



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

**SENATORIN PRÜFER-STORCKS**  
„Kliniken sollen sich  
stärker spezialisieren“

**NEUE BROSCHÜRE**  
Pflegeprofis sprechen  
über Irrtümer

JAPAN

# Gesundheit im Land der Samurai

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

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

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Spielend leben lernen

Vorausschauendes Denken ist Basis für einen gesunden Lebensstil, meint Neurobiologe **Gerald Hüther**. Erwachsene müssten Kindern Gelegenheit geben, die entsprechenden Kompetenzen zu erwerben.

**Die Fähigkeit**, Handlungen zu planen und die Folgen des eigenen Handelns abzuschätzen, ist nicht angeboren. Die dafür erforderlichen Netzwerke und Verknüpfungen werden erst durch eigene Erfahrungen im Gehirn herausgeformt und stabilisiert. Die Erfahrung, wie vorteilhaft es ist, vorausschauend zu denken und zu handeln, machen manche Menschen häufiger als andere. Bei ihnen werden die dafür zuständigen neuronalen Verknüpfungen im Frontalhirn intensiver herausgeformt. Sie können die Folgen ihres eigenen Handelns besser abschätzen und überlegen sich genauer, ob etwas, was sie tun wollen und worauf sie Lust haben, auch ihrer Gesundheit gut tut. All jene, die das nicht so gut können, schaden sich mit ihrem Tun, ihrem Lebensstil oder ihren Gewohnheiten selbst – und werden deshalb häufiger krank. Wenn also die Fähigkeit zu vorausschauendem Denken und Handeln in der Bevölkerung besser entwickelt wäre, würde das zu einer beträchtlichen Kosteneinsparung im Gesundheitssystem führen. Um zu dieser Erkenntnis zu kommen, muss man kein Hirnforscher sein. Dazu muss man noch nicht einmal allzuweit vorausschauend denken können.

Aber es geht nicht nur um uns Erwachsene, es geht auch um unsere Kinder. Der kindliche Organismus bildet sich ebenso wie ihr Gehirn nutzungsabhängig heraus. Wer als Kind nicht genügend Gelegenheit bekommt, sich darüber zu freuen, auf wie vielfältige Weise man sich bewegen, rennen, klettern, laufen, schwimmen, tanzen, balancieren, hinfallen und wieder aufstehen kann, wird das in ihm angelegte Potenzial unterschiedlicher Bewegungsmuster nie kennenlernen, geschweige denn entfalten können. Er bleibt in dieser Hinsicht eine Kümmerversion dessen, was aus ihm werden könnte. Wer als Kind nicht genügend Gelegenheit hatte, sich ein reichhaltiges Spektrum an Strategien und Verhaltensweisen zur Bewältigung von Problemen, von Angst, von Verunsicherung und Konflikten anzueignen, wird später auf die wenigen und immer

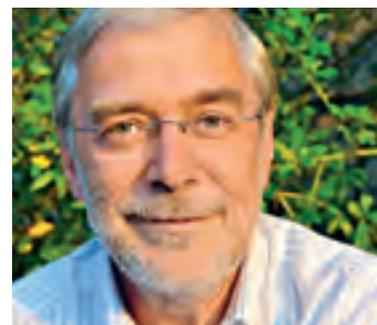
gleichen Bewältigungsstrategien zurückgreifen müssen, die er während seiner Kindheit kennengelernt und in seinem Hirn verankert hat. Er bleibt im Hinblick auf seine Fähigkeit zur Angst- und Stressbewältigung, zu Flexibilität und Kreativität eine Kümmerversion dessen, was aus ihm werden könnte. Wer nicht als Kind und Jugendlicher gelernt hat, mit sehr vielen und sehr unterschiedlichen Menschen eine konstruktive Beziehung aufzubauen, hat keine Gelegenheit, deren Wissen und Können zu

übernehmen und deren Erfahrungen zu teilen. Er bleibt in Bezug auf seinen geistigen Horizont eine Kümmerversion dessen, was aus ihm werden könnte. Wer in seiner Kindheit wie die Made im Speck gelebt und nie das Gefühl von Hunger

und Durst, von Hitze und Kälte, von körperlicher Anstrengung kennenlernen durfte, wird nicht die durch solche vorübergehenden Zustände ausgelösten Regulationsmechanismen entwickeln können. Der bleibt in Bezug auf diese komplexen Regelprozesse eine Kümmerversion dessen, was aus ihm werden könnte. Wer als Kind nicht im Schlamm gespielt und Dreck gegessen hat, entwickelt ein Immunsystem, das nicht genügend „gelernt“ hat, welchen Antigenen wie zu begegnen ist.

Diese Aufzählung von Defiziten, die Kinder erwerben, wenn sie so aufwachsen, wie das heute der Normalfall ist, ließe sich weiter fortsetzen. Was hier deutlich wird, ist banal: Fit fürs Leben und gesund bis ins hohe Alter kann nur jemand werden, der schon während seiner Kindheit und Jugend genügend Gelegenheit geboten bekommt, sich die für eine kompetente Gestaltung seines Lebens erforderlichen mentalen und körperlichen Fähigkeiten anzueignen. Weil unsere Kinder nicht wissen können, worauf es später im Leben ankommt, um glücklich zu werden und gesund zu bleiben, müssten wir Erwachsene ihnen dabei helfen, solche defizitären Entwicklungen zu vermeiden. Aber um das zu tun, müssten wir eben sehr weit vorausschauend Denken können. ■

## Das kindliche Gehirn entwickelt sich nutzungsabhängig.



**Prof. Dr. Gerald Hüther**, geboren 1951, studierte Biologie in Leipzig, wo er auch promovierte. Nach seiner Flucht aus der DDR in den 70er Jahren forschte er von 1979 bis 1989 in Göttingen am Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin auf dem Gebiet der Hirnentwicklungsstörungen. Von 1990 bis 1995 war er Stipendiat im Heisenberg-Programm der Deutschen Forschungsgemeinschaft und arbeitete in diesem Rahmen in der Abteilung für neurobiologische Grundlagenforschung an der Psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Göttingen. Seitdem ist er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an dieser Klinik tätig. Hüther ist verheiratet und Vater eines Sohnes und zweier Töchter.

**Kontakt:** [ghueth@gwdg.de](mailto:ghueth@gwdg.de)

## Reden ist Gold



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Als junger Redakteur bei einer Lokalzeitung hatte ich den Auftrag, einen Beitrag über Frauen in der Kommunalpolitik zu schreiben. Eigentlich kein heißes Eisen, aber ich machte es dazu. Eine Ratsdame hatte mir erzählt, dass in ihrem Weindorf „die Uhren anders ticken“, und es deswegen noch lange dauern werde, bis eine Frau zur Ortsbürgermeisterin gewählt würde. Da

hatte ich das kritische Zitat für meinen Aufmacher!

Die Schlagzeile am nächsten Tag sorgte für Aufregung im Dorf und bereitete der ehrenamtlichen Politikerin viel Ärger – Ärger, den sie angesichts einer pflegebedürftigen Mutter nur mühsam bewältigen konnte, wie ich später erfahren habe. Die einseitig negative Darstellung in meinem Artikel hatte sie in Misskredit gebracht. Ich schäme mich noch heute dafür.

Offen über Fehler zu sprechen, fällt niemandem leicht. Umso mehr bewundere ich den Mut der 14 Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Medizinischen Fachangestellten, die in einer neuen Broschüre über teilweise gravierende Fehler berichten, die ihnen bei der Behandlung von Patienten unterlaufen sind. Die Publikation – sie ist vom KomPart-Verlag im Auftrag des AOK-Bundesverbandes erstellt worden – soll zu einer neuen Fehlerkultur in Medizin und Pflege beitragen: **Nur wer sich traut, offen über Fehler und Beinaheschäden zu berichten, gibt sich und anderen die Chance, daraus zu lernen.**

Nicht nur den 14 Gesundheitsprofis ist darum daran gelegen, dass die Broschüre Verbreitung findet: Das Werk liegt dieser G+G-Ausgabe bei und kann unter [www.aok.de/pflege](http://www.aok.de/pflege) heruntergeladen und bestellt werden.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Wirbt für einen offenen Umgang mit Irrtümern in Medizin und Pflege: die neue Broschüre „Fehler als Chance“.

## MAGAZIN

### 14 NICHT AUF DIE LANGE BANK SCHIEBEN

Veralteter Pflegebegriff, wenig Personal – die Liste der Baustellen in der Pflege ist lang. Was sich ändern muss, diskutierten Experten auf dem Deutschen Pfllegetag.

Von Thomas Hommel

### 16 INITIATIVE BRICHT DEMENZ-TABU

Der ehemalige Schalke-Manager Rudi Assauer hat sein Alzheimer-Schicksal im Fernsehen offenbart. Die nach ihm benannte Initiative will Demenz enttabuisieren.

Von Werner Hansch

### 17 RÜHREN IM FÖRDERTOPF

Schwarz-Rot will mit einem Innovationsfonds die sektorenübergreifende Versorgung fördern. Dieses Vorhaben fand auf einem Kongress nicht nur Beifall.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

### 18 KLINIKEN GEHEN AUF NUMMER SICHER

Händehygiene, Checklisten im OP – was Kliniken für die Patientensicherheit tun und was sich noch verbessern lässt, zeigt der neue Krankenhaus-Report.

Von Maria Sinjakowa

### 20 ZU HAUSE ANGSTFREI STERBEN

Die meisten Menschen wollen am Lebensende im vertrauten Umfeld bleiben. Ein Modellprojekt in Westfalen-Lippe macht dies Palliativpatienten möglich.

Von Matthias Geck und Frank Krabbe

### 22 ARBEIT AN DER AUSSCHLUSS-LISTE

Ab April sind zwei Wirkstoffe vom Austausch in der Apotheke ausgenommen. Über zwölf weitere Mittel verhandeln Apotheker und Kassen – noch.

Von Thomas Rottschäfer

### 23 „KLINIKEN STELLEN SICH AUF DEMENZ EIN“

Immer mehr Krankenhauspatienten haben Demenz. Wie sich Pflegekräfte und Ärzte darauf vorbereiten können, erläutert Monika Wagemester vom Bildungszentrum am Klinikum Region Hannover.

## TITEL

### 30 GESUNDHEIT IM LAND DER LANGLEBIGKEIT

Demografischer Wandel, steigende Kosten, mangelnde Vernetzung: Das japanische Gesundheitswesen steht vor ähnlichen Herausforderungen wie das deutsche.

Von Katsuaki Matsumoto



## THEMEN

### 24 AUS FEHLERN LERNEN

Pflegekräfte sprechen offen darüber, was sie bei der Versorgung von Patienten falsch gemacht haben. Ein wichtiger Schritt zu mehr Behandlungsqualität.

Von Kai Kolpatzik

### 29 „ES LOHNT SICH, ÜBER FEHLER ZU SPRECHEN“

Mehr in Risikomanagement und Fehlermeldesysteme investieren – dafür plädiert der Patientenbeauftragte und Bevollmächtigte für Pflege, Karl-Josef Laumann.

Von Thomas Hommel

### 34 „ALLE MACHEN ALLES IST KEIN GUTES REZEPT“

Klinikplanung, Pflege, Prävention: Hamburgs Senatorin und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Cornelia Prüfer-Storcks, hat klare Reformziele.

Von Burkhard Rexin

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Notenbonus für Landeier?
- 13 **Kommentar** Pflege braucht Zuwanderung
- 38 **Recht** Implantat-Prüfung mangelhaft
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Globale Gesundheit ernst nehmen
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

## 30

Aufbruch: Was die japanische Regierung im Gesundheitswesen verändern will



## 24

Fehlerprävention: Was Pflegekräfte für die Patientensicherheit tun



## 34

Interview: Wo Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks den Reformhebel ansetzen will

## ERNÄHRUNG Mehr Geld für Schulobst

Der Bundesrat hat einen Entwurf zur Änderung des Schulobstgesetzes (Bundestagsdrucksache 18/295) vorgelegt. Damit soll den Bundesländern die Möglichkeit gegeben werden, mit Beginn des Schuljahres 2014/2015 für das Schulobstprogramm mehr Geld aus dem Haushalt der Europäischen Union (EU) zu bekommen. Im Zuge der Reform der gemeinsamen europäischen Agrarpolitik ist vorgesehen, den Zuschuss der EU zum Schulobstprogramm von 50 Prozent auf 75 Prozent zu erhöhen. Weil die nationale Umsetzung im Schulobstgesetz des Bundes geregelt wird, sei nun eine Änderung des Gesetzes erforderlich. Die EU hatte das Schulobstprogramm 2009 initiiert. Ziel war, die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Ernährungserhaltens zu unterstützen. ■

## FÖRDERPROGRAMM Gesundes Altern erforschen

Im Forschungsrahmenprogramm „Horizont 2020“ der Europäischen Union (EU) sind in den nächsten sieben Jahren rund 1,21 Milliarden Euro für den Bereich „Gesundheit, demografischer Wandel und Wohlergehen“ vorgesehen. Schwerpunktthema der ersten rund 50 Ausschreibungen (mit Bewerbungsfristen bis April 2015) ist die Individualisierung von Gesundheit und Pflege. Die EU-Forschungsdirektion erwartet hier Ergebnisse, die helfen, die Folgen der Alterung der Bevölkerung in Europa, steigende Krankheitskosten und die Auswirkungen



der Wirtschaftskrise in den Griff zu bekommen. Ziel ist es, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und gesundes Altern zu fördern. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.horizont2020.de](http://www.horizont2020.de)

## AMTSANTRITT Drogenbeauftragte plant Suchtrat

Die neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die CSU-Bundestagsabgeordnete Marlene Mortler, will sich „kraftvoll insbesondere für die Suchtprävention und die Hilfen für Suchtkranke einsetzen“. Die Landwirtin aus Mittelfranken, die sich seit 2002 im Bundestag vor allem mit Agrarpolitik und Tourismus befasste, sagte bei ihrer Amtseinführung, die Ausrichtung in der Drogen- und Suchtpolitik mit den Säulen von Prävention, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadensreduzierung sowie gesetzlichen Regulierungen zur Angebotsreduzierung habe sich bewährt. Es gelte, Menschen möglichst vor dem Einstieg in den Konsum von Suchtmitteln zu bewahren und wirksame Hilfen zur Bewältigung von Sucht

frühzeitiger anzubieten. Wichtig sei ihr, die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien zu verbessern. Mortler kündigte an, wieder einen Drogen- und Suchtrat als beratendes Gremium einzuberufen. Ihm sollen Vertreter der zuständigen Bundes- und Landesministerien, der Kommunen, der Suchtkrankenhilfe, der Forschung sowie der Selbsthilfe angehören. ■

## STATIONÄRE VERSORGUNG Qualitätsinstitut soll zügig starten

Das im Koalitionsvertrag vorgesehene Institut für Qualitätssicherung im Krankenhaus soll bereits in diesem Jahr seine Arbeit aufnehmen. Das kündigte der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundes-

ausschusses, Josef Hecken, an. Hauptaufgabe der Einrichtung werde es sein, Mindestmengen insbesondere für Hüft- und Kniegelenkprothesen, Bandscheiben-Operationen und die Versorgung von Frühgeborenen je Krankenhaus festzulegen. Der Etat des Instituts solle bei 16 Millionen Euro liegen. Wichtig sei die Qualitätsmessung. Ziel müsse eine Rangliste sein, die Versicherten zeige, in welcher Klinik welcher Eingriff am besten ausgeführt werde. Hecken schlug zudem vor, aus dem im Koalitionsvertrag vereinbarten Innovationsfonds Geld für die Bewertung medizinischer Behandlungsmethoden, etwa durch das Cochrane-Zentrum in Freiburg, und für die Erprobung neuer Versorgungsmodelle auf dem Land bereitzustellen. ■

## kurz & bündig

**+++ BEVÖLKERUNG:** Trotz gut 200.000 weniger Geburten als Sterbefällen lebten Ende 2013 mit 80,8 Millionen rund 300.000 Menschen mehr in Deutschland als ein Jahr zuvor. Laut Statistischem Bundesamt wuchs die Bevölkerung aufgrund der erneut starken Zuwanderung bereits im dritten Jahr hintereinander. **+++ ZAHNÄRZTE:** Der Frauenanteil in der Zahnmedizin liegt aktuell bei 42,3 Prozent und damit sechs Prozentpunkte höher als im Jahr 2000, ist dem Statistischen Jahrbuch 2012/2013 der Bundeszahnärztekammer zu entnehmen. **+++ STERBEHILFE:** Die Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit verzeichnete 2013 rund 5.000 Neuaufnahmen und zählt damit nach eigenen Angaben mehr als 70.000 Mitglieder. 2012 habe sie 356 Menschen in den Tod begleitet.



# Wir sind immer zu gebrauchen

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



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

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

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

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

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

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



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

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

HEILMITTEL

**Sprachtherapie für immer mehr Jungen**

Gesetzlich Krankenversicherte haben 2012 für 5,01 Milliarden Euro Heilmittel bekommen. Insgesamt wurden 42,1 Millionen Verordnungen ausgestellt. Der Großteil der Leistungen entfiel auf die Physiotherapie (85,5 Prozent, 36 Millionen Verordnungen für 235 Millionen Einzelbehandlungen). Entsprechend flossen 72,5 Prozent der Ausgaben für Heilmittel in die Physiotherapie. 14 Prozent gaben Krankenkassen und Versicherte (Eigenanteil) für Ergotherapie aus, elf Prozent für sprachtherapeutische und 2,4 Prozent für podologische Behandlungen. Wie aus dem Heilmittelbericht 2013 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervorgeht, nahmen die Physiotherapie-Verordnungen seit 2005 nur leicht zu, während bei Ergotherapie und Sprachtherapie ein Anstieg um rund 50 Prozent zu verzeichnen ist. So erhalten immer mehr Kinder vor Schulbeginn sprachthera-

Zitat des Monats

**„Es ist unmöglich, Staub wegzublasen, ohne dass jemand zu husten anfängt.“**

Prinz Philip Mountbatton, Ehemann von Königin Elisabeth II

peutische Unterstützung, vor allem Jungen: 2012 brauchte schon jeder vierte logopädische Unterstützung vor dem Schulstart für eine gesunde, altersgerechte Entwicklung. Fünf Jahre zuvor war es erst jeder fünfte. Seit Kurzem unterstützt das Online-Lernprogramm „Praxiswissen Quickcheck“ des AOK-Bundesverbandes Vertragsärzte und Praxisteams bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Es ergänzt die Lernprogramme auf dem Gesundheitspartner-Portal der AOK. ■

**MEHR INFOS:**

[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > **Arzt und Praxis** > **Praxiswissen Quickcheck**

**MEDIZINPRODUKTE**

**Behörden wollen Kapazitäten bündeln**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Schweizer Behörde Swissmedic wollen enger zusammenarbeiten. Weil Medizinprodukte zunehmend global entwickelt und hergestellt würden, das regulatorische Umfeld sich wandle, sowie wegen neuer technologischer und wissenschaftlicher Entwicklungen müssten die Aufsichtsbehörden stärker international zusammenarbeiten und ihre Ressourcen und Kapazitäten bündeln, erklärten BfArM-Präsident Professor Dr. Walter Schwerdtfeger und Swissmedic-Direktor Jürg H. Schnetzer. ■

zahl steige. Nach einem von der rot-grünen Landesregierung geplanten Gesetzentwurf soll über die Zulassung der PID im Einzelfall eine Ethikkommission entscheiden, die bei der Ärztekammer Nordrhein angesiedelt wird. Die Zulassungsstelle für die Zentren wird bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe eingerichtet. Der Ethikkommission sollen vier Ärzte – ein Humangenetiker, Reproduktionsmediziner, Pädiater und ärztlicher Psychotherapeut – sowie ein Ethiker, ein Jurist, ein Patientenvertreter und ein Vertreter einer Behinderten-Organisationen angehören. ■

**STATIONÄRE VERSORGUNG**

**Studie vergleicht Qualität und Umsatz**

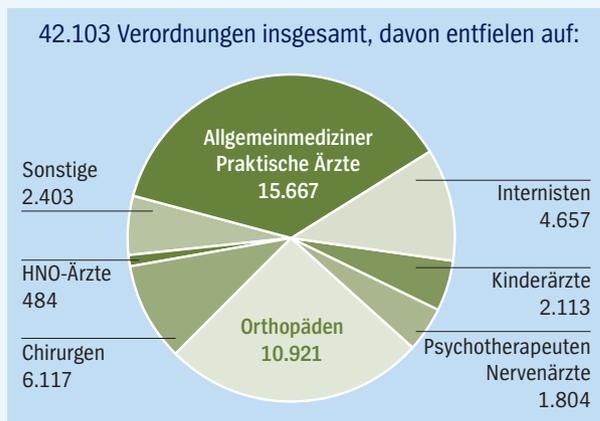
Beim Vergleich von Aufwand und Qualität schneidet das deutsche Gesundheitswesen laut einer Studie der Unternehmensberatung KPMG schlecht ab. Zwischen der Qualität eines Krankenhauses und seinem wirtschaftlichen Erfolg gebe es keinen statistisch nachweisbaren Zusammenhang. Die KPMG hat dazu 64 Qualitätsindikatoren von 284 Krankenhäusern herangezogen. Basis waren die Qualitätsberichte der Kliniken und die im Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse. Krankenhäuser mit einem sehr guten Qualitätsranking zeigten insgesamt keine bessere Umsatzrentabilität als Häuser mit schlechteren Qualitätsnoten. Qualität und Wirtschaftlichkeit schlossen sich aber nicht an. Notwendig sei eine Berichterstattung, die die tatsächliche Qualität der Leistungen widerspiegele, und ein Vergütungssystem, das vorrangig die Qualität der Behandlungsergebnisse belohne. ■

**REPRODUKTIONSMEDIZIN**

**Hohe Standards für Diagnostik**

Für die Präimplantationsdiagnostik (PID) soll es in Nordrhein-Westfalen nur ein Zentrum geben. Bei bundesweit erwarteten 200 bis 300 Fällen sei das ausreichend, so Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne). Der Lebensschutz sowie die besonderen ethischen, psychischen und sozialen Aspekte der PID erforderten hohe Standards, sagte sie. Es sei davon auszugehen, dass die Qualität der PID mit einer gewissen Fall-

**Heilmittel-Leistungen 2012**



Rein rechnerisch hat 2012 jeder der rund 141.000 Vertragsärzte 298,5 Heilmittelverordnungen für GKV-Versicherte veranlasst. Nach Facharztgruppen ist dies allerdings sehr unterschiedlich verteilt. Gut ein Drittel der Heilmittel-Verordnungen kommen von Hausärzten, ein Viertel von Orthopäden und jeweils rund zehn Prozent von Chirurgen und Internisten sowie fünf Prozent von Kinderärzten. *Quelle: WIdO-Heilmittelbericht 2013*

## Notenbonus für Landeier?

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe schlägt vor, jungen Menschen den Zugang zum Medizinstudium zu erleichtern, wenn sie eine Praxis auf dem Land übernehmen wollen. Denkbar sei auch ein Notenbonus als Anreiz. Ein gutes Mittel gegen den Landarztmangel?



**PROF. DR. HEYO K. KROEMER**, *Präsident des Medizinischen Fakultätentages*: Bei dem Ärztemangel handelt es sich überwiegend um ein Allokationsproblem. Die aktuellen Vorschläge können die Verteilungsproblematik langfristig nicht lösen. Die Vergabe von Medizinstudienplätzen ist in höchstem Maße gesetzlich reguliert und Gegenstand von zahllosen Gerichtsverfahren. Eine Studienplatzvergabe auf der Basis freiwilliger Selbstverpflichtung als Landarzt ist sicher

nicht gesetzeskonform. Statt populärer Einfachstmodelle sollten die Gründe für den Landarztmangel differenziert betrachtet werden. Diese Betrachtung wird wahrscheinlich zu dem Schluss kommen, dass wir neue Versorgungsmodelle in der Fläche benötigen.

**DR. HARALD TERPE**, *MdB, Bündnis 90/Die Grünen*: Ein Notenbonus greift zu kurz. Studium und Ausübung der Allgemeinmedizin müssen attraktiver werden. Nötig sind zudem zum Beispiel familienfreundliche Arbeitsbedingungen sowie eine gute Infrastruktur in ländlichen Regionen. Die Fixierung der Debatte auf die bestehenden ärztlichen Versorgungsstrukturen ist nicht hilfreich. Bedarfsgerechte Primärversorgung beruht auf dem Zusammenwirken vieler Gesundheitsberufe. Vorschläge zur Verbesserung der Primärversorgung gibt es etwa seitens des Sachverständigenrates für Gesundheit. Daran sollte sich die Bundesregierung orientieren.



