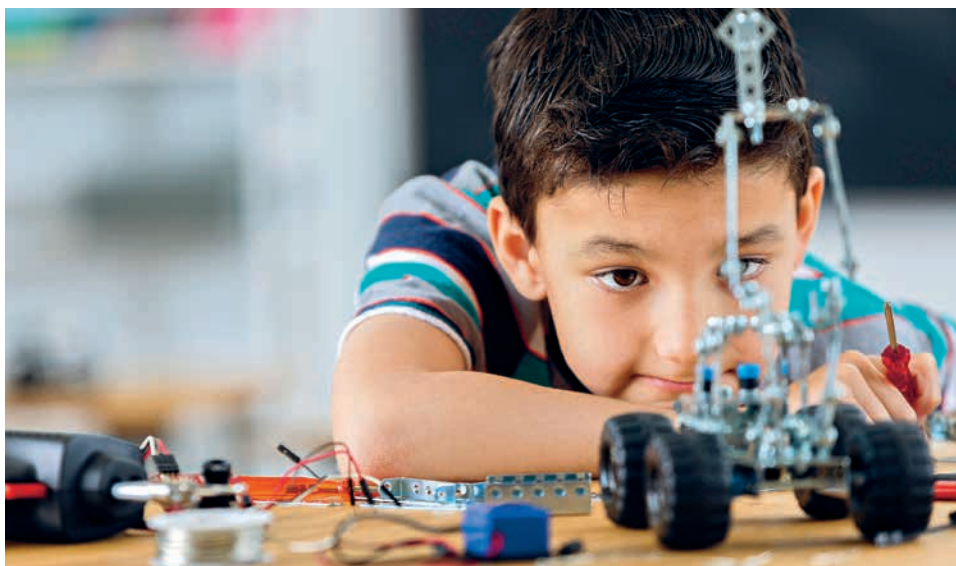
Analyse: Wie das Gesundheitsstrukturgesetz das Zusammenspiel der Kräfte verändert hat

## VERBRAUCHERSCHUTZ Zu viel Nickel in Metall-Spielzeug

Eltern sollten beim Kauf von Spielzeug aus Metall aufpassen. Denn dieses Spielzeug enthält häufig Nickel, wie aus dem aktuellen Jahresbericht des Bundesamts für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) hervorgeht. Der zulässige Grenzwert für den Allergie auslösenden Stoff wurde demnach im Jahr 2016 bei 21 Prozent der untersuchten Stichproben überschritten. Ein Metallbaukasten enthielt gar einen Nickelanteil, der um mehr als das 200-fache über dem Grenzwert gelegen habe, so das Amt. Nickel kann zu allergischen Reaktionen führen und bei empfindlichen Menschen Juckreiz und Hautrötungen hervorrufen. Betroffenen davon sind laut BVL etwa zehn Prozent aller Kinder. ■

## FLÜCHTLINGE Mediziner lehnen Alterstests ab

Ärzte haben Forderungen kritisiert, Altersangaben minderjähriger Flüchtlinge zu überprüfen. „Ein solches Vorgehen ist medizinisch schwierig und organisatorisch kaum zu bewältigen“, sagte der Präsident des Verbandes der Kinder- und Jugendärzte, Dr. Thomas Fischbach, der „Neuen Osnabrücker Zeitung“. Bei der Röntgenuntersuchung von Handknochen sei ein Korridor von plus/minus zwei Jahren zu berücksichtigen. In Grenzfällen müsse zur Klärung der Volljährigkeit zur radiologischen Diagnostik eine entwicklungspsychologische Einschätzung erfolgen. „Als niedergelassene Ärzte sind wir froh, wenn wir unsere regulären Patienten versorgt



Jungs und Autos: Doch Vorsicht, zu hoher Nickelgehalt kann zu allergischen Reaktionen führen.

bekommen.“ Zuvor hatte die Bundesärztekammer Untersuchungen zur Altersfeststellung von Asylbewerbern abgelehnt. Auslöser der Debatte war der Fall im rheinland-pfälzischen Kandel, wo ein angeblich minderjähriger Flüchtling seine Ex-Freundin getötet haben soll. Innenminister Thomas de Maizière hatte sich daraufhin für Alterstests bei Flüchtlingen ausgesprochen, wenn sich deren Alter nicht mit Dokumenten belegen lasse. ■

## GBA Neue Regeln für den Krankentransport

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Krankentransport-Richtlinie beschlossen. In der geänderten Richtlinie wird konkretisiert, in welchen Fällen Verordnungen von Fahrten zu ambulanten Operationen zulässig sind. Zudem stellt die Richtlinie klar, unter welchen Voraussetzungen Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen verordnet werden können. ■

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

## GESUNDHEITSKOMPETENZ Expertengruppe legt Aktionsplan vor

Um die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu stärken, legen elf Experten aus Wissenschaft und Praxis in Kürze den „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ vor. Die gut einjährige Entwicklungsarbeit für den Plan wurde von Professor Dr. Doris Schaeffer, Professor Dr. Klaus Hurrelmann, Professor Dr. Ullrich Bauer und Dr. Kai Kolpatzik als Herausgeber koordiniert und von einer gemeinsamen Geschäftsstelle der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance Berlin gesteuert.

Die Robert Bosch Stiftung und der AOK-Bundesverband haben die Arbeit finanziell unterstützt. Mit dem Aktionsplan, der unter Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers steht, wird – ähnlich wie in den USA, Kanada, Australien, Schottland und Österreich – eine gesamtgesellschaftliche Strategie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland vorgelegt. Studien zufolge verfügt etwa die Hälfte aller Bundesbürger über eine nur eingeschränkte Gesundheitskompetenz und hat Probleme, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. ■

**MEHR INFOS:** [www.nap-gesundheitskompetenz.de](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de)

## kurz & bündig

**+++ KRANKENVERSICHERUNG:** Die gesetzlichen Kassen haben im 1. bis 3. Quartal 2017 einen Überschuss von rund 2,52 Milliarden Euro erzielt. Damit steigen die Finanzreserven der Kassen bis Ende September 2017 auf rund 18,6 Milliarden Euro. **+++ AIDS:** Die durch HIV-Infektionen verursachten Krankheitskosten beliefen sich in Deutschland im Jahr 2015 auf 278 Millionen Euro. Wie das Statistische Bundesamt anlässlich des Welt-Aids-Tages am 1. Dezember weiter mitteilte, entfielen mit 216 Millionen Euro rund drei Viertel (78 Prozent) der Kosten auf Männer. Im Altersvergleich entstanden die höchsten Kosten mit 159 Millionen Euro bei den 45- bis 64-jährigen Männern und Frauen.



**Sichern Sie sich jetzt  
20€ Rabatt auf Ihre Tickets.**



# DEUTSCHER PFLEGETAG 2018

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

**15. - 17. März 2018** | STATION-Berlin

Seien Sie dabei, wenn es vom  
15. - 17. März wieder heißt:  
Pflege stärken mit starken Partnern.

Unter dem Motto „Teamarbeit - Pflege  
interdisziplinär!“ treffen sich 2018  
erneut über 10.000 Interessierte der  
Branche, um die Zukunft der Pflege zu  
gestalten.

**20€ Rabatt\***  
mit Gutscheincode  
**DPTFORAOK**

**Verpassen Sie keine aktuellen News mehr!**



/deutscherpfelegetag



#pfelegetag

Tickets buchen unter: **deutscher-pfelegetag.de**

\*Der Gutschein ist bis 01.03.2018 gültig und nur für 3-Tages-Kongresstickets einlösbar. Der Rabatt kann nicht mit anderen Ermäßigungen kombiniert werden.

Eine Veranstaltung von



## FESTREDE

## „Wettbewerb ist mehr als der RSA“

Die wettbewerbliche Ausgestaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat nach Ansicht des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes, Frank Plate, verkrustete Verwaltungsstrukturen aufgebrochen und Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben. Jetzt sei es aber „Aufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen den Mittelpunkt aller Bemühungen nicht aus den Augen zu verlieren – den Versicherten“, sagte Plate bei einer Festrede zur Verabschiedung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes. Die Kassen rief er dazu auf, sich „ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Solidargemeinschaft wieder bewusster (zu) werden und in diesem Interesse konstruktiv auch im Versorgungsgeschehen vor Ort zusammen(zu) arbeiten“. Eine zentrale Rolle

## Zitat des Monats

Innovativ sein heißt,  
da zu sein, wo vorher  
niemand war.

Reinhold Messner, Bergsteiger und Buchautor

spiele dabei „selbstverständlich“ der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA). Dieser solle die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen ausgleichen und den „Widerspruch zwischen Solidarität und Wettbewerb auflösen“. Der RSA werde daher auch meist synonym für die „solidarische Wettbewerbsordnung der GKV“ verwandt, so Plate. „Tatsächlich ist aber das Wettbewerbsmodell der GKV mehr als der RSA.“ Das habe auch das Bundesverfassungsgericht in

einem Beschluss von 2005 festgestellt, indem es dem RSA die Aufgabe zugewiesen habe, „eine Wettbewerbsordnung zu flankieren, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen“ fördere. Der RSA schaffe somit noch keine wettbewerbliche Rahmenordnung, „sondern sei dessen Voraussetzung“, stellte Plate klar. ■

Die Rede im Wortlaut finden Sie unter: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Medienservice > *ams-Politik* 12/2017

## KRANKENKASSEN

## Rekordsumme für Prävention

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zuletzt das stärkste Wachstum bei Gesundheitsförderung und Prävention seit 16 Jahren verzeichnet. Laut dem vom GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes vorgestellten Präventionsbericht gaben AOK & Co. 2016 knapp 500 Millionen Euro für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten, die betriebliche Gesundheitsförderung sowie für individuelle Präventionskurse aus. Erreicht wurden damit rund 6,4 Millionen Versicherte. ■

## DELEGATION

## Zehntausendste VERAH qualifiziert

Im nordrhein-westfälischen Unna hat kürzlich die zehntausendste Medizinische Fachangestellte (MFA) ihre Prüfung zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ – kurz VERAH – absolviert. Beim VERAH-Konzept handelt es sich um eine Weiterqualifizierung für Arzthelferinnen, die vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) angeboten wird. VERAH sollen den Hausarzt entlasten, indem sie an sie delegierte, nichtärztliche Tätigkeiten übernehmen. Die erste VERAH legte im März 2009 in Mannheim ihre Prüfung ab. IHF-Vorsitzender Dr. Hans-Michael Mühlenfeld nannte das VERAH-Konzept das „mit Abstand erfolgreichste Delegationsmodell im deutschen Gesundheitswesen“. ■

## MEHR INFOS:

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

## Köpfe und Karrieren



+++ **GERALD GAß**, 54, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, hat die Präsidentschaft der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) übernommen. Der Volkswirt und Soziologe ist seit 2008 Geschäftsführer des Landeskrankenhauses im rheinland-pfälzischen Andernach. Von 2001 bis 2008 leitete er die Abteilung Gesundheit im rheinland-pfälzischen Sozialministerium. Zu DKG-Vizepräsidenten gewählt wurden Ingo Morell, Vizepräsident

der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, sowie Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG.

+++ **WOLFGANG SPÄTH**, 58, führt weiterhin als Vorstandsvorsitzender den Verband der Generika- und Biosimilarunternehmen Pro Generika. Der Vorstand der Hexal AG und Pharmazeut übernahm das Amt erstmals im Jahr 2007. Neuer Vizevorsitzender des Verbandes ist Christoph Stoller, Geschäftsführer der Teva/Ratiopharm Deutschland. Pro Generika vertritt die Interessen der Generikahersteller. Ihm gehören 15 Unternehmen an, die nach Angaben des Verbandes 77 Prozent des Arzneimittelbedarfs der Krankenkassen abdecken.



## BAYERN

## Ministerin wirbt für Pflegetechnik

Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml hat für mehr Offenheit für digitale Technik in der Pflege geworben. „Mein Ziel ist, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben können. Dafür ist auch der Einsatz moderner Technik sinnvoll, da sie dabei helfen kann, mehr Sicherheit zu geben und den Alltag zu erleichtern.“ Huml verwies darauf, dass erst kürzlich an der Hochschule Kempten eine Lehr- und Forschungswohnung eröffnet worden sei. Dabei werde erprobt, wie digitale Anwendungen das Leben im Alter erleichtern könnten. ■



## Geçmiş olsun – gute Besserung!

Kulturelle wie sprachliche Barrieren erschweren mitunter die Behandlung von Menschen mit ausländischen Wurzeln in Arztpraxen. Was braucht es für mehr interkulturelle Kompetenz?



**PROFESSOR DR. ILHAN ILKIC**, Mitglied des Deutschen Ethikrates: Bekanntermaßen gehören interkulturelle Behandlungssituationen in vielen Praxen mittlerweile zum Berufsalltag. Hier fühlen sich behandelnde Ärzte wegen sprachlicher und kultureller Barrieren in vielerlei Hinsicht herausgefordert. Diese Herausforderungen und die damit verbundenen Konflikte ließen sich durch interkulturelle Kompetenz besser überwinden. Dazu gehören etwa kultursensible Kommunikation, Kulturwissen, die Vermeidung von Stereotypisierung und kritische Anerkennung. Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem lässt sich aber nur durch angemessene Berücksichtigung und Vermittlung dieser Kompetenzen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe realisieren.

**DR. EMINE YÜKSEL**, Vorstandsmitglied der Deutsch-Türkischen Gynäkologiegesellschaft: Es braucht dafür vieles: Langjährig in Deutschland lebende Migranten sind nach ihrer körperlichen und seelischen Befindlichkeit zu befragen. Zudem sind Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem zu identifizieren und wenn möglich zu beseitigen, da davon die Inanspruchnahme präventiver Angebote abhängt. Wichtig ist auch, Unterschiede in Krankheitsbildern zwischen verschiedenen Nationalitäten zu verstehen sowie auf psychische Erkrankungen und Traumata bei Migranten zu achten. Ergänzend nötig sind auch mehrsprachige Beratungsangebote und kulturspezifisch entwickelte Internetauftritte.



**THORBEN KRUMWIEDE**, Geschäftsführer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland: Angesichts sehr begrenzter Zeiträume für das Gespräch mit Patienten ist für Ärzte eine Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Herausforderung. Ärzte und Praxispersonal sind gut beraten, sich mit den kulturellen Vorstellungen und Unterschieden von Krankheit und Gesundheit auseinanderzusetzen. Als Patientenberatung machen wir die Erfahrung, dass Praxen zunehmend auf uns verweisen, weil sie wissen, dass unser ergänzendes Beratungsangebot allen Menschen in Deutschland zur Verfügung steht – neben Deutsch auch in russischer, türkischer und arabischer Sprache.

**DR. GERD FASS**, Vorsitzender des Ärztenetzes Billstedt-Horn: Wir brauchen dafür vor allem Menschen, die sich mit großer Empathie und Sensibilität auf fremde Kulturen und Sprachkenntnisse einstellen. Denn in der Praxis stellen wir immer wieder kulturelle Unterschiede fest: So kann das Schmerzempfinden je nach Herkunft unterschiedlich ausgeprägt sein. Praxismitarbeiter einzustellen, die zum Einzugsgebiet passende Sprachkenntnisse haben, ist ebenfalls hilfreich. In Billstedt und Horn haben wir jetzt zusätzlich einen Gesundheitskiosk, indem mehrsprachige Gesundheitsfachkräfte die Patienten kultursensibel, kostenlos und wenn geht in der Muttersprache beraten. So haben wir als Ärzte die Möglichkeit, unsere Therapieempfehlungen noch besser zu verankern.



### IMMUNISIERUNG Regierung lobt Impfbereitschaft

Die Impfbereitschaft in der Bevölkerung ist nach Ansicht der Bundesregierung groß. So zeige eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass der Anteil der Impfgegner gering sei. Oft resultierten Impflücken aus Nichtwissen, Vergesslichkeit oder Angst vor möglichen Nebenwirkungen, schreibt die Regierung. Insbesondere

eines gewalttätigen Übergriffs am Arbeitsplatz. Wie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung mitteilte, erlitten 2016 knapp 10.500 Beschäftigte „einen meldepflichtigen Arbeitsunfall während einer betrieblichen Tätigkeit durch die Einwirkung von physischer oder psychischer Gewalt“. Das seien 22 Prozent Vorfälle mehr als im Jahr 2012. Damals wurden 8.534 Fälle gemeldet. Besonders gefährdet sind den Angaben zufolge Beschäftigte mit Patientenkontakt. So ereigneten sich 2016 gut 31 Prozent aller Übergriffe auf Beschäftigte in Kliniken und Pflegeheimen. ■

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

### PFLEGESTUDIE Personalbedarf in Heimen

Wissenschaftler am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen sollen unter der Leitung des Gesundheitsökonomischen Professor Dr. Heinz Rothgang ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen entwickeln und erproben. Die Personalausstattung von Pflegeheimen gilt seit Jahren als „unzureichend“ und fällt zudem im Bundesgebiet unterschiedlich aus. So wird etwa in Einrichtungen in Bayern pro Pflegebedürftigem 20 Prozent mehr Personal eingesetzt als in Sachsen-Anhalt. Im Pflegestärkungsgesetz II hat der Gesetzgeber daher die Vertragsparteien der Pflege-Selbstverwaltung verpflichtet, bis Ende Juni 2020 ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich entwickeln und erproben zu lassen. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache  
19/179**

### ARBEITSLEBEN Übergriffe im Job häufen sich

Immer mehr Menschen in Deutschland werden Opfer



Säuglinge und Kleinkinder würden über Routinevorsorgeuntersuchungen gut erreicht. Defizite bestünden noch in den höheren Altersgruppen. Mit dem Präventionsgesetz und dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten aus der vergangenen Wahlperiode seien Voraussetzungen geschaffen worden, um die Impfquote zu verbessern. ■

## SOZIALVERBAND

## Entlastung bei Pflege mangelhaft

Der Sozialverband VdK hat ein „Riesenproblem“ in der ambulanten Pflege beklagt. „Es kommt sehr häufig vor, dass Pflegebedürftige Entlastungsleistungen abrufen wollen, aber es solche Angebote in ihrer Region einfach nicht gibt“, sagte VdK-Pflegeexperte Olaf Christen dem „Evangelischen Pressedienst“. Seit Januar 2017 haben Pflegebedürftige Anspruch auf einen zusätzlichen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro im Monat. Mit diesem Geld sollen sich Patienten und Angehörigen zusätzliche Unterstützung im Alltag einkaufen können, etwa die Begleitung zu Spaziergängen oder Hilfe im Haushalt. Diese Leistungen würden bislang jedoch von zu wenigen Pflegediensten angeboten. In den meisten Bundesländern sei nicht klar geregelt, wie Pflegedienste dafür vergütet werden sollen. ■



Begleitung: Zu oft fehlen Hilfsangebote für Pflegebedürftige.

## DEUTSCHER PFLEGETAG

## Patientenversorgung als Teamarbeit

Vom 15. bis 17. März findet der Deutsche Pflegetag 2018 in Berlin statt. Die drei Kongresstage stehen dieses Mal unter dem Motto „Teamarbeit – Pflege interdisziplinär“.

Damit wollten die Veranstalter zum Ausdruck bringen, „dass es im originären Patienteninteresse ist, dass Mediziner und Pflegekräfte sich gemeinsam um die Genesung kümmern oder Leiden verringern helfen“, sagte der Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pflegetages,

Jürgen Graalmann, der G+G. „Wir wollen die Pflege nicht gegen die Ärzte, sondern mit den Ärzten an unserer Seite stärken.“ Gehe es um die Zusammenarbeit von Pflege und Medizin, würden Initiativen zur Delegation oder gar Substitution von Leistungen von Seiten der Ärztesfunktionäre häufig „als Bedrohung“ empfunden, so Graalmann. „Dabei handelt es sich doch im Kern um eine natürliche Weiterentwicklung von medizinischen Arbeitsprozessen.“ Die AOK ist als Gründungspartner des Pflegetages wieder mit einem eigenen Veranstaltungsangebot und einem Ausstellungsstand vertreten. Dabei greift die Gesundheitskasse den Leitsatz des Kongresses auf und präsentiert unter dem Motto „Pflegekompetenz verbindet“ Informationen und Angebote unter anderem zu den Themen Demenz und Prävention. ■

## INFOS UND ANMELDUNG:

[www.deutscher-pflegetag.de](http://www.deutscher-pflegetag.de)

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Hilfe für Patienten mit schweren und seltenen Erkrankungen“

Seit August 2017 kooperiert die AOK Hessen mit BetterDoc. Der Service unterstützt Versicherte bei der Suche nach Spezialisten. Dazu Fragen an **Brigitte Baki**, Verwaltungsratsvorsitzende der hessischen Gesundheitskasse.



**G+G:** Frau Baki, Versicherte der AOK Hessen können via BetterDoc binnen 48 Stunden einen Spezialisten für eine Zweitmeinung, Behandlung oder Operation finden. Um welche Krankheiten geht es?

**BAKI:** BetterDoc hilft Patienten mit schwerwiegenden, seltenen und komplexen Erkrankungen, einen spezialisierten Arzt zu finden – und dies ohne Einschränkung auf bestimmte Leistungsbereiche. Innerhalb von 48 Stunden werden mindestens zwei Leistungserbringer empfohlen, die für die individuelle Situation des Patienten geeignet sind.

**G+G:** Nach welchen Kriterien findet die Auswahl der Spezialisten statt?

**BAKI:** Es werden grundsätzlich nur die Ärzte empfohlen, die eine Zulassung als Vertragsarzt besitzen. Darüber hinaus werden Qualitätskriterien zugrunde gelegt, wie zum Beispiel Zertifikate in den jeweiligen Leistungsbereichen, die Erfüllung von Mindestmengen, die technische Ausstattung, standardisierte Qualitätsbewertungen und

überdurchschnittliche Fallzahlen. In komplexen Fällen erfolgt die Arztsuche über ein Expertennetzwerk von insgesamt 2.500 Medizinern, die den Sachverhalt anonym geschildert bekommen und eine Empfehlung zu einem geeigneten und kompetenten Spezialisten abgeben.

**G+G:** Wie fällt die erste Bilanz des Angebotes aus?

**BAKI:** In den ersten drei Monaten gab es knapp 450 Anfragen – mit deutlich steigender Tendenz je Monat. Das Ergebnis der Probephase im Jahr 2016 war, dass ein Drittel aller Diagnosen korrigiert und zwei Drittel der Therapiepläne angepasst wurden. 62 Prozent aller geplanten Operationen – in erster Linie wegen Knie- und Hüftarthrose oder Rückenleiden – konnten vermieden werden. Die Weiterempfehlungsrates für BetterDoc lag bei 95 Prozent. Das zeigt, dass die Versicherten der AOK Hessen sehr zufrieden mit diesem Service sind.

## Raus aus dem Dunkeln

Eine neue Studie zeigt, dass über Depressionen noch etliche Klischees im Umlauf sind. Entscheidend sei aber, dass sich die Betroffenen nicht verstecken müssen, meint **Bettina Markmeyer**.



**JEDER ZWEITE BUNDESBÜRGER** glaubt, Depressionen seien auf falsche Lebensführung zurückzuführen, so das neue „Deutschland Barometer Depression“ der Deutschen Depressionshilfe. Vielleicht ist da mehr dran, als die Wissenschaft wahrhaben will. Denn wenn Therapien und ein gutes Umfeld Depressionen lindern können, könnte der Umkehrschluss doch lauten: Die richtige Lebensführung

lässt eine Depression gar nicht erst aufkommen.

