



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Reformer in Spendierhosen

Was die Gesundheitspolitik
der Koalition kostet – und
was sie den Bürgern bringt

HAUSWIRTSCHAFT
Was Senioren entlastet

ARBEITSZEIT
Was Landärzte belastet

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

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

Sitz Hamburg
Pressesprecherin: Antje Meyer

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

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

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Pionier der Arzneiprüfung

Auch hundert Jahre nach Paul Ehrlichs Tod sind die Spuren seiner Arbeit in der Immunologie und Arzneimittelprüfung deutlich zu erkennen, sagt **Klaus Cichutek**, Präsident des nach dem Arzt und Forscher benannten Bundesinstituts.

In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts stand der Kampf gegen die Diphtherie, einer Infektionskrankheit der oberen Atemwege, im ärztlichen Alltag und der medizinischen Forschung im Vordergrund. Der bakterielle Erreger war bereits 1883 entdeckt worden. Antibiotika waren noch unbekannt, ebenso wie Impfstoffe gegen die Diphtherie, die Kinder heutzutage vor dieser Krankheit schützen. Emil Behring gelang es zu zeigen, dass man die Diphtherie mit dem Serum von dagegen immunisierten Tieren heilen konnte. Er stand allerdings vor dem Problem schwankender Wirksamkeit, dessen Lösung er Paul Ehrlich verdankte. Dieser entwickelte eine Methode zur Standardisierung der Wirksamkeit des Diphtherie-Serums.

Paul Ehrlich wurde 1896 Direktor des Instituts für Serumforschung und Serumprüfung in Steglitz bei Berlin. Dies war weltweit die erste staatliche Behörde zur Arzneimittelkontrolle und begründete das heutige Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel. Nach damaligen Maßstäben wurden hohe Anforderungen an die Qualität der Immunsereen gestellt. Erkenntnisse aus tödlichen Zwischenfällen mit kontaminierten Serumchargen im Ausland führten zu weiteren Sicherheitsprüfungen. Vor allem die staatliche Überprüfung jeder Serumcharge durch die Labortestungen trug zur hohen Qualität der deutschen Seren bei. Dieses Vorgehen stärkte das Vertrauen der Ärzte und der Bevölkerung in die neue Therapie. Ehrlichs Prüfmethode fanden schnell Anerkennung in anderen Ländern und wurden zu international anerkannten Standardverfahren. Durch die Einführung von haltbaren Vergleichspräparaten mit bekannter Wirksamkeit gelang es Ehrlich, die Seren einheitlich zu bewerten. So konnte eine Dosierung der Präparate bei den Patienten nach Gewicht und Schwere des Krankheitsbildes leichter und effizienter vorgenommen werden. Die Serumtherapie rettete zahlreiche Kinder vor dem Erstickungstod.

Bereits drei Jahren nach Übernahme der Leitung des Instituts in Berlin bezog Ehrlich ein neues

Institutsgebäude in Frankfurt am Main, das Königliche Institut für Experimentelle Therapie. Dort vervollständigte er seine Seitenkettentheorie, ein erstes Modell über die Antikörperbildung und die humorale Immunität. Die Grundzüge dieser mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Theorie haben noch heute Bedeutung. Bald darauf erhielt Ehrlich ein zweites, aus Stiftungsgeldern finanziertes Insti-

tut, das Georg-Speyer-Haus. Hier forschte Ehrlich mit seinem Wissenschaftlerteam systematisch nach einem Chemotherapeutikum zur Bekämpfung von Infektionserregern. Mit der 606. Substanz gelang

der Durchbruch: Das später Salvarsan genannte Arzneimittel ermöglichte erstmals eine wirksame Behandlung der Syphilis.

Paul Ehrlichs Forschungen waren auch für die experimentelle Arzneimittelprüfung bahnbrechend. Er trug wesentlich dazu bei, die präklinische Untersuchung von Arzneimitteln und ihre Qualitätskontrolle zu etablieren und in gesetzlichen Prüfbestimmungen festzuschreiben. Dies wirkt bis heute fort. Das PEI bietet frühe wissenschaftliche Beratungen im Vorfeld klinischer Prüfungen an und präzisiert für jedes biomedizinische Arzneimittel die spezifischen Anforderungen an die Tests vor und bei der klinischen Prüfung. Damit ist gesichert, dass die Risiken bei der Erprobung neuer Arzneimittel am Menschen reduziert werden, aber die wissenschaftlichen Neuerungen den Patienten schnell zur Verfügung stehen. Das PEI ist der Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe und biomedizinischen Arzneimittel verpflichtet, fördert die Arzneimittelentwicklung und erforscht Prüfmethode und medizinische Präventions- und Therapiestrategien. Auch dies ist eine Verpflichtung aus dem großen Erbe Paul Ehrlichs. Die Einbindung des Instituts in die dringend erforderliche Stärkung der translationalen Forschung in Deutschland, also der Übertragung von Erkenntnissen aus Laborversuchen auf die Anwendung am Menschen, könnte zu Innovationen im Bereich der Biomedizin genutzt werden. ■

Die Serumtherapie rettete zahlreiche Kinder vor dem Erstickungstod.



Prof. Dr. Klaus Cichutek, geboren 1956, ist Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und außerplanmäßiger Professor für Biochemie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main. Seit 1988 arbeitet Cichutek als Wissenschaftler am PEI. 1999 übernahm er die Funktion des ständigen Vertreters des Präsidenten, von 2001 bis 2009 war er Vizepräsident, seit Dezember 2009 Präsident des PEI. Von 2000 bis 2010 war Cichutek Vorsitzender der „Kommission Somatische Gentherapie“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. Er ist Mitglied in einer Reihe von Herausgeberbeiräten wissenschaftlicher Zeitschriften.