**PASCAL NOHL-DERYK**, *Bundeskoordinator für Gesundheitspolitik, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland*: Der Vorschlag von Minister Gröhe, die sogenannte Landarztquote, ist nicht neu, und es sprechen weiter die vielfach diskutierten Argumente dagegen. Sich vor dem Studium und damit mehr als elf Jahre vor Beginn der ärztlichen Tätigkeit auf Arbeitsort und Facharzt festzulegen, schränkt die Entfaltungsmöglichkeiten während des Studiums unangemessen ein. Es ist nicht hilfreich, der Allgemeinmedizin so weiterhin ein schlechtes Image aufzudrängen. Letztlich geht die Landarztquote auch völlig an den Ursachen unattraktiver Arbeitsgebiete vorbei.

**RAINER STRIEBEL**, *Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS*: Wir brauchen Absolventen, die als Ärzte engagiert dort arbeiten, wo Patienten sie benötigen. Die AOK PLUS ist in Sachsen und Thüringen an entsprechenden Förderprogrammen beteiligt. So können pro Jahr 20 Medizinstudenten in Sachsen 1.000 Euro monatlich als Stipendium erhalten, wenn sie sich verpflichten, dann als Hausarzt in einer unterversorgten Region zu arbeiten. Wenn aber viele Erfahrungen dafür sprechen, dass ein junger Mann aus einer „Landarzttdynastie“ eher eine Praxis auf dem Land übernimmt als ein Absolvent ohne Bezug zur ländlichen Region, sollte ein 2,0-Abitur kein Hindernis für den Zugang zum Medizinstudium sein.



## URTEIL Stock und Hund für blinde Frau

Blinde Menschen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen Blindenhund, selbst wenn ihnen ihre Krankenkasse schon einen Blindenstock bezahlt hat. Das hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz entschieden. Bedingung sei, dass der Hund



werden anonymisiert an einen Server übermittelt. Informatiker und Psychologen der Universität Bonn werten sie aus. Die App ist Teil eines größeren Forschungsvorhabens zur Untersuchung des Handygebrauchs. Mit der App wurde bereits das Telefonverhalten von 50 Studenten über sechs Wochen untersucht. Ein Viertel der Probanden nutzte sein Telefon mehr als zwei Stunden pro Tag. Im Schnitt aktivierten die Studienteilnehmer ihr Telefon 80 Mal täglich – tagsüber durchschnittlich alle zwölf Minuten. Studienleiter Dr. Christian Montag nannte die Ergebnisse „zum Teil erschreckend“. Der typische Nutzer telefoniere lediglich acht Minuten und verbringe mehr als die Hälfte der Zeit mit Messenger-Funktionen oder in Sozialen Netzwerken. Die Abhängigkeit vom Handy ähnele der süchtiger Automaten-Glücksspieler. ■

deutliche Vorteile gegenüber dem Stock biete, befanden die Richter. Sie bestätigten damit eine Entscheidung des Sozialgerichts in Koblenz. Geklagt hatte eine alleinstehende Frau, die durch eine Erkrankung erblindet ist. Die Kasse hatte ihr lediglich einen Stock und ein Lesegerät bezahlt (Az.: L 5 KR 99/13). ■

## GESUNDHEITSWIRTSCHAFT Helmholtz-Zentrum gründet Ableger

Das Deutsche Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Helmholtz Zentrum München) hat im vergangenen Jahr drei weitere Firmen ausgegründet. Aktuell zähle das vom Bund und dem Land Bayern finanzierte Gesundheitsforschungszentrum 15 Spin-off-Unternehmen mit rund 400 Beschäftigten, teile es mit. Das Zentrum selbst beschäftigt rund 2.000 Mitarbeiter und widmet sich insbesondere der personalisierten Medizin für die Diagnose, Therapie und Prävention unter anderem für Diabetes und Lungenerkrankungen. Es erforscht dafür das Zusammenwirken von Genetik, Umweltfaktoren und Lebensstil. ■

## SUCHTFORSCHUNG App warnt vor Handy-Abhängigkeit

Die neue kostenlose App „Menthal“ erlaubt es Smartphone-Nutzern, ihren Umgang mit dem Handy zu messen. Sie können etwa sehen, wie viel Zeit sie täglich am Handy verbringen und welche Anwendungen sie am häufigsten nutzen. Die Daten

## UMFRAGE

**Betriebe nehmen Prävention ernst**

Laut Umfrage des Deutschen Industrie- und Handelskammertages machen 90 Prozent der deutschen Unternehmen ihren Mitarbeitern mindestens ein Präventionsangebot oder planen dies konkret. Für etwa zwei Drittel der befragten Betriebe ist die Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren wichtiger geworden, insbesondere um Fachkräfte zu erhalten. Am wichtigsten seien den Betriebsleitungen gesundheitsgerecht ausgestaltete Arbeitsplätze. Fast die Hälfte der Betriebe biete Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen an oder beabsichtige dies. Ein Viertel der Betriebe biete oder plane Stressbewältigung. ■

## REHABILITATION

**Rheuma verursacht weniger Fehltag**

Die Arbeitsunfähigkeitsdauer und die Zahl der Erwerbsminderungsrenten gehen bei Menschen mit chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankungen seit 15 Jahren zurück. Dieser Trend sei stärker ausgeprägt als bei anderen Krankheiten, sagte Professor Dr. Wilfried Mau, Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin der Universität Halle-Wittenberg. Er analysierte Sozialversicherungsdaten und Dokumentationen der Rheumazentren seit 1997. Wie er in der Zeitschrift für Rheumatologie (1/2014) berichtete, verminderte sich die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer wegen rheumatoider Arthritis bei erwerbstätigen AOK-Versicherten um bis 42 Prozent. Die Zahl der Erwerbsminderungsrenten sank um bis zu acht Prozent. ■

## Köpfe und Karrieren



**+++ BIRGIT HESSE**, 39, ist neue Arbeits- und Sozialministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Die Juristin trat die Nachfolge von Manuela Schwesig an, die ins Bundeskabinett gewechselt ist. Seit 2008 war Birgit Hesse Landrätin in Nordwestmecklenburg und zuvor zwei Jahre lang als stellvertretende Landrätin für die Bereiche Jugend, Soziales, Bildung und Finanzen zuständig. Bevor die Sozialdemokratin in die Politik ging, arbeitete sie bei der Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern und leitete von 2003 bis 2004 die Polizei Wismar. Von 2004 bis 2005 war sie Verkehrsreferentin des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

**+++ STEFAN GRÜTTNER**, 58, verantwortet in der neuen schwarz-roten Landesregierung Hessens weiterhin das Sozialressort. Der Diplom-Volkswirt bekleidet das Ministeramt seit August 2010. Zuvor leitete der CDU-Politiker sieben Jahre lang die hessische Staatskanzlei. Von 1983 bis 1986 war der gebürtige Wiesbadener wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftspolitik der Universität Mainz, wechselte dann als Grundsatzreferent ins rheinland-pfälzische Sozialministerium und wurde persönlicher Referent der damaligen Sozialministerin. 1991 ging Stefan Grüttner als Sozialdezernent nach Offenbach. Dem hessischen Landtag gehört er seit 1995 an und war von 1999 bis 2003 Parlamentarischer Geschäftsführer der CDU-Landtagsfraktion.



**+++ MARTINA HOFFMANN-BADACHE**, 57, ist neue Staatssekretärin im nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Die Diplom-Psychologin folgt in diesem Amt auf Marlies Bredehorst, die wegen hausinterner Differenzen ausgeschieden war. Martina Hoffmann-Badache war von 1999 bis 2013 Landesrätin für Soziales und Integration beim Landschaftsverband Rheinland und zwischen 1990 und 1999 Vorstandsvorsitzende des Psychosozialen Trägervereins Solingen. Zuvor arbeitete sie ab 1980 als psychologische Beraterin zunächst bei der Caritas und dann bei der Evangelischen Kirche in Bochum.

**+++ WOLFGANG SPÄTH**, 54, führt weiterhin als Vorstandsvorsitzender den Verband der Generika- und Biosimilarunternehmen in Deutschland, Pro Generika. Der Pharmazeut und Vorstand der Hexal AG und der Head Core Generics bekleidet das Amt seit 2007. Ihm zur Seite steht als neuer Pro Generika-Vizevorsitzender der Geschäftsführer von TEVA ratiopharm Deutschland, Dr. Markus Leyck Dieken. Der Verband vertritt nach eigenen Angaben die Interessen von 17 großen, mittleren und kleinen Unternehmen, die Generika und Biosimilars herstellen.



**+++ ULRICH LILIE**, 56, wurde vom Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland zum neuen Präsidenten der Diakonie in Deutschland berufen. Der Pfarrer und Theologische Vorstand der Düsseldorfer Graf-Recke-Stiftung, einer der ältesten diakonischen Einrichtungen bundesweit, soll im Mai dieses Jahres Oberkirchenrat Johannes Stockmeier ablösen, der nach dreieinhalbjähriger Amtszeit in den Ruhestand gehen wird. Der Berufung von Ulrich Lilie zum neuen Diakonie-Präsidenten muss noch die Konferenz Diakonie und Entwicklung zustimmen, die Ende März tagen soll.

**+++ HENNING WINDHAGEN**, 48, hat die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) übernommen. Der habilitierte Orthopäde und Unfallchirurg ist Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift und Geschäftsführer des Diakoniekrankenhauses Annastift. Zugleich führt er als Präsident die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Stellvertretender DGOU-Präsident ist Professor Bertil Bouillon, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie am Klinikum Köln-Merheim.



# WER SEINEN PARTNER **LIEBT,** SCHICKT IHN ZUR DARMKREBSVORSORGE

Denn die Untersuchung ist sicher und schmerzfrei. Und schon nach  
20 Minuten haben Sie wieder Zeit für die schönen Dinge des Lebens:

[aus-liebe-zur-vorsorge.de](http://aus-liebe-zur-vorsorge.de)



Paul und Hildegard Breitner

Mehr Informationen unter:



## ARZNEIMITTELGESETZ Länder wollen Doping erschweren

Bundeskanzlerin Angela Merkel hat den Gesetzentwurf des Bundesrates gegen Doping zur Beratung an den Bundestag weitergeleitet. Die Länder fordern darin eine weitere Verschärfung des Arzneimittelgesetzes. Blutmanipulationen und der Handel mit Doping-Wirkstoffen sollen verboten und der Strafrahmen von drei auf fünf Jahre Freiheitsentzug erhöht werden. Außerdem soll es eine Kronzeugenregelung geben. Die Bundesregierung deutete Unterstützung für eine Änderung der Doping-Vorschriften an, da es auch nach den Neuregelungen vom August 2013 noch erhebliche Abgrenzungsprobleme gebe, insbesondere beim Begriff „Berufssport“ sowie bei der Unterscheidung des (strafbaren) Einsatzes von Dopingmitteln im Wettkampf vom (straflosen) Einsatz im Training. ■



## REGIERUNGSBERICHT Anteil der Schichtarbeit steigt

Der Anteil der Erwerbstätigen, die ständig oder regelmäßig in Schichten arbeiten, hat mit 15,9 Prozent 2012 einen Höchststand erreicht. Das geht aus dem Jahresbericht der Bundesregierung über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit hervor. Schwerpunkt des Berichts (Bundestagsdrucksache 18/179) sind die Arbeitsbedin-

gungen von Teilzeit-, geringfügig oder befristet Beschäftigten, Zeitarbeitnehmern und Solo-Selbstständigen. 2012 nahm der Anteil derer zu, die ständig oder regelmäßig an Sonn- oder Feiertagen arbeiten (13,9 Prozent). Nach dem Jahr 2009 wurden 2012 zum zweiten Mal weniger als eine Million meldepflichtige Arbeitsunfälle gezählt. Erstmals kam es 2012 zu weniger Verdachtsanzeigen auf eine Berufskrankheit (73.574) als in einem Vorjahr. ■

## FORSCHUNG Strukturwandel im Pflegeinstitut

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln (dip) hat in den Jahren 2010 bis 2012 rund 2,1 Millionen Euro akquiriert und an 29 Projekten gearbeitet. Im Vergleich mit den Jahren 2007 bis 2009 seien die Aktivitäten des dip um rund zwölf Prozent geringer gewesen, so dip-Chef Professor Dr. Frank Weidner. Das hänge mit dem Strukturwandel zusammen, den das Institut durchlebt habe. Ende 2013 sei die Projektarbeit wieder ausgeweitet worden. Dazu seien vier wissenschaftliche Mitarbeiter neu eingestellt worden. Insgesamt habe das im Jahr 2000 gegründete Institut 16 Mitarbeiter. Rund drei Viertel der Forschung zu Fragen der Bildung, Versorgung, Infrastrukturentwicklung sowie Prävention und Beratung im Pflegebereich würden öffentlich finanziert. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



### „Pflegerische Angehörige brauchen praktische Hilfe“

Ein neues Angebot für pflegende Angehörige hat die AOK Nordost aufgelegt. Dazu Fragen an Alexander Schirp, Verwaltungsratsvorsitzender der Gesundheitskasse.

**G+G:** Herr Schirp, welches Ziel verfolgt die Gesundheitskasse mit ihrem Programm „Pflege in Familien fördern (PfiFf)“?

**SCHIRP:** Wie schnell Menschen nach einem Unfall oder Schlaganfall pflegebedürftig werden können, wissen viele aus dem Familien- oder Bekanntenkreis. Dann ist rasche Hilfe nicht nur für den Patienten gefordert. Angehörige, die die Pflege oft selbst übernehmen wollen, müssen sich viele praktische Kenntnisse aneignen. Zudem muss die Unterstützung durch Pflegedienste organisiert werden. Hier setzt das neue AOK-Programm „Pflege in Familien fördern – PfiFf“ in Brandenburg an.

**G+G:** Im Rahmen des Programms gibt es auch Kurse für pflegende Angehörige. Was haben diese zum Inhalt?

**SCHIRP:** Das Programm will pflegende Angehörige individuell begleiten, wenn ihr Lebenspartner, Vater oder ihre Mutter aus der Klinik nach Hause entlassen werden. Gezeigt werden etwa rückenschonende

Übungen am Krankenbett, um körperliche Überlastungen zu vermeiden. Es gibt Tipps, um zusätzliche Erkrankungen der Pflegebedürftigen möglichst zu vermeiden. Auch wichtig: der Austausch mit anderen Pflegenden – insbesondere für Berufstätige mit der Doppelbelastung Pflege und Arbeit.

**G+G:** Wie setzt sich die AOK Nordost außerdem für dieses Thema ein?

**SCHIRP:** Wir sind überzeugt, dass es vor Ort bereits viele innovative Projekte gibt. Die Erstauflage der beiden Gesundheitspreise Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern, die wir als AOK Nordost jeweils mit der Landesärztekammer ausgeschrieben haben ([www.aok.de/nordost/gesundheitspreis](http://www.aok.de/nordost/gesundheitspreis)), ist deshalb der Pflege gewidmet: In Mecklenburg-Vorpommern sollen ehrenamtliche Vorhaben ausgezeichnet werden. In Brandenburg werden wirksame Maßnahmen des Gesundheitsmanagements für Pflegekräfte gesucht.

## Pflege braucht Zuwanderung

Sie kommen aus Polen und Rumänien, neuerdings sogar aus China: Ausländische Fachkräfte heuern bei Kliniken und Heimen an, weil Deutschlands Pflege der Nachwuchs ausgeht. **Bettina Markmeyer** hält die Debatte über Zuwanderer daher für reine Zeitverschwendung.



**STELLEN SIE SICH KURZ ZWEI SZENEN VOR:** Ihre Mutter liegt im Krankenhaus. Am Telefon sagt sie Ihnen mit schwacher Stimme, sie könne die Krankenschwester kaum verstehen. Das strengt sie so an. Die Schwester sei sehr freundlich, spreche aber schlecht Deutsch. Sie bringen ihre 20-jährige Tochter zum Bahnhof. Sie geht für ein halbes Jahr nach Rumänien, um dort eine alte Frau zu betreuen. Sie kennen die Familie nicht, bei der Ihre

Tochter auch wohnen wird. Haben Sie ein gutes Gefühl dabei?

In der Pflege könne Deutschland seit Jahren nur bestehen, weil es auch qualifizierte Zuwanderung gibt, hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe kurz nach seinem Amtsantritt gesagt. Zuwanderer seien willkommen. Zugleich sei sein Ziel, dass wieder mehr junge Menschen in Deutschland den Pflegeberuf ergreifen. Der Arbeitgeberverband Pflege holt in diesem Jahr 150 chinesische Pflegekräfte hierher und wertet das als Erfolg. Rumänien hat tausende Ärzte und Krankenschwestern verloren. Sie arbeiten im Ausland, viele der Pflegekräfte in deutschen Haushalten. Ungeschützt und nicht versichert. Das alles sind Realitäten.

Es ist daher Zeitverschwendung, die Frage zu diskutieren, ob Deutschland die Pflege seiner alten Menschen mit oder ohne Zuwanderer bewältigen will. Die Debatte birgt zudem leider immer noch die Gefahr, Ressentiments zu bedienen – das hat jüngst wieder die CSU vorgeführt. Unsere Helfer aus dem Ausland – sie sind längst da, getrieben von Armut und Arbeitslosigkeit und nicht von dem edlen Verlangen, uns etwas abzunehmen, was wir offenbar nicht hinkommen: unsere alten Mütter und Väter gut zu versorgen. In einem reichen Land wie Deutschland fehlen zehntausende Pflegekräfte.

Die Große Koalition will das Budget der Pflegeversicherung um ein Fünftel erhöhen. Gut so! Das Geld muss aber richtig ausgegeben werden. Die Impulse dafür müssen aus der Praxis kommen. Von den Kommunen, die mit neuen Angeboten auf den schwindenden Familienzusammenhalt reagieren müssen. Von Pflegekräften, die sich gegen Arbeitshetze und Ausbeutung zur Wehr setzen. Und von pflegenden Angehörigen, die Hilfe brauchen.

Der Gesetzgeber schließlich muss gute Ideen ermöglichen und nicht durch realitätsferne Regelungen behindern. Nur ein Beispiel: Warum bekommen alte Menschen keine Haushaltshilfe bezahlt – den Klinikaufenthalt aber schon, wenn sie sich beim Einkauf den Oberschenkel brechen? Sind sie denn im Krankenhaus besser aufgehoben? Und wer pflegt sie anschließend? Das sind nur ein paar Fragen, auf die wir Antworten geben müssen. ■

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

### ERNÄHRUNG

## Pflegeheime für Studie gesucht

Das Institut für Biomedizin des Alterns der Universität Erlangen-Nürnberg sucht Einrichtungen für eine Studie zur Ernährungsqualität in Seniorenheimen. Es soll festgestellt werden, mit welchen Problemen die Heime bei der Mahlzeitenversorgung kämpfen und ob der Qualitätsstandard der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) aus dem Jahr 2009 bei der Speisenplanung und Ernährungsversorgung hilfreich ist. Anders als die Ernährungssituation von Pflegeheimbewohnern sei die Qualität des Mahlzeitenangebots bisher kaum untersucht worden. Diese sei aber für die Gesundheit und für das Wohlbefinden von zentraler Bedeutung, so Institutsleiterin Professor Dr. Dorothee Volkert. Die Ergebnisse der Studie, die vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft finanziert wird, sollen im DGE-Ernährungsbericht 2016 erscheinen. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.iba.med.uni-erlangen.de](http://www.iba.med.uni-erlangen.de)

### ARZNEIMITTEL

## Mit neuer Indikation steigt der Preis

Die extreme Verteuerung des monoklonalen Antikörpers Alemtuzumab wegen Indikationswechsel ist nach Aussage der Bundesregierung eine Ausnahme. Bis 2012 war der gentechnisch hergestellte Wirkstoff unter dem Namen „MabCampath“ gegen Leukämie auf dem Markt, seit September nur noch als „Lemtrada“ zur Behandlung

von Multipler Sklerose – und das für 887 Euro statt zuvor 21 Euro pro Milligramm, also für mehr als das Vierzigfache. Die Erschließung neuer Anwendungsgebiete für bekannte Medikamente sei zu begrüßen, so die Bundesregierung. Lemtrada muss sich keiner Nutzenbewertung und damit Preisregulierung stellen, da diese nur für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen seit 2011 gilt. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft kritisiert das „Indikations-Hopping“ als verantwortungslos. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache**  
**18/260**

### VERBANDSGRÜNDUNG

## Heilmittel-Erbringer unter neuem Dach

Vier Berufsverbände der Physio- und Ergotherapeuten haben sich im Januar zum Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) zusammengeschlossen. Sie wollen die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber der Gesundheitspolitik und den Spitzenverbänden der Krankenkassen künftig gemeinsam vertreten, erklärte der SHV-Vorsitzende, der Magdeburger Physiotherapeut Karl-Heinz Kellermann. Der Koalitionsvertrag biete viele Chancen, die Versorgung mit Heilmitteln im Interesse der Patienten und der Leistungserbringer zu optimieren, sagte Kellermann, der bereits seit 2011 dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe vorsitzt. Die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung müssten auf allen staatlichen Ebenen nachhaltig verbessert werden. ■

# Nicht auf die lange Bank schieben

Der Pflegebegriff veraltet, die Personaldecke ausgedünnt und viele Angehörige am Limit: Die Liste der Baustellen in der Pflege ist lang. AOK-Bundesverband, Kommunen und Pflegeberufe fordern daher von der Politik, rasch die richtigen Weichen zu stellen. **Von Thomas Hommel**

**Der Hilferuf ist nicht zu überhören.** Gut ein Dutzend Krankenschwestern und Pfleger – alle Mitglieder der Aktionsgruppe „Pflege am Boden“ – hocken auf dem dunkelgrauen Marmorboden im Foyer des Berliner Kongresshotels „Maritim proArte“ und warten auf hohen Besuch. Als Hermann Gröhe, der frisch ins Amt berufene Bundesgesundheitsminister, das Haus betritt, rufen ihm die Demonstranten zu: „Pflege braucht Politik!“ Gröhe lächelt und eilt weiter zum Rednerpult.

AOK-Bundesverband, Städte- und Gemeindebund sowie Deutscher Pflegeerrat (DPR) haben gemeinsam mit dem Wissenschaftsverlag SpringerMedizin und dem GKV-Spitzenverband zum ers-

gungen am Arbeitsplatz, mehr Fachpersonal auf den Stationen sowie eine größere gesellschaftliche Wertschätzung der Pflegeberufe. Auch der Wunsch nach Einführung von Pflegekammern in allen 16 Bundesländern und der nach weiteren Strukturreformen stehen in großen Lettern auf den vielen kleinen runden Zeteln geschrieben (siehe Abbildung „Mehr Zeit und Wertschätzung“ auf Seite 15).

**Mehr Zeit für Pflege.** Einige der Wünsche, die der Pflegebasis am Herzen liegen, finden sich auch in einem gemeinsamen Positionspapier, das der AOK-Bundesverband, Kommunen und Pflegeerrat anlässlich des Pflegetages vorgelegt

Pflegeberufe und deren verlässliche Finanzierung nötig. Schließlich sei ein neuer Pflegebegriff „zügig“ einzuführen, um somatisch und kognitiv-psychisch erkrankten Pflegebedürftigen den gleichen Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu ermöglichen.

Der Weg der Qualitätsorientierung in Kliniken, Pflegeheimen und der ambulanten Pflege sei „uneingeschränkt“ fortzusetzen. Informationen darüber, wo gut gepflegt werde, seien für die Verbraucher leicht zugänglich zu machen und verständlich darzustellen. Grundsätzlich seien beruflich Pflegende von Bürokratie, soweit überflüssig, zu entlasten, damit sie „mehr Zeit für die Pflege“ hätten.

Wir brauchen das Engagement der Pflegekräfte, deshalb haben sie Anspruch auf gute Arbeitsbedingungen.

*Hermann Gröhe, Bundesgesundheitsminister*

Das Zeitalter der Pflege hat längst begonnen.

*Jürgen Graalman,  
Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes*

Ich verstehe nicht, dass die Arbeit an Autos besser bezahlt wird als die an Menschen.