Kliniken, die Menschen mit Depressionen behandeln, arbeiten mit Gesprächs- und Körpertherapien, mit Sport, Yoga und Entspannung und zum erheblichen Teil auch mit dem Trost, dass die Erkrankten nicht allein sind, sondern auf Ärzte und andere Patienten treffen, die sie verstehen oder zumindest nachvollziehen, wie es ihnen ergeht.

Aber das kürzlich vorgelegte „Deutschland Barometer“ thematisiert nicht nur den Vormarsch der Depression – fünf Millionen Menschen erkranken jedes Jahr – und die Gründe dafür, sondern auch die Differenz zwischen wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen und dem Alltagsglauben. Depressionen sind eben nicht die Strafe für eine falsche Lebensführung. Auch der sportliche, erfolgreiche und zumeist zufriedene Mensch kann eine Depression durchleiden. In höherem Maß als bekannt hat diese Volkskrankheit biologische Ursachen. Dagegen hilft nicht, sich zusammenzureißen. Was hilft, ist eine schnelle Diagnose, eventuell Medikamente, ein guter Arzt, ein Psychologe oder eine Klinik, die auf dem neuesten Stand ist. Was ebenso hilft – das ist ein Ergebnis der Studie – ist die gewachsene Akzeptanz, mit der die Allgemeinheit der Krankheit begegnet.

Da ist es dann auch nicht allzu schlimm, dass nicht jeder alles weiß, was heute über Depressionen bekannt ist. Wichtiger ist, dass an einer Depression leidende Menschen ihre Krankheit nicht mehr verstecken müssen, dass Freunde sich nicht zurückziehen, die Familie Unterstützung erhält und Arbeitgeber auf die Krankmeldung nicht anders reagieren als auf einen Beinbruch.

Wo es indes weiter hapert – auch das zeigt die Studie – ist das Gesundheitswesen. Oft fehlt der schnelle Zugang zu Therapien, zum richtigen Arzt oder Psychologen. Das muss sich ändern. Eine Depression ist eine ernste Erkrankung. Im Extremfall führt sie zum Tod. Sie muss behandelt werden, schnell und professionell – genauso wie ein entzündeter Blinddarm. ■

**Bettina Markmeyer** ist Korrespondentin beim Evangelischen Pressedienst (epd).

## KRANKENHAUSÄRZTE Verantwortung für Notfall teilen

Der Verband Leitender Krankenhausärzte in Deutschland (VLK) hat die Überlegungen des Sachverständigenrates zur Reform der Notfallversorgung begrüßt. Die Vorschläge der Gesundheitsweisen weisen „in die richtige Richtung“, sagte VLK-Präsident Professor Dr. Hans-Fred Weiser in einem Video-Podcast seines Verbandes. Die Leitung integrierter Notfallambulanzen durch niedergelassene Ärzte und ihren Kollegen aus den Kliniken könne jedoch „keinesfalls den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werden“. Gemeinsame Versorgungskonzepte seien nur dann zielführend, wenn damit im Ernstfall auch eine „gemeinsame Verantwortung“ einher ginge. „Hier wird der Ansatz des Sachverständigenrates seinem eigenen Anspruch nicht gerecht.“ ■

### MEHR INFOS:

[www.vlk-online.de](http://www.vlk-online.de) > Presse

## DROGENPOLITIK Keine Legalisierung von Cannabis

Die amtierende Bundesregierung lehnt eine Legalisierung von Cannabis weiter ab. Die gesundheitlichen Gefahren durch Cannabis-Missbrauch gerade bei Jugendlichen und Heranwachsenden seien erwiesen, heißt es in einer Antwort auf eine Anfrage der FDP-Fraktion. Eine kürzlich veröffentlichte Studie habe die Risiken des Cannabis-Konsums zu Rauschzwecken erneut bestätigt. Das Cannabis-Verbot diene dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Laut Bundesregierung

haben bislang zwei Kommunen Modellprojekte zur kontrollierten Abgabe von Cannabis beantragt: der Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg und die Stadt Münster. Beide Anträge seien vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte abgelehnt worden. Der Bundestag hatte 2017 ein Gesetz beschlossen, das die reguläre Ausgabe von Cannabis zu medizinischen Zwecken ermöglicht. ■

### MEHR INFOS:

**Bundestagsdrucksache  
19/310**

## PATIENTENBEAUFTRAGTE Terminservicestelle teils nicht erreichbar

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, hat Defizite beim Angebot der Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Vermittlung eines zeitnahen Termins bei einem Psychotherapeuten oder einem Facharzt ausgemacht. Sieben der Servicestellen seien bei zwei von drei Testanrufen während der Öffnungszeiten nicht zu erreichen gewesen. Entweder sei sofort eine Bandansage erfolgt, dass alle Leitungen belegt sind (KV Westfalen-Lippe) oder die Verbindung sei in der Warteschleife beendet worden, bevor überhaupt ein Kontakt entstanden sei (Berlin, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Nordrhein, Hessen, Bremen). Die anderen Terminservicestellen seien gut erreichbar gewesen. Das Fazit von Fischbach: „Bei einigen Terminservicestellen war das Angebot hilfreich, bei zu vielen kann jedoch nicht von einem Service in der Terminvermittlung gesprochen werden.“ ■

# Gesundheit als Etikettenschwindel

Die Europäische Union hat die Verwendung von Gesundheitsbotschaften bei Lebensmitteln unzureichend geregelt. Hersteller können die Gesetzeslücken nutzen, um mit solchen Health Claims das Image zucker- oder fettreicher Produkte aufzuhübschen, kritisiert Kai Kolpatzik.

**Dass ein Schokoriegel** das Wachstum unterstützt, darf der Hersteller bereits seit Dezember 2012 nicht mehr behaupten. Erlaubt hingegen ist der Hinweis darauf, dass Proteine zur Zunahme an Muskelmasse beitragen. Die Verwendung solcher nährwert- und gesundheitsbezogenen Angaben zu Lebens- und Nahrungsergänzungsmitteln – sogenannte Health Claims – beispielsweise auf Packungen und in der Werbung ist auf europäischer Ebene seit zehn Jahren geregelt. Die EU-Verordnung 1924/2006, in Kraft getreten zum 1. Januar 2007, soll Verbraucher vor Irreführung schützen und ihnen eine Möglichkeit geben, sich eigenverantwortlich für eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu entscheiden, schreibt das Bundesinstitut für Risikobewertung auf seiner Internetseite. Dabei gilt: Alle Aus-

sagen, die im einschlägigen EU-Register nicht ausdrücklich als „erlaubt“ geführt werden, sind verboten.

Bei den Health Claims unterscheidet der Gesetzgeber zwischen nährwert- und gesundheitsbezogenen Angaben. Bei den gesundheitsbezogenen Claims geht es entweder um die Bedeutung eines Lebensmittels beziehungsweise eines seiner Bestandteile für eine gesundheitsbezogene Wirkung (Beispiel: „Calcium ist wichtig für gesunde Knochen“) oder für die Verringerung eines Krankheitsrisikos (Beispiel: „eine ausreichende Calcium-Zufuhr kann zur Verringerung des Osteoporose-Risikos beitragen“). Die nährwertbezogenen Angaben weisen auf den Gehalt an bestimmten Nährstoffen hin (Beispiel „reich an Vitamin C“ oder „mit reduziertem Fett-Anteil“).

Aber sorgt die Verordnung zu Health Claims auch tatsächlich für mehr Transparenz im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher? Zweifel scheinen angebracht. Denn schon die laienverständliche Lebensmittelkennzeichnung mithilfe eines Ampelsystems (rot, gelb oder grün je nach Gehalt an gesundheitsrelevanten Inhaltsstoffen wie Zucker, Salz oder Fett) scheiterte an der Lebensmittellobby. Die unzureichenden rechtlichen Regelungen zu den Health Claims sind ein weiteres Beispiel für den Einfluss der Lebensmittelindustrie auf die Politik.

**An Nährwertprofile gebunden.** Zunächst zu dem, was das Gesetz vorsieht. Die EU-Verordnung legt fest, dass die Hersteller auf der EU-Liste als „erlaubt“ vermerkte nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben nur verwenden dürfen, wenn sie ein vorgegebenes Nährwertprofil einhalten. Ein Produkt, bei dem beispielsweise der Fett- oder Zuckergehalt über den Grenzwerten des Nährwertprofils liegt, darf also nach den gesetzlichen Vorschriften keinen Health Claim tragen. Nach Angaben des Bundesernährungsministeriums soll das Konzept der Nährwertprofile verhindern, dass auch beispielweise überzuckerten oder fettreichen Lebensmitteln der Anschein gegeben wird, sie hätten aufgrund des Gehalts an bestimmten Nährstoffen besondere gesundheitliche Vorteile.

Doch die von der EU vorgesehene Festlegung der Nährwertprofile steht bislang aus. Ohne diese Festlegung kann aber jeder Hersteller seine stark zucker- und fetthaltigen Produkte mit Vitaminen, Mineralstoffen oder sonstigen Substanzen anreichern, um ihnen einen gesunden Anstrich zu geben. Das ist nicht nur wegen der Verbrauchertäuschung problematisch. Die Anreicherung von ungesunden Pro-

## Werbeverbot für Gesundheitsversprechen

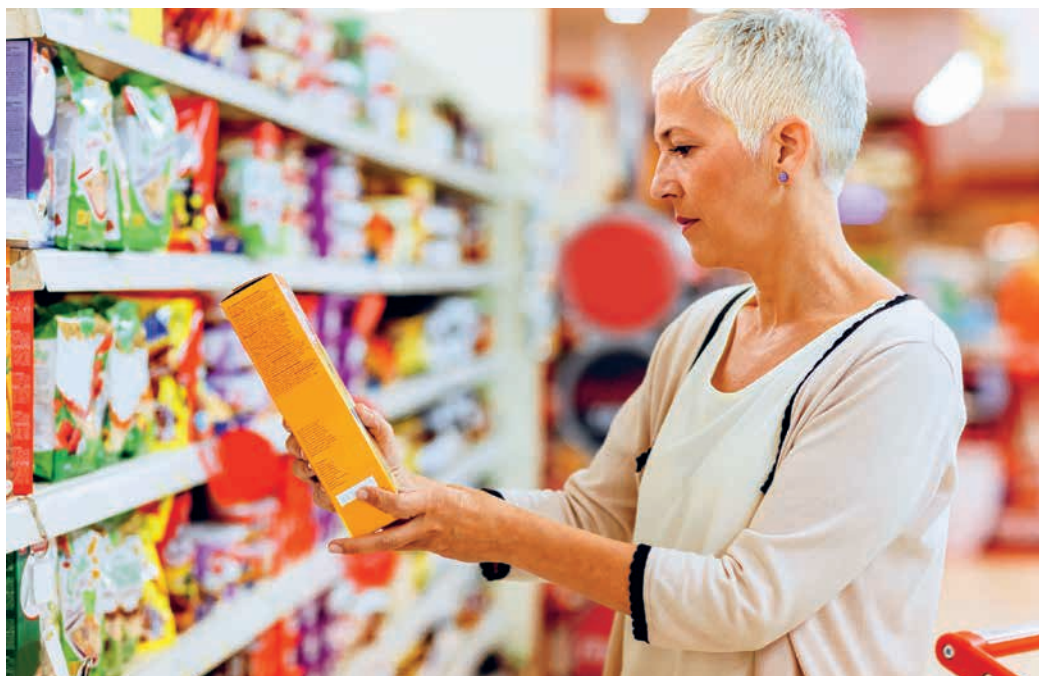
Produkt	Gesundheitsbezogene Angabe	Hersteller
Lipton Schwarztee	Fördert die Konzentrationsfähigkeit	Unilever
Cranberry-Saft	Reduziert das Risiko für Harnwegsinfektionen	Ocean Spray
Kinderschokolade	Unterstützt das Wachstum	Ferrero
Nahrungsergänzungsmittel mit mehreren Omega-3-Fettsäuren	Erhält eine gesunde Hirnfunktion; „hilft Kindern, konzentriert zu bleiben“; fördert die gesunde Entwicklung des Zentralnervensystems	Equazen
Yakult probiotischer Trinkjoghurt	Stärkt die Immunabwehr gegen Krankheitserreger; schützt vor Erkältung	Yakult

Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) hat von den rund 4.000 ihr vorgelegten Health Claims (gesundheits- und nährwertbezogene Aussagen zu Lebensmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln) 1.600 als wissenschaftlich nicht haltbar abgelehnt. Darunter findet sich beispielsweise die Behauptung, dass sogenannter probiotischer Trinkjoghurt die Immunabwehr stärkt. Diese Aussage ist 2013 vom Etikett des Produkts verschwunden.

Quelle: Verbraucherzentrale Hamburg

dukten mit diesen Zusatzstoffen kann sogar gefährlich sein. Da sich die meisten der Claims auf Nährstoffe beziehen, mit denen die Bevölkerung ausreichend versorgt ist, kann eine gesundheitsschädliche Überversorgung drohen. Eine Festlegung von Höchst- oder Obergrenzen für die Verwendung von Vitaminen und Mineralstoffen in Lebensmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln ist deshalb dringend erforderlich.

**Behörde prüft Nachweise.** Positivliste und Nährwertprofil sind die beiden Säulen der Health Claims-Verordnung. Diese definierten Standards sollen in allen Mitgliedstaaten gelten. Der Wortlaut der Claims ist zudem genau festgelegt. Sie dürfen zum Beispiel keine arzneiliche Wirkung suggerieren oder Heilung versprechen. Für Health Claims, die sich auf Kinder beziehen, gelten noch strengere Regeln: Hier sind nur für sehr wenige Nährwerte Gesundheitsaussagen erlaubt. Laut der EU-Verordnung müssen sich Health Claims auf wissenschaftliche Nachweise stützen und vom durchschnittlichen Verbraucher verstanden werden. Für die Prüfung der wissenschaftlichen Nachweise ist die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) zuständig. Die Hersteller haben der EFSA in den letzten Jahren rund 4.000 Claims vorgelegt. Davon hat die EFSA 1.600 als wissenschaftlich nicht haltbar abgelehnt, 262 als erwiesen eingestuft und weitere 2.000 noch nicht bewertet. Die Europäische Kommission ist zuständig für die Zulassung von Health Claims. Sie legt zudem auf Grundlage der Vorschläge der EFSA die Nährwertprofile fest. Fett, gesättigte



**Kritischer Blick gefragt:** Gesundheitsversprechen auf Lebensmittelpackungen entpuppen sich bisweilen als wissenschaftlich nicht haltbar.

Fettsäuren, trans-(teilweise gehärtete) Fettsäuren, Zucker und Natrium/Salz haben sich in diesem Zusammenhang als „disqualifizierende Nährstoffe“ erwiesen.

Das EU-Register ist erstmals im Mai 2012 mit 222 erlaubten Health Claims veröffentlicht worden und wird ständig erweitert. Für viele eingereichte Aussagen konnten die Hersteller keinen wissenschaftlichen Nachweis erbringen. Seit Dezember 2012 darf deshalb beispielsweise nicht mehr damit geworben werden, dass ein Schwarztee die Konzentrationsfähigkeit fördert oder ein Cranberrysaft das Risiko für Harnwegsinfektionen senkt (siehe Tabelle auf Seite 12).

**Vor Gericht gescheitert.** Doch trotz strenger Regeln für die Health Claims versuchen Hersteller mit Gesundheitsaussagen zu werben, auch wenn die Produkteigenschaften dagegen sprechen. So zog beispielsweise Dextro Energy mit seinen Traubenzucker-Plättchen und deren angeblichen gesundheitlichen Vorzügen vor den Europäischen Gerichtshof. Der Europäische Gerichtshof wies die Klage des Herstellers aus Nordrhein-Westfalen im Sommer 2017 ab. Dextro Energy wollte die Zuckertafelchen mit Aussagen wie „Glukose unterstützt die normale körperliche Betätigung“ anprei-

sen. Die EU-Kommission hatte dies nicht zugelassen. Dagegen klagte das Unternehmen und berief sich unter anderem auf eine wissenschaftliche Expertise, die den Nutzen von Traubenzucker für körperliche Betätigung bestätigte. Selbst die EFSA war der Ansicht, dass die Aussagen richtig und weitere formale Kriterien erfüllt seien. Die EU-Kommission hielt aber dagegen, denn grundsätzlich werde empfohlen, weniger Zucker zu verzehren. Die Luxemburger Richter hatten der Kommission deshalb Recht gegeben: Die Werbung sende „ein verwirrendes Signal an die Verbraucher“.

Der Handlungsbedarf ist damit offensichtlich. Die Lebensmittellobby hält jedoch dagegen. Mitte April 2016 haben die Abgeordneten des EU-Parlaments in einer Abstimmung sogar für die Streichung der Nährwertprofile aus der Health Claims-Verordnung gestimmt. Sollte das Gesetz werden, ist der Irreführung durch die Lebensmittelindustrie Tür und Tor geöffnet. Hochkalorische Produkte haben ähnlich wie Tabak eine starke Lobby. Die Gesundheit der Bürger nicht – sie kommt erst an zweiter Stelle. ■

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

### Webtipps

- [www.bmel.de](http://www.bmel.de) > Sichere Lebensmittel > Lebensmittelkennzeichnung > Pflichtangaben
- [www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de) > Lebensmittelsicherheit > Ernährungsrisiken > Health Claims
- [www.bvl.bund.de](http://www.bvl.bund.de) > Lebensmittel > Für Antragsteller und Unternehmen > Gesundheitsbezogene Aussagen/Health Claims
- <http://ec.europa.eu> > European Commission > Food safety > Food > Labelling and nutrition > Health and nutrition claims > EU-Register
- [www.vzhh.de](http://www.vzhh.de) > Themen > Ernährung und Lebensmittel > Aktuelles > Health Claims

# Viel Gymnastik gegen Rücken

Schwache Muskeln, schlappe Bänder – wegen fehlender Bewegung und falscher Belastung leiden viele Menschen unter Rückenschmerzen. Was ihnen Ärzte dagegen verordnen, dokumentiert der aktuelle Heilmittelbericht. **Von Andrea Waltersbacher**

**Der Schmerz kommt plötzlich.** Meist passiert es bei einer Alltagsbewegung wie Bücken oder Heben. Der Schmerz fährt plötzlich und schneidend in den unteren Rücken. Die Betroffenen können sich oft nicht mehr aufrichten oder nur noch humpelnd fortbewegen. Für diese verbreitete Art des plötzlichen Rückenschmerzes, der auch ins Bein ausstrahlen kann, hat der Volksmund einen sehr bildhaften Ausdruck: Hexenschuss. Schuld am Hexenschuss, den die Mediziner Lumbago nennen, sind verspannte Muskeln und gereizte Nerven.

Aber auch im Nacken und im Bereich der Brustwirbelsäule können Schmerzen auftreten, für die der Arzt keine spezifischen Ursachen wie beispielsweise Wirbelkanalstenosen, Bandscheibenvorfälle oder entzündliche Prozesse findet. Rückenschmerzen, die nicht auf eine Erkrankung zurückgehen, sondern auf eine vorübergehende Störung der Funktion von Muskulatur, Sehnen oder Faszien (Weichteilkomponenten des Bindegewebes), werden als unspezifische Rückenschmerzen bezeichnet und mit ICD-M54 kodiert. Sie sind der häufigste Rückenschmerz.

## Häufig arbeitsunfähig wegen Rücken.

Wie weit verbreitet Rückenschmerzen ohne spezifische Krankheitsursache sind, belegt der neue Heilmittelbericht, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) kürzlich herausgegeben hat. Danach wurde im Jahr 2016 bei knapp 27 Prozent der AOK-Versicherten mindestens einmal während eines Besuches beim niedergelassenen Arzt die ICD-M54 Rückenschmerzen dokumentiert. Auf diese Diagnose entfallen im Durchschnitt auch knapp zwei der insgesamt 19,4 jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage je AOK-Mitglied.



Gerade sitzen und kräftig ziehen: Übungen für die Muskulatur helfen dabei, Kreuzbeschwerden vorzubeugen.

Nach ein paar Tagen ist ein Hexenschuss in der Regel ausgeheilt, die Schmerzen wieder verschwunden. Auch andere funktionelle Störungen im Zusammenspiel der Sehnen mit dem Muskelapparat treten meist nur als kurze Episode auf. Ein Indiz dafür ist, dass rund 43 Prozent dieser Patienten den Arzt nur in einem der vier Quartale 2016 deswegen aufgesucht hat.

**Schonen ist das falsche Rezept.** Als Hauptursache für Rückenschmerzen gilt der zunehmende Bewegungsmangel, aber auch eine einseitige Belastung: Die meisten Menschen fahren mit dem Auto oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit und üben Sitz- oder Stehverufe mit einseitigen Bewegungen aus. Der menschliche Körper ist aber für viel mehr Bewegung ausgelegt. Muskelgruppen – insbesondere die Beugemuskulatur – verkürzen sich bei einseitiger oder fehlender Belastung, und der muskuläre Gegenspieler wird überdehnt. Über diese

Störung wird das Gehirn von den Nerven mit einem Schmerz gewarnt. So bauen sich die Schmerzen über einen längeren Zeitraum auf, oder eine plötzliche Überlastung zerrt an untrainierten Muskeln. Werden dabei Nerven beeinträchtigt, wird es sehr schmerzhaft für die Betroffenen.

Tritt dieser Schmerz das erste Mal auf, sind die Patienten alarmiert. Nicht immer reicht es, mithilfe von Schmerzmitteln und Kälte- oder Wärmebehandlung beweglich zu bleiben, um die akute Störung und den Schmerz wieder loszuwerden: Rund 1,4 Millionen AOK-Versicherte erhielten vom Arzt zusätzlich eine Physiotherapie verordnet, um den Auslöser der unspezifischen Rückenschmerzen zu behandeln oder den Schmerz zu lindern. Obwohl auch schon Kinder und Jugendliche unter unspezifischen Rückenschmerzen leiden, ist die am meisten betroffene Altersgruppe die der 45- bis 60-Jährigen. Hier liegt die Rate der behandelten AOK-Versicherten mit un-

spezifischen Rückenschmerzen zwischen neun und elf Prozent. Von den Anfang 50-Jährigen war im Jahr 2016 mehr als jeder Zehnte (10,7 Prozent) mindestens einmal als Rückenschmerzpatient bei einem Physiotherapeuten.