Kontakt: Klaus.Cichutek@pei.de

Ein Viertel mit Pfiff



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Menschen mit Eltern jenseits der 80 wie ich kennen das: Eigentlich sind Mutter und Vater einigermaßen fit, aber allein schaffen sie Haushalt, Arztbesuche und Behördenkram eher schlecht als recht. Kommt dann noch Pflegebedürftigkeit dazu und leben die längst erwachsenen Kinder weit weg, steht der Alltag in den so vertrauten heimischen vier Wänden auf der Kippe. Doch gibt es Alternati-

ven zum Betreuten Wohnen, zum Heim oder zur Pflegekraft aus Osteuropa?

„Pflege im Quartier“ lautet die Antwort des Netzwerks SONG, dem innovative Anbieter von Pflege- und Sozialleistungen wie die Bremer Heimstiftung angehören. Meine Kollegin Anne Töpfer und Fotograf Tristan Vankann haben in der Hansestadt beobachtet, **wie sich in einem Wohnviertel ambulante Pflege, Haushaltshilfen und soziale Betreuung pfiffig organisieren lassen**, sodass Menschen wie Willi Vogel nicht ins Heim müssen.

Der 84-jährige ehemalige Bergmann ist alleinstehend, chronisch krank und hat Pflegestufe I. Bevor Marion Kellerhaus und ihre Kolleginnen von der Bremer Dienstleistungs-Service GmbH – einer Tochterfirma der Heimstiftung – Herrn Vogel unter die Arme gegriffen haben, herrschte in seiner Wohnung Chaos. Davon ist jetzt nichts mehr zu spüren. Anne Töpfer: „Marion Kellerhaus ist ein Organisationstalent und zugleich sehr einfühlsam“.

Gut, dass die Politik seit Januar 2015 für den **Ausbau solcher sogenannter Betreuungs- und Entlastungsleistungen gesorgt hat**. Und gut, dass die Politik Protesten privater Pflegeanbieter gegen diese neuen Leistungen im Herbst 2014 widerstanden hat – nicht nur Willi Vogel profitiert heute davon.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen Ihr


henkelhoving@kompart.de



Managerin mit menschlichem Maß: Service GmbH-Chefin Monika Böttjer aus Bremen (links) erläutert Anne Töpfer, wie Hauswirtschaft die Pflege sinnvoll ergänzen kann.

MAGAZIN

12 WIE MAN MONDPREISE AUF DIE ERDE HOLT

Die Arzneipreise klettern in astronomische Höhen. Rezepte gegen eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen diskutierten Experten in Passau.

Von Thomas Hommel

15 EIDGENOSSEN MIT LANGEM ATEM

Innovatives aus der Schweiz: Dort investiert ein Handelsriese in Managed Care. Ein Beispiel von vielen, die auf einem Kongress vorgestellt wurden.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

16 BERUFGESETZ IM FADENKREUZ

Die schwarz-rote Bundesregierung will die bisher drei getrennten Pflegeausbildungen zusammenlegen. Doch die Reformpläne stoßen auf ein geteiltes Echo.

Von Thomas Hommel

17 „WIR BIETEN ETHISCHE HILFESTELLUNG“

In Niedersachsen berät ein Netzwerk niedergelassene Mediziner und Pflegekräfte in ethischen Fragen. Vor allem bei der Palliativversorgung ist der Rat gefragt, sagt Allgemeinärztin Karin Meier-Ahrens.

RUBRIKEN

9 **Rundruf** Sichere Medikamenten-Tests?

11 **Kommentar** Pflegeausbildung: Generalistik als Sackgasse

38 **Recht** Frühchen brauchen erfahrene Teams

40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern

42 **Service** Bücher, Termine und mehr

44 **Debatte** Palliativmedizin schafft Vertrauen

45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion

45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?

46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



18

Bestandsaufnahme: Was an den schwarz-roten Reformen sauer aufstößt



24

Warenkorb: Welche zusätzlichen Hilfen pflegebedürftige Menschen erhalten können

TITEL

18 REFORMEN GEHEN ANS EINGEMACHTE

Klinikvergütung, Pflege, Prävention – die Große Koalition hat vieles neu geregelt, um die Versorgung zu verbessern. Das aber kostet zig Milliarden.

Von Kai Senf und Dirk Bürger

THEMEN

24 FRISCHE ZUTATEN FÜR DEN HILFE-MIX

Einkaufen, Putzen, Spaziergehen: Die Pflegekassen finanzieren demenziell erkrankten oder gebrechlichen Menschen Hilfen zur Betreuung und Entlastung.

Von Alexander Künzel

28 SORGE UM HAUSHALT UND SEELE

Wenn Hauswirtschaft und Pflege ihre Kompetenzen bündeln, können Senioren länger zu Hause leben. Das zeigt ein Beispiel aus Bremen.

Von Anne Töpfer (Text) und Tristan Vankann (Fotos)

32 VIEL ZU TUN AUF DEM LAND

Gestresste Landärzte: Allgemeinmediziner auf dem Land machen mehr Bereitschaftsdienste und Hausbesuche als ihre Kollegen in der Stadt.

Von A. Salzmann, W. Hofmann, S. Heinemann und S. Greß

36 „ICH ERARBEITE DINGE GERN IM DISKURS“

Mehr Geld für die Pflegekräfte, mehr Zeit für den Klinikumbau – im G+G-Interview erläutert Thüringens Sozialministerin Heike Werner, wie sie Schwachstellen der Versorgung anpacken will.