*Andreas Westerfellhaus,  
Präsident des Deutschen Pflegeerrates*

ten Deutschen Pflegetag in die Bundeshauptstadt eingeladen. Rund 1.500 Pflegeprofis und pflegende Angehörige sind der Einladung gefolgt. Die Erwartungen an die schwarz-rote Bundesregierung sind groß. 152 Teilnehmer haben persönliche Wunschkarten ausgefüllt und an einen am AOK-Stand aufgestellten „Wunschbaum“ gepint. Ganz oben auf der Prioritätenliste stehen bessere Rahmenbedin-

haben. „Die beruflich, ehrenamtlich und familiar Pflegenden sowie die Pflegeleistungen“, heißt es darin, „müssen stärker in den Fokus der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussionen gerückt werden.“ Das Potenzial beruflich Pflegenden sei zu stärken. Um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, seien besser ausgestaltete Rahmenbedingungen sowie eine Reform der Ausbildung der

**Pflege als Top-Thema.** Auch Gesundheitsminister Gröhe macht in seiner Rede viel Handlungsbedarf aus. Die Pflege sei ein „klarer Schwerpunkt“ der Arbeit der neuen Bundesregierung. In seiner Rede signalisiert er den etwa 1,2 Millionen professionell Pflegenden Entgegenkommen: „Sie haben einen Beruf, den man nicht mechanisch abarbeiten kann. Wir brauchen Ihr Engagement, deshalb haben

sie Anspruch auf gute Arbeitsbedingungen.“ Er werde sich deshalb „mit ganzer Kraft für bessere Rahmenbedingungen für unsere Pflegeberufe“ einsetzen.

**Faire Bezahlung.** Ein überarbeiteter Pflegebegriff solle möglichst bald erprobt und umgesetzt werden, so Gröhe. Zunächst aber gehe es darum, Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige wie Pflegeprofis zu schaffen. Ziel müsse sein, den Pflegekräften mehr Zeit für die Betreuung einzuräumen. Das Schulgeld für die Ausbildung, das derzeit noch in einigen Bundesländern und Ausbildungsbereichen erhoben wird, solle abgeschafft werden. Zudem spricht sich Gröhe für eine faire Bezahlung der Pflegearbeit aus.

Um das alles zu finanzieren, soll der Beitrag zur Pflegeversicherung Anfang kommenden Jahres um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent – für Kinderlose auf 2,6 Prozent – steigen. Das bedeutet zusätzliche Einnahmen von 3,6 Milliarden Euro pro Jahr, wobei 2,4 Milliarden Euro in neue Leistungen investiert werden und 1,2 Milliarden Euro in einen Pflegefonds fließen sollen. Letzterer ist langfristig angelegt, um die Folgen des demografischen Wandels abzufedern. In einem

## Nächstenliebe ist eine Pflicht!



*Dr. Heiner Geißler,  
ehemaliger CDU-Generalsekretär*

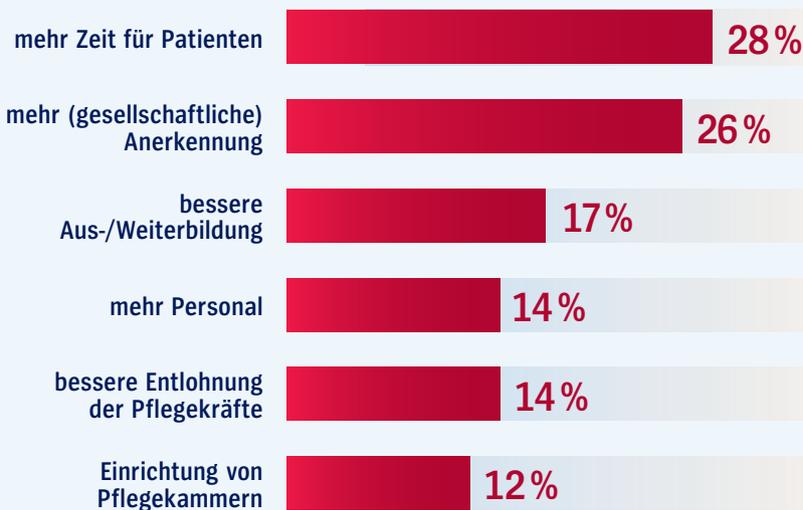
weiteren Schritt werde die Große Koalition den Pflegesatzbeitrag nochmals um 0,2 Prozentpunkte anheben.

**Dampf im Kessel.** „Der Druck des Handelns ist gigantisch groß“, betont Pflegerechts-Präsident Andreas Westerfellhaus. Westerfellhaus bezeichnet die Versorgung mit Leistungen der professionell Pflegenden als „die gesundheits- und sozialpoli-

## Mehr Zeit und größere Wertschätzung

### Das wünschen sich Pflegeprofis am meisten:

(Mehrfachnennungen waren möglich)



Keine Pflege mehr im Laufschrift und eine größere gesellschaftliche Wertschätzung: Das sind zwei der am häufigsten geäußerten Wünsche von beruflich Pflegenden, die sich beim ersten Deutschen Pfl egetag in Berlin an einer Umfrage des AOK-Bundesverbandes beteiligten. Am Ausstellungsstand der Gesundheitskasse konnten die Besucher ihre Wünsche an einen „AOK-Wunschbaum“ heften. Insgesamt machten 152 Teilnehmer mit. *Quelle: AOK-Bundesverband*

tische Herausforderung in den nächsten Jahren“. Dies gelte für alle Handlungsfelder, in denen tagtäglich von professionell Pflegenden gute Arbeit geleistet werde. „Jede Reform muss schon im Ansatz verpuffen, wenn nicht endlich an erster Stelle die Probleme der Pflegenden selber in den Fokus gerückt werden.“ Völlig unverständlich für ihn sei, dass die Arbeit an Autos noch immer besser bezahlt werde als die an Menschen.

**Den Worten Taten folgen lassen.** Zur gesellschaftlichen Anerkennung der Pflege gehöre Wertschätzung, sagt Fritz Schösser, Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Das müsse sich auch darin zeigen, dass professionell Pflegende ihren Lebensunterhalt gut aus ihrer Arbeit finanzieren könnten.

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, mahnt, es dürfe nicht noch einmal passieren, dass politischen Ankündigungen keine Taten folgen. „Pflegebedürftige, Pflegeangehörige und Pflegekräfte erwarten jetzt, dass Tempo gemacht wird. Das Zeitalter der Pflege hat längst begonnen.“ Unbedingt erforderlich sei, dass

endlich ein neuer Pflegebegriff umgesetzt werde. „Eine weitere Pflegereform ohne einen neuen Begriff ist nicht akzeptabel.“ Eine umfassende Pflegereform sei ein „gesellschaftspolitisches Großereignis“, bei dem auch und gerade die Kommunen gebraucht würden.

Die wiederum, räumt der Geschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, Gerd Landsberg, ein, seien weder politisch, organisatorisch noch finanziell auf den steigenden Pflegebedarf vorbereitet. Bereits bei der Stadtplanung müssten die erforderlichen häuslichen Versorgungsdienste, ambulante Einrichtungen und ein vernetztes Hilfesystem bedacht und berücksichtigt werden.

### Pflegebedürftige sind keine „Kunden“.

Eine „grundlegende Bewusstseinsveränderung“ mit Blick auf die Pflege verlangt der frühere CDU-Generalsekretär Dr. Heiner Geißler. Im Gesundheitswesen breite sich eine neue Form der Diskriminierung aus. Ein Mensch gelte umso mehr, je weniger er koste. Selbst auf manchen Stationen würden Patienten bereits als „Kunden“ bezeichnet – gerade so, als ob die Pflege ein Supermarkt wäre. ■

# Initiative bricht Demenz-Tabu

Der ehemalige Schalke-Manager Rudi Assauer hat sein Alzheimer-Schicksal im Fernsehen offenbart. Im Frühjahr 2013 nahm die nach ihm benannte Initiative ihre Arbeit auf. Ihr Ziel: Demenz enttabuisieren. Dazu hat sie jetzt einen Preis verliehen. **Von Werner Hansch**

**Anfang 2012 lief** im ZDF der Film „Ich will mich nicht vergessen“ von Steffi Schmidt. Er offenbarte die Alzheimer-Krankheit des ehemaligen Schalke-Managers Rudi Assauer. Die Autorin und ihr Team hatten Assauer über zehn Monate bei unterschiedlichsten Terminen und Anlässen begleitet. Diese dramaturgische Verdichtung eines Einzelschicksals im Fernsehen hat der öffentlichen Diskussion über die „Volkskrankheit der Zukunft“ einen erfreulichen Schub verpasst. Eine breite mediale Erörterung von gesellschaftlichen Herausforderungen im Zusammenhang mit Demenz war die Folge.

**Zu Gast in Bundesliga-Stadien.** Wilfried Jacobs, ehemaliger Präsident von Borussia Mönchengladbach und langjähriger Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, entdeckte im tragischen Bekenntnis Assauers eine hoffnungsvolle Perspektive. Seine Idee: den Schwung der Assauer-Debatte konstruktiv einbringen in die Gründung einer Initiative Demenz und Gesellschaft, die den Namen Rudi Assauer trägt. Inzwischen ist das Projekt als gemeinnützige GmbH fest etabliert. Einziger Gesellschafter: die Elisabeth Krankenhaus Essen GmbH, der auch die Memory-Klinik angeschlossen ist, wo

Assauers Erkrankung diagnostiziert und behandelt worden war. Der Geschäftsführung der Assauer-Initiative steht ein ehrenamtlicher Beirat zur Seite. Sowohl der FC Schalke 04 als auch die Spitzen des Deutschen Fußball-Bundes und der Deutschen Fußball Liga GmbH begleiten die Assauer-Initiative mit großer Sympathie. Die Veranstaltungen der Initiative finden wechselnd in Bundesligastadien statt, um die hohe gesellschaftliche Relevanz des Fußballs in Verbindung mit der nach wie vor lebendigen Aura Rudi Assauers für die Projekt-Ziele einzusetzen.

**Ängste abbauen.** Ein zentrales Anliegen der Initiative ist die Enttabuisierung des Krankheitsbildes Demenz/Alzheimer. Diesem Vorhaben widmete sich ein Workshop im November 2013 in der Leverkusener BayArena. Rund 40 Experten, die in unterschiedlichsten Funktionen mit der Betreuung von Demenz-Patienten befasst sind, diskutierten mit namhaften Autoren über das Thema „Demenz und ihre Vermittlung in der Medien“. Häufig sind es dunkle, beängstigende Bilder vom Dämon oder Schreckgespenst, von der Geißel der Menschheit bis zur Kernschmelze der Persönlichkeit, denen wir hier begegnen. Demenz ist bis

auf weiteres nicht heilbar. Die meisten Menschen fürchten sich vor einem Zustand, der den unaufhaltsamen Verlust der geistigen Selbstständigkeit bedeutet. Gedanken daran verdrängen sie leicht, wie alles, was mit Vergänglichkeit und Tod zusammenhängt. Hier will die Assauer Initiative Hilfen für Betroffene und deren Angehörige anbieten. Ängste abbauen durch problemgerechte Aufklärung ist eine Aufgabe. Mut machen mit der Erkenntnis, dass keiner seine Menschenwürde verliert, wenn ihn die Krankheit erfasst. Bei angemessener Pflege und Betreuung bleibt ein glückliches Leben auch im fortgeschrittenen Stadium erfahrbar – freilich nicht nach den Regeln unserer funktionierenden Gesellschaft, sondern nach sehr speziellen Maßstäben in einer eigenen Welt.

**Eine Idee zündet.** Im Dezember 2013 war die Assauer Initiative zu Gast in der Schalcker Veltins-Arena. Anlass war die erste Vergabe des „Rudi Assauer-Preises Demenz und Gesellschaft“ (siehe Kasten). Ausgezeichnet mit einem der fünf dotierten Preise wurden Personen und Gruppen, die sich ehrenamtlich auf Basis innovativer Konzepte um die Betreuung demenz-erkrankter Menschen verdient machen. Im Rahmen einer Feierstunde wurden die gesponserten Preise übergeben. Sehr erfreulich war die starke Mitwirkung diverser Medien. So zündet die Idee der Preis-Stiftung, bisher unbeteiligte Zeitgenossen anzuregen: Schaut euch um, je weiter ihr die Lebenskreise zieht, umso sicherer trifft ihr auf Menschen mit Demenz. Vielleicht wird dort gerade Hilfe gebraucht und ihr könnt euch einbringen. ■

**Werner Hansch**, Sozialwissenschaftler und Sportjournalist, ist Vorsitzender des Beirates der Rudi Assauer Initiative.

## Rudi Assauer-Award 2013: Die Preisträger

Die Rudi Assauer Initiative hat im Dezember 2013 erstmals einen mit insgesamt 8.200 Euro dotierten Award für innovative Projekte verliehen. Die Gewinner sind:

1. Preis: „**Bewegung – auch für den Kopf**“, Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg
2. Preis: „**Demenz unter dem Schirm des Quartiers – Alltagsbegleitung von Menschen mit Demenz in der Nachbarschaft und im Stadtteil**“, Alzheimer Gesellschaft Bochum
3. Preis: „**Ein Leben lang Schalke – ein Angebot für demenzkranke Männer zum Thema Fußball**“, Caritas Gelsenkirchen
4. Preis: „**Recontre sans frontières – Begegnung ohne Grenzen**“, Alzheimer Gesellschaft München
5. Preis: „**RetroBrain – Videospiele für Demenzkranke**“, Entwicklungsprojekt von Studenten der Charité Berlin, der LMU München und der Yale University im Rahmen eines internationalen Technologie-Netzwerkes

Mehr Infos: [www.rudi-assauer-initiative.de](http://www.rudi-assauer-initiative.de)

# Rühren im Fördertopf

Schwarz-Rot will mit einem Innovationsfonds Projekte fördern, die die medizinische Versorgung aus einem Guss zum Ziel haben. Bei einem Kongress des Bundesverbandes Managed Care fand das Vorhaben nicht nur Beifall. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Für den Vorstandsvorsitzenden** des Bundesverbandes Managed Care (BMC e.V.) ist die Sache klar: „Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung verspricht Rückenwind für die BMC-Agenda“, erklärt Professor Dr. Volker Amelung auf dem Jahreskongress seiner Organisation in Berlin, bei dem G+G zu den Medienpartnern gehört. Vor allem der Innovationsfonds, mit dem Schwarz-Rot künftig sektorenübergreifende Versorgungsformen fördern will, hat es Amelung angetan. Kein Wunder, plädiert der BMC doch seit Jahren für einen solchen Fördertopf.

300 Millionen Euro wollen Union und SPD für den Fonds locker machen: 150 Millionen davon tragen die Krankenkassen, die andere Hälfte der Gesundheitsfonds. Wer das Geld bekommt, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fest: 75 Millionen sollen in die Versorgungsforschung fließen, 225 Millionen in innovative Projekte, die sich einer Erfolgskontrolle unterziehen müssen. Klingt prima, doch Amelung klatscht nicht nur Beifall: „Der Fonds kann richtig gut oder auch richtig problematisch werden, je nachdem, wie man ihn ausgestaltet.“

## Förderkriterien sind noch festzulegen.

Das sieht Dr. Rolf-Ulrich Schlenker ähnlich. Für den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der BARMER GEK kommt es darauf an, ob der Fonds „eher kollektivvertragliche Projekte“ fördert oder tatsächlich den Wettbewerb um innovative Lösungen beflügelt. Ob das gelingt, hängt für Professor Dr. Volker Ulrich von der Universität Bayreuth von den Förderkriterien ab, die der GBA entwickelt. So sollen laut Koalitionsvertrag „Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen“, aus dem Fonds unterstützt werden. Ab wann das der Fall



ist, sei derzeit noch völlig unklar, so der Gesundheitsökonom.

## Forschung aus Steuertopf finanzieren.

Ulrich stört zudem die Absicht der Großen Koalition, aus dem Innovationsfonds 75 Millionen Euro für Forschungszwecke zur Verfügung zu stellen: Versorgungsforschung sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und müsse daher aus Steuern und nicht aus Kassenbeiträgen bezahlt werden. Für Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, bietet das Vorhaben der Koalition auch Chancen: „Wenn gleichzeitig mit der Einführung des Fonds die derzeitigen Hindernisse für Innovationen – zum Beispiel bei der Bereinigung der Gesamtvergütung – beseitigt werden, kann der Fonds ein Erfolg werden.“ Aus Patientensicht, so macht Dr. Andreas Reimann von ACHSE e.V. deutlich, stelle sich die Frage nach der Nachhaltigkeit: Wie gehe es mit innovativen Projekten weiter, wenn die Förderung auslaufe?

**Politik setzt auf die Qualität.** Annette Widmann-Mauz unterstreicht, dass der

Innovationsfonds einer von mehreren Ansätzen im Koalitionsvertrag sei, die Versorgung der Patienten noch stärker als bisher am Bedarf und „nicht an Sektorengrenzen zu orientieren“. Die Bundesregierung wolle eine „Qualitätsoffensive“ starten und mithilfe eines neu zu gründenden Instituts die Güte ambulanter und stationärer Angebote „einrichtungsbezogen“ veröffentlichen, betont die Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums. Außerdem solle Qualität als Kriterium bei der Krankenhausbedarfsplanung ebenso erstmals gesetzlich festgeschrieben werden wie die Möglichkeit für die Krankenkassen, für ausgewählte Indikationen Qualitätsverträge mit einzelnen Kliniken abzuschließen.

**Umfrage belegt Skepsis.** Den innovativen Geist des Koalitionsvertrages bewerten die Kongressbesucher indes skeptisch: Bei einer TED-Umfrage vor Ort bekommen die schwarz-roten Gesundheitspläne nur eine durchschnittliche „Drei minus“ als Schulnote. Mal sehen, wie die Bewertung in vier Jahren ausfällt. ■

# Kliniken gehen auf Nummer sicher

Händehygiene, Checklisten im OP, Seitenmarkierungen – die Patientensicherheit steht im Mittelpunkt des aktuellen Krankenhaus-Reports. Er zeigt Spielraum für Verbesserungen auf, zum Beispiel beim Umgang mit Fehlern. **Von Maria Sinjakowa**

**Qualitätstransparenz**, ein offener Umgang mit Fehlern und eine Krankenhausplanung, die sich am Bedarf der Patienten orientiert, sind entscheidende Voraussetzungen für die Patientensicherheit. Umfangreichen Stoff zu diesem Themenkreis liefert der Krankenhaus-Report 2014. „Ärzte und Pflegekräfte leisten in deutschen Kliniken täglich hervorragende Arbeit. Doch sie können sich noch so sehr um mehr Patientensicherheit bemühen – solange es weiterhin Fehlanreize durch strukturelle Defizite gibt, stoßen diese Bemühungen zwangsläufig an Grenzen“, machte Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, bei der Vorstellung des Reports deutlich. Es gehe keineswegs darum, vor deutschen Kliniken „Warnschilder“ aufzustellen,

betonte Deh. Aber es gebe Unterschiede in der Behandlungsqualität, über die einweisende Ärzte und Patienten transparent informiert werden müssten. Außerdem seien strukturelle Änderungen in der Krankenhauslandschaft nötig: „Wir brauchen eine intelligenterere Krankenhausplanung. Die Investitionsentscheidungen der Länder und damit auch die Kapazitäten der Kliniken müssen stärker an die Qualität des einzelnen Hauses und an den tatsächlichen Bedarf in einer Region gekoppelt werden. Und nicht zuletzt sollten die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, besonders schlechte Qualität nicht mehr zu bezahlen“, so Deh. Dann bleibe auch mehr Geld für gute Qualität. Derzeit versuchten viele Krankenhäuser, sich zu „kleinen

Universitätskliniken“ zu entwickeln, die alles anbieten, kritisierte der AOK-Vorstand. „Für eine hochwertige medizinische Versorgung ist Spezialisierung das Gebot der Stunde.“ Wer Versorgungsprobleme beseitigen wolle, müsse die Krankenhauslandschaft modernisieren. Der Koalitionsvertrag mit seiner Qualitätsoffensive biete hierfür eine gute Orientierung.

**Ergebnisqualität messen.** Um gegen Mängel vorgehen zu können, muss ein Krankenhaus erst einmal herausfinden, wo es hakt. „Externe Qualitätstransparenz, die für bestimmte Behandlungen Krankenhäuser vergleicht, liefert wertvolle Hinweise“, erläuterte Jürgen Klauber, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und Mitherausgeber

## „Komplexität der Behandlung birgt das größte Fehlerrisiko“



**Prof. Dr. med. Josef Zacher,**  
Ärztlicher Direktor des Helios Klinikums  
Berlin-Buch

**Warum spielt die Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern eine immer größere Rolle?**

**Zacher:** Nur Kliniken, die dauerhaft gute medizinische Qualität erbringen, werden von den Patienten und den Kostenträgern als wertvoller Partner

in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Das ist für das wirtschaftliche Überleben im zunehmenden Wettbewerb von zentraler Bedeutung. Zudem ist das Thema Patientensicherheit in den letzten Jahren verstärkt durch Medien und viele Organisationen aufgegriffen worden. Und letztendlich ist der Nutzen von Instrumenten wie zum Beispiel Checklisten vor einer Operation wissenschaftlich eindeutig belegt.

**Warum ist es dennoch schwierig, vermeintlich einfache Fehler wie Patienten- und Seitenverwechslungen zu vermeiden?**

**Zacher:** Die Fülle der Aufgaben, die vielen Schnittstellen der an einem einzigen Prozess Beteiligten, letztlich also die Komplexität der Behand-

lung von Patienten birgt das größte Fehlerrisiko. Am Ende ist es oftmals eine Verkettung mehrerer kleiner – für sich unbedeutender – Fehler, die zu echten Schadensereignissen führen.

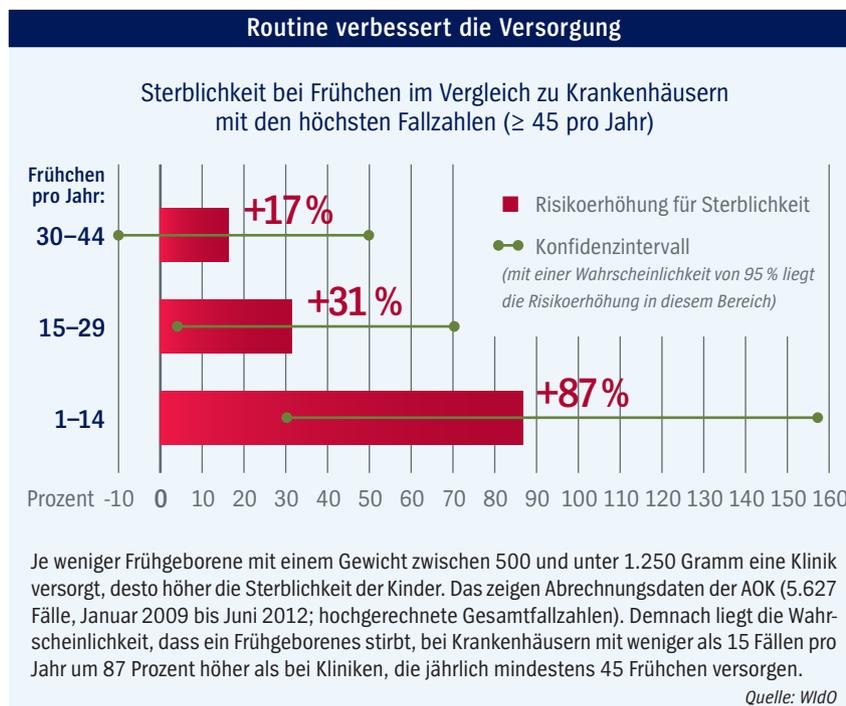
**Was unternimmt das Helios-Klinikum Berlin-Buch, um Behandlungsfehler zu vermeiden?**

**Zacher:** Wir versuchen, mit ganz unterschiedlichen Strategien Behandlungsfehler zu vermeiden. Das beginnt beispielsweise mit dem stringenten Einhalten der Hygienevorschriften, um Infektionen zu verhindern. Der Verbrauch des Desinfektionsmittels in einem bestimmten Zeitraum gibt Aufschluss darüber, inwieweit die Hände vor jedem Patientenkontakt desinfiziert werden. Das machen wir uns zunutze. Um Patienten- und Seitenverwechslungen zu vermeiden, haben wir Patientenarmbänder und Seitenmarkierungen vor einer Operation eingeführt. Anhand von Checklisten gehen wir direkt im OP noch einmal relevante Aspekte durch, um etwa allergische Reaktionen auszuschließen. Aber auch eine entsprechende Fehlerkultur ist uns wichtig. Darum führen wir regelmäßige Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen durch, bei denen komplizierte Fälle oder Beinahefehler interdisziplinär analysiert werden. ■

Die Fragen stellte Timo Blöß, KomPart-Verlag.

des Reports. So könne das Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) zuverlässige Daten zur Ergebnisqualität liefern. „Krankenhäuser, wie beispielsweise die rund 200 deutschen Kliniken der Initiative Qualitätsmedizin, nutzen unter anderem QSR, um ihre Behandlungsqualität im Rahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements zu verbessern.“ Wie gut eine Operation verläuft, ist laut Krankenhaus-Report auch Erfahrungssache: Bei manchen Eingriffen, zum Beispiel planbaren Hüftgelenkimplantationen, hänge das Ergebnis auch stark damit zusammen, wie häufig die Klinik den Eingriff vornimmt. Das belegt beispielsweise eine aktuelle Auswertung von AOK-Daten zur Versorgung von Frühgeborenen mit Geburtsgewicht zwischen 500 und unter 1.250 Gramm (siehe Abbildung). Danach liegt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Neugeborenes stirbt, bei Krankenhäusern mit weniger als 15 Fällen pro Jahr um 87 Prozent höher als bei Kliniken, die jährlich mindestens 45 Frühchen versorgen. „Vieles spricht dafür, dass mit steigender Erfahrung und Routine bessere Ergebnisse erzielt werden“, sagte Klauber.