### Geschlechtsspezifische Unterschiede.

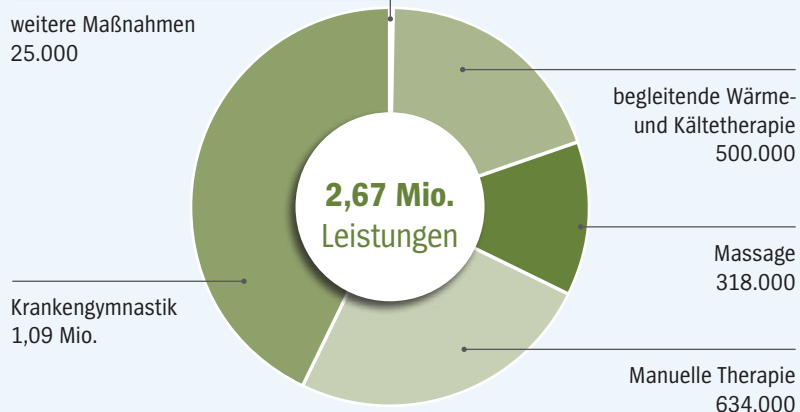
Über nahezu alle Altersgruppen hinweg sind Frauen häufiger von unspezifischen Rückenschmerzen betroffen und erhalten auch entsprechend öfter eine Physiotherapie. Während die durchschnittliche Behandlungsrate der AOK-Versicherten bei 5,4 Prozent liegt, ist sie bei den Frauen mit 6,9 Prozent 1,8mal höher als bei den Männern (3,9 Prozent). Nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist zunächst ein Absinken der Prävalenz- und Behandlungsraten zu beobachten. Aber bei den Anfang 70-Jährigen steigt die Rate wieder an, und mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer physiotherapeutisch behandelt (Frauen: 11,7 Prozent, Männer: 5,2 Prozent).

Die Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen machten 2016 nahezu ein Drittel aller physiotherapeutisch versorgten AOK-Versicherten aus (31,5 Prozent). Sie sind damit die mit Abstand größte Patientengruppe in der Praxis der Physiotherapeuten und wurden 2016 mit 2,7 Millionen physiotherapeutischen Leistungen versorgt. Das ist gut ein Fünftel aller physiotherapeutischen Leistungen für AOK-Versicherte (21,1 Prozent). Sieht man von Wärme- oder Kältebehandlungen ab, die ergänzend zur eigentlichen Maßnahme in knapp einem Viertel aller Fälle verordnet wurden, entfiel über 40 Prozent der Leistungen auf die Krankengymnastik (siehe Grafik auf dieser Seite). Knapp 30 Prozent der Behandlungen erfolgten mit Manueller Therapie, knapp

### Lese- und Webtipps

- Heilmittelbericht 2017. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Download unter [www.wido.de](http://www.wido.de) > Heilmittel > Heilmittel-Analysen
- Informationen zu Rückenschmerzen und Rückengesundheit mit interaktivem Trainingsprogramm: [www.aok-rueckenaktiv.de](http://www.aok-rueckenaktiv.de)
- Übungstipps für den Arbeitsplatz und für zu Hause: <https://rueckenaktivimjob.aok-bgf.de>

## Krankengymnastik ist der Renner



Im Jahr 2016 erhielten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen fast drei Millionen physiotherapeutische Leistungen verordnet. Der größte Anteil entfiel mit rund einer Million Verordnungen auf die Krankengymnastik.

Quelle: Heilmittelbericht 2017

15 Prozent waren Massagen. Weitere Maßnahmen wie Elektrotherapie oder Traktion spielen nur eine marginale Rolle. Bei der Wahl der angewendeten Maßnahmen gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

**Behandlung meist von kurzer Dauer.** Bei 77 Prozent der physiotherapeutisch behandelten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen bleibt es 2016 bei einer einmaligen Verordnung. Lediglich ein kleiner Teil (fünf Prozent) erhielt dauerhaft, also in drei oder vier Quartalen des Jahres, eine physiotherapeutische Behandlung wegen unspezifischer Rückenschmerzen. Bei nur einem guten Drittel dieser langwierigen Behandlungsfälle diagnostizierten Ärzte eine chronische Schmerzstörung. Im Alter nehmen die beobachteten Fälle unspezifischer Rückenschmerzen im allgemeinen ab. Schmerzen wegen struktureller Wirbelsäulenleiden wie Bandscheibenvorfälle, Spondylopathien oder Osteoporose nehmen hingegen zu.

Neben den unspezifischen Rückenschmerzen dokumentiert der aktuelle Heilmittelbericht zudem das physiotherapeutische Leistungsspektrum bei Patienten mit Schulterläsionen, Knie- und Hüftproblemen, Skoliose und weiteren Diagnosen. Hier entfielen insgesamt 13 Millionen physiotherapeutische Leistungen mit fast 90 Millionen Be-

handlungssitzungen auf AOK-Versicherte. Insgesamt analysiert der vom WIdO jedes Jahr herausgegebene Bericht die Heilmittelverordnungen aller 70,7 Millionen gesetzlich Krankenversicherten. Der Bericht zeigt das Versorgungsgeschehen für die vier in den Bereichen Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie und Podologie (medizinische Fußpflege), den Umsatz sowie die regionale Inanspruchnahme auf. Auch stellt er für die rund fünf Millionen AOK-Versicherten, die Heilmittel verordnet bekommen haben, die Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht sowie Maßnahmen und verordnungsauslösende Diagnosen dar – auch mit Tabellen und Abbildungen.

**Training für ein starkes Kreuz.** Weil die Ursachen der unspezifischen Rückenschmerzen in allgemeiner Bewegungsarmut, einseitiger Belastung und ungünstiger Haltung bei den Verrichtungen des (Arbeits-)Alltags gesehen werden, bietet die AOK im Internet auf einem speziellen Portal Tipps und Programme zur Unterstützung der Rückengesundheit an (siehe Kasten „Lese- und Webtipps“). ■

**Andrea Waltersbacher** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Betriebliche Gesundheitsförderung, Heilmittel und ambulante Bedarfsplanung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Kontakt:** [Andrea.Waltersbacher@wido.bv.aok.de](mailto:Andrea.Waltersbacher@wido.bv.aok.de)

# Brüssel sieht noch Luft nach oben

Die EU-Kommission hat Gesundheitsprofile für die Mitgliedsländer veröffentlicht. Sie sind als Anregung für die nationale Gesundheitspolitik gedacht. Der Bericht für Deutschland fällt positiv aus, legt aber auch den Finger in bekannte Wunden. **Von Thomas Rottschäfer**

**Auf 17 Seiten attestiert** das Länderprofil Deutschland im Grundsatz „einen großzügigen Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung“. Die Gesundheitsversorgung sei erschwinglich: „Die Patienten zahlen nur ungefähr 13 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche, und damit weniger als im EU-Durchschnitt (15 Prozent).“ Nur in Frankreich, Luxemburg und in den Niederlanden ist dieser Wert geringer.

**Kurze Wege zur Behandlung.** Die Dichte an Ärzten, Krankenpflegern und Kliniken hierzulande gehört zu den höchsten in Europa. Sie gewährleistet laut Profil, dass etwa die Hälfte der Bevölkerung innerhalb von zehn Minuten mit dem Auto ein Krankenhaus erreichen kann; in fast 100 Prozent der Fälle ist dies in einer halben Stunde möglich. Ebenfalls für die Hälfte der Bevölkerung ist der nächste Allgemeinarzt höchstens einen Kilometer entfernt. Selbst in ländlichen Gebieten beträgt die Entfernung unter fünf Kilometer. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt weist mit 11,2 Prozent den höchsten Wert in der Europäischen Union (EU) auf. Im Jahr 2015 lagen die Gesundheitsausgaben (inklusive Pflege) bei 3.996 Euro pro Kopf und damit 43 Prozent über dem EU-Durchschnitt von 2.797 Euro.



**Nase vorn bei Arztkontakten.** Die hohen Ausgaben haben auch etwas damit zu tun, dass die Menschen in Deutschland im Schnitt zehn Mal im Jahr zu einem Arzt gehen – öfter als dies in den meisten anderen EU-Ländern der Fall ist. Bei den Krankenhauseinweisungen liegt die Bundesrepublik mit 255 pro 1.000 Einwohner EU-weit an dritter Stelle hinter Österreich und Bulgarien.

Gemessen an den vergleichsweise sehr guten Rahmenbedingungen bewerten die Menschen in Deutschland ihre Gesundheit jedoch eher unterdurchschnittlich. Bei den Angaben zum eigenen Gesundheitszustand gibt es zudem einen auffallenden Unterschied zwischen den Einkommensgruppen: Im oberen Fünftel bezeichnen 78 Prozent ihren Gesundheitszustand als gut, im Bevölkerungsfünftel mit den niedrigsten Einkommen

sind es dagegen nur etwas mehr als die Hälfte der Menschen (51 Prozent).

Die Lebenserwartung in Deutschland liegt mit 80,7 Jahren leicht über dem EU-Schnitt (80,6 Jahre). Das entspricht Platz 18 in der Union und liegt deutlich unter den Werten von Spanien (83 Jahre), Italien (82,7), Frankreich und Luxemburg (jeweils 82,4).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind hierzulande nach wie vor die häufigsten Todesursachen. In der „Rangliste“ krankheitsbedingter Todesursachen haben Alzheimer und andere Demenzerkrankungen jedoch einen deutlichen Sprung von Rang 21 im Jahr 2000 auf Platz fünf im Jahr 2014 gemacht (siehe Grafik auf Seite 17).

**Ungesunde Lebensweisen.** Verhaltensbedingte Risikofaktoren bleiben ein ernstes Problem, insbesondere mit Blick auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Für das Berichtsjahr 2015 führen die Wissenschaftler bis zu 28 Prozent der Krankheitslast in Deutschland auf ungesunde Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und zu wenig Bewegung zurück. Die Zahl der Menschen mit Adipositas habe sich seit 2003 um ein Drittel erhöht. Inzwischen gelten hierzulande 16 Prozent der Einwohner als fettleibig.

**Mittelmaß bei Qualität.** Das deutsche Gesundheitssystem trägt laut Bericht effektiv dazu bei, Sterbefälle zu verhindern, die durch eine rechtzeitige und wirksame medizinische Versorgung vermeidbar sind, darunter Brustkrebs oder koronare Herzerkrankungen. Dennoch seien im Analysejahr 2014 immer noch zehn Prozent aller Sterbefälle (87.000) durch bessere Qualität und eine rechtzeitigere Versorgung vermeidbar gewesen. Als mögliche Ursache führt der Bericht

## Lesetipp

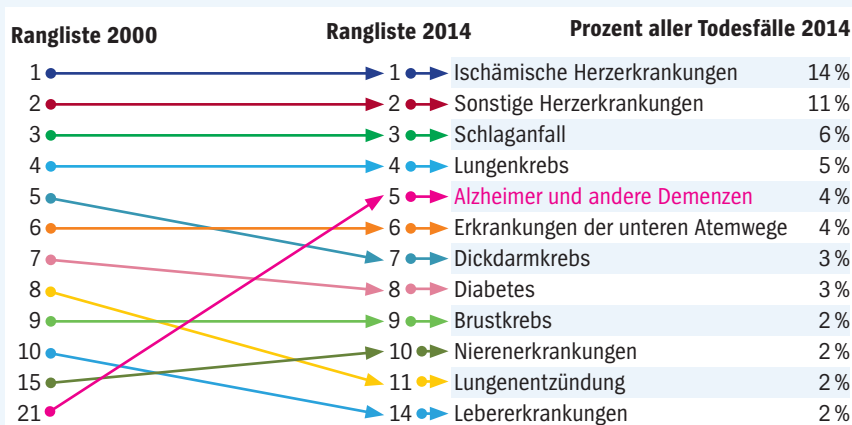
Die verständlich formulierten und durch viele Grafiken ergänzten Länderprofile hat die EU-Kommission in Zusammenarbeit mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (OSE) erstellt. Jedes Profil zeigt übersichtlich die Gesundheitssituation des Landes, die Organisation und Wirksamkeit des Gesundheitssystems sowie Einflussfaktoren auf die Gesundheit auf. Die Berichte sollen künftig alle zwei Jahre erscheinen.

Länderprofile und Begleitbericht online: [https://ec.europa.eu/health/state/summary\\_de](https://ec.europa.eu/health/state/summary_de)



## Verschiebungen bei den häufigsten Todesursachen

### Gründe für Sterblichkeit nach Häufigkeit aufgelistet



Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen in Deutschland noch immer die meisten Todesfälle: bei den Frauen 42 Prozent, bei den Männern 35 Prozent. Krebserkrankungen haben einen Anteil von 23 Prozent bei Frauen und 29 Prozent bei Männern. In absoluten Zahlen liegen Sterbefälle durch Alzheimer und andere Demenzen weit darunter. Doch aufgrund der älter werdenden Bevölkerung ist deren prozentualer Anteil seit dem Jahr 2000 deutlich gestiegen. Im Jahr 2014 nahm er bereits Rang 5 der Todesursachen ein.

Quelle: Eurostat-Datenbank

an, dass stationäre Leistungen häufig durch kleine Krankenhäuser erbracht werden, in denen es oft an den für eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlichen personellen Ressourcen und der technischen Ausstattung fehle. Fazit: „Die Qualität der Versorgung ist bei der Krankenhausplanung bisher relativ wenig berücksichtigt worden.“

**Kritik an Sektorendenken.** „Angesichts des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt könnte man erwarten, dass sich Deutschland auch bei Qualität und Effizienz in der Spitzengruppe befindet. Doch das ist nicht der Fall“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Der EU-Bericht führt einen Mangel an Kontinuität und Koordinierung auf die starke Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Behandlung zurück. Als Schritt in die richtige Richtung werden der Aufbau der Disease-Management-Programme und neue Modelle der integrierten Versorgung genannt, die insbesondere chronisch kranken Menschen zu Gute kommen.

**Mehr Prävention bitte.** Im Begleitbericht „Gesundheitszustand in der EU 2017“ betont der EU-Gesundheitskommissar, Vytenis Andriukaitis, die Rolle einer starken Primärversorgung, „um die Patienten effizient durch das Gesundheits-

system zu steuern“. Mehr Wert müssten die EU-Staaten auch auf Gesundheitsförderung und Prävention legen. Andriukaitis: „Wir geben nur drei Prozent unserer Gesundheitsbudgets für Prävention aus, im Vergleich zu 80 Prozent für die Behandlung von Krankheiten.“

Bei der Zahl der Krankenhausbetten steht Deutschland unangefochten an der EU-Spitze: Mit 813 Betten pro 100.000 Einwohner liegt der Wert 58 Prozent über dem Unionsschnitt. Durch die auf Betten bezogene Personalquote könne man leicht übersehen, dass die Zahl der Klinikärzte seit Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung im Jahr 2004 um 30 Prozent gestiegen ist.

„Man muss nüchtern feststellen, dass wesentlich mehr Ärzte und Pflegepersonal je Bett zur Verfügung stünden, wenn die Überversorgung in Deutschland deutlich abgebaut würde“, sagt van Lente. „Der oft beklagte Personalmangel wäre damit beseitigt – bei gleichbleibenden Gesamtkosten. Finnland und Dänemark haben die Bettenzahl laut EU-Bericht in den letzten 15 Jahren um mehr als 40 Prozent reduziert, Deutschland lediglich um elf Prozent.“

**Hemmschuh Selbstverwaltung.** Der Blick der Gesundheitsökonominnen auf das deutsche System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist ambivalent. Einerseits bewerten sie es als stabilisierenden

Faktor, der den staatlichen Einfluss begrenzt. Auf der anderen Seite sei zunehmend zu beobachten, dass sich die Selbstverwaltung aufgrund gegensätzlicher Interessen blockiere und dadurch strukturelle Reformen für mehr Qualität und Effizienz behindere.

Kritisch bewertet der Länderbericht auch das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Deutschland bilde innerhalb der EU eine Ausnahme, indem es Besserverdienern den Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlaube: „Dies widerspricht dem Solidarprinzip, das der GKV innewohnt und nach dem die Beiträge von der Zahlungsfähigkeit abhängen, die Leistungen aber nach Bedarf bereitgestellt werden.“

**Kein Weiter so.** „Gesundheitspolitik liegt in nationaler Verantwortung“, betont AOK-Europaexperte van Lente. „Das Gesundheitsprofil ist insofern nur ein Denkanstoß – aber ein durchaus guter mit klarer Botschaft an die deutsche Politik: Ein Weiter so in der Gesundheitspolitik bringt Deutschland keine Spitzenposition in Sachen Qualität ein. Notwendig sind tiefgreifende Reformen und eine starke politische Führung, die alle Interessen zusammenbringt.“ ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Kontakt: info@satzverband.de

# Experten der eigenen Gesundheit

In der Selbsthilfe geben Menschen ihr Erfahrungswissen über Krankheiten an andere weiter und verbessern so die Gesundheitskompetenz in Deutschland. Gute Beispiele dafür prägten ein Symposium des AOK-Bundesverbandes. **Von Anne Orth**

**Die Funktion eines Neuwagens** wird im Verkaufsgespräch oft besser erklärt als eine schwerwiegende Diagnose – diese Erfahrung hat Frank Michler gemacht, bei dem die Ärzte vor sechs Jahren Morbus Parkinson feststellten. Daran erkranken mitunter auch junge Menschen, manche schon im Alter von 24 Jahren.



89 Prozent der chronisch Kranken wenden sich mit Gesundheitsfragen an ihren Arzt.

„Die Diagnose erschlägt einen, man denkt, dass das Leben vorbei ist“, erinnert sich Michler, Vorstand des Vereins „Jung und Parkinson (JuP)“. Diesen Moment der Verzweiflung greift ein Image-Video auf der Website von JuP auf. Die vor vier Jahren gegründete Selbsthilfegruppe will Betroffene aber nicht nur in ihrer Not auffangen, sondern ihnen im Netz auch fundierte Informationen zu ihrer Erkrankung zur Verfügung stellen. „Denn für Menschen, die ihr Zuhause oft nicht verlassen, sind virtuelle Angebote besonders wichtig“, sagte Michler auf der Fachtagung „Selbsthilfe macht schlau“ des AOK-Bundesverbandes in Berlin.

**Informationen verständlich vermitteln.** Bei der Veranstaltung diskutierten rund 140 Experten und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen über die Frage, wie

sich die Gesundheitskompetenz der Menschen weiter stärken lässt – etwa durch eine bessere Vernetzung der Selbsthilfe mit dem professionellen Gesundheitssystem. Die Mitglieder von JuP finden auf der Website beispielsweise Referate von Experten sowie Informationen über gängige Behandlungskonzepte und Arznei-

mittel. Viele nutzen zudem die Möglichkeit, sich in einem Chat und in Foren auszutauschen. Das begrüßt Claudia Schick, Referentin für Selbsthilfe im AOK-Bundesverband: „In der Selbsthilfe geben chronisch Erkrankte oder ihre Angehörigen ihr Erfahrungswissen zu einer Erkrankung verständlich weiter und klären andere Betroffene über Möglichkeiten auf, mit ihrer Krankheit im Alltag umzugehen. Damit fördern sie ihre eigene Gesundheitskompetenz und die anderer Betroffener.“ Allerdings zeigt eine Studie der Universität Bielefeld mit 2.000 Befragten, dass 54 Prozent der Gesamtbevölkerung sich schwertun, verlässliche Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden. In der Gruppe der chronisch Kranken trifft dies sogar auf 70 Prozent zu, betonte Dr. Eva-Maria Berens, Gesundheitswissenschaftlerin an

der Universität Bielefeld. Wenn sie Informationen über Beschwerden und Krankheiten benötigen, wenden sich 89 Prozent der befragten chronisch Kranken an ihren Hausarzt, während 50 Prozent einen Facharzt ansprechen. Allerdings gaben 63 Prozent an, die Erklärungen der Fachärzte nicht richtig verstanden zu haben, 51 Prozent hatten Probleme mit Erläuterungen des Hausarztes. „Um das zu ändern, sollten die Profis im Gesundheitswesen Informationen verständlicher vermitteln“, forderte Berens.

**Dialog mit den Aktiven.** Auch die AOK setzt sich dafür ein, die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken. Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, wies darauf hin, dass die AOK 2016 gemeinsam mit der Universität Bielefeld, der Robert Bosch Stiftung sowie der Hertie School of Governance den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen hat. Um das Thema voranzubringen, unterstützt die AOK zudem den Aufbau einer Nationalen Koordinierungsstelle für Gesundheitskompetenz. Die Leiterin der Koordinierungsstelle, Dr. Dominique Vogt, setzt auf den Dialog mit der Selbsthilfe. Ziel sei zudem, Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus Projekten aufzubereiten und weitere Forschung anzuregen. Die Gesundheitskompetenz zu stärken, sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der die Selbsthilfe eine wichtige Rolle spiele, sagte Vogt. ■

**Anne Orth** ist Journalistin mit Schwerpunkt Medizin und Gesundheitspolitik in Berlin.

## Mehr Infos

G+G-Spezial 12/17: Wissen für alle.  
[www.aok-selbsthilfe.de](http://www.aok-selbsthilfe.de)

# „Das wichtigste Hilfsmittel ist die Zeit“

Manche Patienten laufen jahrelang von Pontius zu Pilatus, bis sie die richtige Diagnose bekommen. Eine gründliche Anamnese und die Analyse von Datenbanken helfen, seltene und unerkannte Krankheiten schneller aufzudecken, sagt **Jürgen Schäfer**.

**Herr Professor Schäfer, warum dauert es manchmal lange, bis Ärzte eine Diagnose stellen können?**

**Schäfer:** An Herzinfarkt oder Gallenkolik denkt jeder Arzt sofort. Aber seltene Erkrankungen wie einen Morbus Addison, ein Cushing Syndrom oder eine Porphyrrie sehen die niedergelassenen Kollegen nicht so häufig und haben sie deshalb nicht gleich im Blick. Nach Berechnungen von Experten warten 30 Prozent aller Patienten mit seltenen Erkrankungen mehr als fünf Jahre auf eine Diagnose. 40 Prozent dieser Patienten bekommen zunächst eine Fehldiagnose.

**Sind es eher die Patienten und Angehörigen oder die Ärzte, die nachhaken?**

**Schäfer:** An unser Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen wenden sich beide Gruppen. Wegen der großen Zahl der Anfragen – 7.000 seit der Gründung 2013, wovon wir etwa 1.000 pro Jahr bearbeiten – nehmen wir bevorzugt Patienten, die uns Hausärzte zuweisen.

**Wie oft ist eine unerkannte Krankheit auch eine seltene Krankheit?**

**Schäfer:** Uns beschäftigen mehr Patienten mit unerkannten als mit tatsächlich seltenen Erkrankungen. Eine nicht erkannte Bilharziose beispielsweise ist bei 200 Millionen Fällen weltweit keine seltene Erkrankung. In Deutschland kommt sie aber selten vor und wird hier deshalb oft nicht erkannt. Einer unserer Patienten hatte eine Bilharziose, ohne je in den Tropen gewesen zu sein. Es stellte sich heraus, dass er sich als Hobby-Aquarist über Garnelen aus tropischen Ländern mit der Krankheit infiziert hatte. Solche Dinge gibt es, aber man denkt zunächst nicht daran. Manch-

mal ist die Diagnose durchaus kompliziert, und wir brauchen das gesamte Hightech-Equipment einer modernen Uniklinik, um zu einer Diagnose zu kommen. Manchmal empfehlen wir aber auch nur, die durchgelegene Matratze auszutauschen, die Schlafapnoe abzuklären oder die Hormonspirale entfernen zu lassen.

mit seltenen, komplexen Erkrankungen eine Anlaufstelle. Das ist keine Forschungsaufgabe, das ist ein Versorgungsauftrag. Wir brauchen aber auch eine engere Verknüpfung zwischen Forschung und Patientenversorgung. Die seltenen Erkrankungen können so zum Ideengeber und Innovationstreiber werden.



Seltene Erkrankungen können zum Ideengeber und Innovationstreiber werden.