28

Reportage: Wie Melinda Bendul (li.) vom Bremer Dienstleistungs-Service Willi Vogel unterstützt



32

Befragung: Warum Landärzte stärker belastet sind als Mediziner in der Stadt

ÜBERGEWICHT Prävention bei Kindern wirkt

Viel Obst und Gemüse, ausreichend Sport und weniger Fernsehkonsum bilden einen wirksamen Schutz gegen kindliches Übergewicht und somit gegen Risiken wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes im Erwachsenenalter. Dies ist das Ergebnis einer Studie, die das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie sowie die Universität Bremen koordinieren. Die Untersuchung wurde zwei Jahre lang in acht europäischen Staaten, darunter Deutschland, erstellt. Mehr als 16.000 Kinder im Alter von zwei bis acht Jahren waren beteiligt. Diese wurden in zwei Regionen unterteilt: In einer fand gezielte Prävention statt, in der anderen wurden die Kinder zunächst nur beobachtet. In puncto Ernährung ging es um einen höheren Wasserverbrauch sowie Obst- und Gemüsekonsum, bei der körperlichen Aktivität um mehr Bewegungs- und weniger Fernsehzeit und beim Stress um mehr Familienzeit sowie genügend Schlaf. Auch bei bereits übergewichtigen Kindern zeigte sich, dass mit Ernährungs- und Bewegungsangeboten zumindest die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sich das Gewicht der Kinder normalisiert. ■

IMPFSCHUTZ Ärztevereinigung kritisiert Big Pharma

Anlässlich hoher Umsatzerlöse hat die Hilfsorganisation „Ärzte ohne Grenzen“ von den Pharmakonzernen Pfizer und GlaxoSmithKline (GSK) deutliche Preissenkungen ihrer Pneumokokken-Impfstoffe gefordert. An meist durch



Spaß an Bewegung und Obst – der beste Schutz gegen zu viele Pfunde im Kindesalter.

Pneumokokken ausgelöster Lungenentzündung stürben jährlich knapp eine Million Kinder. Derzeit produzierten nur Pfizer und GSK entsprechende Impfstoffe. Diese seien jedoch für die Gesundheitssysteme vieler ärmerer Länder zu teuer. „Pfizer und GlaxoSmithKline haben mit ihren Blockbuster-Impfstoffen gegen Lungenentzündung schon mehr als 28 Milliarden US-Dollar Umsatzerlöse erzielt“, so Marco Alves von der Medikamentenkampagne von „Ärzte ohne Grenzen“. Der hohe Preis sei gut für die Bilanz, aber verheerend für viele Kinder in ärmeren Ländern. ■

PAUSCHALEN Psychiatrie-Entgelt unter der Lupe

Die Überprüfung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP abgekürzt – ist laut Bundesregierung noch nicht abgeschlossen. Die erste Sitzung des sogenannten strukturierten Dialogs habe im Mai 2015 stattgefunden. Die nächste Sitzung des Gremiums sei im ersten Quartal 2016 geplant, heißt es in einer Antwort der Regierung auf eine Anfrage der Grünen-

Fraktion. Ursprünglich sollte das PEPP ab dem Jahr 2015 verpflichtend eingeführt werden. Aufgrund anhaltender Kritik hatte der Gesetzgeber 2014 die Einführungsphase um zwei Jahre verlängert. In den Jahren 2013 bis 2016 ist PEPP damit freiwillig. Ab 2017 soll das neue Entgeltsystem verpflichtend sein. ■

MEHR INFOS: Bundestagsdrucksache 18/7281

GRÜNE Nachfragen zu KBV-Immobilie

Die Immobiliengeschäfte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind Thema einer Kleinen Anfrage der Grünen-Fraktion im Bundes-

tag. Konkret geht es um den Bau und die Finanzierung eines Bürogebäudes in Berlin. Viele finanziell relevante Entscheidungen seien dabei vom Vorstand der KBV ohne Beteiligung der Vertreterversammlung und ohne Genehmigung des Bundesgesundheitsministeriums als Aufsichtsbehörde getroffen worden, obwohl dies gesetzlich vorgeschrieben sei. Das Ministerium habe im Sommer 2015 ein Gutachten angeordnet, das die Hintergründe des Skandals beleuchten soll. Die Abgeordneten wollen nun von der Bundesregierung wissen, ob das Gutachten vorliegt und welche Schlüsse daraus gezogen werden. ■

MEHR INFOS: Bundestagsdrucksache 18/7295

kurz & bündig

+++ KREBSERKRANKUNGEN: Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden bis zum Jahr 2025 jährlich 20 Millionen Menschen an Krebs erkranken. 2012 erkrankten rund 14 Millionen Menschen an Krebs. 8,2 Millionen starben an den Folgen. **+++ GESETZGEBUNG:** Union und SPD wollen gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium „Ende März, Anfang April“ einen Aufschlag für eine Regelung zur Hilfsmittelversorgung machen. Das kündigte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, Hilde Mattheis, bei einer Veranstaltung des Bundesverbandes Medizintechnologie in Berlin an.



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2015 mit allen Extras



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

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

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

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

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

- den kompletten G+G-Jahrgang 2015 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2015 für 12 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung
 Straße IBAN BIC
 PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

SCHWELLENLÄNDER Müttersterblichkeit weiter sehr hoch

Der Kampf gegen schwere Krankheiten gehört nach Ansicht von Bundesentwicklungsminister Gerd Müller nach wie vor zu den größten Herausforderungen der internationalen Staatengemeinschaft. Im Bundestags-Gesundheitsausschuss sagte der CSU-Politiker, zwar seien bei der Bekämpfung massenhaft auftretender Krankheiten global Erfolge erzielt worden. Vor allem in Entwicklungsländern seien aber immer noch zu viele Todesopfer zu beklagen. Schuld seien eine unzulängliche medizinische Versorgung und der Mangel an gesundheitlichen Grundstrukturen. So stürben jedes Jahr weltweit rund sieben Millionen Kinder an vermeidbaren Erkrankungen. Viele dieser Krankheiten ließen sich mit einfachen Medikamenten verhindern. Als Probleme benannte Müller beispielhaft Durchfallerkrankungen,