**Hygienemängel sind vermeidbar.** Die Patientensicherheit spiele für alle Beteiligten eine große Rolle, sagte Professor Dr. Max Geraedts, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports. Doch bei den jährlich rund 19 Millionen Krankenhausbehandlungen mit rund 50 Millionen oftmals komplizierten Prozeduren kommt es auch zu unerwünschten Ereignissen und Fehlern. „Gemäß den bekannten Analysen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und des Sachverständigenrates von 2007 müssen wir nach wie vor davon ausgehen, dass bei fünf bis zehn Prozent aller Krankenhausbehandlungen ein unerwünschtes Ereignis stattfindet“, sagte Geraedts. „Fehler kommen danach mit einer Häufigkeit von rund einem Prozent aller Krankenhausesfälle vor und tödliche Fehler mit einer Häufigkeit von rund einem Promille.“ Vermeidbar seien solche Ereignisse, bei denen die korrekte Behandlung nicht oder falsch erfolge. Als Beispiel nannte Geraedts einen Patienten, der auf ein Medikament allergisch reagiert, von dieser Allergie wusste, aber



vorher nicht dazu befragt wurde. Auch Hygienemängel, durch die sich etwa Operationswunden entzünden, seien vermeidbar, zum Beispiel durch Händedesinfektion. Jährlich infizieren sich laut Krankenhaus-Report rund vier Prozent der Patienten in der Klinik. Oft beruht das aber nicht auf mangelnder Sorgfalt einzelner Ärzte oder Pfleger. Es ist vielmehr eine Verkettung unterschiedlicher Umstände. „Das Risiko steigt mit dem Alter des Patienten, mit der Komplexität der Eingriffe und mit der Zahl der Beteiligten bei einer Behandlung. Die Therapie bei schwerwiegenden Krankheiten und Operationen ist Teamarbeit. Das Hand-in-Hand-Arbeiten im OP muss reibungslos klappen“, so Geraedts.

**Von der Luftfahrt lernen.** Der Krankenhaus-Report stellt Verfahren vor, mit denen sich die Patientensicherheit erhöhen und Risiken minimieren lassen. Beispielsweise können elektronische Verschreibungssysteme helfen, Fehler bei der Arzneiverordnung zu vermeiden. Trainingskonzepte für Notfallsituationen tragen dazu bei, Abläufe zu optimieren und so das Risiko für Patienten zu reduzieren. Hier gebe es einiges von anderen Branchen, wie der Luftfahrt zu lernen, meinte Geraedts. „Wichtig, aber häufig vernachlässigt, ist vor allem der Einfluss einer entsprechenden Fehlerkultur im Krankenhaus auf die Patientensicherheit. Die

Klinikmitarbeiter müssen noch stärker für das Thema sensibilisiert werden und die Fehlerberichtssysteme besser nutzen, um aus eigenen Fehlern und denen anderer Krankenhäuser zu lernen“, so Geraedts.

Als Reaktion auf den Krankenhaus-Report 2014 hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit seine Forderung nach entschiedenem Handeln zur Verbesserung der Patientensicherheit bekräftigt. „Notwendig sind nun konkrete Taten“, heißt es in einer Stellungnahme. Dabei sei auch die Politik gefordert. Vordringlich sei eine konzertierte Aktion zur Schaffung einer verbesserten Sicherheitskultur – vom Umgang mit Fehlern in Krankenhäusern über eine zentrale Datenerfassung bis hin zur Gründung eines Bundesinstituts für Qualität und Sicherheit in der Medizin. ■

**Maria Sinjakowa** ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

**Buchtipps**

Jürgen Klauber/Max Geraedts/Jörg Friedrich/Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit.** 2014, 504 Seiten, 83 Abbildungen und 64 Tabellen, kartoniert; inklusive Online-Zugang, 54,99 Euro. Schattauer Verlag, Stuttgart.

# Zu Hause angstfrei sterben

Die meisten Menschen wollen am Lebensende im vertrauten Umfeld bleiben. In Westfalen-Lippe wird Palliativpatienten dieser Wunsch erfüllt – mit einem Versorgungsmodell, das über die gesetzlichen Vorgaben hinausgeht. **Von Matthias Geck und Frank Krabbe**

**Viele Menschen befürchten**, an ihrem Lebensende unter starken Schmerzen zu leiden, an Schläuchen und Apparaten zu hängen und allein in der Klinik zu sterben. Die ambulante Palliativversorgung soll das verhindern: Eine gute medizinische und pflegerische Versorgung, einschließlich sozialer und seelsorgerischer Betreuung, ermöglicht schwerstkranken, sterbenden Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben, und lindert die Symptome des nahen Todes, wie etwa Schmerzen, Angst oder Atemnot. Auch eine aktuelle Studie aus Bayern (*siehe Abbildung*) zeigt, dass die meisten schwerstkranken Patienten am Lebensende zu Hause bleiben wollen. In Westfalen-Lippe haben Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung (KV) deshalb ein Versorgungsmodell entwickelt,

das über die seit April 2007 im Sozialgesetzbuch verankerte Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) hinausgeht. Das Besondere am westfälisch-lippischen Modell: Es erreicht mit seinem umfassenden Angebot alle gesetzlich versicherten Palliativpatienten in diesem Landesteil.

**Vertrag mit allen Krankenkassen.** Ambulante Palliativpatienten sind meistens bei einem Hausarzt in Behandlung, manchmal auch bei einem Facharzt, und benötigen palliativmedizinischen Rat oder palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung. Da es sterbenskranken Patienten phasenweise sehr schlecht, aber dann auch wieder ein wenig besser gehen kann, sind sie nicht durchgängig auf SAPV angewiesen. Sie brauchen jedoch

die Sicherheit, dass ihr Haus- oder Facharzt für sie da ist und ihnen bei Krisen stets ein Palliativmediziner zur Seite steht. In Westfalen-Lippe haben Krankenkassen und KV deshalb bereits 2006 auf Initiative der AOK ein eigenes Modell der ambulanten Palliativversorgung auf den Weg gebracht. Inzwischen steht dieses Angebot in der Region (rund 8,2 Millionen Einwohner) den gesetzlich krankenversicherten Palliativpatienten flächendeckend zur Verfügung. Basis des Versorgungsmodells ist ein Vertrag aller Krankenkassen mit dem Berufsverband der Palliativmediziner und der KV Westfalen-Lippe, der am 1. April 2009 in Kraft trat und 15 bis dahin bestehende regionale Verträge zur Integrierten Versorgung von Palliativpatienten ersetzte. In der Aktualisierung des Vertrags zum 1. Oktober 2013 wurden die Änderungen in der Gebührenordnung zur hausärztlichen Palliativversorgung berücksichtigt.

**Bereitschaft rund um die Uhr.** Die westfälisch-lippische Palliativinitiative baut auf bestehende Strukturen auf. Für die 27 Kreise und kreisfreien Städte des Landesteils stehen mittlerweile 30 Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) rund um die Uhr in Bereitschaft. Zu jedem PKD gehören mindestens vier Palliativmediziner und 1,5 Koordinationskräfte mit Palliativpflege-Weiterbildung. Im PKD Dortmund arbeiten beispielsweise 15 Mediziner und zwei Pflegekräfte. Soweit notwendig zieht der PKD einen ambulanten Pflegedienst oder einen der 86 in Westfalen-Lippe anerkannten ambulanten Palliativpflege-dienste hinzu. Niedergelassene Haus- und Fachärzte erklären gegenüber der KV einmalig ihren Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung der Palliativversorgung und rechnen entsprechende Leis-

## Studie: Patienten wollen ambulante Angebote

### Welche Wünsche haben die Patienten?



Sterbenskranken Patienten wollen nicht in die Klinik, sondern zu Hause bleiben. Nach Auskunft von Mitarbeitern bayerischer Palliative Care-Teams in einer Wirksamkeitsstudie zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (Befragung 2010 bis 2011) äußerten von insgesamt 1.200 Patienten 69 Prozent diesen Wunsch. Sogar der Wunsch nach Leidenslinderung tritt dahinter zurück (26 Prozent). *Quelle: Schneider et al.: Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis, 2012*

tungen extrabudgetär ab. Sie melden Patienten mit Bedarf für ambulante Palliativversorgung, wenn diese es wünschen, beim zuständigen PKD an. Dadurch erhält der PKD alle relevanten Informationen. Der Überblick über die palliativmedizinisch versorgten Patienten in der Region ermöglicht eine sinnvoll organisierte Dienstbereitschaft. Einzelheiten stimmen PKD und niedergelassener Arzt persönlich ab. Der PKD wird tätig, wenn ihn der Haus- oder Facharzt beziehungsweise – bei Krisen und Notfällen – auch die Angehörigen anfordern. Eine Akte beim Patienten, die unter anderem die Notfallnummer des PKD enthält, gibt dem behandelnden Arzt Einblick in die aktuelle palliativmedizinische Situation. Von Angehörigen angeforderte Notärzte stellen zunächst den Kontakt zum Palliativarzt her und überweisen Patienten nicht unnötig ins Krankenhaus.

**Mediator als Prozessbegleiter.** Die Besonderheiten des Modells liegen in der Zusammenarbeit zwischen rund 3.700 niedergelassenen Ärzten und 289 Palliativmedizinern der PKD. Die Versorgungsabläufe sind durch ein kollegiales Miteinander gekennzeichnet. Die Krankenkassen haben Einblick in das Versorgungsgeschehen und können Einfluss darauf nehmen. In Einzelfällen erfolgt dies mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Zudem beobachtet ein von den Vertragspartnern als Mediator eingesetzter Palliativmediziner bestimmte Versorgungsmerkmale, wie die Zahl der betreuten Palliativpatienten pro Praxis oder wo sie verstorben sind, und meldet Auffälligkeiten. Zudem diskutieren die Vertragspartner im gemeinsamen Projekt-Ausschuss Korrekturbedarf. Die Versorgung ist antrags- und genehmigungsfrei. Versicherte erhalten die besondere Betreuung als Sachleistung ohne bürokratische Hürden. Soweit erforderlich, betreuen Palliativmediziner und -pflegekräfte mehrmals am Tag Patienten im Rahmen der Vollversorgung. Die PKD bieten regelmäßig Qualitätszirkel und Fortbildungen für die Haus- und Fachärzte an. Patienten in Hospizen und Pflegeheimen sind in das Versorgungsmodell einbezogen.

In Westfalen-Lippe würden von der herkömmlichen SAPV etwa 3.000 bis 4.000 Patienten profitieren. Tatsächlich

werden dort aber rund 13.000 gesetzlich versicherte ambulante Palliativpatienten betreut. Das hat die Versorgung nachweislich verbessert: Während im Jahr 2000 schätzungsweise 70 bis 80 Prozent der Palliativpatienten im Krankenhaus verstarben, beträgt der Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen in Westfalen-Lippe im ersten Halbjahr 2013 nur noch elf bis zwölf Prozent.

**Palliative Kompetenzen stärken.** Das Modell in Westfalen-Lippe beruht auf der Überzeugung, dass zentraler Ansprechpartner eines Palliativpatienten der Haus- oder Facharzt ist. Damit langjährige Arzt-Patienten-Beziehungen nicht unterbrochen werden, sollen Haus- und Fachärzte zur Behandlung von Palliativpatienten befähigt werden. Da ein Hausarzt je Quartal im Durchschnitt nicht mehr als ein oder zwei Palliativpatienten behandelt, braucht er aber nicht zwingend eine palliativmedizinische Fortbildung. Im Sinne eines lernenden Systems wird er vielmehr in die Kompetenz des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes eingebunden.

In der üblichen Palliativversorgung arbeiten SAPV-Teams und Vertragsärzte nebeneinander. Die SAPV-Teams rechnen hohe Pauschalen ab, die Vertragsärzte seit 1. Oktober 2013 neue Ziffern der Gebührenordnung – und das ohne jeden Qualitätsnachweis. Im besten Fall kooperieren die Haus- und Fachärzte eng mit den SAPV-Teams, im schlechtesten Fall konkurrieren sie um die Patienten. Der westfälisch-lippische Versorgungsansatz stellt dagegen unter Beweis, dass Krankenkassen und KVen eine qualitätsorientierte Versorgung gestalten können, die alle Beteiligten einbezieht und bei den Patienten ankommt. Zudem lässt sich

#### Lesen- und Webtipps

- Bettina Claßen, Matthias Geck, Ulrike Hofmeister, Hans-Ulrich Weller: **Perspektive für Palliativversorgung**, in: Westfälisches Ärzteblatt Heft 2/2011, Seite 11 – 15, **Download:** [www.aekwl.de](http://www.aekwl.de) > Westfälisches Ärzteblatt > Archiv
- [www.bv-palliativmediziner.de](http://www.bv-palliativmediziner.de) Homepage der Palliativinitiativen Westfalen-Lippe
- [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Informationsarchiv > Richtlinien > Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie



vermeiden, dass Patienten in der letzten Lebensphase doch noch ins Krankenhaus eingewiesen werden. Der höhere Kostenaufwand für das Modell wird teilweise dadurch ausgeglichen, dass weniger Rettungsfahrten und stationäre Krankenhausaufenthalte zu Buche schlagen.

Aus Sicht der AOK NORDWEST liegt der wesentliche Vorteil darin, einer großen Patientenzahl ein Leben in Würde bis zuletzt unbürokratisch zu ermöglichen – und dabei kooperative Strukturen für eine Stärkung palliativer Kompetenzen zu nutzen. Während die Deutsche Palliativstiftung über „SAPV: Dauerbaustellen ohne Ende“ (Ärzte Zeitung vom 27.11.2013) klagt, profitieren in Westfalen-Lippe Patienten und deren Angehörige von dem Mut der Akteure, einen besonderen Weg zu verfolgen. ■

**Dr. Matthias Geck** ist Leiter des Geschäftsbereichs Ambulante Versorgung West bei der AOK NORDWEST. **Frank Krabbe** ist Referent in diesem Geschäftsbereich.

**Kontakt:** [Matthias.Geck@nw.aok.de](mailto:Matthias.Geck@nw.aok.de)

# Arbeit an der Ausschluss-Liste

Ab April sind zwei Wirkstoffe vom Austausch in der Apotheke ausgenommen. Über zwölf weitere Mittel verhandeln Apotheker und Kassen – noch. Denn die Politik will diese Aufgabe dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. **Von Thomas Rottschäfer**

**Zum Schluss** starb bei Union und SPD die Hoffnung: Nach monatelangen vergeblichen Verhandlungen über die „Substitutionsausschlussliste“ entzogen die neuen Regierungspartner dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband theoretisch das Mandat und übertrugen es kraft Koalitionsvertrag dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Doch nicht mit Dr. Rainer Hess: Der ehemalige GBA-Chef holte als Leiter des Schiedsverfahrens Apotheker und Kassen an den Verhandlungstisch zurück. Am 7. Januar gab es einen Durchbruch: Mit den Wirkstoffen Ciclosporin (Immunsuppressivum) und Phenytoin (Antiepileptikum) stehen die ersten Präparate fest, die in der Apotheke nicht mehr gegen ein anderes Medikament ausgetauscht werden dürfen. Auf der Schiedsstellen-Liste stehen zwölf weitere Wirkstoffe, die nun zur Verhandlung anstehen.

**Therapiefreiheit nicht eingeschränkt.** Substitutionsausschlussliste – der Begriff ist so sperrig wie die Verhandlungen um das Zustandekommen. Gelistet werden wirkstoffgleiche Medikamente, die grundsätzlich vom Austausch in der Apotheke ausgeschlossen werden sollen. Das betrifft in erster Linie Generika (Nachahmerpräparate), für die einzelne Krankenkassen Rabattverträge mit dem Hersteller abgeschlossen haben. Dr. Sabine Richard, stellvertretende Geschäftsfüh-

rerin Versorgung beim AOK-Bundesverband, macht keinen Hehl daraus, dass sie die Liste für unnötig hält: „Die Therapiefreiheit des Arztes wird durch die Regeln der Generika-Substitution nicht eingeschränkt. Der Arzt kann den Austausch durch Ankreuzen des aut-idem-Feldes auf dem Rezept individuell ausschließen. Selbst wenn er den Austausch

## Aus pharmakologischer Sicht ist die Substitution meist unbedenklich.

erlaubt, kann der Apotheker ihn unterlassen, sollte er aus pharmazeutischer Sicht begründete Bedenken haben.“

Dass Ärzte und Apotheker dies in der Praxis individuell und verantwortungsbewusst handhaben, belegt Richard am Beispiel der Umsetzungsquoten für zwei AOK-Rabattvertragsmedikamente: „Beim Magenmittel Pantoprazol fand im August 2013 in 92 Prozent der Fälle ein Austausch statt. Beim Schmerzmittel Morphin war das nur bei 41,5 Prozent der Rezepte der Fall.“ Dennoch hat der Gesetzgeber Apotheker und Kassen 2012 beauftragt, die Ausschluss-Liste zu erstellen. Das geht vor allem auf Forderungen der Deutschen Schmerzliga zurück, den Austausch ein-

zuschränken. Bei einer Anhörung im Petitionsausschuss des Bundestages warnte die damalige Schmerzliga-Präsidentin Dr. Marianne Koch im Mai 2011 vor „dramatischen Folgen“ für viele Schmerzpatienten. Von den Rabattvertragsgegnern wurden die „pharmazeutischen Bedenken“ eifrig aufgegriffen. „Aus pharmakologischer Sicht sind Generika in den meisten Fällen austauschbar“, betont dagegen der Bremer Pharmakologe Professor Bernd Mühlbauer. „Pharmazeutische Hersteller müssen für ihre generischen Produkte nachweisen, dass die Wirkstoffe in gleicher Weise wie beim Originalpräparat freigesetzt, vom Körper aufgenommen, um- und abgebaut werden“, erläutert das Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Dabei würden die Zulassungsbehörden die Toleranzgrenzen an das Nutzen/Risiko-Verhältnis des einzelnen Wirkstoffes anpassen.

**Verfahren braucht Transparenz.** Gleichwohl hält die Politik an der Liste fest. Auch das Übertragen der Verhandlungen an den GBA ist nicht vom Tisch. GKV-Spitzenverband und AOK unterstützten diese Lösung. „Der GBA befasst sich bereits mit der Substituierbarkeit einzelner Wirkstoffe und deren Darreichungsformen. Er kann daher ein auch für die Hersteller transparentes Verfahren besser sicherstellen als dies bei zweiseitigen Verhandlungen zwischen Apothekern und Kassen der Fall wäre“, betont Arzneimittelexpertin Richard. „Rechtssicherheit ist dringend geboten, da sich die Aufnahme eines Wirkstoffs in die Liste erheblich auf die Marktentwicklung auswirkt.“ ■

### Schwarz-Rot setzt auf Gemeinsamen Bundesausschuss

Im Koalitionsvertrag haben Union und SPD vereinbart, den GBA mit der Substitutionsausschlussliste zu beauftragen. Das soll jetzt mit dem 14. SGB-V-Änderungsgesetz umgesetzt werden. Bei Redaktionsschluss lag ein Antrag der Regierungsfractionen vor, in dem es heißt: „Die bisherige Möglichkeit zur rahmenvertraglichen Vereinbarung nicht austauschbarer Arzneimittel (...) hat sich in der Praxis als zu schwerfällig und konfliktträchtig erwiesen“. Der GBA soll die Liste bis 30. September erstellen. Die Apothekerverbände lehnen das ab, weil sie nicht in den GBA-Gremien vertreten sind. Über das Stellungnahmeverfahren wären sie jedoch ebenfalls beteiligt. Das Gesetz soll zum 1. April in Kraft treten.

**Thomas Rottschäfer** ist freier Journalist und spezialisiert auf gesundheitspolitische Themen.  
**Kontakt:** [info@satzverband.de](mailto:info@satzverband.de)

# „Kliniken stellen sich auf Demenz ein“

Immer mehr Krankenhauspatienten haben eine Demenz. Nach Hochrechnungen wird 2020 jeder Fünfte diese Nebendiagnose mitbringen. Wie sich Pflegekräfte und Ärzte darauf vorbereiten, erläutert **Monika Wagemester**, Leiterin des Bildungszentrums am Klinikum Region Hannover.

Schätzungen zufolge haben heute zehn bis 15 Prozent aller Krankenhauspatienten eine Demenz. Was folgt daraus für die Behandlung?

**Wagemester:** Die Patienten kommen wegen körperlicher Symptome ins Krankenhaus. Über demenzbedingte Einschränkungen erfahren die Klinikmitarbeiter bei der Aufnahme oft nichts. Die neue Umgebung setzt aber besonders Patienten mit Demenz unter Stress. Das führt zu einer Verschlechterung des Zustandes und zu Komplikationen, auch körperlicher Art. 2012 hat die Berliner Charité Klinikdaten ausgewertet und festgestellt, dass Demenzpatienten bis zu sieben Tage länger im Krankenhaus liegen. Leidet ein Patient unter Demenz, nimmt die ärztliche Behandlung mehr Zeit in Anspruch und der pflegerische Betreuungsaufwand erhöht sich enorm.

Wie können sich Kliniken und ihre Mitarbeiter darauf einstellen?

**Wagemester:** Im Klinikum Region Hannover haben wir seit 2007 in Weiterbildungsmodulen fast 600 Mitarbeiter im Umgang mit Demenz-Patienten geschult. Darin geht es um Grundlagen, Beziehungspflege, Kommunikation oder Milieugestaltung. Wir bieten zudem gemeinsam mit der Hochschule Hannover eine 180-stündige Weiterbildung Geriatrie Care an, in der ein Schwerpunkt Demenz ist. Wichtig für Kliniken sind Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation und eine entsprechende Qualitätssicherung. Bedeutsam sind die Abläufe bei der Aufnahme. Werden dabei kognitive Aspekte berücksichtigt, wird nach den für eine Demenz relevanten Dingen gefragt? Beispielgebend sind Modelle wie ein Rooming in – dabei können Angehörige im

Zimmer des Patienten übernachten – oder das Einbeziehen von Ehrenamtlichen. Die Demenz gehört zudem als Thema in die Pflege-Ausbildung.

Welches Konzept steht hinter der Multiplikatoren-Fortbildung am Klinikum Region Hannover?



**Wagemester:** Ihre Expertise ist gefragt. Sie beraten ihre Kollegen. Sie empfinden beispielsweise die Biografiearbeit in der Praxis als hilfreich. Anhand der Lebensgeschichten von Patienten erkennen sie Bewältigungsstrategien. In der Fortbildung haben Teilnehmende Werkzeuge erarbeitet, die sie im Alltag nutzen können,

Patienten mit Demenz liegen bis zu sieben Tage länger im Krankenhaus.

Monika Wagemester

**Wagemester:** Wir haben gemeinsam mit der niedersächsischen Alzheimer Gesellschaft und weiteren Partnern ein Curriculum für eine 160-stündige, zertifizierte Multiplikatoren-Fortbildung entwickelt. Sie befähigt Mitarbeiter von Kliniken, Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Demenz für ihre Einrichtung zu erarbeiten und umzusetzen. Außerdem beraten und unterstützen sie ihre Kollegen bei Fragen rund um die Demenz. Bisher haben 20 Mitarbeiter aus der Pflege und der Physiotherapie teilgenommen. Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen hat die Fortbildung 2013 evaluiert. Daraufhin haben wir den pädagogischen Teil und die Demenzinformationen ausgebaut.