Prof. Dr. Jürgen Schäfer

**Was müssen Ärzte können, um schnell und sicher zu diagnostizieren?**

**Schäfer:** Sie brauchen Interesse und eine gewisse Hartnäckigkeit, um nach seltenen Krankheitsbildern aktiv zu suchen. Computerunterstützung ist ganz wichtig: Erkrankungen wie das Friedman-Goodman-Syndrom, das weltweit 18-mal diagnostiziert worden ist, finden wir nur, wenn wir große Datenbanken durchforsten. Dazu nutzen wir Suchmaschinen wie FindZebra oder Orpha.net. Aber das wichtigste Hilfsmittel ist die Zeit. Wir sitzen zum Teil tagelang, um dicke Aktenordner mit Befunden zu analysieren. Deshalb sollten Kliniken einen bestimmten Prozentsatz von Patienten aufwandsgerecht abrechnen dürfen. Wenn es flächendeckend an großen Kliniken eine Art Kümmerer-Station gäbe, eine allgemeine innere Poliklinik, hätten Patienten

**Wie vermitteln Sie Ihren Studierenden die Diagnostik-Kompetenzen?**

**Schäfer:** Wichtig sind die Strategien zur Diagnosefindung: richtig hinzuschauen, wahrzunehmen, zu fühlen, zu riechen, die Untersuchung, das Gespräch. Was nützt mir ein hochmodernes Herzkatheterlabor, wenn ich Leute auf den Tisch zerze, die eine Blinddarmentzündung haben? Trotz unserem Commitment zur Hightech-Medizin – letztendlich ist die gründliche Anamnese der Schlüssel zum Erfolg. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person

**Prof. Dr. Jürgen Schäfer**, Kardiologe, leitet das Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen am Universitätsklinikum Marburg.  
**Kontakt:** zuse@uk-gm.de



# Ein Auge auf die Schwachen

Zynismus, Vernachlässigung oder gar körperliche Gewalt gegenüber hilflosen, pflegebedürftigen Menschen ist keine Seltenheit, wie eine aktuelle Umfrage unter Pflegekräften zeigt. **Eva Richter** hat Beispiele gesammelt, geht den Ursachen nach und plädiert für eine neue Kultur des Hinschauens.

**D**er monströse Fall des ehemaligen Krankenpflegers und Patienten-Serienmörders Niels H. aus Niedersachsen wirft ein Schlaglicht auf ein Problem, das bislang vor allem in Fachkreisen diskutiert wird: Gewalt in der Pflege. H. wurde bereits in sechs Fällen wegen Mordes lebenslang verurteilt, nach Abschluss weiterer toxikologischer Untersuchungen gehen die Ermittler inzwischen von 106 Toten aus. Einzelfall – oder Spitze des Eisbergs? Wie verbreitet ist Gewalt in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern? Eine aktuelle Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung stellt fest: Erfahrungen von Gewalt gegen Pflegebedürftige gehören für beruflich

Pflegende zum Alltag. Dennoch werden sie in den Einrichtungen noch zu selten aufgearbeitet. Zeit für eine neue Kultur des Hinschauens.

**Verrohung der Sprache ist ein Indiz.** Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt gegenüber älteren Menschen als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“. Gewalt ist vielschichtig: Eine verächtliche Sprache zählt ebenso dazu wie Vernachlässigung, freiheitsentziehende Maßnahmen und körperliche Gewalt. Der Salzburger Pflegewissenschaftler

Jürgen Osterbrink (*siehe Interview auf Seite 23*) erkennt in einer zunehmenden Verrohung der Sprache ein erstes wichtiges Indiz: „Da fallen zum Beispiel Bemerkungen wie ‚Wer mir auf die Nerven geht, der bekommt ein Gratisbett beim lieben Gott‘. Da sollten bei den Kollegen und der Pflegedienstleitung alle Alarmglocken schrillen.“ Auch Vernachlässigung bei der Pflege ist eine Form von Gewalt, beschreibt Osterbrink, der jahrelang als Fachpfleger auf Intensivstationen gearbeitet hat: „Ein Pfleger auf der Intensivstation war immer besonders schnell fertig mit dem Waschen der Patienten. Befragt, wie er das so schnell schafft, sagte er: ‚Ich sprühe die ab mit Franzbranntwein, dann riechen sie wieder gut.‘“

**Vier Fälle werfen Fragen auf.** Der Schritt zur körperlichen Gewalt ist dann manchmal nur noch klein. Das zeigen folgende vier Beispiele aus dem Pflegealltag: Ein Altenpflegehelfer misshandelt Ende 2015 mehrere Bewohnerinnen eines Hannoveraner Pflegeheims. Der Mann kommt über eine Zeitarbeitsfirma, da im Heim wegen Erkrankungen Personalnotstand herrscht. Er ist nach eigenen Angaben aufbrausend und kann Stress nicht gut ertragen. In der Nachtschicht muss der Altenpflegehelfer mehr als 40 pflegebedürftige Menschen versorgen. Als die Heimleitung nach der zweiten Nachtschicht von den Übergriffen erfährt, erteilt sie dem Mann Hausverbot und verständigt die Heimaufsicht. Das Amtsgericht verurteilt den Pflegehelfer zu einem Jahr Freiheitsstrafe auf Bewährung.

Eine alte demenzkranke Dame in einem Münsteraner Pflegeheim wird von einer Altenpflegehelferin mehrfach körperlich und verbal attackiert und gedemütigt – kann sich jedoch wegen ihrer Erkrankung nicht dazu äußern. Als die Tochter vermehrt

große Hämatome bei der Mutter entdeckt, schaltet sie die Heimleitung ein, die wiederum den Hausarzt verständigt. Dieser stellt jedoch nur Bagatelverletzungen fest. Die Tochter greift daraufhin zur Selbsthilfe und installiert eine versteckte Kamera. Diese filmt an drei aufeinanderfolgenden Tagen, wie die Altenpflegehelferin die alte Dame schwer misshandelt – sie im Rollstuhl auf den Boden kippt, ihr ein Kissen und ein kotverschmieretes Tuch ins Gesicht drückt. Die Familie erstattet Anzeige, die Heimleitung ist entsetzt, der Mitarbeiterin wird gekündigt.

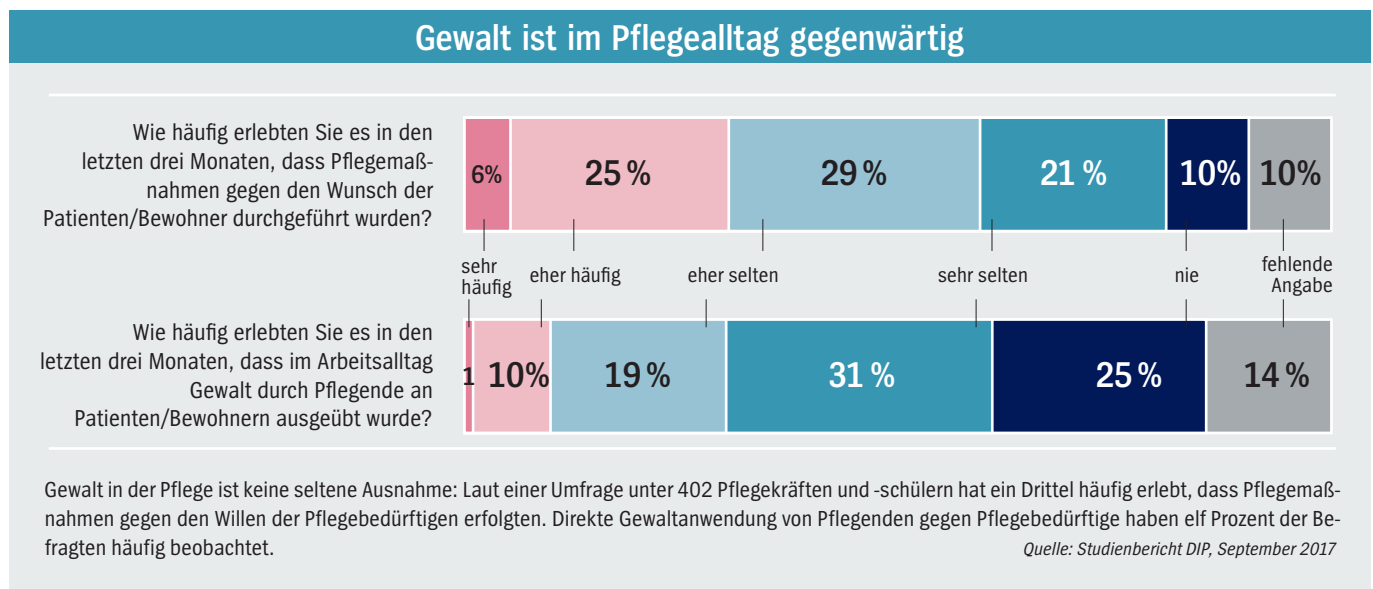
Ein Altenpfleger in einem Hamburger Altenheim wird Ende August 2017 zu sieben Monaten auf Bewährung verurteilt: Er hat eine ältere Heimbewohnerin mehrfach misshandelt. Eine Pflegerin meldet die Vorkommnisse der Heimleitung. Als nichts geschieht, nimmt sie die Schmerzensschreie der alten Dame heimlich mit dem Handy auf.

Zwei Altenpflegehelfer und eine Altenpflegerin eines Pflegeheims

in Lambrecht in der Pfalz stehen seit letztem Sommer wegen Verdachts auf Mord an zwei Heimbewohnerinnen und schweren Misshandlungen vor Gericht. Nach Ansicht der Staatsanwaltschaft agierte das Trio aus Langeweile und nutzte seine Macht gegenüber den wehrlosen Opfern aus. Nachgewiesen wurden die Taten vor allem durch die Auswertung der Mobiltelefone.

Die Fälle – sie ereigneten sich in Heimen unterschiedlicher Trägerschaft – werfen viele Fragen auf: Wie konnte das überhaupt passieren? Was für Menschen arbeiten in Pflegeeinrichtungen? Wieso greifen Einrichtungen auf offensichtlich unqualifiziertes Personal zurück? Warum hat die Heimleitung, einmal auf Probleme hingewiesen, nicht sofort eingegriffen? Wieso sind keiner anderen Pflegekraft verdächtige Hinweise wie Hämatome und andere Verletzungen im Fall der alten Dame aufgefallen?

Es muss mehr anonyme Meldesysteme für kritische Ereignisse geben.



## „Gewalt fängt früh an“



**Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink** ist Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und Director des WHO Collaborating Centres.

**Warum können Menschen wie der kürzlich verurteilte Pfleger Niels H. über längere Zeit unbehelligt Gewalt ausüben?**

**Jürgen Osterbrink:** Auf Station wird meist durchaus registriert, dass irgendetwas nicht stimmt, aber dann nicht genau hingeschaut, nach dem Motto: Was nicht sein darf, kann nicht sein.

**Gewalt ist nicht immer offen erkennbar?**

**Osterbrink:** Gewalt fängt früh an, mit kleinen Gesten. So kann die Pflegekraft das Ess-Tablett direkt neben den Patienten stellen, aber auch auf einen entfernten Tisch. Indizien sind Zynismus und eine rohe, verächtliche Sprache. Der Patient wird als Sache betrachtet. Weitere Anzeichen sind schwer nachweisbare Nachlässigkeiten, beispielsweise beim Waschen des Patienten oder ein ungewöhnlich hoher Medikamentenverbrauch.

**Wer gehört zu den Opfern und wer zu den Tätern?**

**Osterbrink:** Die Opfer sind meist hilfällige, alte Menschen in schlechtem gesundheitlichem Zustand, überwiegend aus bildungsfernen Schichten. Die Täterinnen und Täter stammen zu 86 Prozent aus der Pflege, darunter rund 60 Prozent Pflegefachkräfte und 25 Prozent Pflegehelfer. Rund zwölf Prozent sind Ärzte. Bei den Tätern handelt es sich oft um instabile, schwierige Persönlichkeiten, häufig mit eigenen Gewalterfahrungen.

**Wie lässt sich Gewalt vermeiden oder zumindest verringern?**

**Osterbrink:** Pflegedienstleitungen sollten darauf achten, ob die Menschen wirklich für die Pflege geeignet sind. Eine Rückversicherung bei vorherigen Arbeitgebern ist sinnvoll. Das Team muss gut gemischt sein, damit es nicht zu Cliquesbildungen kommt. Überlastung und Stress können Gewalt begünstigen. Es gehört zur Kunst des Managers, darauf zu achten.

**Was können Kliniken und Pflegeeinrichtungen tun?**

**Osterbrink:** Zunächst geht es darum, Aggression und Gewalt gar nicht erst entstehen zu lassen – durch regelmäßige Schulungen und Supervision. Unabdingbar ist eine explizite Fehlerkultur: Fehler machen ist normal, man kann und muss aber darüber sprechen. Die Sekundärprävention umfasst Deeskalation, wenn Gewalt oder Aggression ausgeübt werden. Bei der Tertiärprävention werden Gewaltvorkommnisse im Nachhinein besprochen. ■

Die Fragen stellte Eva Richter.

**Ursachen und Risikofaktoren für Gewalt.** Das Institut für Rechtsmedizin des Uniklinikums Düsseldorf legte 2013 das Projekt „Prävention von Gewalt in der Pflege“ auf. Die Wissenschaftler gehen darin auf einige dieser Fragen ein. Risikofaktoren für Gewalt sind demnach demenzielle Erkrankungen, störende und aggressive Verhaltensweisen oder geistige Behinderungen der Pflegebedürftigen sowie fehlende Angehörige, Abhängigkeit und soziale Isolation. Ursächliche Faktoren bei den Pflegenden sind Überforderung, mangelnde berufliche Qualifikation, eigene Gewalt(opfer)-Biografie, psychische, finanzielle oder Suchtprobleme. Weitere, strukturelle Ursachen sind eine zunehmende Arbeitsverdichtung und Zeitnot.

In der Praxis werden Ursachen und Vorkommen von Gewalt kaum thematisiert. Eine im September 2017 veröffentlichte Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflege (DIP) bestätigt dies. Die DIP-Forscher befragten 402 Pflegefachkräfte und Pflegeschüler. Rund 68 Prozent gaben an, dass gewalttätiges Verhalten gegenüber Pflegeheimbewohnern sehr selten bis nie aufgearbeitet werde. Nur knapp ein Drittel berichtete, dass das Thema Gewalt in der eigenen Einrichtung thematisiert wird, beispielsweise durch Aktionstage oder Fort- und Weiterbildungen. Und lediglich 23 Prozent sagten, dass es in ihrer Einrichtung ein Deeskalationsmanagement gibt. Dabei ist Gewalt keine Seltenheit: Knapp ein Drittel (31 Prozent) der Pflegekräfte und -schüler gab an, dass Maßnahmen gegen den Willen von Patienten oder Pflegebedürftigen oft vorkamen. Konkrete Gewaltanwendungen beobachteten rund elf Prozent. Nur rund zehn Prozent erklärten, in den zurückliegenden drei Monaten nie Maßnahmen gegen den Wunsch der Patienten/Pflegebedürftigen erlebt zu haben (siehe Abbildung „Gewalt ist im Pflegealltag gegenwärtig“ auf Seite 22).

Eine Studie über Gewalt in der Pflege, die das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) im Sommer 2017 publiziert hat, kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Fast die Hälfte (47 Prozent) von 250 befragten Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten sagte, dass sie „Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege für ein Thema halten, das die stationären Pflegeeinrichtungen vor ganz besondere Herausforderungen stellt“. Zugleich gaben rund 46 Prozent an, dass es in ihren Heimen kein speziell geschultes Personal im Umgang mit Aggression und Gewalt gibt. 28 Prozent sagten, dass Gewaltereignisse nicht im Fehlerberichtssystem angegeben werden könnten.

**Anonyme Meldesysteme erwünscht.** Dabei haben die Pflegekräfte nach eigenem Bekunden großes Interesse an entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten: 78 Prozent wünschen sich laut DIP-Studie hier mehr. Dem stehe jedoch ein nur geringes Bildungsangebot gegenüber, kritisieren fast zwei Drittel (64 Prozent) der Befragten. Die Autoren der DIP-Studie kommen daher zu dem Schluss: Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt muss in Ausbildung und Betrieb dringend intensiviert werden. Benötigt werden „wirksame Angebote der Prävention und Aufarbeitung von jeglichen Gewaltsignalen und -erfahrungen in der Pflege“. Außerdem müsse es mehr anonyme Meldesysteme für kritische Ereignisse geben. So kannten nur knapp 46 Prozent der befragten Pflegekräfte und -schüler solche Anlaufstellen.

Auch die befragten Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten der ZQP-Untersuchung haben einen Wunschkatalog: 74 Prozent halten eine Fehlerkultur in der Einrichtung für sehr wichtig, jeweils 44 Prozent wünschen sich eine bessere fachliche Ausbildung zu den Themen Aggression und Gewalt sowie spezifische Unterstützungsprogramme.

**Handlungsleitfäden für die Praxis.** Umfangreiche und praxisnahe Handlungsleitfäden zur Prävention von Gewalt für Pflege- und Leitungskräfte hat das Institut für Rechtsmedizin an der Uniklinik Düsseldorf erarbeitet. Und eine ganze Reihe von Pflegeeinrichtungen praktiziert bereits Gewaltprävention. Ein Beispiel ist der Paritätische Wohlfahrtsverband Thüringen: „Wir bieten als Verband zahlreiche Fortbildungen zum Thema Gewaltprävention und Kommunikation für die Mitarbeitenden in unseren Mitgliedseinrichtungen an. Auch gibt es in den Einrichtungen viele ‚Räume‘, in denen über erlebte Gewalt gesprochen wird – zum Beispiel bei der Supervision oder in Qualitätszirkeln“, erklärt Pflegereferentin Britta Richter.

Bei der Diakonie Düsseldorf wurde 2013 für die rund tausend Beschäftigten in sieben Pflege- und Alteneinrichtungen ein Leitfaden für den Umgang mit Gewalt in der Pflege entwickelt. Das Thema Gewalt sollte aus der Tabuzone herausgeholt werden. „Die Akzeptanz bei den Mitarbeitern ist sehr gut“, so Christoph Wand, Pressesprecher der Diakonie Düsseldorf. „Wir haben das Gefühl, dass sich im Bewusstsein deutlich etwas geändert hat.“ Der Leitfaden wurde gemeinsam mit Mitarbeitern erstellt. „Wir wollten keinen Top-Down-Ansatz, sondern alle mit einbeziehen.“ Zunächst wurde formuliert, was Gewalt überhaupt ist. Daraus habe sich eine neue Haltung bei den Beschäftigten entwickelt. „Mit diesem Leitfaden hat man jetzt etwas, auf das man sich berufen kann, das ist sehr wichtig.“ Es gab Workshops zur Ge-

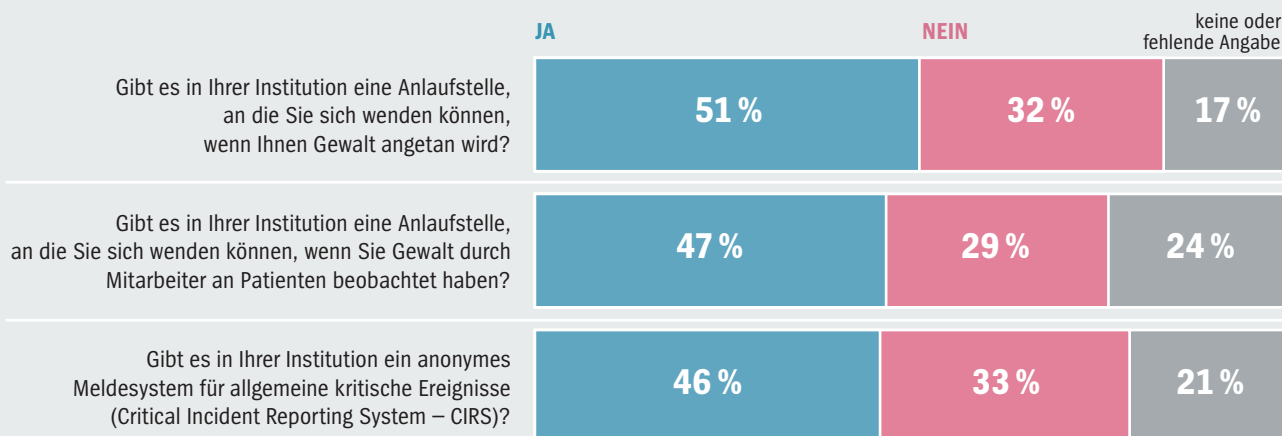
waltprävention, parallel dazu Fortbildungen zum Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen. Dazu wurde ein betriebsinternes Gesundheitsmanagement aufgebaut, mit Gesprächsmöglichkeiten für Pflegende und Anti-Stress-Kursen. „Es geht nicht darum, Menschen anzuklagen, sondern sie zu entlasten. Ihnen die Möglichkeit zu geben, Fehler oder Überforderung zuzugeben, ohne Angst haben zu müssen.“

Genau dieser Punkt ist auch Britta Richter wichtig: „Wir müssen in der Gesellschaft einen offenen Dialog darüber führen, dass es beispielsweise durch Überforderung zu Gewalt kommen kann. Dies hat auch viel mit Entlastung zu tun und der Schaffung von Möglichkeiten, die eigene Überforderung zugeben zu können und im Team nach Lösungen zu suchen.“

**Kliniken unter Druck.** Stichwort „offener Dialog“: In die Öffentlichkeit dringen Missstände in Pflegeeinrichtungen und Kliniken nur gelegentlich. Neueres Beispiel ist die Reportage-Serie des Undercover-Teams um Günter Wallraff. Vor drei Jahren deckte das RTL-Team Missstände in einem Berliner Pflegeheim auf: personell deutlich unterbesetzte Stationen, überlastetes, überfordertes Personal und Pflegebedürftige, die stundenlang in ihren eigenen Ausscheidungen liegen mussten. Dieses Jahr recherchierte das Team erneut. Geändert habe sich fast nichts, so das ernüchternde Fazit der Reportage.

Massiver sind die öffentlichen Reaktionen im Fall des Krankenpflegers und Serienmörders Niels H., der seinen Opfern eine Überdosis an Herzmedikamenten spritzte. Von 1999 bis 2002 war H. am Klinikum Oldenburg, von 2003 bis 2005 im Klinikum Delmenhorst tätig. Obwohl er bereits 2005 aufflog, zogen sich die Ermittlungen bis Ende 2017 hin. Die betroffenen Krankenhäuser zogen daraufhin die Reißleine: Im Klinikum Oldenburg wurde eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

## Fehler und Gewalt: Nachholbedarf bei den Strukturen zur Aufarbeitung



Fehlermeldesysteme und Anlaufstellen für Pflegende, die Gewalt beobachten oder erfahren, sind keine Selbstverständlichkeit: Eine Umfrage unter 402 Pflegekräften und -schülern zeigt, dass lediglich in knapp der Hälfte der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, entsprechende Strukturen vorhanden sind.

Quelle: Studienbericht DIP, September 2017



eingeführt, in der über Todesfälle, aber auch Komplikationen oder Zwischenfälle gesprochen wird. Der Einsatz von Medikamenten wird überwacht und es gibt einen Patientenführer.