Zitat des Monats

**Überall geht ein
früheres Ahnen dem
späteren Wissen voraus.**

Alexander von Humboldt (1769–1859), Naturforscher

kungen, Lungenentzündung und Malaria. Bei der Verringerung der Müttersterblichkeit seien zwar Erfolge zu verzeichnen. Dennoch stürben jährlich rund 500.000 Mütter bei der Geburt ihres Kindes. ■

FORSCHUNG Auch die Haut hat Riechrezeptoren

Hautzellen besitzen offenbar einen Riechrezeptor für Sandelholzduft. Das jedenfalls berichten Forscher der Ruhr-Universität Bochum. Ihre Daten belegen, dass sich

die Teilungsrate der Zellen erhöht und Wunden besser heilen, wenn die Rezeptoren aktiviert sind. Dieser Mechanismus sei ein möglicher Ansatzpunkt für neue Medikamente und Kosmetika. Das berichtet das Team um Dr. Daniela Busse und Professor Dr. Hanns Hatt vom Lehrstuhl für Zellphysiologie im „Journal of Investigative Dermatology“. Menschen besitzen in der Nase rund 350 verschiedene Arten von Riechrezeptoren. Auch in anderen Geweben konnte die Funktion dieser Rezeptoren nachgewiesen werden, zum Beispiel auf Spermien, in der Prostata, dem Darm und der Niere. Das Bochumer Team entdeckte sie nun auch in Keratinozyten – den Zellen, die die äußerste Schicht der Haut bilden. ■

ob sie an körperlichen Beschwerden oder an Demenz leiden. Gesetzliche Aufgabe des Gremiums ist die fachliche Beratung des Gesundheitsministeriums bei der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs sowie des dazu gehörigen Begutachtungsinstrumente. Im Beirat vertreten sind Pflegekassen, Leistungserbringer, Pflegekräfte, Pflegebedürftige, Angehörige, Sozialpartner, Kommunen, Sozialhilfeträger, Länder und Pflegewissenschaftler. ■

FLÜCHTLINGE Syrische Familie erhält erste e-Card

Schleswig-Holsteins Sozialministerin Kristin Alheit (SPD) und der Vorstandschef der AOK NORDWEST, Tom Ackermann, haben Ende Januar in Kiel einer aus Syrien geflohenen Familie die ersten elektronischen Gesundheitskarten (eGK) überreicht. Mit der Karte können Flüchtlinge zum Arzt gehen, ohne sich vorher bei der örtlichen Behörde einen Behandlungsschein holen zu müssen. Nach Hamburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen ist Schleswig-Holstein das vierte Bundesland, das Flüchtlingen eine eGK aushändigt. AOK-Chef Ackermann betonte, die Kassen stellten gern ihre Kompetenz zur Verfügung, damit Asylbewerber „schnell, einfach und unbürokratisch“ alle medizinisch erforderlichen Leistungen in Anspruch nehmen könnten. Die Kommunen würden so von zahlreichen Verwaltungsvorgängen entlastet. Auch für die Leistungserbringer werde es einfacher, da sie als Anspruchsnachweis eine eGK und keine unterschiedlichen Behandlungsscheine vorliegen hätten, so Ackermann. ■

Köpfe und Karrieren



+++ WOLFGANG SPÄTH, 56, hat erneut den Vorstandsvorsitz von Pro Generika übernommen. Der Pharmazeut und Vorstand der Hexal AG und Head Strategy, Portfolio & Market Development bekleidet dieses Amt seit 2007. Weiterhin steht ihm als stellvertretender Vorstandsvorsitzender von Pro Generika der Mediziner Dr. Markus Leyck Dieken, Geschäftsführer bei Teva ratiopharm Deutschland zur Seite. Bevor Wolfgang Späth in die Pharmaindustrie ging, arbeitete er von 1987 bis 1991 als Beratungspapotheker bei der AOK Bayern.

+++ HARALD SCHRADER, 59, führt als neuer Bundesvorsitzender den Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ). Der in Schleswig-Holstein niedergelassene Zahnmediziner folgt auf Kerstin Blaschke, die dem Verband zwei Jahre lang vorgestanden hatte. Neue stellvertretende FVDZ-Vorsitzende sind die Zahnmediziner Dr. Peter Bührens aus dem mecklenburgischen Schwerin sowie Dr. Gudrun Kaps-Richter aus dem baden-württembergischen Heilbronn.



BEIRAT Experten bereiten Pflegesystem vor

Unter Leitung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hat sich in Berlin der Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konstituiert. Die neue Pflegephilosophie soll ab dem 1. Januar 2017 zum Tragen kommen. Sie soll sicherstellen, dass alle Pflegebedürftigen den gleichen Zugang zu Pflegeleistungen erhalten – unabhängig davon,

Sichere Medikamenten-Tests?

Im französischen Rennes hat es einen schweren Zwischenfall bei der Prüfung eines neuen Arzneimittels gegeben. Reichen die Auflagen für solche Tests in Deutschland aus oder ist nachzubessern?



PROFESSOR DR. JÜRGEN WINDELER, *Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*: Bei Phase-1-Studien wie in Rennes werden neue Wirkstoffe erstmalig am Menschen eingesetzt. Die gesunden Probanden nehmen freiwillig an der Studie teil und bekommen dafür Geld. Ziel ist es, zu erforschen, wie sich ein Wirkstoff im Körper verhält. Schwere Komplikationen treten bei diesen Tests sehr selten auf. Solche Studien unterscheiden sich

grundlegend von klinischen Studien der Phasen III oder IV, in denen der Nutzen für Patienten untersucht wird. Niemand sollte sich daher verunsichern oder abschrecken lassen, an klinischen Studien wie etwa PREFERE teilzunehmen.