Welche Rückmeldung bekommen Sie von Teilnehmern?

so zum Beispiel Beschäftigungsmaterial für Patienten, Flyer für Angehörige, Standards für Pflege und Dokumentation.

Können wir also hoffen, dass Menschen mit Demenz künftig in Kliniken besser betreut werden?

**Wagemester:** Ja, denn Krankenhäuser müssen darauf achten, dass sich die Verweildauer nicht aufgrund von Demenz verlängert. Sie stellen sich deshalb auf Patienten mit Demenz ein. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person

Monika Wagemester leitet das Bildungszentrum Klinikum Region Hannover.

Mehr Infos: [www.krh.eu](http://www.krh.eu) > Arbeiten im KRH > Bildungszentrum



Irren ist menschlich – auch in Medizin und Pflege. In einer neuen Broschüre berichten Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Medizinische Fachangestellte von eigenen Missgeschicken. Ihre Offenheit dient der Fehlerprävention und der Patientensicherheit. Von Kai Kolpatzik

# Aus Fehlern lernen

**E**in Pfleger erzählt: „Es war die letzte OP an einem langen Arbeitstag. Mein Aufgabenbereich war die Anästhesie. Die Patientin war Mitte 70 und sehr kachektisch, also ausgezehrt. Nun wachte sie nach einer Schenkelhals-OP auf. Offenbar tolerierte sie den Tubus immer weniger. Alle riefen nach dem OP-Pfleger, aber der kam nicht. Die Frau tat mir leid: Auf dem Expansionstisch zu liegen, tut schon beim Zusehen weh! Weil ich schon als OP-Pfleger gearbeitet hatte, betrat ich kurz entschlossen den OP-Bereich. Der Oberarzt hielt das Bein, und ich schnitt beim Gipspalten den Gips von der Kniescheibe bis fast zur Leiste auf. Eine korrekte Technik – wir hatten jedoch nicht den kachektischen Zustand der Patientin bedacht. Statt die Gipsstanze über einen Spalt zwischen Oberschenkel und Gips einzuführen, fädeltete ich sie in eine Hautfalte ein und durchtrennte so die Haut bis zum oberen Rand des Gipses. Da die alte Dame keine Schmerzenslaute äußerte und schon zuvor auf dem Tubus gekaut hatte, war unklar, ob ihr Kauen Abwehr gegen den Tubus oder den Schnitt war. Als klar wurde, was passiert war, wurde die Wunde genäht und antibiotisch versorgt.“

**Offenheit ist eine Ausnahme.** Dies ist ein Ausschnitt aus einem von 14 authentischen Fehlerberichten aus der neuen Broschüre „Fehler als Chance – Profis aus Pflege und Praxis berichten“, die der AOK-Bundesverband mit mehreren Kooperationspartnern herausgegeben hat (siehe Kasten „Mehr Sicherheit für Patienten“ auf dieser Seite). Darin brechen mutige Krankenschwestern, Pfleger, Medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten das Tabu, über Fehler zu sprechen. Sie berichten aus unterschiedlichen Blickwinkeln des Versorgungsalltages, wie es zu den Ereignissen gekommen ist, was sie daraus gelernt haben und was sie heute anders machen würden. Diese Offenheit ist immer noch eine Ausnahme. Dabei wissen wir: Fehler in der Medizin und Pflege passieren gestern wie heute.

Beispielsweise die Arzneimitteltherapie in Krankenhäusern ist ein fehleranfälliger Bereich. Laut Krankenhaus-Report 2014 (herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK, WiDO, siehe Seite 18/19 in diesem Heft) entstehen in Deutschland etwa 1,8 Millionen zusätzliche Krankenhaustage pro Jahr durch unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE). Die UAE verursachen Kosten von schätzungsweise 600 Millionen Euro im Jahr. Knapp die Hälfte der UAE gilt als vermeidbar. Abgesehen von den wirtschaftlichen Folgen hat die Fehlerprävention allein

## Mehr Sicherheit für Patienten

In der vom AOK-Bundesverband gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem Bundesverband Pflegemanagement, dem Verband medizinischer Fachberufe und dem Deutschen Pflegerat veröffentlichten Broschüre „Fehler als Chance“ sprechen Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten offen über Situationen, in denen sie Fehler gemacht haben. Damit leisten sie einen Beitrag zur Fehlerprävention. Die 14 Fallgeschichten werden ergänzt durch Einblicke in das Fehlermanagement einer Hamburger Kinderklinik. Zudem erklären Experten, wie gute Patientenkommunikation funktioniert. Mit der Broschüre verstärkt die AOK ihre Aktivitäten für mehr Patientensicherheit.



Die Broschüre „Fehler als Chance“ liegt dieser G+G-Ausgabe bei. **Download und Bestellung:** [www.aok.de/pflege](http://www.aok.de/pflege)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat mit dem AOK-Bundesverband und weiteren Partnern 2008 die erste Broschüre mit Fehlerberichten und -analysen veröffentlicht („Aus Fehlern lernen“). 2011 folgte eine Broschüre zur Fehlerkommunikation („Reden ist Gold“).

**Download:** [www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de) > Angebote > Downloads > Broschüren



## „Beinahe-Katastrophen analysieren“

**Rolf Höfert** ist Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes und Präsidiumsmitglied im Deutschen Pflegerat.

Mit der Broschüre „Fehler als Chance“ wird ein offensiver Umgang in der Fehlerkultur der Gesundheitseinrichtungen auf den Weg gebracht. Durch das Patientenrechtegesetz, das im Februar 2013 in Kraft getreten ist, sind Gesundheits- und Pflegeberufe im Sinne der Beweislast verpflichtet, alle Leistungen nach Stand der aktuellen Wissenschaft zu erbringen und den Patienten über Risiken und Komplikationen aufzuklären. Ich habe meinen Fehler beim Gipsspalten in der Broschüre veröffentlicht, um ein Beispiel aus der Praxis aufzuzeigen – mit dem Ziel einer Fehlerprävention und Sensibilisierung in diesem Bereich. In vielen Einrichtungen gibt es inzwischen anonyme Fehler- und Beinahefehlermeldesysteme. Experten werten Fehler neutral aus und entwickeln daraus Standards beziehungsweise Handlungsanweisungen zur Fehlervermeidung. In diesen Kontext gehört auch das Äußern von Bedenken einzelner Mitarbeiter, wenn sie sich für eine ihnen übertragene Tätigkeit am Patienten nicht ausreichend qualifiziert sehen. Kritische Bereiche innerhalb der Pflege sind die Hygiene, Medikamentengabe, Prophylaxen, Fixierung von Patienten sowie der Nachtdienst. Ziel muss es sein, wie in der Luftfahrt auch Beinahe-Katastrophen zu analysieren und daraus Konsequenzen für eine patienten- und sicherheitsorientierte Versorgung zu ziehen. Jede Gesundheitseinrichtung braucht dringend ein gut strukturiertes Risikomanagement.

deshalb einen hohen Stellenwert, weil betroffene Patienten Lebensqualität und Lebensjahre verlieren.

**Fehlermeldesysteme zu selten genutzt.** Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte spielen bei der Optimierung der Prozesse und Versorgungsabläufe eine bedeutende Rolle. In der stationären Versorgung werden Fehlermeldesysteme oder CIR-Systeme (Critical Incident Reporting System) stärker von Pflegekräften als von Ärzten genutzt. Fehlermeldesysteme in Kombination mit einem Risikomanagement und einer Auswertung der Fehler bilden eine wichtige Grundlage für ein systematisches Vorgehen bei der Vermeidung von Schäden durch unerwünschte Ereignisse. Die Meldesysteme und das Risikomanagement helfen, Informationen über vorhandene Risiken und Schwachpunkte zu sammeln und Ansätze zur Fehlerprävention zu entwickeln und umzusetzen. Immer noch ist jedoch unter Ärzten und Pflegekräften die Angst vor Sanktionen groß. Eine Analyse des Umgangs mit Pflegefehlern in stationären Einrichtungen aus dem Jahr 2010 zeigt, dass die Zahl der Fehlermeldungen in Krankenhäusern und Heimen gering ist. In dieser Studie (Leitung: Monika Habermann, Hochschule Bremen) gaben nur

15,5 Prozent der Pflegekräfte an, dass mindestens die Hälfte aller Fehler in ihren Einrichtungen gemeldet wird. Pflegewissenschaft und Versicherungswirtschaft gehen davon aus, dass die Pflege rund ein Fünftel der Behandlungsfehler beziehungsweise Schadensfälle mitverursacht.

**Broschüre in der Ausbildung einsetzen.** Die Bereitschaft zu einer offenen Fehlerkommunikation steigt, wenn nach einem kritischen Ereignis nicht „Wer war schuld?“ gefragt wird, sondern „Was war schuld?“. Zu einem Wandel im Umgang mit Fehlern kann die Broschüre des AOK-Bundesverbandes und der Kooperationspartner einen wichtigen Beitrag leisten. Sie enthält nicht nur authentische Fehlerberichte, sondern befasst sich mit Fehlermeldesystemen und der Fehlerkommunikation. Ihr Nutzen liegt vor allem darin, dass sie in der Ausbildung der Pflegeberufe, der Medizinischen Fachangestellten, der Medizinisch-technischen Assistenten und der Physiotherapie eingesetzt werden kann. Wenn diese Themen Teil der Ausbildung werden, steigt die Chance, dass in der Gesundheitsversorgung künftig mit Fehlern offen und konstruktiv umgegangen wird. Auszubildende, aber auch Profis mit Berufserfahrung, können anhand der Fehlerberichte Lernprozesse nachvollziehen, Analysen vornehmen, diskutieren und Fehlerprävention konkret üben. Sie können Lösungen entwickeln, die sich unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen umsetzen lassen.

**Sachorientierte Debatte ist Basis für Weiterentwicklung.** Die guten Erfahrungen mit der 2008 vom AOK-Bundesverband gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, dem Deutschen Pflegerat und dem Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen veröffentlichten Broschüre „Aus Fehlern lernen“ berechtigen zu dieser Hoffnung. Erstmals in Deutschland sprachen renommierte Ärzte in dieser Broschüre über eigene Fehler. Die Bild-Zeitung schrieb daraufhin: „Sie sind die mutigsten Ärzte Deutschlands“. Neben den Berichten von Ärzten standen damals schon drei Fehlerberichte aus der Pflege und der Physiotherapie. Damit signalisierten die Herausgeber, dass das Thema alle in der Gesundheitsversorgung engagierten Menschen betrifft. Die mediale Resonanz war von Sachlichkeit geprägt. Reizwörter wie „Kunstfehler“ und „Ärztepfusch“ blieben außen vor, es war neutral von Ärztefehlern die Rede. Eine unaufgeregte, sachorientierte Debatte ist wichtige Basis für die weitere Entwicklung einer neuen Sicherheitskultur.

**Experten beziffern Anteil von Fehldiagnosen.** Dass diese Weiterentwicklung sinnvoll ist, zeigen Analysen ganz anderer Bereiche. Im Mai 2008 erschien in einer Sonderausgabe des Fachmagazins „The American Journal of Medicine“ (AJM) eine Auswertung zahlreicher Studien zu Fehldiagnosen. Nach dieser Analyse lag die Fehlerquote in Bereichen wie der Pathologie, Radiologie oder Dermatologie zwischen zwei und fünf Prozent. Die Experten fanden aber auch Fehlerraten von deutlich über zehn Prozent, etwa bei der Interpretation von Röntgenbildern. Für britische Krankenhäuser bezifferte die Analyse den Anteil der

## „Erfahrungen zum Vorbild nehmen“



Jürgen Graalmann ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Menschen machen Fehler. Besonders schmerzlich ist dies, wenn dadurch andere Menschen zu Schaden kommen. Seit Jahren stehen wir als AOK unseren Versicherten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler mit Rat und Tat zur Seite. Gleichzeitig unterstützen wir Aktivitäten, die helfen, Fehler in der Medizin zu vermeiden. Es verdient unseren großen Respekt, wenn sich Menschen gerade in medizinischen Berufen ihren Fehlern stellen. Mit der Broschüre „Fehler als Chance“ möchten wir Auszubildende und gestandene Fachkräfte der Pflegeberufe und der Physiotherapie sowie Medizinische Fachangestellte dazu animieren, sich an den persönlichen Erfahrungen anderer ein Vorbild zu nehmen. Gerade in der Aus- und Fortbildung kann die Broschüre zu einer Enttabuisierung von Fehlern beitragen und dafür sorgen, dass Mitarbeiter der Gesundheitsberufe künftig offen und angstfrei mit Fehlern umgehen. Jeden Fehler zu melden, ist die eine Herausforderung. Kommunikation, Analyse und ein strukturiertes Fehlermanagement sind die anderen großen Aufgaben. Fehlermeldesysteme sollten ganzheitlich von unterschiedlichen Experten unter Beteiligung der Teams entwickelt werden. Denn hohe Qualität und Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung lassen sich längerfristig nur erhalten, wenn jeder konsequent versucht, aus vermeidbaren Fehlern, Schäden oder Beinaheschäden zu lernen. Dies dient letztendlich dem Wohl und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten.

Fehldiagnosen auf sechs Prozent. Andere Studien kamen für Notfallstationen auf Werte von bis zu zwölf Prozent. Insgesamt gehen Experten davon aus, dass Mediziner in bis zu 15 Prozent der Fälle falsch liegen. Weitere Untersuchungen ergaben, dass beispielsweise die Bewertung von Zell- und Gewebeproben in der Pathologie bei Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen sehr fehleranfällig ist. 25 Prozent der Patienten hatten eine falsch-negative Diagnose, das heißt, die Erkrankung wurde bei ihnen nicht entdeckt, obwohl sie zum Zeitpunkt der Untersuchung vorlag. Bei knapp zehn Prozent der Patienten lag ein falsch-positiver Befund vor, das heißt, es wurde eine Diagnose gestellt, obwohl gar keine Erkrankung vorlag.

Ein knappes Jahr später vertiefte das „Journal of the American Medical Association“ (JAMA) die Diskussion über Fehldiagnosen. Die Autoren forderten neue Ansätze, um die Zahl übersehener, falscher oder verspäteter Diagnosen zu senken und die diagnostische Genauigkeit zu verbessern. So gibt es mit Checklisten und der Rückbesinnung auf eine dezidierte Anamnese sowie angemessener und weitsichtiger körperlicher Untersuchung einige Lösungsansätze, die die Zahl von Diagnosefehlern senken können. Die Evaluation dieser systembezogenen wie auch individuellen Interventionen und Verbesserungen steckt jedoch mit wenigen Ausnahmen wie zum Beispiel dem Mammografie-Screening-Programm noch in den Kinderschuhen.

**Empfehlungen für Verfahren zur Fehlervermeidung liegen vor.** Die AOK-Broschüren zu Ärzte- und Pflegefehlern sowie Fehlern in der ambulanten Versorgung geben nicht nur Anlass, über den Umgang mit Fehlern zu diskutieren und damit die Sicherheit der Patienten zu erhöhen. Sie können auch dazu beitragen, systematische Änderungen voranzubringen. Als Grundlage dient ein Blick darauf, was sich seit der ersten Veröffentlichung 2008 getan hat und welche Verfahren zur Erhöhung der Patientensicherheit sich seither etabliert und bewährt haben.

Eine gute Übersicht zur Evidenz von Sicherheitsvorkehrungen gibt die im März 2013 veröffentlichte Arbeit renommierter Patientensicherheitsforscher durch die US-amerikanische Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Die Experten haben in einer vierjährigen Reviewarbeit die verschiedensten Verfahren und Instrumente zur Steigerung der Patientensicherheit bewertet. Insgesamt zehn Verfahren und Instrumente sind demnach aus fachlicher Sicht „ausdrücklich empfehlenswert“ (siehe Kasten „Bewährte Verfahren zur Fehlervermeidung“ auf Seite 28). Weitere zwölf evidenzbasierte Methoden bewerten die Experten als „empfehlenswert“, so beispielsweise Interventionen zur Sturzprävention, Arzneimittel-Abstimmung (zur Vermeidung von Wechselwirkungen), Dokumentation der Patientenwünsche hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen, Team-Schulungen und Simulationstrainings zur Erhöhung der Patientensicherheit.

**Gesundheitskasse berät bei Behandlungsfehlern.** Die AOK hat Ärzte und Pflegekräfte bei der Anwendung einiger dieser Verfahren und Instrumente begleitet und unterstützt. Beispielsweise hat die AOK Bayern in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und weiteren Partnern ein Trai-

ningskonzept zur Fehlervermeidung in der Geburtshilfe analysiert und evaluiert. Simparteam – so der Name des Projekts – bereitet die Mitarbeiter in der Geburtshilfe berufsübergreifend auf kritische Situationen vor. Mithilfe von Hightech-Simulationspuppen können die Teams Notfälle trainieren und etwaige Fehler mit Experten besprechen. Dabei geht es vor allem um nichttechnische Aspekte wie Kommunikation und strukturierte Ablauforganisation zwischen den Teammitgliedern. Erste Ergebnisse der laufenden Evaluation zeigen positive Wirkungen auf die Patientensicherheit im Kreißaal.

Simparteam ist nur ein Beispiel für die jüngsten Projekte der Gesundheitskasse. Die AOK engagiert sich bereits seit mehr als zehn Jahren für die Patientensicherheit. Dazu gehört ein bundesweites Behandlungsfehlermanagement, das mittlerweile von etwa 10.000 Versicherten pro Jahr genutzt wird. Bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler stehen den Versicherten spezialisierte Service-Teams der Gesundheitskasse zur Seite. Gleichzeitig unterstützt die AOK Aktivitäten, die helfen, Fehler in der Medizin zu vermeiden – beispielsweise mit der Entwicklung eines einfach zu implementierenden Systems zur Vermeidung von Seitenverwechslungen oder mit der aktuellen Broschüre.



Unter Ärzten und  
Pflegekräften ist die  
Angst vor Sanktionen  
immer noch groß.

**Akzeptanz von Meldesystemen erhöhen.** Zwar liegen evidenzbasierte Empfehlungen vor, und einzelne Projekte wie Simparteam sind bereits alltagstauglich. Dennoch besteht in Deutschland in der Patientensicherheit immer noch ein deutliches Umsetzungsdefizit. Ähnliches gilt für die oben erwähnten CIR-Systeme in Krankenhäusern. Sie werden sich durch die Verankerung im Patientenrechtegesetz künftig weiter durchsetzen. Die Nutzung durch Ärzte und Pflegekräfte ist jedoch derzeit recht gering – das Potenzial von Fehlermeldesystemen ist noch nicht gehoben worden. Wenn Fehleranalysen kommuniziert werden und zu sichtbaren Veränderungen führen, ließe sich die Motivation der Mitarbeiter, Fehler zu melden, leicht steigern. Erst die Schlussfolgerungen aus Fehleranalysen und die Veränderungen im Versorgungsalltag verhelfen Meldesystemen zum Erfolg.

**Patientensicherheit als Gesundheitsziel.** Aber es gibt auch Entwicklungen auf übergeordneter Ebene, die die Patientensicherheit verbessern könnten. Verschiedene Organisationen des Gesundheitssystems hatten sich bereits im Jahr 2000 zum Verein gesundheitsziele.de zusammengeschlossen. Eines der neuen Gesundheitsziele wird sich jetzt mit der Patientensicherheit befassen. Ab Sommer 2014 soll eine Gruppe von Experten

dieses Ziel ausarbeiten. Im Vorfeld soll das Thema konkretisiert werden. Gut möglich, dass in diesem Prozess stärker in der politischen Diskussion stehende Themen wie die Sicherheit von Medizinprodukten und Krankenhaus-Infektionen eine wichtige Rolle spielen. Eine Bündelung der unterschiedlichen Aktivitäten unter einem Dach, in enger Abstimmung mit anderen breit aufgestellten Akteuren wie dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, verspricht neue Synergien.

Allerdings sind die Patienten selbst bisher an der Fehlerprävention und den Verfahren zur Erhöhung der Patientensicherheit kaum beteiligt. Ein Blick ins Ausland zeigt, dass Patienten eine deutlich aktivere Rolle einnehmen können oder in den Mittelpunkt von breit angelegten Kampagnen gestellt werden. Richtungsweisend sind zum Beispiel die in Großbritannien von der National Patient Safety Agency des staatlichen Gesundheitsdienstes NHS initiierte Kampagne „Please ask“ oder die in den USA von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ins Leben gerufene Kampagne „Speak up“. Hier erhalten Patienten Informationen darüber, wie sie zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beitragen können.

**Patienten brauchen Mut und Vertrauen.** Diese Rolle gilt es in Zukunft auch in Deutschland zu stärken. Patienten müssen im Behandlungsprozess als mündige Partner verstanden werden. Sie müssen wissen, dass sie Arzt und Behandlungsteam darauf aufmerksam machen können, wenn zum Beispiel vor einer Operation eine Seitenmarkierung fehlt. Sie müssen wissen, dass sie auf Umstände hinweisen dürfen, die ihrer Gesundheit abträglich sein können, zum Beispiel eine fehlende Händedesinfektion. Dafür brauchen sie eine Portion Mut und Vertrauen zum Behandlungsteam. Ein abgestimmtes Vorgehen der relevanten Akteure im Gesundheitssystem und eine Förderung der Gesundheitskompetenz von Patienten können wichtige Schritte hin zu mehr Patientenbeteiligung in Fragen ihrer eigenen Sicherheit sein. ■

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

### Bewährte Verfahren zur Fehlervermeidung

Auf Basis eines wissenschaftlichen Literaturüberblicks hat die amerikanische Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) zehn evidenzbasierte Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit **ausdrücklich empfohlen**:

- OP-Vorbereitungs- und Anästhesie-Checklisten, um Zwischenfälle während und nach einer Operation zu vermeiden
- Handlungsanweisungen mit Checklisten, die Infektionen über einen zentralen Venenkatheter verhindern
- Interventionen, die den Einsatz von Urin-Kathetern verringern (einschließlich schriftlicher Erinnerung an gelegte Katheter, Regeln für die Beendigung der Katheterisierung oder von Pflegekräften initiierte Entfernungsprotokolle)
- Handlungsanweisungen für die Kopfteil-Erhöhung von Pflegebetten, für das Absetzen von Beruhigungsmitteln, für die Mundhygiene mit Chlorhexidin und für das subglottische Sekretabsaugen bei künstlich beatmeten Patienten zur Verhinderung von Lungenentzündungen
- Händehygiene
- „Nicht-benutzen“-Listen mit missverständlichen Abkürzungen
- mehrstufige Interventionen zur Vermeidung von Druckgeschwüren (Dekubitus)
- Sicherheitsvorkehrungen zur Verhinderung von nosokomialen Infektionen (in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung erworbene Infektionen)
- Kontrolle durch Echtzeit-Ultraschall beim Legen von zentralen Venenkathetern
- Interventionen zur Verbesserung der Thrombose-Prophylaxe

Quelle: Making Health Care Safer II, 2013

# „Es lohnt sich immer, über Fehler zu sprechen“

Krankenhäuser, Pflegeheime und nicht zuletzt Arztpraxen sollten noch mehr Zeit und Geld in Risikomanagement und Fehlermeldesysteme stecken, empfiehlt **Karl-Josef Laumann**, neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung und Bevollmächtigter für Pflege.

**In einer vom AOK-Bundesverband herausgegebenen Broschüre berichten Pflegekräfte und Praxismitarbeiterinnen, wie ihnen im Berufsalltag teils gravierende Fehlgriffe unterlaufen sind. Was halten Sie von der Initiative, Herr Laumann?**

**Laumann:** Ich begrüße es sehr, wenn in dieser Form ganz konkret über Fehler im Gesundheitswesen berichtet wird. Wir müssen endlich konsequent aus Fehlern lernen, das ist der einzige Nutzen, den wir aus ihnen ziehen können. Aber dazu müssen wir erst einmal offen über Fehler reden. Nur so kann eine offene Fehlerkultur, ähnlich wie in der Luftfahrt, entstehen.