Auch im Delmenhorster Krankenhaus, das seit dem Fall Niels H. mit Patientenrückgängen zu kämpfen hat, gibt es Konferenzen zu „unerwünschten Ereignissen“. Der Medikamentenverbrauch auf Station wird genau erfasst. Außerdem gibt es ein Whistleblowing-System, über das Mitarbeiter anonym auf mögliche Missstände hinweisen können. Seit März 2017 wird zudem eine qualifizierte Leichenschau durchgeführt: Nachdem der behandelnde Arzt den Totenschein ausgestellt hat, erfolgt die Leichenschau durch einen externen Rechtsmediziner. Bei Unregelmäßigkeiten werden die zuständigen Stationen, Staatsanwalt und Polizei benachrichtigt.

**Politik unter Zugzwang.** Der Fall Niels H. rief auch die Politik auf den Plan: Der Landtag Niedersachsen setzte Anfang 2015 den Sonderausschuss „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ ein, kurze Zeit später beschloss er eine Bundesratsinitiative dazu. Aufgrund der Ergebnisse des Sonderausschusses sollte das Niedersächsische Krankenhausgesetz geändert werden: Die Novellierung sah vor, dass in den mehr als 180 niedersächsischen Kliniken Stationsapotheker installiert werden, die den Medikamentenmissbrauch erschweren sollen. Alle Krankenhäuser sollten ein anonymes Meldesystem einführen, außerdem sollten sie verpflichtet werden, ihren Mitarbeitern Supervision anzubieten. Auch das Bestattungsgesetz des Landes soll geändert werden: Dort wird künftig genauer geregelt, wann ein Arzt Polizei oder Staatsanwalt informieren muss. Die Novellierung der Gesetze sollte im Herbst 2017 vom Landtag beschlossen werden. Durch die vorgezogenen Neuwahlen ist es jedoch nicht dazu gekommen. Vor allem an der geplanten Einsetzung der Stationsapotheker scheiden sich die Geister: Während die Apothekerschaft dies begrüßt, hält die Krankenhausgesellschaft wegen aus ihrer Sicht ungeklärter Refinanzierung dagegen. Auch auf Bundesebene gibt es Bewegung: Bis 2020 soll ein wissenschaftliches Personalbemessungsverfahren entwickelt werden, das festlegt, wie viel Personal es in einem Heim geben muss (Paragraf 113c SGB XI). Bis zum 30. Juni 2018 soll zudem eine Vereinbarung zwischen Kassen und Krankenhäusern über eine verbindliche Personaluntergrenze für spezielle Bereiche wie Intensivstationen oder Nachtdienst stehen. Diese soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

**Ausblick: Was sich ändern muss.** Gewalt in der Pflege ist weit verbreitet – fast jede dritte Pflegekraft sagt, dass Maßnahmen gegen den Willen von Patienten und Heimbewohnern häufig vorkommen, rund elf Prozent haben in jüngerer Zeit konkrete Gewaltanwendung erlebt. Experten fordern daher zu Recht mehr Angebote zur Gewaltprävention, mehr anonyme Meldesysteme und eine bessere Fehlerkultur in den Einrichtungen. Doch nicht nur die Pflege, auch die Politik ist gefordert: Denn eine wichtige Ursache für Gewalt in der Pflege ist die Überforderung und Überlastung des Pflegepersonals. Ein fundiertes Personalbemessungssystem, wie es derzeit erarbeitet wird, und die Einführung von Personaluntergrenzen sind daher unabdingbar.



**Pflegekräfte haben großes Interesse an Weiterbildungen zur Gewaltprävention.**

Mehr Sicherheit im Umgang mit Gewalt zu gewinnen ist in doppelter Hinsicht sinnvoll. Denn etwa 56 der 402 Befragten haben in der DIP-Studie angegeben, in den vergangenen drei Monaten selbst Gewalt durch Pflegebedürftige erfahren zu haben. Eine Ausbildung von Pflegekräften in deeskalierendem Verhalten hilft allen Beteiligten. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat darauf reagiert und für ihre Mitgliedsbetriebe die Fördermöglichkeiten zur Ausbildung innerbetrieblicher Deeskalationstrainer erweitert.

Aber in erster Linie gilt es, alte, kranke und verletzte Menschen zu schützen, die sich nicht wehren können. Wenn die Gesellschaft darauf ein Auge hat, muss niemand Angst haben, in prekärer gesundheitlicher Lage selbst zum Opfer zu werden. ■

**Eva Richter** ist freie Journalistin für Gesundheits- und Pflegethemen in Rösraht. **Kontakt:** [redaktionsbuero.richter@gmx.de](mailto:redaktionsbuero.richter@gmx.de)

#### Web- und Lesetipps

- [www.dip.de](http://www.dip.de) > Materialien > aus der Projektarbeit > Studie „Gewalt in der Pflege“ vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung
- [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > ZQP-Befragung „Gewaltbarometer“, 14. Juni 2017
- Jürgen Osterbrink, Franziska Andratsch: **Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können.** Beck Verlag 2015



Fototermin im AOK-Bundesverband:  
Dr. Volker Hansen (links) und Knut  
Lambertin stehen jetzt gemeinsam  
an der Spitze des Aufsichtsrates.

# „Wir müssen als AOK Vorreiter bleiben“

Weniger Konflikte mit anderen Kassenarten, eine bessere medizinische Versorgung in Stadt und Land und mehr Tempo bei der Digitalisierung – **Volker Hansen** und **Knut Lambertin** haben sich für die neue Wahlperiode der sozialen Selbstverwaltung viel vorgenommen. Wie die Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes ihre Ziele erreichen wollen, schildern sie im G+G-Interview.

**Herr Lambertin, als frisch gewählter Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes – was verbinden Sie als Gewerkschafter, Sozialdemokrat und Versichertenvertreter mit dem Amt?**

**Knut Lambertin:** Ich bin über den Deutschen Gewerkschaftsbund als Vertreter der Versicherten gewählt, um ihre Versorgungs- und Beitragsinteressen zu wahren. Da gibt es eine Menge zu tun. Zunächst ist vordringlich, die medizinische und pflegerische Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Da die Beiträge zur Krankenversicherung in absoluten Beträgen steigen, ist – zweitens – wichtig, eine entsprechend verbesserte Versorgung zu entwickeln. Hier müssen wir um die Qualitätsfortschritte kämpfen, die uns die Politik in der vergangenen Legislaturperiode zum Beispiel bei der stationären Versorgung versprochen hat, die aber bislang auf sich warten lassen. Und drittens müssen wir konsequent die Perspektive der Versicherten als Solidarge-

meinschaft einnehmen. Die erkennbare politische Spaltung der Versichertengemeinschaft in Beitragszahler einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits darf sich nicht fortsetzen. Wir brauchen eine klare Versichertenorientierung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gleichermaßen im Blick hat. Und um ihre Frage vollständig zu beantworten: Meine Parteizugehörigkeit spielt für mein Mandat in der sozialen Selbstverwaltung keine Rolle.

**Herr Dr. Hansen, die finanzielle Lage der Kassen ist bestens. Sind das gute oder schlechte Zeiten für Reformer?**

**Volker Hansen:** Es sollten gute sein. Aber in der Realität ist es meistens so, dass Reformen erst dann stattfinden, wenn es nicht mehr anders geht. In guten Zeiten will man sich die Mühen, die Torturen, die Anfeindungen nicht zumuten. Leider ist es so.

Das heißt, in den nächsten vier Jahren wird nicht viel passieren.

**Hansen:** Ich befürchte, ja. Die Konjunkturaussichten sind gut, der Zwang, etwas zu tun, ist nicht sehr groß. Das lässt sich auch an den Themen erkennen, die derzeit diskutiert werden. Die sind eher ideologischer Art, wie die Debatten um die Bürgerversicherung und die Höhe des Arbeitgeberbeitrages zeigen.

Herr Lambertin, die SPD will einen weiteren Anlauf in Sachen Bürgerversicherung machen. Was halten Sie davon?

**Lambertin:** Die Bürgerversicherung gehört auf die gesundheitspolitische Tagesordnung, denn die Parallelität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist ein Anachronismus. Die Folge sind Ungerechtigkeiten bei der Beitragsbelastung zwischen

„Den Medizinischen Dienst zu privatisieren, wäre eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung.“

*Knut Lambertin*

gesetzlich und privat Versicherten, denn gesunde Gutverdiener können sich letztlich der Solidarität mit älteren und kranken Versicherten entziehen. Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung beruht nun einmal auf Rosinenpickerei. Zugleich sind durch Leistungslücken in einzelnen Tarifen längst nicht alle PKV-Versicherten besser gestellt als gesetzlich Krankenversicherte. Um solche Ungerechtigkeiten insgesamt zu beseitigen, bedarf es der Bürgerversicherung. Ein erster Schritt dorthin wäre, die Beitragsatzparität wiederherzustellen. Versicherte zahlen heute im Durchschnitt etwa 400 Euro mehr pro Jahr als Arbeitgeber. Das ist der Wert eines Fernsehers.

Herr Hansen, wir vermuten ein doppeltes Nein dazu. Richtig?

**Hansen:** Wir haben doch schon eine Bürgerversicherung. Jeder Bürger hat schließlich die rechtliche Pflicht, sich zu versichern, ob gesetzlich oder privat, und keiner kann von seiner Versicherung, seiner Krankenkasse rausgeschmissen werden. Beide Systeme haben ihre Stärken und Probleme. Die Probleme sollte man nicht lösen wollen, indem man die Systeme zusammenlegt, sondern indem jedes System seine Probleme selbst angeht. Wenn ich Karl Lauterbach höre, dann sagt er: An die Rücklagen der Privatversicherten, über 200 Milliarden Euro, könne und wolle er nicht ran. Auch die Beitragsbemessungsgrenze solle bleiben. Und er wolle die PKV nicht auflösen, sondern nur mehr Menschen ein Wahlrecht vor allem zurück zur GKV einräumen. Schließlich sollen die Ärzte keine Honorareinbußen haben und die GKV-Beitragszahler nicht zusätzlich belastet werden. Da frage ich mich: Was soll das? Das ist reine total verstaubte Ideologie.

**Lambertin:** Herr Dr. Hansen, Sie bewerten ein sehr spezielles Modell von Bürgerversicherung. Es gibt verschiedene Modelle. Der originäre Gedanke der Bürgerversicherung ist, alle in ein System zu bringen.

Stichwort elektronische Gesundheitskarte, kurz eGK: Die gemeinsame Selbstverwaltung hat hier bisher kein glückliches Bild abgegeben. Viele Kassenmanager befürchten, dass die Krankenkassen bei der Digitalisierung den Anschluss verpassen und setzen auf eigene Lösungen. Ist das der richtige Weg?



**Hansen:** Ja. Angesichts des langwierigen und bislang wenig erfolgreichen, aber extrem teuren Prozesses finde ich es richtig, wenn sich Krankenkassen oder Kassenverbände überlegen, wie sie schneller zum Ziel kommen. Die AOK ist hier zum Glück Vorreiter. Die AOK Nordost zum Beispiel startet für das AOK-System Pilotprojekte. Die Betreibergesellschaft für die eGK, die gematik, kommt nun mal einfach nicht zu Potte.

Warum nicht?

**Hansen:** Die gematik ist gesetzgeberisch so gestaltet worden, dass sie gar nicht richtig funktionieren kann. Krankenkassen und Ärzte blockieren sich gegenseitig in den Gremien der gematik, weil die Interessenlagen so unterschiedlich sind. Wobei die gematik ausschließlich von den Beitragszahlern beziehungsweise Kassen finanziert wird! Das hätte die Politik von Anfang an wissen können und eine andere Konstruktion mit besseren Konfliktlösungsmechanismen wählen müssen.

**Lambertin:** Das ist richtig. Wie wir den Scherbenhaufen bei der gematik am Ende zusammenkehren, wird eine große Herausforderung für das gesamte GKV-System.

Wenn viele verschiedene digitale Lösungen entstehen, wie stellen Sie sicher, dass am Ende nicht nur Insellösungen herauskommen, die nicht miteinander kompatibel sind?

**Lambertin:** Es werden zum Schluss einige wenige Lösungen übrigbleiben und dann wird man sich ansehen, welche für die Versicherten die meisten Vorteile bietet.

**Hansen:** Das sehe ich ähnlich. Die Techniker Krankenkasse hat

rund zehn Millionen Versicherte. Die AOKs in Summe etwa 26 Millionen. Das sind rund 50 Prozent aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn die TK und AOK elektronische Netzwerke für ihre Versicherten entwickeln und andere Kassenarten vielleicht auch noch das eine oder andere, dann gibt es am Ende eben einen Systemwettbewerb. Was soll daran schlecht sein? Hauptsache wir haben im Ergebnis endlich einen wirklichen Mehrwert. Und wenn dann noch diese Systeme kompatibel bzw. integrierbar sind, was will man mehr?

### Wie kompatibel sind denn AOK-Bundesverband und GKV-Spitzenverband?

**Hansen:** Wenn wir das Verhältnis auf die Ebene der Selbstverwal-

**Knut Lambertin (47)** ist seit 2005 Referatsleiter Gesundheitspolitik beim DGB-Bundesvorstand. Zuvor war er im Bundestag als Referent für die SPD-Fraktion tätig. Der gebürtige Kölner ist seit Herbst 2017 Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost und zugleich Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Knut Lambertin ist ledig, Vater eines Kindes und lebt heute in Berlin-Pankow. Dort ist er auch SPD-Kreisvorsitzender.



lung herunterbrechen, dann könnte man die Schulnote „Gut“ geben. Probleme gab es immer wieder einmal, weil das „Kassenartendenken“ einfach nicht totzukriegen ist. Mit Blick auf 2017 kann man teilweise leider sogar von einem AOK-Bashing sprechen.

### Inwiefern?

**Hansen:** Die Leistungsausgaben der AOK steigen in einem viel geringeren Maß an als bei anderen Kassen. Teil des Erfolges ist das unternehmerische Handeln der AOK, denn wir schließen – etwa bei Medikamenten – bessere Verträge ab als die Wettbewerber. Unsere Einnahmen sprudeln zudem kräftiger, weil wir viele Versicherte neu gewinnen, wohlgermerkt nicht über Fusionen, sondern aufgrund unserer guten Angebote. Andere Kassenarten behaupten nun, die AOK-Gemeinschaft profitiere vor allem vom morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Das ist falsch! Ich spreche von der berühmten halben Milliarde Euro, die laut unbewiesener und unbeweisbarer Behauptung des Ersatzkassenverbandes den AOKs zu viel zufließen. Unser hart erarbeiteter Erfolg führt zu Neid, statt vor der eigenen Haustüre zu kehren und Versäumtes endlich nachzuholen.

### Woran machen Sie das fest?

**Hansen:** Im Jahr 2017 hatten wir drei Fälle im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, die das illustrieren. Das fing im Frühjahr 2017 beim gesundheitspolitischen Positionspapier des Spitzenverbandes für die Bundestagswahl an. Da hatten die anderen Kassenarten es geschafft, folgende Formulierung in das Papier zu bringen: Der Morbi-RSA müsse vor allem auch zum

Ziel haben, die Anbietervielfalt zu sichern. Das habe ich noch nie gehört, dass ein Finanzausgleich die Zahl der Krankenkassen zementieren muss. Der Morbi-RSA soll einen fairen Wettbewerb ermöglichen, und Wettbewerb führt halt zwangsläufig auch zu Marktvereinigungen!

### Was haben Sie gemacht?

**Hansen:** Die AOK-Bank, also Versicherten- und Arbeitgebervertreter, hat dagegen unisono Protest erhoben. Der Satz blieb zwar stehen, wurde aber durch die AOK-Position ergänzt. Dasselbe Ende August beim Thema Notfallversorgung. Da hatte der GKV-Spitzenverband ein Konzept erstellt, der AOK-Bundesverband war aber noch nicht ganz so weit. Deshalb wurde verabredet, das Ganze um drei Monate zu vertagen. Dann hieß es: Die AOK will das nur vertagen, weil sie mit ihrem Modell als erstes auf den Markt kommen will. Ergebnis: Es wurde gegen die Stimmen der AOK das Notfallkonzept des GKV-Spitzenverbandes verabschiedet. Dritter Punkt waren die Angriffe anderer Kassenarten auf den Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, der, vereinfacht gesprochen, angedacht hatte, gegebenenfalls die Aufgaben der gematik auf eine „Bundesnetzagentur“ zu übertragen, eben weil es bei der gematik oft nicht vorangeht. Die Angriffe waren, milde gesagt, sehr, sehr unschön. Schließlich sollten wir im GKV-Spitzenverband gemeinsam Ziele verfolgen – im Interesse der Versicherten und Beitragszahler. Und stark kann der Verband nur sein, wenn er einig auftritt. Sonst ist das Auseinanderdividieren der Kassen durch Politik und Leistungserbringer ein Kinderspiel. Das muss künftig



reden. Was sollen Versicherte denken, wenn sich Kassenverwaltungen und Kassenvorstände öffentlich gegenseitig der Trickserei beschuldigen?

**Und wie ist hier die Haltung des AOK-Bundesverbandes?**

**Lambertin:** Zurückhaltend, glücklicherweise. Ich bin nicht dafür, diesen Streit weiter zu eskalieren. Die Gefahr ist, dass die Politik irgendwann sagt: Schluss damit. In diesem Fall wird nicht mit dem OP-Besteck operiert werden, sondern mit dem Säbel. Deshalb wäre es sehr wünschenswert, wenn alle wieder zu einem pfleglicheren Ton finden.

**Herr Dr. Hansen, Sie haben als Verwaltungsvorsitzender im GKV-Spitzenverband ein besonderes Gewicht. Was ist die**

**Dr. Volker Hansen (62)** ist promovierter Volkswirt und arbeitet seit über 30 Jahren hauptberuflich für die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Er leitet dort die Abteilung „Soziale Sicherung“. Volker Hansen ist gebürtiger Rheinländer. Er ist Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Nordost, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrats des AOK-Bundesverbandes und seit 2007 auch alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes. Volker Hansen ist verheiratet und lebt heute in Stahnsdorf bei Berlin.

wieder besser werden, auch wenn mein Optimismus in dieser Hinsicht noch etwas gedämpft ist.

**Warum?**

**Hansen:** Weil das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt bestätigt hat: Der Morbi-RSA funktioniert und er wirkt. Ich zitiere: Die Höhe und Struktur der Zusatzbeitragssätze ist keine Folge des Morbi-RSA, sondern – ich ergänze – des Handelns der Entscheidungsgremien in den Kassen und Kassenarten. Wenn Vorstandschefs anderer Kassen sagen, demnächst stünden wegen des Morbi-RSA sechs große Kassen außerhalb des AOK-Bereichs vor dem Ruin, dann ist das pure Panikmache, auch um die eigenen Unzulänglichkeiten zu verschleiern.

**Lambertin:** Der GKV-Spitzenverband ist derzeit geprägt von Verteilungskonflikten zwischen den Kassenarten, die immer offener ausgetragen werden. Da darf man auch nichts schönreden. In diese Verteilungskonflikte hat aber der Gesetzgeber die Kassen getrieben.

**Wie meinen Sie das?**

**Lambertin:** Der Gesetzgeber wollte mehr Wettbewerb. Wir wollten alle, dass dieser Wettbewerb durch einen Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen fair funktionieren kann. Nichts anderes regelt der Morbi-RSA. Was bleibt, ist der Verteilungskonflikt, etwa um die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Art und Weise, wie er ausgetragen wird, birgt die Gefahr, das System der gesetzlichen Krankenkassen kaputt zu

**Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, um die Wogen zu glätten?**

**Hansen:** Ich bin seit zehn Jahren, also von Anfang an, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats des Spitzenverbandes und lebe einen Spagat. Ich vertrete im Spitzenverband die Interessen aller Arbeitgebervertreter, nicht nur die der AOK. Mein Vorschlag lautet daher: Wir müssen einfach noch mehr miteinander reden, auch weil wir im Verwaltungsrat nach den Sozialwahlen zugleich einen Generationenwechsel haben. Viele sind ausgeschieden, dafür andere neu dabei. Und: Es gab und gibt immer eine Vielzahl von wichtigen Themen, bei denen wir Konsens hinbekommen haben und hinbekommen können: bei der Digitalisierung, bei der flächendeckenden ärztlichen Versorgung, beim Umbau der Krankenhauslandschaft. Hierauf müssen wir uns konzentrieren.

**Gibt es denn ein positives Beispiel dafür?**

**Hansen:** Ja, die gemeinsame Positionierung gegen das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Hier haben wir die kruden Ideen aus dem Bundesgesundheitsministerium erfolgreich abgewehrt, die letztlich zur Folge gehabt hätten, selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts wie den GKV-Spitzenverband zu entmündigen. Das Zusammenstehen gegen die Politik war ein gutes Gefühl.

**Die Jamaika-Sondierer hatten Einigkeit darüber erzielt, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) unabhängiger werden soll, dass keine Vertreter der Kranken- und Pflegekassen mehr in den Verwaltungsräten des MDK sitzen sollen. Ist das**

## Thema mit dem Scheitern von Jamaika politisch vom Tisch?

**Lambertin:** Ich hoffe das. Es hätte eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung in der Krankenversicherung bedeutet.

## Sehen Sie keine Interessensverquickung zwischen Kassen und MDK zulasten der Versicherten?

**Lambertin:** Die sehe ich nur dann, wenn soziale Selbstverwaltung durch die Entsendung von Hauptamtlichen in die Verwaltungsräte der MDKs noch stärker als bisher verwässert würde. Wenn es eine Reform des MDK geben sollte, dann sollte der Einfluss des hauptamtlichen Kassenmanagements auf den MDK begrenzt werden. Das wäre ein Reformfortschritt.



**Hansen:** Nur zur Ergänzung: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist ein Dienst(-leister) der Krankenversicherung und wird ausschließlich von den Beitragszahlern beziehungsweise Krankenkassen finanziert! Und per Gesetz sind die Gutachter der MDKs unabhängig, nicht weisungsgebunden!

**Lambertin:** Die Frage ist doch, welche Alternative gäbe es? Würden die MDKs privatisiert, und das wäre die Konsequenz, hätten wir neue größere Schnittstellen und damit neue Unübersichtlichkeiten. Wem soll das dienen? Letztlich würde sich sogar die Intransparenz der Interessenlagen erhöhen.

**Stichwort Reform der Sozialwahl: Die Politik hat in der vergangenen Legislatur eigentlich dafür sorgen wollen, dass mehr Urwahlen stattfinden, sich der Frauenanteil in der Selbstverwaltung erhöht und es bessere Weiterbildungsmöglichkeiten für das Ehrenamt gibt. Sogar über Online-Wahlen wurde nachgedacht. Was muss da passieren?**

**Lambertin:** Ich möchte vorausschicken, dass die Gewerkschaften bei den letzten Sozialversicherungswahlen erfolgreich waren und sich unsere Seite verjüngt hat. Zudem haben wir erneut einen relativ hohen Frauenanteil. Zum Punkt Reform der Sozialversicherungswahl: Die Bundesregierung sollte die Organisationen, die bei Urwahlen Kandidaten ins Rennen schicken, konsequenter als bisher auf ihre Eigenschaft als Arbeitnehmerorganisationen überprüfen. Es handelt sich nach journalistischen Recherchen vielfach um sozialpolitisch untätige Wahlvereine ohne aktives Vereinsleben: Wem sind deren Vertreter gegenüber Rechenschaft schuldig? Unabhängig davon müssen wir uns als

Gewerkschaften die Frage stellen, wie der interne Prozess der Kandidatenfindung transparenter wird.