PROFESSOR DR. BERND MÜHLBAUER, *Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie am Klinikum Bremen Mitte*: Die Anforderungen für klinische Studien sind gesetzlich streng reguliert. Dabei steht die Probanden- beziehungsweise Patientensicherheit an allererster Stelle. Nach einer britischen Untersuchung werden nur bei einem von 5.000 Probanden in Phase-1-Studien Nebenwirkungen registriert, die als schwerwiegend definiert sind – das können aber auch Durchfall oder Kopfschmerzen sein. Über die Gründe des erschreckenden Studienverlaufs von Rennes sind bisher nur Spekulationen möglich, die man als ernsthafte Wissenschaftler unterlassen sollte. Klinische Studien bleiben unersetzbar in der Entwicklung neuer Arzneimittel.



DR. SIEGFRIED THROM, *Geschäftsführer Forschung/Entwicklung/Innovation beim Verband forschender Pharma-Unternehmen*: Wir sind bestürzt, was den Probanden geschehen ist. Sobald gesicherte Erkenntnisse aus den laufenden Untersuchungen vorliegen, müssen Hersteller, Behörden, und medizinische Einrichtungen daraus lernen, ob und wie man für noch mehr Sicherheit für Studienteilnehmer sorgen kann. Vorwegnehmen lassen sich die Ergebnisse jedoch nicht. Aus dem Vorfall lässt sich aber auch nicht schließen, dass Phase-I-Studien generell gefährlicher geworden wären. Jedes Jahr verliefen und verlaufen tausende solcher Studien im In- und Ausland ohne schwerwiegende Zwischenfälle.

JÜRGEN KLAUBER, *Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK*: Die tragischen Vorfälle traten auf, als ein potenzielles Medikament erstmals auf Verträglichkeit getestet wurde. Ein Mensch kam zu Tode, bei weiteren Testpersonen sind irreversible Schäden zu befürchten. Jetzt geht es um Aufklärung. Hätte die Studie umsichtiger geplant werden müssen? Waren schädigende Wirkungen vorhersehbar? Leider zeigt sich, dass auch mit strengen Vorgaben schwere Risiken nicht gänzlich auszuschließen sind. In dem Zusammenhang erschreckt, dass die Europäische Arzneimittel-Agentur große Anstrengungen unternimmt, Arzneimittel in immer kürzerer Zeit zuzulassen. Nötige Informationen zur Beurteilung von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit bleiben so verborgen.



STUDIEN

Schiefer Zeh wegen High-Heels

Für manche nett anzusehen, aber nicht gut für die Füße: Absätze von zehn Zentimeter Höhe und mehr verlangen einiges an Leidensfähigkeit. Dies bestätigt eine Übersichtsarbeit, die Maxwell S. Barnish und Jean Barnish in der Online-Ausgabe des BMJ Open veröffentlicht haben. Danach haben Frauen in hochhackigen Schuhen öfter



deformierte, schmerzende Füße. Manche bringt das hohe Schuhwerk sogar direkt in die Unfallambulanz eines Krankenhauses. In dem systematischen Review wurden 18 Studien aus Fachzeitschriften ausgewertet. Insgesamt waren 14.647 Personen beteiligt, in der Überzahl Frauen. In drei von vier Studien ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Absatzhöhe und einem schmerzhaften, schiefstehenden Großzeh (Hallux valgus). Je nach Studie und Tragedauer war der Anteil der Betroffenen unter High-Heels-Trägerinnen im Vergleich zu Trägerinnen flacher Schuhe um 47 bis 148 Prozent erhöht. ■

INKLUSION

Gesetzgeber baut Barrieren ab

Das Bundeskabinett hat eine Reform des Gleichstellungsgesetzes für behinderte Menschen gebilligt. Das geplante Gesetz ist Grundlage für den Abbau von Alltagshürden, die rund 7,5 Millionen behinderte und körperlich eingeschränkte Menschen an gleichberechtigter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hindern. Der Entwurf von Sozialministerin Andrea Nahles (SPD) sieht Vereinfachungen in der Streitschlichtung zwischen Betroffenen und Behörden vor, wenn es um Auflagen für die Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden und der elektronischen Kommunikation geht. Zudem sollen Behinderten-Organisationen mehr Geld erhalten. ■

FRÜHERKENNUNG

Berliner Erstklässler immer gesünder

„Pumperlgesund“ präsentiert sich das Gros der Berliner Erstklässler. Das geht aus Daten der Einschulungs-Untersuchungen hervor, denen sich 2014 knapp 30.000 Jungen und Mädchen in der Bundeshauptstadt unterzogen haben. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wies auf acht „wichtige Ergebnisse“ hin. Dazu zähle die Erkenntnis, dass Angebote zur Früherkennung von Eltern mehr als zuvor in Anspruch genommen würden. Dies führt die Verwaltung auf das „verbindliche Einladewesen“ zurück, mit dem seit 2010 alle Eltern auf Vorsorgeuntersuchungen hingewiesen werden. Im Jahr 2014 hatten 85,4 Prozent der Schulanfänger die U1 bis U8 vollständig absolviert. 2013 waren es 83,9 Prozent. ■

ARBEITSPLATZ Keine Zeit für Pausen

In Deutschland arbeitet etwa ein Fünftel aller Erwerbstätigen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren oftmals ohne Pause. Vor allem in der Dienstleistungsbranche verzichten junge Beschäftigte auch an Tagen mit mehr als sechs Stunden Arbeitszeit auf eine Erholungsphase, teilte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin nach einer Befragung junger Arbeitnehmer mit. Dabei geben Frauen (54 Prozent) häufiger als Männer (43 Prozent) an, aufgrund der Arbeitsmenge auf eine Pause verzichten zu müssen. Zudem erklärt ein Drittel aller Befragten, dass sich Pausen nicht in ihren Arbeitsablauf integrieren lassen. Bei 15- bis 17-Jährigen zeigt sich ein ähnliches Bild. ■

MEHR INFOS:
www.baua.de > Presse



Füße hoch: Darauf verzichten junge Arbeitnehmer häufig.