**Droht denen, die Fehler einräumen, nicht das Stigma, sie beherrschen ihren Job nicht richtig?**

**Laumann:** Genau von diesem Stigma müssen wir uns wegbewegen. Wir können doch nicht von Ärzten fordern, dass sie Patienten partnerschaftlich gegenüber treten, und gleichzeitig erwarten, dass sie als Halbgötter in Weiß keine Fehler machen. Angehörige der Gesundheitsberufe machen Fehler – so wie andere Menschen auch. Wichtig ist, dass diese Fehler ausgewertet werden. Was hat dazu geführt, wo lässt sich ansetzen, damit sich der Fehler nicht wiederholt? Diese Fragen sind in einem strukturierten Prozess immer wieder zu stellen und zu prüfen. Das ist aber nur dann möglich, wenn wir offen mit Fehlern umgehen, und diejenigen, die Fehler einräumen, nicht stigmatisieren.

**Kliniken und Pflegeheime tun in Sachen Fehlermanagement einiges. Müssen sie noch mehr tun?**

**Laumann:** Ja. Im Gesundheitswesen kann ein einziger Fehler immer zu einem schweren Gesundheitsschaden oder zum Tod eines Menschen führen. Da können sich die Akteure nicht auf dem Erreichten ausruhen – deshalb ist es wichtig, dass alle Beteiligten dauerhaft daran arbeiten, das Risiko- und Fehlermanagement weiterzuentwickeln. Oberste Prämisse muss immer die Sicherheit der Patienten haben.

**Und der ambulante Pflegebereich – sehen Sie hier Nachholbedarf?**

**Laumann:** Ganz klar ja. Der stationäre Bereich stand und steht

immer noch im Fokus, wenn es um das Thema Behandlungsfehler geht. Das heißt aber keineswegs, dass Fehler im ambulanten Bereich nicht vorkommen. Auch hier müssen wir mit allem Nachdruck daran arbeiten, dass sich Fehler nicht wiederholen. Ich weiß, dass es im Praxisalltag schwierig ist, zusätzliche Freiräume und Strukturen für den Umgang mit Fehlern und Beinahe-Fehlern zu schaffen. Ich weiß aber auch, dass sich der Aufwand lohnt, wenn wir dadurch neue Fehler vermeiden können.



**Wie können Sie als Patientenbeauftragter der Bundesregierung und als Bevollmächtigter für Pflege einen transparenteren Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen befördern?**

**Laumann:** Mit dem Patientenrechtegesetz haben wir bereits Regelungen zu Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen getroffen. Und im Koalitionsvertrag haben wir vereinbart, die Versorgung stärker an der Qualität und damit an den Patienten auszurichten. Dies werden wir zügig angehen und auch dafür sorgen, dass die Bürger einfacher und verständlicher erfahren, in welcher Klinik sie die beste Versorgung bekommen. Eine offene Fehlerkultur lässt sich jedoch nur schaffen, wenn alle Beteiligten engagiert mitarbeiten. Das lässt sich durch Gesetze nicht anordnen. Mir ist es deshalb wichtig, in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es sich immer lohnt, über Behandlungsfehler zu sprechen und Zeit und Geld in Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu investieren. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.

# Gesundheit im Land



Vor rund 90 Jahren hat Japan eine gesetzliche Krankenversicherung nach deutschem Vorbild geschaffen. Heute steht das Land in der Gesundheitsversorgung vor ähnlichen Herausforderungen wie Deutschland: demografischer Wandel, steigende Kosten, mangelnde Vernetzung. **Katsuaki Matsumoto** skizziert die Grundzüge des japanischen Systems und beschreibt Reformansätze.

# der Langlebigkeit

**D**as Gesundheitssystem der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen, ist in Japan wie in Deutschland eine Daueraufgabe. Japan hat dazu eine Reihe von Reformen umgesetzt. Dabei ging es in erster Linie darum, die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung zu sichern und der gesamten Bevölkerung Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Um diese Ziele zu erreichen, sind weitere Reformen notwendig. Im Folgenden werden die Grundzüge des japanischen Gesundheitssystems, die aktuellen Herausforderungen und bisherigen Reformansätze im Vergleich zu Deutschland dargestellt und der weitere Reformbedarf betrachtet.

1927 trat in Japan das Gesetz der Arbeiterkrankenversicherung in Kraft. Dafür war das deutsche Krankenversicherungsgesetz das wichtigste Vorbild. Seitdem hat sich die Versicherung im Einklang mit dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel weiterentwickelt. Heute erhalten alle Einwohner über die Krankenversicherung die notwendige medizinische Versorgung, wobei sie eine zumutbare Selbstbeteiligung tragen müssen. Wenn Patienten eine medizinische Behandlung brauchen, können sie Arzt und Krankenhaus frei wählen. Dieses System trug dazu bei, dass Japan ein sehr hohes Niveau medizinischer Versorgung erreicht hat. Mit der Verbesserung der Lebensumstände und der Ernährung führte dies dazu, dass Japaner in der Lebenserwartung weltweit in der Spitze liegen (2013 nach Angaben des CIA World Factbook auf Platz 3 nach Monaco und Macao: Die Lebenserwartung in Japan beträgt durchschnittlich 84 Jahre – gegenüber 80 Jahren in Deutschland).

**Bürgerversicherung auf japanisch.** Das japanische Krankenversicherungssystem weist einige wichtige Unterschiede zum deutschen auf. In Japan gibt es eine Art Bürgerversicherung: Die gesamte Bevölkerung – nicht nur Arbeitnehmer, sondern auch Selbstständige, Landwirte und Beamte – ist in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die einzige Ausnahme sind Sozialhilfeempfänger. Sie sind versicherungsfrei und bekommen bei Krankheit Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz. Es gibt keine Versicherungsfreiheit für Menschen, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt.

Die Grundlagen für dieses System legte die Reform der Krankenversicherung im Jahr 1961. Sie zielte hauptsächlich darauf ab, den Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern und damit die gesamte Bevölkerung gegen Krankheitsrisiko abzusichern. Anders als in der Diskussion über die Bürgerversicherung in Deutschland ging es damals in Japan aber nicht darum, eine Krankenversicherung zu schaffen, die auf der Solidarität aller Staatsangehörigen beruht.

**Kein Wettbewerb zwischen den Trägern.** Denn Japan hat bis heute kein einheitliches Versicherungssystem. Das japanische System besteht aus einer Arbeitnehmersversicherung und einer Volksversicherung. Darüber hinaus wurde im Jahr 2008 ein neues eigenständiges Versicherungssystem für alte Menschen geschaffen. Diese Reform zielte darauf ab, dass die medizinischen Kosten für Ältere, deren Zahl mit dem demografischen Wandel künftig noch steigen wird, gerecht und transparent verteilt werden. Seitdem sind alle Menschen ab 75 Jahren in dieser neuen Versicherung versichert. In jedem Versicherungsweig gibt es mehrere Träger, deren Zuständigkeit gesetzlich geregelt ist. Versicherte haben grundsätzlich kein Recht, ihren Versicherungsträger selbst zu wählen. Die Versicherungsträger stehen in Japan also – anders als in Deutschland – nicht miteinander im Wettbewerb. Es steht auch nicht zu erwarten, dass der Gesetzgeber einen solchen Wettbewerb in der näheren Zukunft im Bereich der Krankenversicherung einführt. Die Verantwortlichen befürchten, dass auch ein Risikostrukturausgleich eine Risikoselektion nicht verhindert und die Solidarität in einzelnen Versicherungsgemeinschaften geschwächt werden könnte.

Die private Krankenversicherung spielt in Japan nur eine ergänzende Rolle – sie bietet keine Vollversicherung an. Als Zusatzversicherung erstattet sie in der Regel die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise gedeckten Kosten, zum Beispiel für ein Einzelzimmer im Krankenhaus.

Ebenso wie in Deutschland müssen Versicherte einen Teil der Kosten für die medizinischen Leistungen als Selbstbeteiligung tragen. Das Niveau dieser Selbstbeteiligung ist viel höher als in Deutschland. So müssen Versicherte zwischen sechs und 70 Jahren 30 Prozent der Leistungen selbst tragen. Das beruht auf der Überzeugung, dass eine angemessene Selbstbeteiligung



## „Der Austausch ist ein Gewinn“

**Dr. Matthias von Schwanenflügel** ist Leiter der Unterabteilung Haushalt, Recht und Telematik im Bundesministerium für Gesundheit.

Herr Dr. von Schwanenflügel, Sie nehmen an Treffen von Vertretern des deutschen und des japanischen Gesundheitsministeriums teil. Was bringt dieser Austausch den beiden Ländern?

**von Schwanenflügel:** Japan und Deutschland haben eine sehr ähnliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung genommen. Auch die demografischen Entwicklungen weisen viele Parallelen auf. Beide Länder sehen sich damit ähnlichen Herausforderungen gegenübergestellt, wie die sozialen Sicherungssysteme weiterentwickelt werden sollen und wie die Politik die entsprechenden Rahmenbedingungen setzen kann. In Japan bestehen ein hohes Interesse und präzise Kenntnisse über die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland. Japan hat viele Aspekte der deutschen Sozialgesetzgebung übernommen. Das System, aber auch die Problemlagen in Japan weisen viele Ähnlichkeiten zu Deutschland auf. Vor diesem Hintergrund ist der Austausch für uns ein Gewinn. Wir können von japanischen Entwicklungen lernen.

Welche Hauptunterschiede sehen Sie zwischen dem japanischen und dem deutschen Gesundheitssystem?

**von Schwanenflügel:** Dazu ein konkretes Beispiel, das wir bei unserem letzten Treffen diskutiert haben: Obwohl Japan ein sehr technikaffines Land ist, fehlt es an einer klaren Steuerung für eine landesweite Telematikinfrastruktur. Vielmehr wird versucht, durch eine Bottom up-Strategie zu einer stärkeren Vernetzung zu gelangen und mit einer Konsensstrategie voranzukommen. Da liegt ein Unterschied zu Deutschland: Hierzulande hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen beauftragt, eine Infrastruktur aufzubauen. Es wird sich zeigen, welcher Ansatz schneller zum Ziel der Vernetzung gelangt.

Wie weit ist denn Japan heute in der Nutzung der Informationstechnologie im Gesundheitswesen?

**von Schwanenflügel:** In Japan wie in Deutschland gibt es viele interessante lokale oder regionale telemedizinische Netzwerke mit guten Ideen und Ergebnissen für die Patienten. Die japanische Regierung will im Gesundheitswesen die Informatisierung beschleunigen und gleichzeitig damit die Kosten senken. Sie hat dies in ihre Wachstumsstrategie aufgenommen. Sie geht von einem Einsparpotenzial von umgerechnet rund 22 Milliarden Euro aus, das mit Hilfe von elektronischen Patientenakten und Telemedizin erzielt werden könnte. Einzelne Leistungserbringer, insbesondere im Krankenhausbereich haben eine sehr gute IT-Ausstattung, die zum Teil vorbildhaft ist. Es fehlt aber an einer Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche.

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

das Kostenbewusstsein der Versicherten stärkt und den Missbrauch eines Leistungsanspruchs verhindert. Wenn die Selbstbeteiligung eine Obergrenze überschreitet, erstatten die Versicherungsträger diese Mehrkosten, um eine unzumutbare Belastung der Versicherten zu vermeiden. Für Versicherte mit geringerem Einkommen gilt eine niedrigere Obergrenze.

**Der Staat mischt kräftig mit.** In der gesetzlichen Krankenversicherung Japans spielt die staatliche Intervention eine größere Rolle als in Deutschland. Die Zulassung der Kassenärzte gehört beispielsweise in die Zuständigkeit des Gesundheitsministers. Die Richtlinien für die Krankenbehandlung sowie die Maßstäbe für die Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern werden ebenfalls vom Gesundheitsminister einheitlich bestimmt. Aber der Minister ist gesetzlich verpflichtet, die Meinung des zentralen Ausschusses für die medizinische Versorgung in der Sozialversicherung einzuholen, bevor er diese Entscheidungen trifft. Dieser Ausschuss besteht aus unparteiischen Mitgliedern, Vertretern von Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer. Durch dieses Verfahren können unterschiedliche Meinungen beider Seiten ausgeglichen werden.

Jeder Versicherungsträger ist finanziell eigenständig. Sie legen ihre Beitragshöhe je nach der Finanzlage selbst fest. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge und öffentliche Zuschüsse finanziert. In der Volkskrankenversicherung wird die Hälfte der Leistungskosten durch öffentliche Zuschüsse finanziert. Die Aufwendungen der Krankenversicherung für alte Menschen werden nicht nur durch Beiträge und öffentliche Zuschüsse gedeckt, sondern auch mit Mitteln aus der Arbeitnehmer- und Volkskrankenversicherung. Darüber hinaus findet ein finanzieller Ausgleich der Altersstruktur-Unterschiede (Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen) in der Arbeitnehmer- und Volkskrankenversicherung statt.

Auch in der medizinischen Versorgung unterscheiden sich Deutschland und Japan. In Japan sind zum Beispiel die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser nicht klar voneinander abgegrenzt. Krankenhäuser in Japan übernehmen auch ambulante Behandlungen. Versicherte können frei zwischen einem niedergelassenen Arzt oder einem Krankenhaus wählen, wenn sie eine Behandlung benötigen. Sie können ohne Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt in einem Krankenhaus behandelt werden. Sie können im Krankheitsfall von Anfang an ein Krankenhaus aufsuchen und sich dort gegebenenfalls anschließend stationär behandeln lassen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus können Patienten dort ambulant behandelt werden.

**Mit dem demografischen Wandel steigen die Kosten.** Die japanische Krankenversicherung steht vor ähnlichen Herausforderungen wie die deutsche. Dazu zählt vor allem der demografische Wandel. Infolge des Rückgangs der Geburtenrate und der Steigerung der Lebenserwartung werden voraussichtlich 32 Prozent der japanischen Bevölkerung im Jahr 2030 über 65 Jahre alt sein (siehe Abbildung „Japan und Deutschland altern parallel“ auf Seite 33). Die Altersstruktur wirkt sich stark auf die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

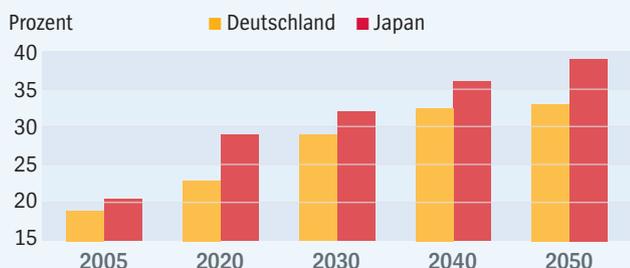
aus. Nach Angaben des japanischen Gesundheitsministeriums betragen die durchschnittlichen medizinischen Kosten für einen über 75-jährigen Versicherten im Jahr 2009 rund 660.000 Yen (umgerechnet 4.627 Euro), für einen Versicherten aus der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen hingegen nur 71.000 Yen (498 Euro). Ältere Menschen gehören überproportional häufig zu den Leistungsempfängern und ihre Behandlung dauert im Durchschnitt länger. Mehr als ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen auf über 75-Jährige.

Mit dem demografischen Wandel verändert sich die Morbiditätsstruktur. In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl von Patienten mit chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt und Krebs stark zugenommen. Zudem kann der medizinisch-technische Fortschritt die Ausgaben in die Höhe treiben. Japan hat seit 1997 verschiedene Gesundheitsreformen auf den Weg gebracht, um die finanzielle Stabilität der Krankenversicherungen zu sichern und die steigenden medizinischen Kosten für alte Menschen gerecht zu verteilen.

**Probleme mit Qualität und Wirtschaftlichkeit.** Mit diesen Reformen war die Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten verbunden. Zudem ist im Vergütungsmaßstab für Ärzte und Krankenhäuser die Bewertung der einzelnen Leistungen geändert worden. Heute werden außerdem mehr Leistungen mit Pauschalen honoriert. Auch die Erstattungspreise für Arzneimittel sind herabgesetzt worden. Die Preise der einzelnen Leistungen legt der Gesundheitsminister einheitlich fest. Sie gelten für alle Leistungserbringer in Japan. In diesem System kann der Gesundheitsminister durch Änderung der Preise die Gesamtleistungsausgaben der Krankenversicherungen wirksam kontrollieren. Die Reformen haben dazu beigetragen, die Gesundheitsausgaben in Japan im internationalen Vergleich auf einem niedrigen Niveau zu halten. Darüber hinaus ist – wie oben bereits erwähnt – eine neue Versicherung für Menschen ab 75 Jahren eingeführt worden. Damit sollen die medizinischen Kosten für hochbetagte Menschen gerecht verteilt werden.

## Japan und Deutschland altern parallel

Anteil der Menschen ab 65 Jahren an der Bevölkerung



Der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst – in Japan noch stärker als in Deutschland. Nach Hochrechnungen von Statistikern aus beiden Ländern wird der Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2050 in Japan etwa 39 Prozent betragen und in Deutschland mit 33 Prozent nur wenig darunter liegen.

Quellen: National Institute of Population and Social Security Research, Population Statistics of Japan 2012, Statistisches Bundesamt

Was die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung anbelangt, gibt es heute allerdings noch etliche Probleme. Die Überalterung der Bevölkerung bringt eine Zunahme der Zahl älterer Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen mit sich. Diese Patienten brauchen in der Regel verschiedene medizinische und pflegerische Leistungen je nach ihrem Gesundheitszustand, der sich im Laufe der Zeit verändert. Die meisten von ihnen haben außerdem den Wunsch, möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben.

**Regierung fördert Konzepte für chronisch Kranke.** Im derzeitigen Gesundheitssystem wird die medizinische Versorgung zwar innerhalb der Sektoren (ambulant und stationär) verbessert, aber in zu geringem Umfang sektorenübergreifend koordiniert. Darüber hinaus fehlt es an Angeboten ärztlicher Behandlung im Hause der Patienten. Auch in Japan hält man es deshalb für erforderlich, eine neue Versorgungsstruktur aufzubauen, um älteren Menschen medizinische und pflegerische Leistungen nach ihrem Bedarf zur Verfügung zu stellen. In einigen Regionen sind auf Initiative von Kliniken, der Ärztekammer oder Gebietskörperschaften Versuche unternommen worden, eine solche Versorgungsstruktur aufzubauen. Die japanische Regierung hält diese Konzepte für sehr wichtig und fördert sie finanziell. Zudem wurde das Gesetz für die medizinische Versorgung geändert. Es verpflichtet Präfekturen (mittlere Verwaltungsebene), Ziele und Maßnahmen für den Aufbau eines geeigneten Versorgungssystems für chronisch Kranke im häuslichen Umfeld zu formulieren. Darüber hinaus ist im ärztlichen Vergütungsmaßstab die Bewertung der Leistungen für chronisch kranke Patienten zu Hause erhöht worden.

**Erfahrungen anderer Länder nutzen.** Wie oben erwähnt, gibt es in Japan also vereinzelte Ansätze für den Aufbau geeigneter Versorgungsstrukturen. Aber der Gesetzgeber hat dafür weder Leitbilder noch Fördermöglichkeiten festgelegt. Unter diesen Umständen wird sich der Strukturwandel der Gesundheitsversorgung auf Regionen beschränken, in denen sich die Gebietskörperschaften, einzelne Leistungserbringer und Ärzteorganisationen dafür engagieren. Um neue Konzepte stärker zu verbreiten und Patienten flächendeckend ihrem Bedarf entsprechend zu versorgen, sind weitere Schritte notwendig. Konzepte aus Deutschland, wie beispielsweise die Integrierte Versorgung, könnten für Japan Vorbild sein. In Deutschland spielen Krankenkassen bei der Entwicklung und Umsetzung solcher Modelle eine Schlüsselrolle. Es ist nicht zu erwarten, dass Krankenversicherungsträger in Japan die gleiche Rolle übernehmen, weil ihnen der dafür nötige Entscheidungsspielraum fehlt. Doch auf Grundlage der Erfahrungen anderer Länder kann Japan Versorgungsmodelle entwickeln, die zu seinem Gesundheitssystem passen. ■

**Dr. Katsuaki Matsumoto**, Jurist, arbeitet nach seiner Lehrtätigkeit an der Universität Hokkaido/Japan seit September 2013 im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt in Tokyo. Von Januar 2004 bis Juni 2005 war er am Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in München tätig.

**Kontakt:** [katsuaky@gmail.com](mailto:katsuaky@gmail.com)

Mehr zum Thema unter: [www.reformblock.de](http://www.reformblock.de) > Vor Ort > Deutsche Reformen kommen in Japan gut an

INTERVIEW



# „Alle machen alles ist kein gutes Rezept“

Sie will, dass sich Kliniken stärker spezialisieren und Qualität bei der Krankenhausplanung Trumpf wird. Sie setzt sich für eine einheitliche Pflegeausbildung ein. Sie macht sich stark für ein Präventionsgesetz. Die Hamburger Senatorin und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, **Cornelia Prüfer-Storcks**, hat klare Reformziele.

Frau Senatorin, Sie waren für die SPD an den Koalitionsverhandlungen in der Arbeitsgruppe Gesundheit dabei. Da einigte man sich sehr schnell auf ein gemeinsames Programm für die Legislaturperiode. Jetzt sind Sie Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz. Werden die Länder die Verabredungen auch mittragen oder steht uns statt einer Konfrontation zwischen Union und SPD jetzt eine zwischen Bund und Ländern bevor?

**Prüfer-Storcks:** Ich hoffe nicht. Aber das hängt davon ab, wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Zusammenarbeit gestaltet. Wir haben als Länder intensiv und detailliert mitformuliert, welche Reformen wir für notwendig halten und in welche Richtung diese gehen sollen. Wir haben dafür bereits drei Bund-Länder-Arbeitsgruppen vereinbart. Schon deshalb gehe ich davon aus, dass es eine intensive Abstimmung mit den Ländern geben wird. Das ist auch notwendig, um die Vorhaben durch den Bundesrat zu bringen. Große Koalition im Bundestag bedeutet ja nicht automatisch eine große Mehrheit im Bundesrat. Dort reden auch die Grünen ein Wörtchen mit.

In den Koalitionsverhandlungen hatten die Gesundheitspolitiker relativ schnell ein umfangreiches Papier mit vielen Details vereinbart. Nicht alles fand sich dann im Koalitionsvertrag wieder. Waren die Verhandlungen so harmonisch, wie es von außen aussah?

**Prüfer-Storcks:** Wir haben um manche Punkte schon auch gestritten. Wir waren ja nicht von Anfang an einer Meinung. Gut war, dass wir – insbesondere die SPD – mit ganz konkreten,

schriftlich fixierten Vorschlägen in die Verhandlungen gegangen sind. Da stellt man sehr viel schneller Gemeinsamkeiten fest, als wenn man sich Grundsatzdebatten liefert. Im versorgungspolitischen Teil haben wir gute Vereinbarungen getroffen, die auch tragfähig sind für die Legislaturperiode.

Wie sieht es mit dem Zeitplan aus?

**Prüfer-Storcks:** Sofort angehen müssen wir das Präventionsgesetz. Wir haben verabredet, dass es die unselige Tradition des Last-Minute-Entwurfs nicht mehr geben soll. Deshalb soll das Prä-

## Zur Person

**Cornelia Prüfer-Storcks**, geboren 1956 in Essen, machte nach dem Abitur ein Zeitungsvolontariat und arbeitete zehn Jahre als Redakteurin bei den Dortmunder Ruhr-Nachrichten. 1988 wechselte sie als Referentin in die nordrhein-westfälische Staatskanzlei. Zwei Jahre später wurde sie Pressesprecherin in dem neu gegründeten Gleichstellungsministerium. Dort übernahm sie 1995 die Leitung der Abteilung Frauenpolitik. Von 1999 bis 2005 war sie Staatssekretärin im NRW-Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie. Von 2007 bis zu ihrer Berufung zur Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg im März 2011 gehörte sie dem Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg an.



ventionsgesetz, das ja schon dreimal zum Ende einer Legislaturperiode gescheitert ist, noch in diesem Jahr verabschiedet werden. Wir müssen es also jetzt schnell angehen. In der Pflege müssen wir im ersten Schritt die Erhöhung des Beitragssatzes und die Verbesserung der Betreuungsleistungen schnell auf den Weg bringen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird etwas mehr Zeit in Anspruch nehmen. Dafür ist auch die Rolle der Kommunen in der Pflege zu klären. Auch im Krankenhausbereich steht uns eine ganz große Reform bevor. Das wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorbereiten. Im Vorgriff darauf müssen wir das Qualitätsinstitut auf den Weg bringen. Denn die gemessene Qualität ist die Basis für viele Regelungen, die wir uns im stationären Bereich vorgenommen haben.