## Herr Hansen, teilen Sie die Ansichten?

**Hansen:** Im Wesentlichen. Sicher sind die Gewerkschaften in punkto Transparenz und Abstimmung mehr gefordert als die Arbeitgeber. Aber auch bei uns wird lange gestritten und diskutiert: Wer wird aufgestellt und warum? Werden Beschäftigtenzahlen zur Grundlage genommen oder Umsätze oder Marktanteile, um die Arbeitgebervielfalt bei der Listenaufstellung auch abzubilden? Das ist bei maximal 15 Personen, die arbeitgeberseitig für den Verwaltungsrat einer Kasse zu benennen sind, nicht einfach, wird aber fair ausgehandelt und folgt einem demokratischen Willensbildungsprozess.

„Die AOK schließt bessere Verträge ab als andere Kassen. Daher rührt ein Teil unseres Erfolges.“

*Dr. Volker Hansen*

## Zum Schluss eine Frage an Sie beide: Welche Pläne haben Sie für die kommenden sechs Jahre Ihrer Amtszeit in der sozialen Selbstverwaltung?

**Lambertin:** Ich möchte für die Versicherten Leistungsverbesserungen erreichen. Wir sind gefordert, die Versorgung in strukturschwachen Gebieten – auf dem Land und in Städten – sicherzustellen. Darüber hinaus müssen wir vor dem Hintergrund des demografischen Wandels das System der Pflegeversicherung neu ausbalancieren. Für mich heißt das nicht nur, für mehr gut ausgebildetes Personal in der Pflege zu sorgen, sondern vor allem auch, den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen noch besser als heute gerecht zu werden. Konkret: Das AOK-System muss seine Beratungsangebote in der Pflege ausbauen – bis hin zu einem Fallmanagement. Hier können wir als Vertreter der Versicherten innerhalb der AOK-Gemeinschaft entsprechende Konzepte fördern.

**Hansen:** Ich möchte das Gefühl der Zusammengehörigkeit im AOK-System mindestens so stabil halten, wie es mittlerweile erreicht wurde. Gemeinsam sind wir einfach stärker. Dann können wir auch leichter Angriffe von Wettbewerbern und aus der Politik parieren. Zudem möchte ich, dass wir als Gesundheitskasse weiterhin aufgrund von guten Verträgen und gutem Management – und nicht etwa aufgrund von Leistungseinschränkungen – auf der Ausgabenseite besser dastehen als unsere Wettbewerber. Um es auf den Punkt zu bringen: Wir müssen als AOK weiter Vorreiter bleiben. ■

Das Interview führten Robin Halm und Hans-Bernhard Henkel-Hoving





# Denkfabrik für frische Ideen

Mehr Markt, mehr Staat, mehr Selbstverwaltung? Ein Vierteljahrhundert nach dem Gesundheitsstrukturgesetz hat sich das Zusammenspiel von Politik, Kassen und Leistungserbringern erheblich verändert. Die Rollenverteilung scheint unklar. Höchste Zeit also, das Drehbuch mithilfe kluger Köpfe neu zu schreiben, meinen **Nils C. Bandelow, Florian Eckert, Johanna Hornung und Robin Rösenberg.**

**A**nfang dieses Jahres jährt sich das Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zum 25. Mal. Es gilt als Meilenstein, der alle folgenden Reformen inhaltlich beeinflusst hat. Das GSG hat allerdings nicht nur die Organisations- und Versorgungsstrukturen entscheidend geprägt, sondern auch – quasi im Kielwasser – die gesundheitspolitische Hackordnung teilweise ordentlich durcheinandergewirbelt.

Die Gesundheitspolitik der „Bonner Republik“ war maßgeblich geprägt durch den normativen Konflikt von Solidarität und Eigenverantwortung. In der Enquete-Kommission „Strukturreform der GKV“ (1987 bis 1990) prallten diese unterschiedlichen Perspektiven aufeinander. Mit den Bundestagsabgeordneten Klaus Kirschner (SPD), Horst Seehofer (CSU), Paul Hoffacker (CDU), Karl Hermann Haack (SPD) und Dieter Thomae (FDP) waren prägende politische Entscheidungsträger der 1990er Jahre vertreten. Hinzu kamen Sachverständige und Wissen-

## Lesetipps

- Bandelow, Nils C.; Eckert, Florian; Rösenberg, Robin (2012): **Wie funktioniert Gesundheitspolitik?** In: Bodo Klein und Michael Weller (Hg.): Masterplan Gesundheitswesen 2020. Baden-Baden: Nomos, Seite 37–62.
- Busse, Reinhard; Blümel, Miriam; Knieps, Franz; Bärnighausen, Till (2017): **Statutory Health Insurance in Germany. A Health System Shaped by 135 Years of Solidarity, Self-Governance and Competition.** In: The Lancet. 390 (10097), Seite 882–897.
- Knieps, Franz (Hg.) (2017): **Gesundheitspolitik. Akteure, Aufgaben, Lösungen.** Berlin: MWV.
- Reiners, Hartmut (2017): **Mythos Lahnstein.** In: Gesundheit und Gesellschaft 20 (9), Seite 23–28.
- Spier, Tim; Strünck, Christoph (Hg.) (2018): **Ärzteverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik.** Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

*Weitere Literatur bei den Verfassern.*

schaftler wie Rolf Rosenbrock, Hartmut Reiners, Fritz Beske oder Günter Neubauer. Auch im „Maschinenraum“ der Enquete-Kommission waren als Mitarbeiter später prägende Persönlichkeiten tätig. Politikwissenschaftler sprechen in diesem Zusammenhang von einer „programmatischen Elite“, die in verschiedenen Parteien und gesundheitspolitischen Organisationen verwurzelt ist und deren grundlegende Vorstellungen Ausstrahlungskraft entwickelt haben (zum Aufbau von Enquete-Kommissionen siehe Grafik „Wegbereiter für politische Entscheidungen“). Als Ergebnis der GKV-Enquete-Kommission stand schließlich ein ordnungspolitischer Kompromiss der gegensätzlichen Seiten: einerseits Schaffung wettbewerblicher Strukturen in der GKV, auch zwischen Kassen und Leistungserbringern, sowie das Ziel, die sektorale Trennung der Versorgung zu überwinden. Andererseits dachten die Akteure stets die Notwendigkeit einer den Wettbewerb flankierenden (zentralistischen) Regulierung mit.

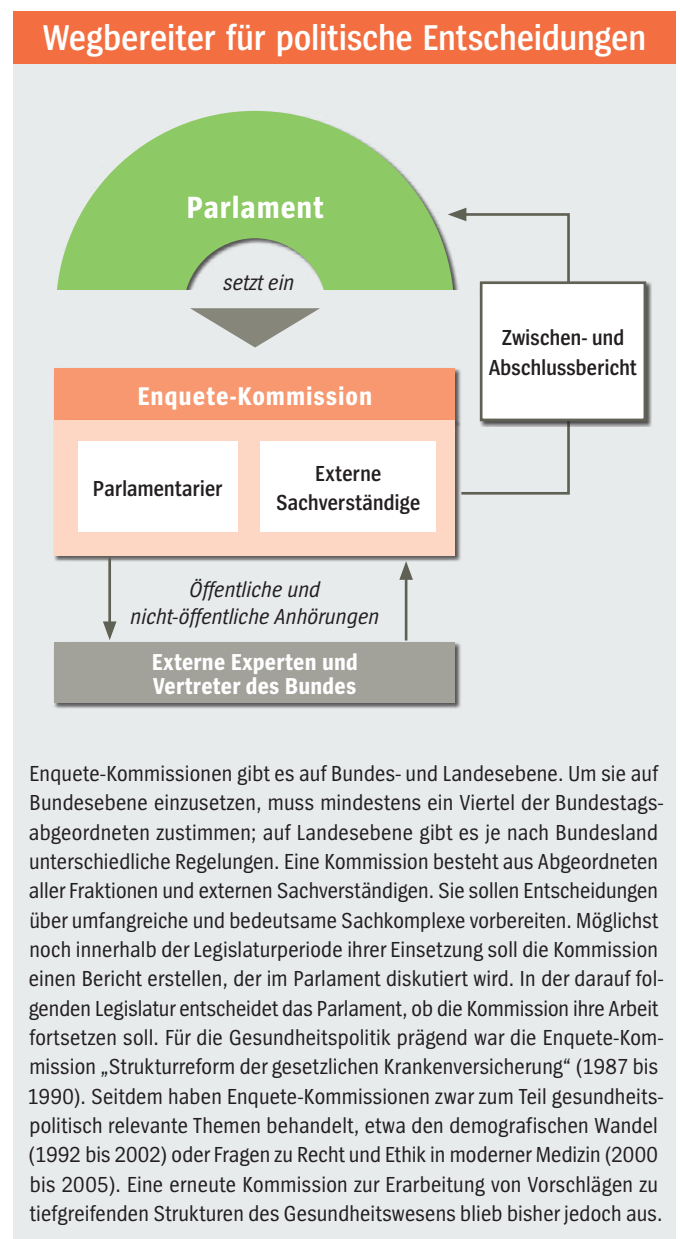
**Schrumpfungprozess der Kassenlandschaft.** Die Jahrzehnte nach dem GSG sind von einer (unstetigen) Umsetzung des Ziels geprägt, Verkrustungen des Gesundheitssystems durch wettbewerbliche Elemente aufzulösen. Diese „Reformviren“ des GSG beeinflussten auch die späteren Reformdebatten stark. Die gesundheitspolitische Landschaft hat sich dabei teils erheblich verändert und zu neuen Machtverhältnissen und Akteurskonstellationen geführt. Am nachdrücklichsten zeigen sich die Auswirkungen in der Kassenlandschaft – etwa an der Zahl der Krankenkassen: Gab es 1990 noch 1.147 Kassen, waren es 2017 nur noch 113. Das Ziel der früheren Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD, 2001 bis 2009), wonach maximal 50 Kassen ausreichen, ist somit keine ferne Zukunftsmusik mehr. Betrachtet man die Ballung von 90 Prozent der gesetzlich Versicherten bei den 30 größten Kassen, ist das Ziel fast erreicht.

**Mehr Fairness durch Risikostrukturausgleich.** Um angesichts der sehr unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen, führte der Gesetzgeber mit dem GSG den Risikostrukturausgleich ein. Er ist seitdem mehrfach geändert worden. Seit 2009 ist er als morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) der größte Streitgegenstand zwischen und innerhalb der Kassenarten, befeuert durch einen starken Preisfokus im Wettbewerb. Gegenwärtig hat sich eine Konfliktlinie herausgebildet, bei der sich – grob betrachtet – die AOK und die übrigen Kassenarten gegenüberstehen. Profitier des gegenwärtigen Finanzierungsregimes sind die Arbeitgeber, da der seit 2011 festgeschriebene Beitragssatz Kostensteigerungen den GKV-Mitgliedern in Form der Zusatzbeiträge überlässt.

**Vertragswettbewerb fristet Schattendasein.** Der als Antwort auf den Kassenwettbewerb vor allem ab Ende der 1990er Jahre gestärkte Vertragswettbewerb erweiterte die Spielräume der Kassen durch Selektivverträge. Das Schlagwort vom „Payer zum Player“ steht seither sinnbildlich für diese Entwicklung. Zwar schüttelten Selektivverträge den ambulanten Bereich ordentlich durch. Aber insgesamt zeigt sich ein großes Beharrungsvermögen seitens der Akteure. Heute dominiert immer noch das von den Kassen-

ärztlichen Vereinigungen (KVen) organisierte Kollektivvertragssystem, das für alle Vertragsärzte und gesetzliche Krankenkassen bindend ist. Abgesehen von den Arzneimittel-Rabattverträgen nach Paragraf 130a Sozialgesetzbuch V (SGB V) fristet der Vertragswettbewerb ein Schattendasein. Die selektivvertraglichen Leistungsausgaben der Kassen befinden sich nach wie vor im einstelligen Prozentbereich. Dies hat jedoch nicht nur mit Strukturkonservatismus zu tun. Auch ordnungspolitische Anreize, etwa Anschubfinanzierungen, spielen eine Rolle.

Eine wettbewerbliche Ausnahme ist der Innovationsfonds (Paragraf 92a und 92b SGB V). Er wird aber durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) – und in Gestalt des Bundesgesundheits- sowie des Bundesforschungsministeriums – durch staatliche Akteure gesteuert. Hinzu kommt: Die Projekte des Innovationsfonds sollen, so die gängige Meinung, im Kollektivvertragssystem aufgehen, dieses aber nicht ersetzen.



**Neuer Akteur betritt die Bühne.** Für den Kollektivvertragssystem war es wiederum aufgrund der durch das GSG geschliffenen Unterschiede zwischen den Kassenarten nur logisch, die alten Bundesverbände der Kassenarten zu entmachten und ihnen den Körperschaftsstatus zu entziehen. Mit dem GKV-Spitzenverband (früher Spitzenverband Bund der Krankenkassen, SpiBu) trat 2007 ein neuer Akteur als Vertreter der Kassenarten auf den Plan. Er ist heute ein machtvoller Player, spieltheoretisch betrachtet im GBA sogar Veto-Spieler. Manche Kassenartenverbände sind zweifellos Verlierer der Reformen und dienen heute unter anderem der Image- und Markenbildung oder aber – und das ist nicht unwichtig – der Durchsetzung kassenartenindividueller Interessen gegenüber dem GKV-Spitzenverband, etwa über dessen Fachbeirat.

Bemerkenswerterweise wurden die alten Strukturen auf Landesebene hingegen konserviert: Es existieren keine SpiLas, sondern noch die Landesverbände der Kassenarten, ausgestattet mit gesetzlichen Aufgaben. Eine Organisationsreform auf Landesebene ist freilich wiederholt politisch diskutiert worden.

**Monolithischer Ärzte-Block zerfällt.** Auch die kassenärztliche Seite – seit dem GSG Vertragsärzte – blieb nicht unberührt. Während das GSG und seine Folgeformen, insbesondere das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007, GKV-seitig durch Zentralisierung auch eine bessere Grundlage für gemeinsames politisches Handeln geschaffen haben – zumindest abseits des Morbi-RSA –, führte die mit dem GSG eingeleitete Umgestaltung des Gesundheitswesens auf der Seite der niedergelassenen Ärzte eher zu einer Fragmentierung und zur Machterosion der alten verbandlichen Platzhirsche. Ärzteverbände sind zwar immer noch sehr einflussreiche Akteure des Gesundheitswesens. Vor allem der Hartmannbund, der zwar zentral für Freiberuflichkeit und Niederlassungsfreiheit eintritt, sich in seiner Satzung aber explizit als Vertretung der gesamten Ärzteschaft sieht, zählte zu den Verlierern der Strukturreformen. Neue interne Konkurrenzkonstellationen erschweren seither eine einheitliche Vertretung aller Ärzte.

Auch die KVen tun sich mit dem Erbe des GSG schwer: In Folge der 1993 eingeführten Budgetierung der ärztlichen Honorare – und ungeachtet diverser gesetzlicher Änderungen wie der Einführung der morbiditätsbedingten Vergütung (2009) – bereitet innerärztliche Polarisierung Kopfzerbrechen. Denn das KV-System hat sich teilweise zu einer Arena von Verteilungskonflikten entwickelt – sowohl zwischen den Fachgruppen, aber auch zwischen den einzelnen KVen. Prominent ist der Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten, der sich aktuell etwa in der Frage der Definition grundversorgender Ärzte äußert. Die Moderation dieses innerärztlichen Konfliktpotenzials stellt nicht zuletzt eine Herausforderung für die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte durch die KVen dar.

Zudem treten infolge des Vertragswettbewerbs weitere ärztliche Akteure, insbesondere Berufsverbände, in die Arena und suchen ihren Platz in einer heterogeneren ärztlichen Interessenvertretung. Von Gewicht ist beispielsweise der Deutsche Hausärzterverband, der in den 2000er Jahre durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Stellung ge-



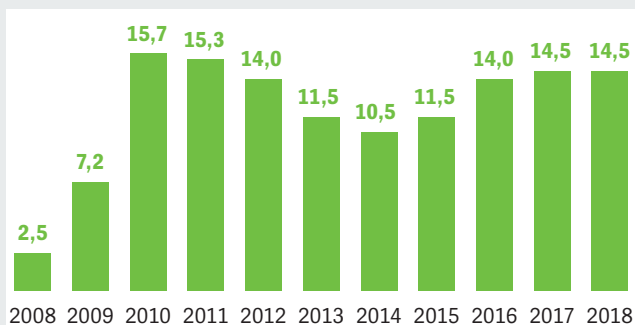
bracht wurde, um durch die Hausarztverträge nach Paragraph 73b SGB V das Monopol der KVen aufzubrechen. Die geschwächte Position des KV-Systems wurde in den 2010er Jahren – wie beim GSG durch eine (formelle) Große Koalition – freilich wieder gestärkt, etwa durch die Erweiterung ihrer Möglichkeiten, Selektivverträge mit Kassen zu schließen (Paragraph 140a SGB V, Besondere Versorgung) oder durch neue gesetzliche Aufgaben wie die Einrichtung von Terminservicestellen (Paragraph 75 Absatz 1a SGB V).

**Privatisierung der Kliniken auf dem Vormarsch.** Obwohl die mit dem GSG eingeleiteten Organisations- und Strukturreformen vor allem die Architektur der Akteure bei den Krankenkassen und im ambulanten Bereich veränderten, gab das GSG durch einen schrittweisen Übergang zu abteilungsbezogenen Pflegesätzen und Fallpauschalen ebenso erste Anstöße zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, bevor es in den 2000er Jahren mit dem diagnose-orientierten Fallpauschalensystem schließlich zu grundlegenden Veränderungen kam. Die Fallpauschalen zielten auf Effizienzsteigerungen und Kostensenkungen der kollektiv finanzierten Krankenhausleistungen. Der ökonomische Druck hat unter dem Strich dazu geführt, dass sich gegenwärtig deutlich mehr Krankenhäuser als noch in der 1990er Jahren in privater Trägerschaft befinden, vor allem die Zahl öffentlicher Einrichtungen hat abgenommen.

**Krankenhäuser und Fachärzte konkurrieren.** Ferner orientieren sich die Krankenhäuser stärker in den ambulanten Bereich – was zu heftigen Auseinandersetzungen mit den niedergelassenen Fachärzten führt, etwa um die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Paragraph 116b SGB V. Selektivverträge für stationäre Leistungen gibt es gleichwohl bisher nicht. Zwar hat die Große Koalition 2016 zaghafte Ansätze durch Qualitätsverträge für einzelne Indikationen geschaffen. Umwälzungen wie im ambulanten Bereich sind allerdings unwahrscheinlich. Die Akteurslandschaft im stationären Bereich ist bisher vergleichs-

## Auf und Ab beim Steuerzuschuss

Bundesmitten in Milliarden Euro



Seit seiner Einführung im Jahr 2004 hat sich der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung fast jedes Jahr verändert. 2012 zahlte der Bund die gesetzlich vorgesehenen 14 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds ein (Paragraf 221 SGB V). Im Zuge der Haushaltsbegleitgesetze kürzte der Bund seinen Zuschuss für das Jahr 2013 um 2,5 Milliarden und für 2014 um weitere eine Milliarde Euro. Erst im Jahr 2016 erreichte der Zuschuss mit 14 Milliarden Euro wieder das Niveau von 2012. Im vergangenen Jahr stockte der Bund den Zuschuss auf 14,5 Milliarden Euro auf. Auch wenn in diesem Jahr die gleiche Summe in den Gesundheitsfonds fließen soll – die Schwankungen machen eines deutlich: Der Bund scheut sich nicht davor, diese Mittel als haushaltspolitische Manövriermasse zu benutzen.

Quelle: GKV-Spitzenverband; Amtliche Statistik KM 1

weise unberührt. Freilich ist auch die Aufkündigung der Tarifgemeinschaft zwischen Pflegekräften und Krankenhausärzten durch den Marburger Bund (2005) Ausdruck der Fragmentierung von Interessen. Ähnliches gilt für die Pharmaindustrie. Hier stehen sich nicht nur unterschiedliche Verbände gegenüber, sondern zunehmend erfolgt eine direkte Vertretung von Großunternehmen durch eigene Repräsentanzen oder zumindest über Public Affairs-Agenturen.

**Aufgaben der Selbstverwaltung gewachsen.** Zur Regulierung des Wettbewerbs und der neuen Organisations- und Versorgungsstrukturen schufen die vor allem in den 2000er Jahren verabschiedeten Gesetze korporatistische Instanzen, die als neue Akteure das System prägen und mittlerweile wesentliche Machtpositionen innehaben. Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG, 2003) das GKV-WSG (2007) und das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG, 2012) wurde die Gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen, (Zahn-)Ärzten und Krankenhäusern ausgebaut und modifiziert. Mittlerweile hat der GBA wichtige Aufgaben bei der Steuerung des Gesundheitswesens. Diese umfassen unter anderem Entscheidungen über die Weiterentwicklung des GKV-Leistungskataloges, der Qualitätssicherung und die Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Seit 2016 beschließt der G-BA sogar über relevante Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung – ein Kompetenzbereich, auf den die Bundesländer üblicherweise mit Argusaugen

achten. Der unparteiische Vorsitzende des GBA, seit 2012 Josef Hecken, hat sich zu einem der einflussreichsten Individualakteure des Gesundheitswesens entwickelt.

**Ansehen der Selbstverwaltung geschwunden.** Dennoch ist auffällig: In dem Maße wie die Aufgaben der Gemeinsamen Selbstverwaltung seit den 2000er Jahren gewachsen sind, scheint gleichwohl die Wertschätzung seitens der Gesundheitspolitik, egal ob in Exekutive oder Legislative, geschwunden zu sein. Denn: Zeitlich versetzt ist der staatliche Einfluss im Gesundheitswesen insgesamt gestiegen – was sich nicht immer nur aus notwendigen Regulierungsaufgaben zur Flankierung des Wettbewerbs erklären lässt. Die Gemeinsame Selbstverwaltung steht zwar schon seit Jahren in der Kritik, vor allem von dort nicht repräsentierten Dritten. Eine Zäsur war jedoch die Ablehnung der Vorschläge der Trägerorganisationen des GBA für die unparteiischen Mitglieder durch den Bundestagsgesundheitsausschuss im Sommer 2017 und vor allem durch das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (SVSG, 2017) erreicht. Die Selbstverwaltung sowohl der Leistungserbringer als auch der Krankenkassen inklusive der Gemeinsamen Selbstverwaltung lief Sturm gegen das SVSG. Lediglich die Deutsche Krankenhausgesellschaft sah das Thema entspannt – ein Indiz dafür, dass die Kliniken die staatliche Ebene – Bund und Länder – immer noch als einen besseren Resonanzboden für ihre Anliegen einschätzen als die Ebene der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

**Staatseinfluss ausgeweitet.** Profiteur dieser gesetzlich forcierten Entwicklungen ist auf Bundesebene zweifelsohne das Bundesgesundheitsministerium, das größere Steuerungsmöglichkeiten gewonnen hat. Das Bundesfinanzministerium (BMF) übte zu Zeiten des steuerfinanzierten Sozialausgleichs (2011 bis 2015), der allerdings nie zum Tragen kam, besonderen Einfluss aus und drängte auf Kostendämpfung. Als politische Verfügungsmasse erweist sich zudem der Bundeszuschuss, der seit seiner Einführung aufgrund verschiedener Gesetzesänderungen stark schwankte (siehe Grafik „Auf und Ab beim Steuerzuschuss“).