ALZHEIMER Bei Vergesslichkeit lieber zum Arzt

Bei spürbar schlechter werdender Gedächtnisleistung sollten Betroffene sofort einen Arzt konsultieren. Auf diese Weise könnten früh Auslöser der Vergesslichkeit geklärt und mögliche Ursachen behandelt werden, teilte die Alzheimer Forschung Initiative mit. Im Falle von Alzheimer bestehe dann die Chance,

unverzüglich mit einer Therapie zu beginnen. Bei Alzheimer handelt es sich um eine fortschreitende, unheilbare Gehirnstörung mit unbekannter Ursache. Symptome sind Gedächtnisverlust, Verwirrtheit und Desorientierung. Hinzu kommen Veränderungen des Wesens, ein geringeres Urteilsvermögen und der Verlust der Sprachfähigkeit. Alzheimer verläuft meist tödlich und ist die häufigste Form der Demenz. ■

EUROPAMEISTER AOK gratuliert Handballern

Der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, hat den deutschen Handballern zum Gewinn der Europameisterschaft gratuliert. „Grandios, was die Mannschaft um Dagur Sigurdsson in Polen erreicht hat.“ Die AOK ist seit 2014 exklusiver Gesundheitspartner der Herren-Nationalmannschaft des Deutschen Handballbundes. Gemeinsames Ziel sei, Kinder und Jugendliche für Sport und Bewegung zu motivieren, sagte Litsch. Im Rahmen regionaler Projekte wie etwa dem AOK-Star-Training geben aktive und frühere Handballprofis ihr Wissen an junge Menschen weiter. Eingebunden sind dabei auch Sportvereine vor Ort. An den Aktionstagen an Grundschulen nahmen bislang mehr als 120.000 Kinder teil. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Betriebsspezifische Programme sind unsere große Stärke“

Stressmanagement, Ergonomie, Ernährung: Das Betriebliche Gesundheitsmanagement der AOK Bayern setzt an vielen Punkten an. Dazu Fragen an **Matthias Jena**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der Kasse.

G+G: Herr Jena, die AOK Bayern berät Betriebe über gesundheitliche Prävention am Arbeitsplatz. Welche Schwerpunkte setzt die Kasse?

JENA: Bereits seit mehr als 20 Jahren unterstützt die AOK Unternehmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Unsere große Stärke liegt in der Entwicklung betriebsspezifischer Programme. Zu diesem Zweck analysieren wir die Arbeitsbedingungen im jeweiligen Unternehmen. Daraus leiten wir Angebote beispielsweise in den Handlungsfeldern Stressmanagement, Ergonomie, Ernährung, gesunde Führung, Sucht oder demografischer Wandel ab. Im Fokus stehen sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst wie auch gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen.

G+G: Kleinere Unternehmen sind bislang zurückhaltender beim Thema Betriebliche Gesundheitsförderung. Woran liegt es?

JENA: Kleinere Betriebe müssen oft mit geringen finanziellen und personellen Ressourcen auskommen. Vernetzung mit anderen Unter-

nehmen ist ein Weg, ressourcenschonend aktiv zu werden. Für das bayerische Handwerk hat die AOK deshalb speziell zugeschnittene betriebsübergreifende Gesundheitsangebote entwickelt. Knapp 40 Prozent der Unternehmen, die wir in Bayern beraten, beschäftigen weniger als 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

G+G: Welche Rolle kommt den Führungskräften zu?

JENA: Führungskräfte haben eine Schlüsselrolle im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Sie können das Thema Gesundheit im Unternehmen vorantreiben und direkt auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen einwirken. Führungskräfte tragen aber auch mit ihrem persönlichen Verhalten zum Betriebsklima und damit zum Wohlbefinden und der Gesundheit der Beschäftigten bei. Letztlich unterstützt ein guter Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie eine positive Einstellung zum Gesundheitsmanagement auch die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, daran teilzunehmen.

Generalistik als Sackgasse

Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung sollen in einer gemeinsamen Lehre münden. Zu Ende gedacht sei das Vorhaben der Bundesregierung aber nicht, meint Heike Haarhoff.



NEULICH VERSTÖRTE DER Enthüllungsjournalist Günter Wallraff die Welt der Krankenhäuser mit einem Film. Eine Mitarbeiterin Wallraffs hatte in verschiedenen Kliniken angeheuert – als vermeintliche Pflegepraktikantin. Tatsächlich nutzte sie den Zugang, um mit versteckter Kamera Missstände zu dokumentieren, die in krassem Widerspruch stehen

zu dem Anspruch an Qualität und Versorgung, den das deutsche Gesundheitssystem für sich reklamiert: Es mangelte nicht nur an Hygiene. Manche Stationen waren schlichtweg personell verwaist.

Profipfleger sind Mangelware, in Kliniken wie in Heimen wie bei ambulanten Diensten. Und das in einem Land, dessen Bevölkerung erfreulicherweise immer älter wird, damit aber auch kränker und pflegebedürftiger. Schätzungen zufolge werden in wenigen Jahren allein eine halbe Million Altenpfleger fehlen. Dazu kommen die fehlenden Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger. Die SPD-Familienministerin und der CDU-Gesundheitsminister wollen nun gegensteuern. Das ist ebenso löblich wie überfällig.