**Sie haben eine ganze Palette von Aufgaben angesprochen. Lassen Sie uns ins Detail gehen. Bei der Prävention lagen doch die Positionen von Bund und Ländern im vorigen Jahr gar nicht mehr so weit auseinander. Wo sind da jetzt die Knackpunkte?**

**Prüfer-Storcks:** Das ist ein Irrtum. Die Positionen lagen ziemlich weit auseinander. Die Länder haben immer betont, dass es notwendig ist, alle Sozialversicherungszweige in die Prävention einzubeziehen. Das steht jetzt auch so im Koalitionsvertrag. Und wir brauchen verbindliche Vereinbarungen mit den Ländern und Kommunen, denn Prävention muss überwiegend in Lebenswel-

ten stattfinden. Auch das steht jetzt im Koalitionsvertrag. Und der dritte Punkt: Wir wollen eine deutliche Erhöhung der Mittel, im ersten Schritt eine Verdoppelung und dann schrittweise weitere Anhebungen. Das ist zum Schluss einer Streichaktion der Finanzpolitiker zum Opfer gefallen, steht also nicht im Koalitionsvertrag. Aber wir haben unter den Gesundheitspolitikern vereinbart, dass wir das trotzdem weiter verfolgen. Was der ehemalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im vergangenen Jahr vorhatte, war nichts Halbes und nichts Ganzes.

**Sie wollen auch mehr Einfluss auf die Verwendung der Mittel?**

**Prüfer-Storcks:** Die Vergabe der Mittel muss regional abgestimmt werden. Es kann nicht eine Stelle in Berlin zentral darüber entscheiden, was in Hamburg, München oder Düsseldorf in der Prävention passiert. Es gibt ja schon Präventionsprogramme der Länder wie den „Pakt für Prävention“ in Hamburg. Hier arbeiten wir mit über 100 Organisationen in der Stadt zusammen. Das geht nicht ohne Abstimmung.



**Welche Rolle spielen die Krankenkassen in der Prävention?**

**Prüfer-Storcks:** Die sind natürlich wichtige Player. Aber Prävention darf nicht ausschließlich aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Auch die Rentenversicherung hat ein Interesse an Prävention, weil sie dadurch Frühverrentung vermeiden kann. Und auch die Arbeitslosenversicherung muss in Prävention investieren. Der Erhalt der Gesundheit von Arbeitslosen ist mindestens so wichtig wie der Erhalt ihrer beruflichen Kompetenz, damit sie auch weiter in Arbeit vermittelbar sind. Da haben wir eine ganz große Lücke heute. Und für die Unfallversicherung ist Prävention heute schon ein großes Thema. Also: Prävention kann man nicht einfach bei den Krankenkassen abladen.

**Sie waren, bevor sie Senatorin wurden, einige Jahre im Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg. Wie soll der Wettbewerb der Krankenkassen weitergehen?**

**Prüfer-Storcks:** Der muss sich um die beste Versorgung drehen, nicht um die besten Versicherungsrisiken. Deshalb haben wir im Koalitionsvertrag die Weiterentwicklung des Morbi-RSA und die Abschaffung der Zusatzbeiträge vorgesehen.

Und künftig auch unterschiedlich hohe Beitragssätze ...

**Prüfer-Storcks:** Wettbewerb kann durchaus auch über unterschiedliche Beitragssätze laufen. Der heutige Zusatzbeitrag ist aber ein so dramatisches Preissignal, dass das Bemühen der Kassen nur darauf ausgerichtet ist, diesen Zusatzbeitrag zu vermeiden, statt in eine gute Versorgung zu investieren. Dort sollte sich der Wettbewerb abspielen.

**Kommt die neue Beitragssatzregelung noch in diesem Jahr?**

**Prüfer-Storcks:** Die muss sofort auf den Weg gebracht werden.

**Ist die Bürgerversicherung damit gestorben?**

**Prüfer-Storcks:** Nein, sie bleibt weiter auf der Tagesordnung. Die Gründe sind ja nicht entfallen. Nur war das Wahlergebnis nicht so, dass wir die Bürgerversicherung jetzt durchsetzen konnten.

**Zur stationären Versorgung. Sind die Länder sich da einig?**

**Prüfer-Storcks:** Wir haben im Koalitionsvertrag vereinbart, dass

**Heißt das, dass wir zu viele Krankenhäuser haben?**

**Prüfer-Storcks:** Wir haben in Deutschland trotz der demografischen Entwicklung Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsräumen. Immer mehr Behandlungen werden ambulant erbracht, und die Verweildauern verkürzen sich. Vor allem haben wir aber eine zu große Streuung von Krankenhausleistungen. Wir brauchen mehr Konzentration, mehr Spezialisierung der Häuser. Mit mehr Erfahrung und Routine werden auch die Ergebnisse besser. Die Häuser können sich dann bessere Strukturen leisten, die wir für bestimmte Behandlungen brauchen. Das Motto „Alle machen alles“ ist kein gutes Rezept im Sinne der Behandlungsqualität.

**Stichwort „Was wir uns leisten können“: Die Länder stehen seit Langem in der Kritik, dass sie ihren Investitionsverpflichtungen nicht genügend nachkommen. Was halten Sie von festen Investitionsquoten zur Krankenhausfinanzierung?**

**Prüfer-Storcks:** Das greift sehr tief in die Bund-Länder-Finanz-



„Prävention kann man nicht einfach bei den Krankenkassen abladen.“



wir eine Qualitätsoffensive im stationären Bereich starten. Wir wollen Qualität zum zentralen Steuerungsinstrument im stationären Bereich machen, bei der Frage der Krankenhausplanung, bei der Frage, welche Verträge abgeschlossen werden. Wir wollen die Möglichkeit eröffnen, Selektivverträge auszuprobieren, aber an Qualitätsergebnissen orientiert. Auch dafür brauchen wir das neue Qualitätsinstitut. Es soll überwiegend mit Routinedaten der Krankenkassen sektorenübergreifende Erkenntnisse über die Behandlungsqualität liefern.

**Es geht aber doch nicht nur um eine bessere Behandlung und Patientensicherheit, sondern auch um die Finanzierung?**

**Prüfer-Storcks:** Wir brauchen eine gerechtere Finanzierung, die Personalkosten und Hochkostenfälle besser abbildet und keine Mengenanreize setzt. Qualität soll auch bei der Finanzierung eine Rolle spielen. Zum Beispiel bei den Mehrleistungsabschlüssen, um Patientenströme zu beeinflussen. Dort, wo die Behandlungsqualität hoch ist, könnte ohne Mehrleistungsabschlüsse mehr operiert werden. Wo die Qualität aber schlecht ist, könnten Mehrleistungsabschlüsse erhöht werden, weil bestimmte Behandlungen dort möglichst gar nicht mehr erfolgen sollten.

beziehungen ein. Da müsste man dann auch darüber reden, wo das Geld herkommen soll. Das kann nicht in einer Arbeitsgruppe der Koalitionsverhandlungen geleistet werden.

**Abschließend noch einmal zur Gesundheitsministerkonferenz, die Sie jetzt für ein Jahr leiten. Wollen Sie dort auch persönlich ein Zeichen setzen?**

**Prüfer-Storcks:** Neben den Reformen, die im schwarz-roten Koalitionsvertrag festgelegt sind, wird uns das Thema Demografie und Gesundheit sicher sehr beschäftigen. Wie das Gesundheitswesen mit Blick auf die demografische Entwicklung weiterentwickelt werden muss, ist ein ganz wichtiger Punkt. Außerdem habe ich mir vorgenommen, in diesem Jahr die Finanzierungsfragen für eine einheitliche Pflegeausbildung zu klären, damit wir diese endlich auf den Weg bringen und den Pflegeberuf aufwerten können. Und ich kann mir angesichts der beunruhigenden Entwicklung bei der Organspende nicht vorstellen, dass die Gesundheitsministerkonferenz dieses Thema ausklammert. ■

Das Interview führte Burkhard Rexin.

# Implantat-Prüfung mangelhaft

Das Handelsgericht Toulon hat den TÜV Rheinland für mitschuldig am Skandal um die defekten Brustimplantate des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse (PIP) erklärt. Das Prüfinstitut habe seine Zertifizierungs- und Kontrollpflichten nicht erfüllt und müsse an Importeure und Opfer Schadenersatz zahlen. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 14. November 2013  
– Handelsgericht Toulon –  
Nr. 2013F00567

**Wegen zunehmender Fälle** von gerissenen und undichten Brustimplantaten der französischen Firma Poly Implant Prothèse (PIP) hatte im Jahr 2010 die für die Sicherheit von Medizinprodukten zuständige französische Agentur für Gesundheitsschutz bei Gesundheitserzeugnissen, die Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), die Vermarktung, den Vertrieb und Export sowie die weitere Verwendung der PIP-Implantate untersagt. Später stellte sich heraus, dass der Hersteller aus Profitgründen jahrelang rechtswidrig die Brustimplantate mit billigem Industriesilikon gefüllt hatte. Die Produkte wurden unter anderem nach Deutschland, Großbritannien, Spanien und Lateinamerika exportiert. Nach Schätzungen ließen sich rund 400.000 Frauen die Brustimplantate aus kosmetischen Gründen oder nach einer Krebsoperation einsetzen. Bei vielen wurden die Implantate zwischenzeitlich wieder entfernt. Schadenersatz erhielten die Frauen nicht. PIP war 2010 in die Insolvenz gegangen. Die Haftpflichtversicherung des Unternehmens, die Allianz France, sieht sich nicht in der Pflicht, für den Schaden aufzukommen.

**Gegen Prüfer geklagt.** Vor dem Handelsgericht Toulon klagten sechs Vertriebshändler und rund 1.600 geschädigte Frauen gegen den TÜV Rheinland Frankreich SAS und den deutschen TÜV Rheinland LGA Products, der Rechtsnachfolgerin der TÜV Rheinland Product Safety GmbH. Sie warfen dem TÜV vor, bei der Kontrolle der Firma PIP nach-

lässig gewesen zu sein. Als „benannte“ Stellen hätten sie die ihnen übertragenen öffentlichen Aufgaben zur Produktzertifizierung (CE-Kennzeichnung) sowie die Kontrolle des Herstellungsprozesses bei PIP und die Überwachung der Produktqualität pflichtwidrig verletzt. Sie verlangten vom TÜV Schadenersatz in Höhe von rund 50 Millionen Euro.

Das Handelsgericht Toulon gab den Klägern Recht. Die Beklagten hätten dazu beigetragen, dass der Hersteller gesetzwidrig handeln konnte. Der TÜV habe seine Prüfpflichten vernachlässigt.

## Unangemeldete Kontrollen hätten die Ungereimtheiten ans Tageslicht gebracht.

Er hafte für die Schäden, die den Händlern infolge des Lieferstopps und der Vernichtung der eingelagerten Implantate entstanden sei, sowie für körperliche und psychische Schäden der Implantat-trägerinnen.

Den klagenden Frauen sprachen die französischen Richter zunächst für ihre psychischen Belastungen, insbesondere wegen der übermäßigen Darstellung in den Medien, jeweils einen Teilbetrag von 3.000 Euro Schmerzensgeld zu. Zudem müssten die Beklagten an die Händler und die geschädigten Frauen für deren

Anwaltskosten 3.000 Euro beziehungsweise 400 Euro zahlen. Auch setzte das Gericht Sachverständige ein. Innerhalb von acht Monaten müsse ein Gutachten über die Einbußen der Händler erstellt sein. Der medizinische Sachverständige habe bis spätestens 31. Januar 2015 die gesundheitlichen Schäden der Frauen festzustellen.

**Mängel waren früh bekannt.** In seinem Urteil stellte das Gericht fest, dass der TÜV Rheinland Frankreich bei PIP überhaupt nicht hätte tätig werden dürfen. Sein Einsatz stelle einen Verstoß gegen die EU-Bestimmungen und den Code de la santé publique (Gesundheitsgesetz) dar. Er sei von der Europäischen Kommission als „benannte“ Stelle lediglich für die Prüfung und Zertifizierung von Geräten mit Niederspannung zugelassen. Für die Medizinprodukte sei der TÜV Rheinland LGA Products zuständig. Dieser aber habe gegen die an ihn übertragenen Prüfpflichten (Qualitätssicherung, Analyse der Entwicklungsunterlagen der PIP-Implantate, fortgesetzte Kontrolle der Produktqualität) verstoßen. Dabei hätten ihm schon 1993 die Gefahren bekannt sein müssen, die von Silikonfüllungen ausgingen. Die Touloner Richter verwiesen auf den Fall der Firma Dow Corning, die von Tausenden geschädigter Frauen wegen des verwendeten Silikons für Brustimplantate in Anspruch genommen wurde. Daraufhin habe die Europäische Kommission mit der Richtlinie 93/42 EWG vom 14. Juni 1993 die

### TIPP FÜR JURISTEN



Unsichtbare Bedrohungen im Krankenhaus – Infektionen, Insolvenzen, Inanspruchnahmen – thematisiert der „Deutsche Krankenhausrechtstag 2014“ am 4. April in Berlin. Veranstalter ist die Bundesvereinigung Öffentliches Recht. Mehr Infos: [www.dkrt.de](http://www.dkrt.de)

„benannten“ Stellen geschaffen und mit der Aufgabe betraut, die Entwicklung und den Herstellungsprozess der seitdem als „sensibel“ geltenden Brustimplantate zu kontrollieren. Wesentliches Ziel sei gewesen, dass von diesen Produkten keinerlei Gefahr für die Gesundheit und die Sicherheit der Patientinnen und der Anwender ausgehe. Außerdem habe, so das Gericht weiter, die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) nach einer unangekündigten Inspektion von PIP den Hersteller wegen festgestellter Mängel sowie Verstößen im Produktionsverfahren und bei der Qualitätskontrolle abgemahnt und den Verkauf seiner Brustimplantate in den USA im Jahr 2000 verboten. Ende 2000 habe die französische Gesundheitsbehörde Afssaps das Inverkehrbringen der Implantate zeitweise ausgesetzt. 2001 habe Afssaps der Firma vorgeschrieben, nur noch das Gel der Marke NuSil der Firma NuSil Technology LLC zu verwenden. Und in Großbritannien habe es Klagen von Implantat-trägerinnen gegen PIP gegeben, insbesondere weil das Gel durchgesickert war.

**Prüftermine stets angekündigt.** Trotz alledem habe der TÜV jede Inspektion der Firma im Voraus angekündigt. Unangemeldete Prüfungen habe es nie gegeben. Bei einer unangemeldeten Besichtigung wäre aufgefallen, dass zur Herstellung „hausgemachtes“ Industriesilikon verwendet wurde. Und ein Blick in die Bücher der Firma hätte ergeben, dass die Mengen des einzig erlaubten Füllgels NuSil niemals ausreichen konnten, die Zahl der ausgelieferten Implantate zu befüllen. Selbst wenn der für die Überprüfung eingesetzte französische TÜV dazu nicht in der Lage gewesen sein sollte, so hätte der deutsche TÜV, dem die Rechnungen übersandt wurden, diese Widersprüche erkennen müssen. ■

**Kommentar:** Für die Geschädigten ist dieses vorläufige Urteil nur ein Teilsieg. Angesichts drohender weiterer Klagen, allein in Deutschland gibt es rund 1.500 betroffene Frauen, werden die TÜV-Gesellschaften und die hinter ihnen stehenden Haftpflichtversicherer sicherlich den Instanzenweg voll ausschöpfen.

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

 **terre des hommes**  
**Hilfe für Kinder in Not**



# Kinder auf der Flucht

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

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



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

## NORDWEST

## Zwei Kapitäne gehen von Bord

Heiter-besinnliches Ende eines langen beruflichen Törns bei der AOK: Mehrere hundert Gäste verabschiedeten in Kiel den Vorstandsvize der AOK NORDWEST, **Dr. Dieter Paffrath**, und den Vorstandsbvollmächtigten, **Lutz Bär**, in den Ruhestand. Verwaltungsratsvorsitzender **Johannes Heß** würdigte die Leistungen der scheidenden AOK-Kapitäne („Sie haben Großes geleistet“) ebenso wie Vorstandsvorsitzender **Martin Litsch**: Bei den Gesprächen über eine Fusion der AOKs Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein zur AOK NORDWEST sei es „immer um die Sache“ gegangen. **Wilfried Paulsen**, **Gunnar Schlage** und **Karl-Heinz Lange** – berufliche Weggefährten von Lutz Bär – gaben in Talkrunden mit Moderator **Carsten Kock** (Radio Schleswig-Holstein) manch Überraschendes zum Besten („Lutz hat im gleichen Club geboxt wie Klitschko“). Einblicke in das Wesen und Wirken von Dieter Paffrath – kurzweilig unterbrochen von Bauchredner **Jörg Jará** – offenbarten der Geschäftsführende Vorstand des



Zeichneten Dr. Dieter Paffrath (2.v.l.) und Lutz Bär (3.v.l.) mit der AOK-Ehrennadel in Gold aus: Fritz Schösser (l.) und Dr. Volker Hansen.

AOK-Bundesverbandes, **Uwe Deh**, der Vorstandschef der DAK, **Professor Dr. Herbert Rebscher**, Mitherausgeber des Arzneiverordnungs-Reports, **Professor Dr. Ulrich Schwabe**, sowie **Professor Dr. Günter Neubauer** vom Institut für Gesundheitsökonomik, der ehemalige vdek-Vertreter in Kiel, **Dietmar Katzer**, und die „WIdO-Gang“ **Dr. Herbert Reichelt**, **Dr. Heinz Berg** und **Johann-Magnus v. Stackelberg**: „Ein Sportwagen-Liebhaber mit Faible für auffällige Kleidung“. Nachdem Paffrath und Bär sichtlich bewegt die AOK-Ehrennadel in Gold von den AOK-Aufsichtsratsvorsitzenden **Fritz Schösser** und **Dr. Volker Hansen** entgegengenommen und Dankesworte gesprochen hatten, wünschte der alternierende Verwaltungsratsvorsit-

zende der AOK NORDWEST, **Georg Keppeler**, dem neuen Vorstand – ihm gehören neben **Martin Litsch** **Dr. Martina Niemeyer**, **Tom Ackermann** sowie **Thomas Haeger** an – „stets eine Hand breit Wasser unterm Kiel“. ■

## SACHSEN-ANHALT

## Eine Jobmaschine, die Spaß macht

Die gesundheitspolitischen Pläne der Großen Koalition stoßen in Sachsen-Anhalt auf ein positives Echo. Es sei „mutig und zukunftsweisend“, den Klinikbereich in den Mittelpunkt künftiger Reformen zu stellen und dabei vor allem die Qualität der Versorgung in den Blick zu nehmen, erklärte die Verwaltungsratsvorsitzende

**Traudel Gemmer** beim Neujahrsempfang der AOK Sachsen-Anhalt vor rund 400 Gästen in Halle. Nun müssten den Absichtserklärungen auch Taten folgen. Die AOK jedenfalls werde weiter in die Gesundheit ihrer Versicherten investieren: Hätten 2013 noch etwa 400 Unternehmen vom Betrieblichen Gesundheitsmanagement der AOK profitiert, solle diese Zahl 2014 auf circa 800 anwachsen. Während Landesgesundheitsminister **Norbert Bischoff** angesichts des Hausärztemangels dafür plädierte, bei der Zulassung zum Medizinstudium „nicht nur auf die Noten zu schauen“, verdeutlichte **Dr. Michael Schädlich** vom Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung das Potenzial der Gesundheitswirtschaft in Sachsen-Anhalt. Schon heute seien dort 130.000 Menschen beschäftigt, mit steigender Tendenz. Um so wichtiger sei es, Förderungsschwerpunkte zu definieren, nicht zuletzt mit Blick auf EU-Finanzhilfen. Bevor AOK-Vorstand **Ralf Dralle** das Buffet eröffnete, konnten die Gäste noch einen TV-Beitrag über die heilsame Wirkung von Klinikclowns auf Kinderstationen genießen: Mit Unterstützung der AOK sind derzeit neun Spaßmacher unterwegs. ■

## AOK aktuell

## Neues Behandlungskonzept für psychisch Kranke

Um die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern, haben die Krankenkassen in Sachsen unter Federführung der AOK PLUS gemeinsam mit dem Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau/Kirchberg und dem Rudolf-Virchow-Klinikum Glauchau ein neues Modellprojekt gestartet. Ziel ist eine individuellere Betreuung der Betroffenen nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Psychiatriepatienten werden je nach Bedarf vollstationär, teilstationär in einer Tagesklinik, ambulant oder zu Hause durch ein Team von Psychiatern, Pflegefachkräften, Psychologen und Sozialarbeitern versorgt. Die Krankenhäuser erhalten ein Gesamtbudget, das ihnen Planungssicherheit gibt. Weiterer Vorteil: Ambulante Behandlungsmöglichkeiten können ausgebaut werden. Die Krankenhäuser in Glauchau und Zwickau gestalten ihre internen Abläufe in Organi-

sation und Personalverantwortung nun um. Das vereinbarte Modellprojekt wird wissenschaftlich begleitet. „Mit diesem Modellvertrag betreten wir in Sachsen Neuland in der sektorenübergreifenden Behandlung psychisch Erkrankter“, sagte **Rainer Striebel**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS. Die Patienten profitierten davon, dass sie früher ambulant, teilstationär oder zu Hause behandelt werden können. Dies trage dazu bei, die psychiatrische Versorgungsqualität in Sachsen weiterzuentwickeln. Für **Dr. Dyrk Zedlick**, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Rudolf-Virchow-Klinikum Glauchau, ermöglicht das Projekt eine effizientere Behandlung der Patienten. Sachsens Sozialministerin **Christine Clauß** setzt auf weitere vergleichbare Leuchtturm-Projekte in der psychiatrischen Versorgung. ■

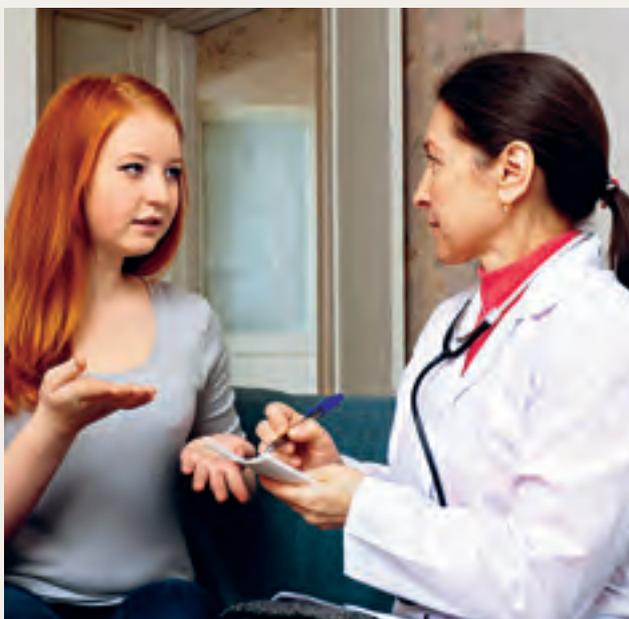
## Abschied vom Kinderarzt

Wechseln chronisch kranke Jugendliche von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin, gibt es viele Fragen. Laut Experten haben dann zahlreiche Jugendliche Schwierigkeiten. Waren sie jahrelang mit ihrem Kinderarzt oder -Spezialisten vertraut, müssen sie nun meist selbst Arzttermine vereinbaren und darauf achten, ihre Therapien einzuhalten. Um den Wechsel in die Erwachsenenmedizin zu erleichtern, unterstützt die AOK Nordost ihre jungen Versicherten mit einem Transitionsprogramm. Darin werden Jugendliche mit chronischen Erkrankungen vor dem Wechsel („Transition“) aufgenommen und durch einen Fallmanager begleitet. Das Berliner Transitionsprogramm ist jetzt auch auf Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ausgeweitet worden. Neben Diabetes und Epilepsie werden Jugendliche mit Niereninsuffizienz, juveniler Arthritis sowie neuromuskulären Krankheiten betreut. Ein Fallmanagement der DRK-Kliniken bereitet die Jugendlichen auf den Wechsel vor. Es werden Fragen der jungen Patienten besprochen und der richtige Arzt gesucht. Der Fallmanager steht auch den Ärzten als Ansprechpartner zur Verfügung. ■

## BAYERN

### Rehabilitation für verwaiste Familien

Die längere Betreuung eines schwer kranken Kindes kann bei Familienmitgliedern zu massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, ins-



**Gut betreut:** Das Transitionsprogramm für chronisch kranke Jugendliche erleichtert den Übergang zur Erwachsenenmedizin.