Auch weitere staatliche Akteure engagieren sich (wieder) in der Gesundheitspolitik: Obwohl viele Krankenkassen durch Fusionen mittlerweile unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA) stehen (Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein haben gar keine Kassenaufsicht mehr) und die (mangelnden) Krankenhausinvestitionszahlungen eine Bürde für die Länderhaushalte darstellen, konnten die Bundesländer ihren zwischenzeitlich verlorenen Einfluss gut kompensieren. Im Präventionsgesetz (2015) und insbesondere bei den Bund-Länder-Verhandlungen zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG, 2016) gelang es ihnen, sich Handlungsspielräume neu zu erobern. Auch durch den Masterplan Medizinstudium 2020 – etwa über eine Koppelung der Medizinstudienplätze an die Verpflichtung zu einer Landarzt-tätigkeit – sowie (potenziell) bei der Übernahme einer zentralen Rolle bei einer künftigen sektorübergreifenden Versorgungsplanung verfügen die Bundesländer über eine günstige gesundheitspolitische Ausgangslage. Wie sich die Rolle der Kommunen entwickelt, die im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes

(GKV-VSG, 2016) Medizinische Versorgungszentren gründen und damit steuernd in die Versorgung eingreifen können, bleibt abzuwarten.

Der Regulierungsmix des Gesundheitswesens spiegelt sich auch in den Macht- und den Akteurskonstellationen wider, die sich seit dem Reformimpuls des GSG 1993 entwickelt haben: Der Blick zurück zeigt dabei Beharrungsvermögen und zugleich gravierende Verschiebungen. Insgesamt findet sich 25 Jahre nach dem GSG ein fragmentierter, pluralisierter Wettbewerb bei immer noch dominanter Selbstverwaltung mit starker (zentral-)staatlicher Regulation der Machtverhältnisse. Der Wettbewerb ist an die Stelle des alten ideologischen Konflikts zwischen zwei Interessengruppen – einem „linken“ Bündnis für Solidarität und einem bürgerlich-liberalen Bündnis für Eigenverantwortung – getreten. Inhaltlich steht hinter dem GSG eine Einigung zwischen dem Ziel eines Ausbaus von Solidarität und den Anhängern von mehr Eigenverantwortung. Beides wurde gleichzeitig über den zentral gesteuerten Wettbewerb erreicht, der gegen das Beharrungsvermögen der etablierten Akteure in Stellung gebracht wurde.

**Politik scheint Rolle rückwärts zu machen.** Die weitere Entwicklung war nicht gleichmäßig: Standen die 1990er und 2000er Jahre unter dem Zeichen des Wettbewerbs (1990er Jahre eher Kassenwettbewerb, 2000er Jahre eher Vertragswettbewerb), sind die 2010er Jahre ordnungspolitisch weniger eindeutig und eher diffus: In der Politik scheint eine spürbare wettbewerbliche Ernüchterung vorzuherrschen, so dass wieder verstärkt eine korporatistische Steuerung über die Selbstverwaltungspartner forciert wird. Eine prominente Gestaltungsaufgabe kommt dabei dem GBA, teilweise auch den regionalen Akteuren, Bundesländern und regionalen Körperschaften, zu – allerdings unter stärker werdender staatlicher Kontrolle und Druck.

Damit scheint sich eine gesundheitspolitische Wende anzudeuten. Sie ist zwar in ihrer Grundmotivation identisch zu jener am Anfang der 1990er Jahre – Antrieb der Strukturen und der Akteure des Gesundheitssystems durch Initiativen seitens der Politik – aber in ihren Umrissen noch abstrakt. Ob sich dahinter ein strategisches Kalkül verbirgt oder ob es die Folge zufälliger Entscheidungskonstellationen ist, lässt sich zurzeit nicht sagen.

**Neuer Think Tank sinnvoll.** Auffällig ist jedoch, dass die gegenwärtige Situation zusammenfällt mit der allmählichen, bereits laufenden Erosion des Einflusses der „programmatischen Elite“ aus der Enquete-Kommission der späten 1980er und frühen 1990er Jahre, welche die Gesundheitsreformen seit dem GSG inhaltlich geprägt hat. Wenn dieser Befund stimmt, steht die Gesundheitspolitik aktuell vor der Herausforderung, die (mehr oder weniger) heterogenen gesundheitspolitischen Ideen und Reformimpulse zusammenzuführen und auf gemeinsame Ziele auszurichten. Im gleichen Atemzug braucht es zudem ein Netzwerk – gegebenenfalls neuer – Akteure aus verschiedenen Parteien und Bereichen des Gesundheitswesens, die ihre politischen, wirtschaftlichen und intellektuellen Ressourcen für eine strukturelle Weiterentwicklung zusammenbringen. Mit Blick

auf die parteipolitisch deutlich vielfältigere Zusammensetzung von Parlamenten und Regierungen kann hiervon nicht nur ein programmatischer Impuls ausgehen. Auch ließe sich die Durchsetzungsfähigkeit von Reformen erhöhen.

Die aktuelle Ausgangslage ist dafür herausforderungsreich und günstig zugleich. Herausforderungsreich durch altbekannte Themen wie die sektorale Trennung von Versicherungs- und Versorgungssystemen, aber auch durch die Digitalisierung samt ihrem weitreichenden Veränderungspotenzial. Und günstig, weil Gesundheitspolitik heute nicht mehr so ideologisch umkämpft ist wie in den 1990er und 2000er Jahren. Angesichts der noch gut gefüllten Reserven des Gesundheitsfonds ist Raum für neue Denkmuster. Zuversichtlich stimmt, dass sich die saarländische Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer erst vor Kurzem für eine Enquete-Kommission zu Rentenfragen ausgesprochen hat, die auch das Thema Pflege einbeziehen soll. Höchste Zeit also für eine Enquete-Kommission Gesundheitspolitik! ■

**Professor Nils C. Bandelow**, TU Braunschweig, **Dr. Florian Eckert**, fischerAppelt AG, **Johanna Hornung**, TU Braunschweig, und **Robin Rüsenberg**, Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. und Lehrbeauftragter an der TU Braunschweig, sind Politikwissenschaftler. Einer ihrer Schwerpunkte sind gesundheitspolitische Analysen. **Kontakt: Nils.Bandelow@tu-braunschweig.de**

## Überblick über Gesundheitsreformen

Wer hat die Praxisgebühr eingeführt? Wie hoch war das Krankenhaus-Notopfer? Seit wann gibt es Pflegegrade? Antworten auf diese und viele weitere Fragen gibt die „Reformfibel 2.0“, die jetzt im KomPart-Verlag (Berlin) in einer aktualisierten Neuauflage erschienen ist. Auf 184 Seiten unternehmen Hartmut Reiners – Volkswirt und ehemaliger Ministerialbeamter – und der Journalist Otmar Müller wieder einen Streifzug durch die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahrzehnte. Vom Gesundheitsreformgesetz (GRG) im Jahr 1989 bis zum Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetz (HHVG) im Frühjahr 2017 listet die **Reformfibel nicht nur stichwortartig die Inhalte von über 40 Gesundheitsgesetzen auf. Hintergrundtexte zeichnen zugleich Legislaturperiode für Legislaturperiode ein prägnantes Bild von der jeweiligen gesundheitspolitischen Bühne und ihren Akteuren.** Von Norbert Blüm über Ulla Schmidt bis Hermann Gröhe. So lassen sich Fakten auf einen Blick erfassen und Entwicklungslinien nachvollziehen. Historische

Karikaturen von Horst Haitzinger und markante Zitate aus gesundheitspolitischen Debatten vergangener Zeiten runden das kompakte Nachschlagewerk ab. *G+G-Redaktion*



KomPart-Verlag (Hrsg.):

**Die Reformfibel 2.0 – Handbuch der Gesundheitsreformen.**

184 Seiten. Broschur. 19,80 Euro.

Zu bestellen über den Buchhandel oder unter [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)

# Preisnachlässe sind zulässig

Pharmazeutische Großhändler sind nicht verpflichtet, bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Apotheken einen Mindestpreis zu erheben. Rabatte und Skonti sind wettbewerbsrechtlich zulässig. Das hat der Bundesgerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 5. Oktober 2017  
– I ZR 172/16 –  
Bundesgerichtshof

**Die Preisbildung** von verschreibungspflichtigen Medikamenten ist im Arzneimittelgesetz (AMG) und in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelt. Letztere legt auf der Grundlage des Herstellerpreises bestimmte Zuschläge fest, mit welchen die Leistungen des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheke vergütet werden. Die Zuschläge werden auf den jeweiligen Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmer erhoben. Derzeit ist ein Zuschlag von höchstens 3,15 Prozent erlaubt, maximal jedoch 37,80 Euro, zuzüglich eines Festzuschlags von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer. Damit ist eine Preisobergrenze definiert. Ob es auch eine Untergrenze gibt, war bislang umstritten und führte immer wieder zu juristischen Auseinandersetzungen. Nun hat der Bundesgerichtshof (BGH) diese Frage verneint.

**Pharmagroßhändler wirbt mit Rabatten.** Vorausgegangen war ein Rechtsstreit zwischen einem Pharmagroßhändler und der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs. Der Großhändler hatte in einem Informationsblatt und in seinem Internetauftritt damit geworben, seinen Apothekenkunden auf alle verschreibungspflichtigen Medikamente, die bis 70 Euro kosten, einen Rabatt von drei Prozent plus 2,5 Prozent Skonto auf den rabattierten Preis zu geben und ab 70 Euro bis zur Hochpreisgrenze einen Rabatt von zwei Prozent plus 2,5 Prozent Skonto (Preisnachlass bei sofortiger Zahlung). Die Wettbewerbszentrale sah darin einen Verstoß gegen das AMG und

die AMPreisV. Sie mahnte den Großhändler ab. Nachdem dieser darauf nicht reagierte und auch keine Unterlassungserklärung abgeben wollte, klagte die Wettbewerbszentrale vor dem Landgericht. Ihre Argumentation: Rabatte wären nur im Rahmen des Großhandelszuschlages möglich. Dieser sei aber überschritten. Er dürfe maximal 3,15 Prozent betragen.

**Da Preisvorschriften das Recht auf freie Berufsausübung einschränken, müssen sie klar formuliert sein, so die Bundesrichter.**

Der Skonto sei einzurechnen, da auch er ein Rabatt sei. Das Landgericht wies die Klage ab. Die Wettbewerbszentrale legte Berufung beim Oberlandesgericht (OLG) ein – mit Erfolg. Dem Großhändler sei bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Präparate ein Festzuschlag von mindestens 70 Cent vorgeschrieben. Dieser dürfe nicht durch weitere Preisnachlässe reduziert werden. Das Verhalten des Händlers sei unzulässig (Paragraf 78 Absatz 1 AMG, Paragraf 2 AMPreisV und Paragraf 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Heilmittelwerbegesetz). Gegen das Urteil legte der Händler Revision beim BGH ein.

Die Bundesrichter hoben die Entscheidung des OLG auf und bestätigten das erstinstanzliche Urteil. Zwar sei das Berufungsgericht zutreffend davon ausgegangen, dass es sich bei den herangezogenen Rechtsvorschriften (Paragraf 78 Absatz 1 AMG, Paragraf 2 AMPreisV und Paragraf 7 Heilmittelwerbegesetz) um Marktverhaltensregeln im Sinne des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb handelt. Diese dienten dazu, den (Preis)Wettbewerb zwischen den Pharmagroßhändlern zu regeln.

**Preiszuschlag ist kein Muss.** Entgegen der Ansicht des OLG müsse aber der Pharmagroßhandel bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Apotheken nicht zwangsläufig einen Festzuschlag von 70 Cent auf den einheitlichen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers erheben. Vielmehr sei er berechtigt, auf diesen Festzuschlag zu verzichten. Die Bundesrichter schlossen sich der Auffassung des Pharmagroßhändlers an, aus den Regelungen gehe nicht hervor, dass eine Belieferung von Apotheken zu Preisen verboten sei, die unter dem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens zuzüglich eines Festzuschlags von 70 Cent liegen. Paragraf 2 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV sei eindeutig. Danach „darf“ auf den Abgabepreis des Herstellers ohne Umsatzsteuer „höchstens“ ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro, zu-

## TIPP FÜR JURISTEN



Heiltauftrag, Patientenautonomie, Haftungsrisiko – diese und weitere Themen behandelt das Symposium „Der ärztliche Heiltauftrag – eine Bestandsaufnahme“ für Juristen und Ärzte. Es findet am 23. und 24. Februar 2018 in Berlin statt. Veranstalterin ist die Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen. Mehr Informationen unter [www.kaiserin-friedrich-stiftung.de](http://www.kaiserin-friedrich-stiftung.de) > Veranstaltungen

züglich eines Festzuschlags von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer „erhoben werden“. Diese Regelung, so der BGH, stelle die Erhebung von Zuschlägen in das Ermessen des Großhandels. Die sprachliche Struktur der Regelung („darf ... höchstens ... erhoben werden“) sei weder durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (Artikel 1 AMNOG) noch durch die AMPPreisV verändert worden.

### Mindestpreis nicht vorgeschrieben.

Durch das AMNOG hätten sich allein die Zuschläge geändert, die der Großhandel nach der AMPPreisV erheben dürfe. Die Vorschriften legten einen Höchstpreis fest, nicht aber einen Fest- oder Mindestpreis. Dafür hätte der Gesetzgeber Begriffe verwenden müssen, aus denen sich ergibt, dass der Großhandel auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers „mindestens“ den genannten Festzuschlag aufschlagen „muss“. Entgegen der Ansicht des OLG lasse sich aus dem Wort „Festzuschlag“ nicht schließen, dass dieser Zuschlag immer zu erheben sei. Vielmehr handele es sich um einen Zuschlag in Höhe eines festen Betrages (70 Cent). Der Großhandel dürfe aber ganz oder teilweise auf diesen Festzuschlag verzichten. Aus dem AMG und der AMPPreisV ergebe sich auch nicht, dass der Großhandel bei der Arzneimittelabgabe zwingend einen Mindestpreis zu erheben habe. Dies ließe sich nicht aus dem AMNOG schließen. Weil außerdem Preisvorschriften das Grundrecht auf freie Berufsausübung (Artikel 12 des Grundgesetzes) einschränkten, müssten solche Vorschriften eindeutig beschreiben, was verboten ist. Der beklagte Pharmagroßhändler habe nicht gegen arzneimittelrechtliche Preisvorschriften verstoßen. Die von ihm eingeräumten Rabatte und Skonti seien rechens. ■

**Kommentar:** Seit Langem räumt der Pharmagroßhandel Apotheken bei verschreibungspflichtigen Medikamenten Rabatte und Skonti ein. Bislang war rechtlich nicht geklärt, ob die Preisnachlässe legitim waren und Apotheken diese annehmen durften. Der Bundesgerichtshof hat nun Rechtssicherheit geschaffen.

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

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



## MIT IHRER HILFE RETTET ÄRZTE OHNE GRENZEN LEBEN.

**WIE DAS DER SCHWANGEREN PATIENTIN YANESI FULAKISON:** Nach einer Flutkatastrophe in der Region Makhanga in Malawi brauchen viele Menschen medizinische Hilfe. ÄRZTE OHNE GRENZEN startet einen Noteinsatz. Unser Team bringt die hochschwangere Frau per Helikopter ins Krankenhaus, denn das Leben von Mutter und Baby sind in akuter Gefahr. Schließlich rettet ein Kaiserschnitt beiden das Leben. **Wir hören nicht auf zu helfen. Hören Sie nicht auf zu spenden.**



**SPENDENKONTO**  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE 72 3702 0500 0009 7097 00  
BIC: BFSWDE33XXX

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden)



**MEDECINS SANS FRONTIERES**  
**ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Träger des Friedensnobelpreises

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Alkoholprobleme in allen Altersklassen

Alkoholmissbrauch bleibt auch im Südwesten ein Thema, wie eine Auswertung von Versicherungszahlen der AOK Baden-Württemberg ergibt. Von 2011 bis 2016 gingen demnach die Fallzahlen der Versicherten, auf die die Hauptdiagnose „Komatrinken“ zutrifft, zwar tendenziell zurück. Im vergangenen Jahr sei jedoch erneut ein leichter Anstieg festzustellen gewesen, teilte die Kasse mit. Die meisten Komatrinker – 992 Fälle – fanden sich den Angaben zufolge in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen, was 14,9 Prozent der für das Jahr 2016 belegten Ereignisse von Komatrinken ausmachte. „Der rauschhafte Alkoholkonsum ist in jungen Jahren besonders schädlich. In diesem Alter kann der Alkohol nur sehr langsam abgebaut werden“, sagte **Dr. Sabine Knapstein**, Medizinerin bei der AOK Baden-Württemberg. Den missbräuchlichen Griff zur Flasche machen sich aber nicht nur Jugendliche zur Gewohnheit. Laut Kasse wurden im Jahr 2016 insgesamt 19.535 Versi-



Flüssiges mit Nebenwirkungen: Vor allem jungen Menschen setzt Alkoholkonsum gesundheitlich zu.

cherte wegen alkoholbedingter Störungen in einer Klinik behandelt. Knapp die Hälfte war älter als 50 Jahre alt. ■

## BAYERN

## Jeder Fünfte hat es im Kreuz

Rückenschmerzen sind ein weit verbreitetes Phänomen: Im Jahr 2016 ging gut jeder fünfte Versicherte der AOK Bayern wegen Rückenleiden

zum Arzt (21 Prozent). Das waren laut aktuellen Auswertungen der Gesundheitskasse für Bayern fast 985.000 Betroffene. Mit knapp 17 Prozent lag demnach im Landkreis Ebersberg der Anteil der Patienten mit Rückenschmerzen im bayernweiten Vergleich am niedrigsten. In den Landkreisen Hof und Kronach suchte jeder vierte AOK-Versicherte wegen Rückenleiden einen Arzt auf. Der bundesweite Durchschnitt lag bei 20,7 Prozent. ■

## RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

## Partner bauen HzV-Vertrag aus

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und der Landesverband Rheinland-Pfalz des Deutschen Hausärzterverbandes (HÄV) bauen die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in der Region aus. Mit Qualitätszirkeln und Qualitätsdialogen wolle man die HzV weiter stärken, teilten beide mit. Zugleich wolle man den HzV-Vertrag bis Ende 2021 festschreiben. „Der Hausarzt ist die zentrale Anlaufstelle in der wohnortnahen Versorgung. Daher freuen wir uns, die HzV gemeinsam weiter zu entwickeln“, so **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. „Gemeinsames Ziel ist es, die qualitätsorientierte Versorgung der Versicherten zu stärken und insbesondere Menschen mit langwierigen und komplexen Krankheitsbildern die Sicherheit zu geben, dass dem besonderen Versorgungsbedarf durch gute Betreuung passgenau entsprochen wird“, betonte **Dr. Burkhard Zwerenz**, Erster Vorsitzender des rheinland-pfälzischen Hausärzterverbandes. ■

## AOK aktuell

## US-Konzern hält Preise für HIV-Medikamente hoch

Mehr als jeder zweite Euro der medikamentösen Therapie von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einer HIV-Erkrankung wird in Deutschland von der US-amerikanischen Pharmafirma „Gilead“ umgesetzt. Das Robert Koch-Institut schätzt, dass über 65.000 HIV-Infizierte eine antiretrovirale Therapie in Deutschland bekommen. Insgesamt hat die GKV im vergangenen Jahr rund 945 Millionen Euro für die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten ausgegeben, wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) mitteilte. Die Preise für HIV-Arzneimittel haben sich in den vergangenen 30 Jahren versiebenfacht. „Spitzenreiter ist die amerikanische Firma Gilead, die

in Deutschland zum größten Anbieter für Medikamente gegen HIV-Erkrankungen geworden ist. Mit pharmatypischen Schachzügen hält sie den aufkommenden Preiswettbewerb von Generika-Konkurrenten klein und ihren Gewinn hoch“, sagte **Helmut Schröder**, stellvertretender WidO-Geschäftsführer. Neue, patentgeschützte Produkte von Gilead hätten ihre Überlegenheit gegenüber den bewährten Mitteln bisher aber nicht belegen können, so der WidO-Experte. „Vielmehr können ihre Nebenwirkungen den Patienten sogar zusätzlich schaden.“ Infos: [www.wido.de](http://www.wido.de) ■





## Vorsorgeprogramm gegen Essstörungen

Die AOK Nordost bietet ab sofort ein digital unterstütztes Programm zur Früherkennung von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. „Es ist Tatsache, dass sich schon Achtjährige nach Mahlzeiten zum Erbrechen bringen oder sich beim Anblick ihres abgemagerten Körpers im Spiegel zu dick finden. Es gibt auch Kinder, die ihre Ängste und Sorgen buchstäblich in sich hinein fressen. Und ihre Zahl nimmt rasant zu“, sagte **Stefanie Stoff-Ahnis**, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost. Bei dem neuen Programm arbeitet die Kasse mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Beratungsstelle Dick & Dünn sowie dem Berliner Startup Jourvie zusammen. Das Programm, das zunächst in Berlin startet, richtet sich vor allem an Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher oder an andere, ihnen nahestehende Menschen. Es soll für die Gefährdung sensibilisieren und Unterstützung zur Vermeidung einer Essstörung bieten. Dazu wird im Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche „AOK Junior“ ein Screening auf Essstörungen in die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen integriert. Wenn der Arzt eine Gefährdung feststellt, empfiehlt er den Eltern eine Beratung durch die Experten des Vereins Dick & Dünn. Die Beratung ist normalerweise kostenpflichtig, wird aber im Rahmen des Vorsorgeprogramms der AOK Nordost übernommen. „In dem Programm bekommen wir schon früh Hinweise auf ein riskantes Essverhalten“, betonte **Dr. Sigrid Peter**, Vizepräsidentin des BVKJ. ■



Mal wieder kein Appetit? Ein neues Programm soll frühzeitig auf Warnzeichen von Magersucht & Co. bei Kindern hinweisen.