Allein: Das Instrument, mit dem der Pflegeberuf attraktiver gemacht werden soll, ist dafür wenig geeignet. Die Reform der Berufsausbildung – beabsichtigt ist eine Zusammenlegung der drei Pflegeausbildungen zu einer generalistischen Ausbildung, freilich ohne Ausweitung der Ausbildungszeit – wird den dramatischen Personalnotstand kaum verringern können.

Berufe ziehen Bewerber an, wenn die Arbeitsbedingungen gut sind. Doch daran ändert eine Reform der Ausbildung nichts. Wenn in Deutschland auf zehn Patienten eine Pflegerin kommt, aber in Norwegen eine Pflegerin vier Patienten betreuen muss, liegt das daran, dass viele Häuser hierzulande nicht bereit sind, mehr Personal einzustellen. Das aber ist eine Frage der Kosten, nicht der Ausbildung.

So begrüßenswert es ist, dass der Pflegeberuf dank des künftig möglichen Wechsels zwischen den einzelnen Pflegebereichen durchlässiger wird und individuelle Entwicklungsperspektiven bietet, so bizarr mutet es an, dass ausgerechnet in Zeiten zunehmender Komplexität und Differenzierung eine ebenso sinnvolle wie bewährte Spezialisierung ohne Not abgeschafft werden soll. Ein Frühchen auf der Intensivstation hat unbestritten andere Bedürfnisse als ein Sterbender im Hospiz.

Man ahnt schon den Plot des nächsten Wallraff-Films: Das Pflegepersonal fehlt weiterhin allerorten – nun aber mit nivellierter Kompetenz. ■

Heike Haarhoff ist gesundheitspolitische Redakteurin der „tageszeitung“ in Berlin.

BIG DATA Bürger vertrauen Praxen und Kliniken

In puncto Datenschutz schneiden Gesundheitseinrichtungen gut ab: 43 Prozent der Europäer und 47 Prozent der Bundesbürger vertrauen Praxen und Kliniken bezüglich der Nutzung persönlicher Daten, ergab jetzt eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts TNS Infratest im Auftrag des Vodafone Instituts für Gesellschaft und Kommunikation. Das Vertrauen in Staat und Regierung liegt mit Blick auf „Big Data“ dagegen nur bei 22 Prozent (Deutschland: 19 Prozent). Insgesamt wurden rund 8.000 Menschen in acht europäischen Ländern befragt. Die Bekanntheit von Anbietern und Einrichtungen sorgt dabei nicht automatisch dafür, dass Vertrauen entsteht. Europaweit geben nur 34 Prozent der Befragten (Deutschland: 24 Prozent) an, ein geläufiger Markenname sei Garant für Datenschutz. Entscheidender seien eine einfache, klare Sprache sowie kurze, verständliche Geschäftsbedingungen, meinen 68 Prozent (Deutschland: 78 Prozent) der Befragten. ■

VORSORGE Viele Mädchen ohne HPV-Impfschutz

Weniger als die Hälfte der 17-jährigen Mädchen in Deutschland sind gegen das krebserregende humane Papillomvirus (HPV) geimpft. Das ist das Ergebnis einer Studie, die das Robert Koch-Institut (RKI) unter Nutzung von Abrechnungsdaten von 16 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erstellt und in Zusammenarbeit mit den KVen veröffentlicht hat. Bei

den Impfquoten gebe es zudem große regionale Unterschiede, hieß es. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt seit 2007 jungen Mädchen, sich unter anderem zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs gegen HPV impfen zu lassen. Der Studie zufolge hatten bei den Zwölfjährigen bundesweit weniger als ein Prozent die zum Auswertungszeitraum erforderlichen drei Immunisierungen erhalten. Von den 17-jährigen Mädchen waren 40 Prozent vollständig geimpft. ■

ANALYSE Lebensqualität bei Prostatakrebs

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) nimmt an einer multinationalen Studie zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakrebs teil. Das Projekt mit dem Titel „Prostate Cancer Outcomes – Compare and Reduce Variation“ wird mit drei Millionen australischen Dollar von der Movember Foundation gefördert und findet in Kliniken in zehn Ländern statt. Die Studie soll mithilfe identischer Indikatoren die Lebensqualität aus Sicht der Patienten sowie klinische Endpunkte erfassen und vergleichen. Dabei werden Messgrößen genutzt, die zum Teil bereits in den DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren Anwendung finden und vom International Consortium for Health Outcomes Measurement empfohlen werden. Die Deutsche Krebsgesellschaft übernimmt die Koordination der 24 teilnehmenden deutschen Zentren. ■

MEHR INFOS:
www.dkg.de

Wie man Mondpreise auf die Erde holt

Derzeit kommen etliche neue Medikamente auf den Markt – zu teils astronomischen Preisen. Welche Folgen das hat und wie gegenzusteuern ist, diskutierten Experten aus Deutschland und Österreich auf einer Tagung in Passau. **Von Thomas Hommel**

Ihre Namen klingen nach italienischer Oper. Oder nach fernen Planetensystemen. Sie werden als Tabletten oder in flüssiger Form verabreicht. Und sie sind zu meist eines: exorbitant teuer.

Das wohl bekannteste dieser neuen, patentgeschützten und ziemlich teuren Medikamente heißt „Sovaldi“. Seit Monaten sorgt das Arzneimittel des US-amerikanischen Pharmakonzerns Gilead weltweit für Schlagzeilen. Mit seinem Wirkstoff Sofosbuvir bekämpft Sovaldi die hochgefährliche Leberentzündung Hepatitis C – und das wirksamer als ältere Medikamente. Mit „Harvoni“ ist bereits ein ähnliches Präparat auf den Markt gekommen.