besondere auch noch nach dem Tod des Kindes. Die AOK Bayern übernimmt daher jetzt die Kosten für eine Rehabilitation von verwaisten Familien als Sonderform der Familienorientierten Rehabilitation (FOR). „Bereits seit 2009 gibt es die FOR für Familien mit Kindern, die an schweren Krankheiten wie Krebs oder Mukoviszidose leiden“, so **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Ihre Eltern und Geschwister würden in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen. In der Praxis habe sich gezeigt, dass die betroffenen Familien oft auch nach dem Tod des schwer kranken Kindes Rehabilitationsbedarf haben“, so Platzer. Eine stationäre Rehabilitation dauert in der Regel vier Wochen und ermöglicht eine intensive ganzheitliche medizinische Behandlung und psychotherapeutische Begleitung der verwaisten Familie. Das erhöht die Chancen, die Handlungsfähigkeit aller Familienmitglieder im Alltag wiederherzustellen. ■

## BADEN-WÜRTTEMBERG

### Mehr Investitionen in die Heilberufe

Für die Ausbildung in der Krankenpflege, der Geburtshilfe und weiteren nichtärztlichen Gesundheitsberufen zahlt die AOK Baden-Württemberg in diesem Jahr nochmals vier Millionen Euro mehr als 2013. „Wir nehmen den gesetzlichen Auftrag ernst, die Ausbildung in diesen wichtigen Berufen auf eine solide finanzielle Basis zu stellen. Deshalb haben wir den Ausbildungsfonds für 2014 erneut kräftig erhöht“, sagt **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Insgesamt beträgt der zweckgebundene Ausbildungsfonds für nichtärztliche Heilberufe mehr als 205 Millionen Euro. Den Hauptanteil trägt die Gesundheitskasse mit rund 93 Millionen Euro. Die Krankenkassen in Baden-Württemberg finanzieren zwölf verschiedene Ausbildungsgänge. Dort bilden die Krankenhäuser neben Krankenpflegern zum Beispiel

auch in der Diätassistenz und der Physiotherapie aus. Insgesamt gibt die AOK Baden-Württemberg in den kommenden zwei Jahren weit mehr als sieben Milliarden Euro für den stationären Bereich aus – in erster Linie für die Patientenbehandlung. Sie sichert damit die Krankenhauslandschaft nachhaltig und sorgt für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. ■

## BUNDESVERBAND

### Start frei für Schulwettbewerb

Zum vierten Mal führt die Gesundheitskasse den Wettbewerb „AOK-Schulmeister“ durch. Er wird in den AOK-Jugendmedien beworben und unter anderem auch auf Facebook begleitet. Zum Auftakt des Wettbewerbs hat die AOK das Online-Quiz auf der Jugendplattform [www.aok-on.de](http://www.aok-on.de) gestartet. Je mehr Schülerinnen und Schüler einer Schule die Fragen im Internet richtig beantworten, desto höher ist die Chance, beim Finale dabei zu sein. Bei dem Quiz geht es um die Themen Gesundheit, Entertainment und Allgemeinwissen. Aus jedem Bundesland qualifiziert sich die Schule für das Finale, die im Internet die meisten Punkte sammeln konnte. In Berlin gehen dann Ende Juni die qualifizierten Schulen mit einem Sechser-Team auf Titeljagd. Dort sind vor allem Teamgeist, Geschicklichkeit, körperliche Fitness und Köpfchen gefragt. Wer am Ende die Nase vorn hat, sichert sich den Titel „AOK-Schulmeister 2014“ und darf sich auf ein Exklusivkonzert mit dem 28-jährigen ECHO- und MTV-Music-Award-Sieger aus Berlin, **Tim Bendzko**, freuen. ■

## Medien Gute Absicht, kein Erfolg?

Für Print-Medien, Fernsehen und Internet sind Gesundheit und Krankheit publikums-wirksame Themen. Was sie be-wirken, interessiert Journalis-ten oft nicht, Kommunikati-onsforscher wie Patrick Rössler



von der Universität Erfurt aber sehr. Band 6 der von ihm ver-antworteten Buchreihe „Med-ien und Gesundheit“ beginnt mit einer Studie zur Qualität des Gesundheitsjournalismus in überregionalen Tageszeitungen. Die auflagen- und finanz-starke „Süddeutsche Zeitung“ schneidet bei der Inhaltsanaly-se nicht besser ab als die links-

alternative „tageszeitung“ (taz). Vorgestellt werden auch Er-gebnisse zweier webbasierter Studien über den Umgang mit gesundheitsrelevanten Infor-mationen im Internet. Peter Schulz von der Universität Lugano zeigt, dass das Internet durch seine partizipatorischen Elemente mehr Möglichkeiten als klassische Massenmedien bietet, das Gesundheitsverhal-ten einzelner Menschen zu beeinflussen. In der Hälfte der Artikel des Sammelbandes geht es um Medienstrategien zur Gesundheitsförderung. „Gute Absicht, kein Erfolg?“ heißt es da etwa zu den Warn-hinweisen auf Zigarettenschachteln. Das Fragezeichen steht dabei für nicht intendier-te Wirkungen, die es auch bei Piktogrammen auf Beipack-zetteln von Arzneimitteln gibt. In allen Beiträgen geht es um aktuelle Forschungen zur Ge-sundheitskommunikation, bei der Theorie und Praxis manch-mal weit auseinanderliegen.

Constanze Rossmann, Matthias R. Hastall (Hrsg.): **Medien und Gesundheitskommunikation.** 2013. 306 Seiten, 49 Euro. Nomos-Verlag, Baden-Baden.

## Versorgungsstudie Was alte Menschen sich wünschen

Die Institute für Allgemein- und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover haben die Wünsche und Forderungen hochbetag-ter Patienten und ihrer Ange-hörigen an die Gesundheits-versorgung untersucht. Für die Studie wurden 152 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 85 Jahren, davon drei Viertel Frauen, in drei geriatri-schen Kliniken in Niedersach-sen und auch später in ihrer häuslichen Umgebung befragt. Dazu kamen 31 Interviews mit Angehörigen der nachfolgen-ten Generation – alle über 50 Jahre alt. Details und Er-gebnisse der mehrjährigen Stu-die liegen jetzt als Buch vor. Zugleich sind darin auch die Möglichkeiten und Grenzen der Forschung mit hochbetag-ten Menschen erörtert: Befra-gungen sind gut machbar, stellen aber hohe methodische Anforderungen. Das betrifft sowohl Maßnahmen zur Er-höhung der Teilnahmeberei-tschaft an Befragungen als auch Interviewführung und Frage-



bogenerstellung. Das Buch enthält dazu viele praktische Empfehlungen. Die Ergebnisse der Studie zeigen eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte, die aus Sicht der Hochaltrigen und ihrer Angehörigen beim Aus-bau der Altersmedizin berück-sichtigt werden sollten. Zu den wichtigsten gehört die Berück-sichtigung individueller Be-dürfnisse bei Wohnen und Be-treuung sowie mehr Zeit für Gespräche mit Pflegenden.

Gabriele Seidel, Susanne Möller, Ulla Walter, Marie-Luise Dierks, Nils Schneider: **Patienten-gerechte Gesundheitsversorgung für Hochbetagte.** 2013. 182 Seiten, 39,90 Euro. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT 2014</b></p>	Nachhaltige Strukturen der Prävention, Übertragung wirksamer Präventionsmaß-nahmen in die Praxis	13.–14.3.2014 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. c/o Kongress Armut und Gesundheit Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 60 Fax: 0 30/44 31 90 63 amler@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de
<p>■ <b>9. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER</b></p>	Polymedikation, Behand-lungspfade, Finanzierung und Steuerung von Ärztenetzen	25.–26.3.2014 Berlin	Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de
<p>■ <b>4. MESSEKONGRESS GESUNDHEIT &amp; VERSORGUNG</b></p>	Neue Versorgungsstruk-turen, mobile Gesundheits-versorgung, Nutzung von Routinedaten	25.–26.3.2014 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Querstraße 16 04103 Leipzig	Tel.: 03 41/1 24 55 31 Fax: 03 41/1 24 55 99 maeder@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net
<p>■ <b>GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2014</b></p>	Versorgungsqualität, Steuerung des Arznei-mittelmarkts, Mengen-ausweitung Krankenhaus	2.–3.4.2014 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungen 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
<p>■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS 2014</b></p>	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Krankenhaus, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress	25.–27.6.2014 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50-0 Fax: 0 30/49 85 50-40 schultze@agentur-wok.de www.hauptstadtkongress.de

## Demenzforschung Zusammenarbeit senkt Arzneibedarf

Die Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen stellt hohe Anforderungen an Pflegepersonal und Hausärzte. Die Pflegepatienten zeigen oft ein schwer verständliches Verhalten: Aggressivität, ständiges Rufen oder Schreien, Unruhe, zielloses Umherwandern oder Apathie. Dieses herausfordernde Verhalten war Thema eines der 29 Demenz-Leuchtturmprojekte, die das Bundesgesundheitsministerium bisher gefördert hat. Das Department für Pflegewissenschaft und das Institut für Allgemein- und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke konnten zeigen, dass Fortbildung



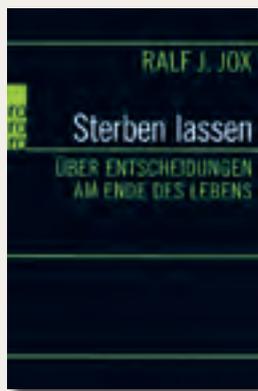
und Fallkonferenzen von Ärzten und Pflegenden gemäß der Rahmenempfehlung des Bundesgesundheitsministeriums von 2006 und der Hausärzte-Leitlinie „Demenz“ von 2008 auf die Versorgung in Altenheimen einen positiven Einfluss haben. Nach den jetzt vollständig als Buch vorliegenden Ergebnissen des Projekts „Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen“ sinkt durch die bessere Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden nicht nur die Menge der verordneten

Psychopharmaka. Auch das herausfordernde Verhalten der Demenzerkrankten nimmt ab oder wird zumindest von Pflegenden nicht mehr als so belastend wahrgenommen. Die Studie, an der 115 Pflegenden, 73 Ärzte und 163 Bewohner von 15 Pflegeheimen im Ruhrgebiet teilnahmen, liefert wichtige Erkenntnisse für den Alltag der pflegerischen und medizinischen Versorgung sowie Anhaltspunkte für die weitere Demenz-Pflege-Forschung.

Sabine Bartholomeyczik,  
Margareta Halek, Daniela Holle:  
**Herausforderndes Verhalten  
bei Menschen mit Demenz  
verstehen.** 2013. 110 Seiten.  
19,95 Euro. Verlag Beltz Juventa,  
Weinheim.

## Ethik Auseinandersetzung mit dem Tod

Mehr als zwei Drittel aller Menschen in Deutschland sterben nicht mehr unerwartet, sondern absehbar, meist unter ärztlicher Begleitung. Sterben ist zu einem klinischen Prozess geworden, der oft hinter geschlossenen Türen im Krankenhaus geschieht. Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal sind verunsichert: Wann dürfen sie Sterben zulassen? Verlängern wir medizinisch nicht viel zu oft das Sterben statt das Leben? Der Münchner Pallia-



tivmediziner Ralf Cox entwickelt in seinem Buch „Sterben lassen“ Empfehlungen für eine ethisch vertretbare Haltung, um die schweren Entscheidungen am Lebensende für alle Beteiligten erträglicher zu machen. Er ermuntert insbesondere Angehörige, Sterben wieder als Teil des Lebens anzuerkennen. Jox gelingt es, ein sehr

emotionales und komplexes Thema persönlich und sachgerecht darzustellen. Sein Buch ist ein gelungener Ratgeber für Betroffene und sollte Pflichtlektüre für Ärzte und alle pflegenden Berufe sein.

Ralf J. Jox: **Sterben lassen.** 2013.  
270 Seiten, 9,99 Euro. Rowohlt  
Taschenbuch Verlag, Reinbek.

## Zeitschriftenschau

### ■ Testosteron-Behandlung erhöht Sterberisiko älterer Männer

Nach einer amerikanischen Kohortenstudie erhöht die Behandlung älterer Männer mit Testosteron ihr Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Auch steigt die Mortalität. Das Ergebnis basiert auf Daten von 8.709 US-Veteranen mit einem Testosteronspiegel von unter 300 Nanogramm pro Deziliter. Nach einer Koronarangiografie erhielten 1.223 Männer Testosteron. Während der durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von drei Jahren starben 681 Männer, 420 erlitten einen Herzinfarkt und 486 einen Schlaganfall. Die Ereignisrate lag bei jenen, die Testosteron erhalten hatten, mit fast 26 Prozent deutlich höher als bei den Studienteilnehmern ohne Hormonersatztherapie (rund 20 Prozent). *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2013; 310 (17): 1829–1836

### ■ Vitamin E hilft Alzheimer-Patienten

Bei leichten Formen von Alzheimer kann Vitamin E den Verlauf der Krankheit verlangsamen. Zu diesem Ergebnis kommt eine US-amerikanische Studie mit 613 Patienten. Über einen Zeitraum von zwei Jahren erhielten sie entweder Vitamin E, den Wirkstoff Memantin oder die Kombination aus beidem. Eine Kontrollgruppe bekam ein Placebo. Es zeigte sich, dass der Verlauf der Krankheit bei der Einnahme von Vitamin E langsamer voranschritt. Die entsprechenden Patienten konnten alltägliche Handgriffe, wie sich anziehen oder waschen, besser ausführen und brauchten weniger Hilfe von Pflegepersonen. Ein Effekt auf die Leistung von Gedächtnis oder Gehirn ließ sich aber nicht nachweisen. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2014; 311 (1): 33–44

### ■ Kurze Spaziergänge nach dem Essen beugen Diabetes vor

In einer kleinen US-amerikanischen Studie mit zehn, im Durchschnitt 69 Jahre alten, noch nicht an Diabetes erkrankten Senioren fanden Wissenschaftler heraus, dass ein lockerer 15-Minuten-Spaziergang nach jeder Mahlzeit den Anstieg des Blutzuckerspiegels bremst. Um die Zuckerwerte über eine Dauer von 24 Stunden zu senken, waren drei kürzere Spaziergänge effektiver als ein einmaliger 45-minütiger Gang. *Diabetes Care* 2013; 36 (10): 3262–3268

### ■ Operation bei Meniskusschaden bringt wenig Vorteile

Die arthroskopische partielle Menisektomie, ein operatives Standardverfahren zur Behandlung von degenerativen Meniskusschäden, lindert die Beschwerden von Patienten nicht besser als eine konservative Therapie (Kühlung, Entlastung des Knies). Das ergab eine finnische Studie mit 146 Patienten im Alter von 35 bis 65 Jahren, die nach mehr als drei Monaten konservativer Therapie immer noch unter Knieschmerzen litten und bei denen sich mittels einer Kernspintomografie ein degenerativer Riss des medialen Meniskus bestätigt hatte. Die Patienten waren in zwei Gruppen aufgeteilt: Die eine wurde nach dem Standardverfahren und die andere zum Schein am Meniskus operiert. *New England Journal of Medicine* 2013; 369: 2515–2524

Die Zeitschriftenschau hat Thomas Ebel vom AOK-Bundesverband zusammengestellt.

# Globale Gesundheit ernst nehmen

Die alte Bundesregierung hat ein Konzept zur globalen Gesundheitspolitik vorgelegt. Das Papier sei lückenhaft und irreführend, kritisiert Entwicklungsexperte **Jens Holst**. Es beschäftige sich mehr mit Krankheitsbekämpfung als mit der Verbesserung gesellschaftlicher Bedingungen.

**Kurz vor Ende** ihrer Amtszeit legte die schwarz-gelbe Koalition 2013 das Konzeptpapier „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ vor. So begrüßenswert es ist, dass sich die Bundesregierung mit den Herausforderungen globaler Gesundheit auseinandersetzt – das Konzept lässt etliche Wünsche offen. Zwar benennt es wichtige Fragen globaler Gesundheitspolitik und teils zutreffende Argumente. Bei genauem Hinsehen entpuppt sich das Papier allerdings vielfach als reine Rhetorik oder gar als Verschleierung bedenklicher Ziele. Die abgeleiteten politischen Strategien sind nicht nur unzureichend, sondern geben Anlass zur Sorge.

Unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums waren das Auswärtige Amt sowie die Bundesministerien für Wirtschaft, für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie für Forschung und Bildung an dem Konzeptpapier beteiligt. Entstanden ist ein Sammelsurium aus außen-, handels-, entwicklungs- und forschungspolitischen Aspekten. Das Papier beruft sich auf deutsche Traditionen und Erfahrungen, meint damit aber vor allem die von Paul Ehrlich geprägte Forschung zur Krankheitsbekämpfung. Die maßgeblich auf Rudolf Virchow zurückgehende Erkenntnis, dass Gesundheit in erster Linie von den Lebens- und Arbeitsbedingungen abhängt, kommt in dem Konzept allenfalls am Rande zur Sprache.

**Allgemeinwohl über Herstellerinteressen stellen.** Größere Bedeutung als den gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit misst das Konzept der heilenden Wirkung von Exportprodukten der deutschen Pharma-, Medizingeräte- oder Versicherungsindustrie bei. Diese Einschätzung ist bestenfalls naiv, eher aber gefährlich. Denn die Erzeugnisse unterliegen in erster Linie den Gewinninteressen der Hersteller und nur in

geringerem Maße dem tatsächlichen Bedarf. Wer es ernst meint mit globaler Gesundheit, der muss das Allgemeinwohl über Herstellerinteressen stellen und vor allem gegen Handelsbarrieren vorgehen, die armen Ländern den Zugang zu wichtigen Arzneimitteln versperren.

So richtig die Forderung der Bundesregierung nach universeller Absicherung im Krankheitsfall ist, so wenig glaubhaft ist ihr Bekenntnis, solange sie mit ihrer Sparpolitik die soziale Absicherung beispielsweise der Griechen untergräbt. Universelle Absicherung im Krankheitsfall gilt für alle Menschen, auch für Migranten. Und der Export privater Krankenversicherungen in Entwicklungsländer hemmt den Aufbau umfassender Systeme und erschwert universelle soziale Absicherung.

**Viele Exportgüter gefährden die Gesundheit.** Von solchen Erkenntnissen ist ebenso wenig die Rede wie von krank machenden Arbeitsbedingungen in der Textilindustrie in Bangladesch und anderswo, wo die Opfer einstürzender Gebäude nur die Spitze eines Eisbergs sind, denn die alltägliche Arbeit fordert einen hohen Tribut. Auch lässt das Papier das Thema gesundheitsgefährdender Ausfuhrprodukte gänzlich unerwähnt. Dabei ist Deutschland die drittgrößte, bei Kleinwaffen sogar zweitgrößte Rüstungsschmiede der Welt. Eine Umwandlung dieses Industriezweigs wäre ein riesiger Beitrag zur globalen Gesundheit. Gleichzeitig gehört dieses Land zu den größten Umweltverschmutzern und erwirtschaftet seine Exportüberschüsse auch mit umweltschädlichen Produkten: Konsequente Eindämmung des Treibhausgasausstoßes und eine neue Verkehrspolitik können ebenso wie abgas- und lärmarme Autos erheblich mehr zur Verbesserung der Gesundheit hierzulande und weltweit beitragen als Arzneimittel und Medizintechnologie.

Einen Tag vor der Bundestagswahl kritisierte die angesehene Medizinerzeitschrift Lancet, das geringe Engagement auf dem Gebiet der globalen Gesundheit würde der politischen und wirtschaftlichen Rolle Deutschlands nicht gerecht. Es bleibt zu hoffen, dass die Große Koalition dem bisher stiefmütterlich behandelten Thema der globalen Gesundheit in Zukunft die dringend gebotene Aufwertung in der deutschen Regierungspolitik widmet. Mit seiner Lückenhaftigkeit zeigt das vorliegende Konzeptpapier allerdings, wie viel Arbeit dabei noch zu leisten sein wird. Die Debatte hat gerade erst begonnen. ■

**Dr. Dr. Jens Holst**, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit.

**Kontakt:** drdrjensholst@web.de; mehr Infos: www.medico.de/DPGG

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
E-Mail: [gug-redaktion@kompakt.de](mailto:gug-redaktion@kompakt.de)



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

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: <a href="mailto:gug-redaktion@kompart.de">gug-redaktion@kompart.de</a> <a href="http://www.kompart.de">www.kompart.de</a>
Chefredakteur	Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection	Anja Stamer
Chefin vom Dienst	Gabriele Hilger
Chefreporter	Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin	Änne Töpfer
Redaktion	Burkhard Rexin (ständiger Autor)
Titel	Getty Images
Verlag	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10178 Berlin, AG Berlin-Charlottenburg HRA 42140 B Postanschrift: wie Redaktion
Marketing Vertrieb	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105
Repro und Druck	Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG Berlin
Anzeigen	KomPart Verlagsgesellschaft mbH Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 Ansprechpartner: Christian Lindenberg, Telefon: -161 Verantwortlich für den Anzeigenteil: Werner Mahlau

G+G 12/2013

Interview mit Ministerin Cornelia Rundt

## Private Pflegedienste füllen Lücken auf dem Land

Seit ihrem Amtsantritt im Frühjahr 2013 betont die niedersächsische Sozialministerin Cornelia Rundt die Notwendigkeit, die ambulante pflegerische Versorgung der Bevölkerung gerade in den ländlichen Regionen Niedersachsens zu erhalten und auszubauen. Konkret geht es ihr dabei um eine Anpassung der bisher landesweit einheitlichen Fahrtkostenpauschalen der Pflegedienste an die regionalen Gegebenheiten. Diese Auffassung der Ministerin wird von der Landesgruppe Niedersachsen des Bundesverbandes der Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) begrüßt und unterstützt. Deutlichen Einspruch erhebt der bpa allerdings gegen die jüngsten Äußerungen der Ministerin in G+G. In dem Interview zeichnet die Ministerin ein realitätsfernes Bild von der pflegerischen Versorgungssituation auf dem Land in Niedersachsen. Zitat: „Die Privatanbieter sitzen in den Innenstädten, wo die Wege kurz sind, und erwirtschaften Überschüsse. In ländlichen Regionen sind nur noch die Wohlfahrtsverbände unterwegs, die Geld drauflegen.“ Diese Aussage ist schlicht falsch und irritiert umso mehr, als dass die Zahlen ihres eigenen Hauses der Ministerin widersprechen. So überwiegt nach einer Analyse des Sozialministeriums aus dem Jahr 2013 der Anteil der privaten Anbieter gegenüber denen der Freien Wohlfahrt in 44 von 46 Landkreisen und kreisfreien Städten. Allein in den ländlichen Landkreisen Gifhorn,

Harburg, Aurich, Vechta und Wittmund beträgt der Anteil privater Pflegedienste über 70 Prozent. In den Landkreisen Uelzen und Cuxhaven liegt der Anteil sogar über 80 Prozent. Eine bpa-interne Analyse zeigt, dass gut 55 Prozent der Pflegedienste des bpa ihren Sitz in Orten mit weniger als 30.000 Einwohnern haben. Drei Viertel aller Pflegedienste des bpa sitzen außerhalb der niedersächsischen Großstädte mit mehr als 100.000 Einwohnern. Im Gegensatz zu der Ministerin stellt der bpa eher den Trend fest, dass sich die großen Wohlfahrtsunternehmen aus den ländlichen Regionen zurückziehen und sich auf die Ballungsgebiete konzentrieren. Kleine, privat geführte Dienste füllen die Lücken auf dem Land aus.

H. S., Leiter der Landesgeschäftsstelle der bpa-Landesgruppe Niedersachsen, Hannover

G+G 1/2014

Pflege im kleinen Kreis

## Eine Frage des Geldes

Betreute Wohngemeinschaften für Senioren sind sicherlich ein Modell mit Zukunft. Für mich stellt sich jedoch die Frage, ob sich alte Menschen mit einer Rente an oder gar unterhalb der Armutsgrenze ein solches gemeinsames Zuhause überhaupt leisten können. Zwar zahlt die Pflegeversicherung dem Pflegebedürftigen in einer WG monatlich einen Pauschalbetrag von 200 Euro. Auch wird die Gründung der WGs mit 2.500 Euro gefördert. Aber damit lässt sich das Leben in der WG nicht finanzieren.

E. B., Bonn

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 Anzeigenpreisliste Nr. 16 vom 1.1.2014  
ISSN 1436-1728



# BECKs Betrachtungen



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

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



Opa braucht Pflege?

## Wir helfen Angehörigen mit Rat und Tat.

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

Gesundheit in besten Händen

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