## NORDWEST

### Gesundheitsschutz in Zeiten von 4.0

Die Themen Sicherheit und Gesundheitsschutz gewinnen angesichts der Digitalisierung der Arbeitswelt an Bedeutung. Dies haben Experten auf einer Fachtagung der AOK NORDWEST zum Thema „Arbeit, Gesundheit, Erfolg – Unternehmenskultur in Zeiten von Arbeitswelten 4.0“ in der Kieler Sparkassen-Arena deutlich gemacht. Schleswig-Holsteins Gesundheits- und Sozialminister **Dr. Heiner Garg** betonte, Arbeitsschutz stelle eine Gemeinschaftsaufgabe dar, an der die Unternehmen ebenso beteiligt seien wie Krankenkassen und Unfallversicherungsträger. „Wichtig ist, dass gute Arbeitsbedingungen nicht nur helfen, Unfälle und Erkrankungen zu vermeiden. Sie helfen auch, individuelle Ressourcen zu stärken. Deshalb lohnt es sich, gemeinsam zu überlegen, wie wir Betriebe unter-

stützen können, ihre Beschäftigten möglichst lange gesund zu erhalten“, so Garg. **Thomas Haeger**, Landesdirektor der AOK NORDWEST erklärte, eine gesunde Unternehmenskultur sei vor allem deshalb notwendig, damit die Digitalisierung den Arbeitsprozess und den Arbeitnehmer an geeigneter Stelle entlaste. „Aber digitale Prozesse können nicht den zwischenmenschlichen Kontakt ersetzen.“ ■  
Infos: [www.aok-bgf.de/nw](http://www.aok-bgf.de/nw)

## SACHSEN/THÜRINGEN

### Optimal versorgt bei Gelenkverletzungen

Nach zehnjähriger Laufzeit hat die AOK PLUS ein positives Zwischenfazit ihres integrierten Versorgungsvertrages zur Behandlung von Knie-, Sprung-, Hüft- oder Schultergelenkverletzungen in Thüringen gezogen. Im Rahmen des Vertrages arbeiten Kasse, Hausarzt, Orthopäde, Anäs-

thesist, Radiologe und Sanitätshaus zusammen. Versicherte der AOK PLUS erhalten binnen ein bis zwei Wochen einen Operationstermin, eine Behandlungsmappe mit allen wichtigen Unterlagen sowie drei Termine zur Nachbehandlung. Die Sportklinik Erfurt organisiert die Bereitstellung der Hilfsmittel sowie die Antragsstellung zur Rehabilitation beziehungsweise zur Anschlussheilbehandlung. Bislang konnten laut AOK PLUS rund 7.000 Patienten vom Vertrag profitieren. „Wir sind die einzige gesetzliche Kasse in Thüringen, deren Versicherte eine hochspezialisierte Behandlung in kurzer Zeit bekommen. Darauf sind wir stolz“, sagte **Rainer Striebel**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS. Wesentlicher Mehrwert des Vertrages sei die fachübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Ärzte. Das Leistungsportfolio des Vertrages umfasse seit Kurzem auch den Einsatz künstlicher Kniegelenke. ■

## Ländervergleich Spitzenleistungen made in Germany

2013 versorgten hierzulande 405 Ärzte im ambulanten Bereich und 83 Zahnärzte jeweils rund 100.000 Einwohner. Im stationären Bereich verfügten 1.980 Krankenhäuser im Jahr 2014 gemeinsam über rund 500.680 Betten – pro 1.000 Einwohner stehen somit genau



6,2 Betten bereit. Nicht nur die Arztdichte und die Zahl der Klinikbetten fallen in vielen EU-Staaten niedriger aus als in Deutschland. Auch der Leistungskatalog zählt im internationalen Vergleich zu den umfangreichsten und führt

dazu, dass Deutschland seinen Bürgern quantitativ eines der höchsten Versorgungsniveaus bieten kann. Der aktuelle Band der Berliner Gesundheitswissenschaftler rund um Professor Reinhard Busse wartet mit vielen interessanten Zahlen und Daten zum deutschen Gesundheitssystem auf. Die komplexe Struktur der Versorgung wird übersichtlich erklärt und neueste Gesundheitsreformen nachvollziehbar dargestellt. Manche Zahlen aber beschreiben die blanke Theorie. So bietet das deutsche Gesundheitssystem sicherlich einen sehr guten Zugang zur Versorgung. Dennoch krankt es in der Praxis vielerorts an einer Fehlsteuerung. Ein stolzer Expertenblick allein auf die Ausstattung reicht als Qualitätssiegel längst nicht mehr. Auch in einem gut ausgestatteten System müssen sich vor allem die Patienten orientieren können.

*Reinhard Busse, Miriam Blümel, Anne Spranger: Das deutsche Gesundheitssystem. 2. Auflage. 2017. 346 Seiten. 49,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.*

## Heilkunst Ganzheitliche Sicht auf Gesundheit

Unternehmen wie Microsoft oder Amazon sehen in der fortschreitenden Digitalisierung die Zukunft der Medizin und investieren daher Milliardensummen in den Sektor. Wenn ihre Geschäftsmodelle aufgehen, sind die richtigen Diagnosen und die passenden Therapien in Zukunft vor allem Rechenaufgaben. Dr. Klas Mildenstein, Hausarzt und Lehrbeauftragter an der Hochschule Hannover, hat eine andere Vorstellung von der Zukunft der Medizin. In dem vom ihm herausgegebenen Buch bildet er all jene Professionen und Vorgehensweisen ab, die die ärztliche Behandlung aus seiner Sicht künftig flankieren, weiterentwickeln und ergänzen könnten. Neue Methoden, die den Frontalunterricht im Medizinstudium ablösen sollen, gehören ebenso dazu wie der Aufbau von weniger hierarchischen Organisationsstrukturen im Krankenhaus. Auch den zentralen Instrumenten der Prävention sind eigene Kapitel gewidmet:



Der renommierte Ernährungswissenschaftler Professor Claus Leitzmann zeigt auf, dass gesunde Ernährung nicht nur dem Einzelnen hilft, sondern ökologisch hergestellte und fair gehandelte Lebensmittel für eine gesunde Umwelt und Gesellschaft sorgen. Professor Martin Halle, Sportmediziner aus München, listet auf, dass bei vielen Erkrankungen – von Alzheimer bis Krebs – sportlich aktive Patienten ihre Lebensqualität erhöhen und die Folgen ihrer Erkrankung mindern können.

*Klas Mildenstein (Hrsg.): Die Zukunft der Medizin. 2016. 264 Seiten. 22 Euro. ibidem-Verlag, Stuttgart.*

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ <b>KASSENGIPFEL 2018</b>	Versorgungsmodelle Krankenhaus, Digitalisierung, Kassen als Gesundheitsmanager	22.–23.2.2018 Berlin	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen
■ <b>GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2018</b>	Innovationsfonds, Morbi-RSA, eHealth, stationäre Versorgung, Bedarfsplanung	13.–14.3.2018 Köln	Gesundheitskongress des Westens c/o welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/9 53 22-51 Fax: 0 22 34/9 53 22-52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de
■ <b>DIE UMSETZUNG DES NEUEN HILFSMITTELGESETZES</b>	Hilfsmittelreform aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, Qualität und Transparenz, Umsetzung	15.3.2018 Berlin	ZENO Veranstaltungen GmbH Neuenheimer Landstraße 38/2 69120 Heidelberg	Tel.: 0 62 21/58 80-80 Fax: 0 62 21/58 80-810 info@zeno24.de www.zeno24.de
■ <b>DEUTSCHER PFLEGETAG 2018</b>	Personalgewinnung in strukturschwachen Gebieten, Gesundheitskompetenz, IT in der Pflege	15.–17.3.2018 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
■ <b>FACHSYMPOSIUM „GESUNDHEIT &amp; VERSORGUNG“</b>	E-Health-Lösungen im Versorgungsmanagement, Überwindung von Sektorengrenzen	12.–13.6.2018 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 0341/98988-331 kunzmann@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen > Fachsymposien und Kongresse

## Medizin Faktenwissen allein reicht nicht

Gute Medizin zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich vom reinen Faktenwissen ablöst und auf die Frage besinnt, welche Behandlung genau für diesen Patienten gut ist. Davon ist Giovanni Maio, Professor für Medizinethik, überzeugt. Die ethische Reflexion des eigenen Tuns ist aus seiner Sicht für eine gelingende ärztliche Behandlung unerlässlich. Denn Medizin ist nicht allein den naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten verhaftet und in ihren Behandlungsformen geradezu berechenbar, sondern vielmehr eine „prak-



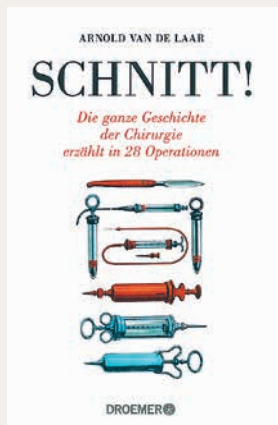
tische Wissenschaft im Dienste des Menschen“. Wer Medizin auf ihren naturwissenschaftlichen Anteil reduziert, übersieht, dass sich die Kernfrage des ärztlichen Handelns nicht allein durch Fakten beantworten lässt. Welche Behandlung genau für diesen Patienten gut ist, muss mit Kollegen abgewogen sowie mit dem Patienten selbst und seinen Angehörigen besprochen werden. Giovanni Maio führt in seinem Lehrbuch zunächst in die philosophischen Grundlagen sowie in die Grundbegriffe der Medizin ein und stellt dann methodische Ansätze der Medizinethik vor. In den weiteren Kapiteln blickt

der Medizinethiker auf die Begegnung zwischen Arzt und Patient und widmet sich verschiedensten Spezialthemen – von der Forschung mit Embryonen bis hin zur Ethik am Lebensende.

*Giovanni Maio: **Mittelpunkt Mensch**. 2. Auflage, 2017. 544 Seiten. 29,99 Euro. Schattauer Verlag, Stuttgart.*

## Medizingeschichte Vom Wundarzt zum Operateur

Was hatten Chirurgen im Amsterdam des 16. Jahrhunderts mit Schlittschuh-, Holzschuhmachern und den Haarschneidern gemeinsam? Sie waren alle Handwerker und gehörten der gleichen Gilde an. Denn die Ursprünge der Chirurgie liegen im rein Handwerklichen. Der Niederländer Arnold van de Laar macht sich in seinem Werk auf die Spurensuche, wie sich dieser heute sehr angesehenen Arztberuf entwickelt hat. Seinen Ursprung hat das Fach im Wundarzt. Dieser traute sich zu, klaffende, schmutzige Wunden seiner notleidenden Patienten zu versorgen. Nicht von Anfang an ging es dabei so fachgerecht zu wie heute. Nach und nach aber bildete sich jene Erfahrung heraus, die aus der modernen Chirurgie nicht mehr weg-



zudenken ist – zum Beispiel auf die Hygiene peinlich zu achten und die Sterilität während einer Operation als oberstes Gebot zu wahren. Wundversorgung, das Abfließen von Eiter und die Behandlung von Knochenbrüchen waren die ersten Dienstleistungen der einstigen „Handwerker“. Heute sind die Operationen – „das gezielte Herbeiführen von Wunden“ –

das Hauptgeschäft eines Chirurgen. Ohne deren handwerkliches Können und hohe Belastbarkeit, dazu ein Höchstmaß an Sterilität sowie einem choreografierten Ablauf im OP-Saal wären die Behandlungen kaum erfolgreich.

*Arnold van de Laar: **Schnitt!** 2016. 432 Seiten. 14,99 Euro. Droemer Knauer, München.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Ärztliche Aufklärungspflicht besteht in jedem Fall

Wie umfangreich müssen Ärzte ihre Patienten bei medizinisch nicht zwingend erforderlichen, aber ratsamen Behandlungen aufklären? Dieser Frage geht Dr. Martin Zurlinden nach. Der Richter am Oberlandesgericht Hamm weist darauf hin, dass in diesen Fällen grundsätzlich erhöhte Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht bestehen. Umfang und Intensität hingen aber letztlich von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab.

**Versicherungsrecht 23/2017, Seite 1438–1441**

### ■ Sozialdatenschutz: Neue europäische und nationale Regeln

Am 25. Mai 2018 tritt die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft. Zeitgleich gibt es Neuregelungen in den Sozialgesetzbüchern I und X und im Bundesdatenschutzgesetz. Dr. Dirk Bieresborn, Richter am Bundessozialgericht, weist darauf hin, dass ab diesem Zeitpunkt die DSGVO unmittelbar anwendbares Recht ist. Die nationalen Neuregelungen dienen dazu, das hiesige Datenschutzrecht an die neuen europäischen Vorgaben anzugleichen. Eventuelle Kollisionen führten in der Regel dazu, dass das nationale Recht nicht anwendbar ist. Auch wenn das Europarecht Vorrang habe, müsse es im Einklang mit dem Grundgesetz stehen.

**Neue Zeitschrift für Sozialrecht 23/2017, Seite 887–892**

### ■ Pflegeberufe: Ausbildungsinhalte erweitert

Inwieweit die Reform der Pflegeberufe gelungen ist, analysiert Professor Gerhard Igl. Nach Ansicht des Sozialrechtlers würde zwar nach wie vor zwischen der allgemeinen, der Kinder- und Altenpflege unterschieden. Aber bei der Pflegeausbildung gebe es grundlegende Neuerungen, wie etwa die Qualifikation an Hochschulen. Auch nehme die Ausbildung ein größeres Aufgabenspektrum in den Blick, beispielsweise Fragen zur Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs oder zur Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses. Dies sei ein wesentlicher Fortschritt.

**Medizinrecht (2017) 35: 859–863**

### ■ Krankenhäuser: Verstöße gegen Normen

Die Vergütung stationärer Leistungen sorgt immer wieder für Streit vor den Sozialgerichten. Professor Ernst Hauck, Vorsitzender Richter des Ersten Senats des Bundessozialgerichts, identifiziert Unterschiede bei stationären Behandlungsleistungen für Privatpatienten und Selbstzahler sowie für gesetzlich Krankensicherte. Diese betreffen unter anderem die Konsequenzen für Krankenhäuser, wenn bei der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten gegen zwingende Qualitätsnormen verstoßen werde. Solche nicht erforderlichen Leistungen müsse die Krankenkasse nicht bezahlen, weil Versicherte darauf keinen Anspruch hätten.

**Kranken- und Pflegeversicherung 5/2017, Seite 177–185**

# Strategien für eine attraktive Pflege

Bald fehlen in Kliniken und Altenheimen hundertausende Fachkräfte, mahnt Pflegeexperte **Stefan Görres**. Er plädiert dafür, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, Quereinsteiger zu gewinnen und den Anteil an Akademikern zu erhöhen.

**Die Zukunftsprognosen** in der Pflege sind düster: Der Bedarf an professionellen Pflegedienstleistungen steigt, der Arbeitsmarkt ist leergefegt, gleichzeitig lässt das Interesse bei Jugendlichen nach, diesen Beruf zu ergreifen. Jüngste Studien kommen zu Bedarfen zwischen 100.000 und 500.000, manche sogar bis zu einer Million mehr Pflegefachkräften bis zum Jahre 2030. Das ist mit Fachkräften aus Deutschland allein nicht zu decken. Längst sind Einrichtungen und Agenturen global in Ländern wie China, Vietnam sowie Süd- und Osteuropa mit der Akquisition ausländischer Kräfte beschäftigt. Der Gesetzgeber und andere Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen daher Strategien entwickeln, um die Attraktivität der Pflege zu steigern, Quereinsteiger zu gewinnen und gänzlich neue Versorgungsmodelle zu entwickeln.

**Auch männliche Jugendliche gewinnen.** In erster Linie ist es erforderlich, den Pflegeberuf als attraktiv und modern zu vermitteln, um ihn im Wettbewerb mit anderen Ausbildungsberufen konkurrenzfähig zu machen und auch männliche Jugendliche zu erreichen. Eine strukturelle und inhaltliche Reformierung des Pflegeberufs ist zentral: Aufwertung des Images, weitere Professionalisierung und Verbesserung der Rahmenbedingungen. Dazu gehören eine bessere Bezahlung, attraktive Arbeitszeitmodelle sowie Gestaltungsoptionen am Arbeitsplatz. Die jüngste Novellierung des Pflegeberufereformgesetzes ist wichtig, wird allerdings erst mittel- bis langfristig greifen.

Die Akademisierung der Erstausbildung von Pflegeberufen in Deutschland soll dazu beitragen, ein modernes Verständnis des Berufsfeldes Pflege zu schaffen. Etwa zehn bis 20 Prozent der Pflegeschülerinnen und -schüler eines Ausbildungsjahrgangs sollen auf Grundlage eines Bachelor- oder Master-Abschlusses

zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten und zur eigenständigen Mitarbeit in professionellen Teams befähigt werden. Mit der Akademisierung wird die Hoffnung verbunden, das Image der Pflege aufzuwerten, bessere Verdienstmöglichkeiten zu schaffen und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Auch dies wird eher mittel- bis langfristig greifen, zumal die Einrichtungen nur zögerlich entsprechende Berufsprofile, Karrieremodelle beziehungsweise Arbeitsplätze entwickeln und bereitstellen.

**Auf Qualifikationsmix setzen.** Neben der wachsenden Nachfrage nach Professionalisierung steigt der kurzfristige Bedarf an Qualifizierung und Förderung von helfenden Tätigkeitsfeldern und Quereinsteigerinnen in der Pflege. So ist der Einsatz von Betreuungs-, Hauswirtschafts- oder ungelerten Kräften mittlerweile nicht mehr aus dem stationären sowie ambulanten Pflegealltag wegzudenken. Die Neuerungen durch das Pflege-neuorientierungsgesetz und die Pflegestärkungsgesetze leisten diesen Entwicklungen Vorschub. Hierzu gehören Überlegungen, in Zukunft stärker auf einen geeigneten Qualifikationsmix zu setzen, um die bestmögliche Qualität zu erzeugen.

Neue Bedarfe und Anforderungen in der Versorgungslandschaft haben das Potenzial, neue interessante Arbeitsfelder mit neuen Perspektiven zu schaffen, die zur Aufbesserung des Images beitragen und vielfältige berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Als neue Felder bieten sich vor allem die Prävention und Gesundheitsförderung ebenso an wie die Rehabilitation, die Palliativversorgung und die Beratung von Kommunen und Familien etwa bei der Konzeptionierung einer demografiefesten Kommune.

**Tätigkeitsfelder in der Wissenschaft.** Nicht zuletzt ist Forschung wichtig, um die pflegerischen Interventionen begründen und verbessern zu können. Gleichzeitig wird aufgrund knapper finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen von Seiten der Kostenträger die Forderung nach Kosten-Wirksamkeits-Nachweisen (Kosteneffektivitäts- und Kosteneffizienz-Studien) immer lauter. Bei gleichzeitigem Anspruch an evidenzbasiertes und leitliniengetreues Handeln eröffnen sich im Rahmen von Forschung und Wissenschaft vermehrt Tätigkeits- beziehungsweise Forschungsfelder für die Pflegefachberufe und fördern auch dadurch deren Attraktivität. ■

**Prof. Dr. Stefan Görres** ist Dekan des Fachbereichs 11 an der Universität Bremen und Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung. **Kontakt:** [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de)

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
E-Mail: [gug-redaktion@kompakt.de](mailto: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/KatarzynaBialasiewicz  
Verlag KomPart Verlagsgesellschaft  
mbH & Co. KG, 10178 Berlin  
AG Berlin-Charlottenburg  
HRA 42140 B  
Postanschrift: wie Redaktion

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigen-  
preislise Nr. 20  
vom 1.1.2018  
ISSN 1436-1728



G+G 12/2017

## Adipositas-Chirurgie: Der große Schnitt

### Das Schlaraffenland macht uns krank

Das lässt sich wirklich nicht übersehen: Immer mehr Menschen sind viel zu dick. Schlimm genug, dass sie oft Spott und Hohn ausgesetzt sind, wie die Schlauchmagen-Patientin im G+G-Artikel eindrücklich berichtet. Wahrscheinlich noch gravierender sind die gesundheitlichen Risiken, denen Übergewichtige ausgesetzt sind, von Gelenkbeschwerden über Zuckerkrankheit bis zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Und die Lebensqualität scheint massiv zu leiden, das wird im Artikel ebenfalls deutlich. Über die Gründe für den starken Anstieg des Übergewichts jedoch reden wir zu wenig. Und noch weniger über die Möglichkeiten der Prävention. Die darf nicht beim Ess- und Suchtverhalten einzelner Menschen stehenbleiben, sondern muss sich unser aller Lebensumfeld widmen. Schon unseren Kindern trainieren wir mit überzuckerten und fettreichen, stark verarbeiteten Nahrungsmitteln und Getränken ein Essverhalten an, das die Grundlage für lebenslanges Übergewicht bildet. Hier würden beispielsweise Werbeverbote für die entsprechenden Produkte, zumindest im Kinderfernsehen (das schon für sich genommen ein Gesundheitsrisiko darstellt) sicher helfen. Aber wer traut sich, so etwas gegen die Macht der Lebensmittelindustrie zu fordern? Und wer setzt solche Verbote gar durch? Stattdessen mästen wir uns und unsere Kinder weiter, und das Schlaraffenland macht uns krank. Am Schluss geben

wir uns dann in die Hände von Chirurgen, die uns Teile eines funktionierenden Verdauungssystems herauschneiden. Ich finde das gruselig, auch wenn einzelne Menschen vielleicht zunächst davon profitieren. Aber gegen das massenhafte Übergewicht brauchen wir andere Strategien, wie auch Ihr Interviewpartner vom Medizinischen Dienst deutlich macht.  
O. S., Hannover

G+G 12/2017

## Cannabis macht Karriere

### Debatte offenbart Defizite in der Versorgung

Die Debatte um den Einsatz von Marihuana wird zu emotional geführt. Es geht nicht um ein Entweder-oder, sondern um den Einsatz von Cannabis bei Patienten, denen der Wirkstoff nutzt. Um das herauszufinden, sind fundierte Studien nötig und nicht das Aneinanderreihen von Erfahrungsberichten, deren Wahrheitsgehalt nur schwer überprüft werden kann. Um nicht falsch verstanden zu werden: Schmerzpatienten und anderen Kranken muss geholfen werden, gegebenenfalls auch unter Zuhilfenahme von Cannabis. Aber es ist im Zweifel fahrlässig, an den Einsatz von Marihuana andere Maßstäbe anzulegen als etwa an Schmerzmittel. Möglicherweise offenbart die Debatte aber auch Defizite in der Versorgung, etwa von Schmerzpatienten, ganz so, wie das Aufsuchen von Heilpraktikern ja auch Defizite der Schulmedizin offenbart: Heilpraktiker hören häufig einfach besser zu als Ärzte.  
A. M., Celle

# BECKs Betrachtungen



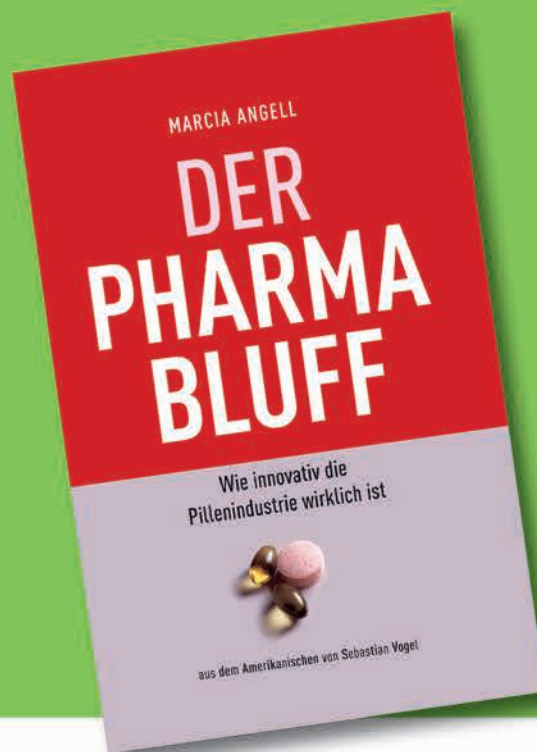
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



# Wir sind da, wo zwei Herzen schlagen

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

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**