Die Kosten für die Behandlung eines Patienten mit diesen Medikamenten summieren sich auf durchschnittlich rund 70.000 Euro. Abhängig vom Krankheitsstadium und anderen Variablen können die Therapiekosten inklusive Kombinationspräparaten auf bis zu 150.000 Euro pro Patient hochschnellen.

Neue Arzneimittel, die in der Krebsbehandlung zum Einsatz kommen, erreichen vergleichbare Kostendimensionen. Eine Monatspackung „Nexavar“ beispielsweise – ein Medikament, mit dem Ärzte Leber-, Nieren- und Schilddrüsenkrebs behandeln – schlägt mit rund 4.740 Euro zu Buche. Die Liste ließe sich fortsetzen.

Lese- und Webtipps

- Sabine Richard: **Pillen am Ende der Preisspirale**. In: G+G 5/2015, Seiten 20–27
- www.aok-bv.de > Lexikon > Festbeträge für Arzneimittel
- www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel
- Marcia Angell: **Der Pharma Bluff**. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn/Bad Homburg 2005

„Mondpreise“ wie bei Sovaldi & Co. sorgen bei Krankenkassenchefs, aber auch bei vielen Ärzten seit geraumer Zeit für Kopfzerbrechen – nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, wie bei den 16. Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen Ende Januar in Passau deutlich wurde. Eingeladen zu der zweitägigen Veranstaltung hatten die Johannes Kepler Universität Linz, die

Hochpreisige Arzneien destabilisieren die nationalen Gesundheitssysteme.

Universität Passau, die Österreichische Gebietskrankenkasse und die AOK Bayern. Ihr Thema: Hochpreisige Medikamente als Herausforderung für die gesetzliche Krankenversicherung.

Starke Dynamik zu beobachten. Teure Arzneimittel destabilisierten die nationalen Gesundheitssysteme und schlossen in vielen Ländern Menschen von notwendigen medizinischen Behandlungen aus, sagte der Generaldirektor des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Dr. Josef Probst. Aufgabe des Hauptverbandes ist es unter anderem, mit der Pharmaindustrie Preise für neue Medikamente auszuhandeln – so der Hersteller einen entsprechenden Antrag auf Aufnahme in den sogenannten Erstattungskodex (EKO) stellt.

In Österreich, erläuterte Probst, sei ähnlich wie in Deutschland eine starke Dynamik bei hochpreisigen Arzneimitteln zu beobachten. Obwohl die Gesamtzahl der Verordnungen relativ stabil bleibe, komme es insgesamt zu „unvertret-

baren Kostensteigerungen im Medikamentenbereich“. Ursächlich dafür seien „extrem hohe Preise“ einzelner patentgeschützter Präparate zur Krebstherapie, zur Behandlung von Hepatitis C und zur Behandlung seltener Erkrankungen, sogenannter Orphan diseases.

Das Forschungskosten-Märchen. Die Pipeline der Pharmaindustrie sei dabei gut gefüllt – allein im Bereich der Onkologie seien in den vergangenen acht Jahren 76 Präparate neu auf den Markt gekommen. Viele der Medikamente gingen durchaus mit therapeutischen Verbesserungen für die Patienten – einem Zusatznutzen – einher, stellte Probst fest. Die Kosten dafür seien allerdings astronomisch hoch und brächten die Gesundheitssysteme in eine „finanzielle Schiefelage“. Dass „hohe Forschungs- und Entwicklungskosten für den hohen Preis eines neuen Arzneimittels“ ursächlich seien, dieses Argument nehme er den Vertretern der Pharmaindustrie nicht ab: „Das ist ein Märchen.“

System mit drei Boxen. Professorin Dr. Monika Drs von der Wirtschaftsuniversität Wien betonte, bei der Frage nach einem Anspruch auf ein neues Medikament komme es häufig zu einem Interessenkonflikt: Patienten wünschten sich die „bestmögliche Behandlung“ auf Kosten ihrer Krankenkasse, Ärzte wiederum strebten nach freier Berufsausübung inklusive Therapiefreiheit und die Sozialversicherungsträger müssten das Gebot der Wirtschaftlichkeit im Auge behalten, damit die Kosten nicht aus dem Ruder liefen und das System kollabiere. Gelöst werde der Interessenskonflikt in der Formel, wonach die Therapie „ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“ sein müsse.

In Österreich können Ärzte grundsätzlich alle zugelassenen Medikamente verschreiben. Die Krankenkassen würden die Kosten dann übernehmen, wenn die Präparate im EKO aufgeführt seien, führte Jutta Piessnegger, Leiterin der Abteilung „Vertragspartner Medikamente“ im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, aus.

Der EKO gliedert sich dabei in drei Bereiche oder Boxen: Der grüne Bereich umfasst jene Medikamente, die vom behandelnden Arzt frei, das heißt auf Kasenkosten verschrieben werden können. Die gelbe Box beinhaltet jene Arzneimittel, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten aufweisen und aus medizinischen und/oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich aufgenommen wurden. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur erstattet, wenn der chef- und kontrollärztliche Dienst der Kasse dies bewilligt. In der roten Box wiederum befinden sich – zeitlich befristet – all jene Medikamente, für deren Aufnahme in den Erstattungskodex

Mit Festbeträgen und Rabattverträgen sparen die Krankenkassen Milliarden Euro.

ein Antrag durch den Hersteller vorliegt. Das bedeutet: Die Kosten werden nur erstattet, wenn es eine cheffärztliche Genehmigung dafür gibt.

Ende des Preismonopols. In Deutschland werden seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 neue Medikamente erstmals einer frühen Nutzenbewertung unterzogen. Das AMNOG regelt „die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel und deren Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung völlig neu“, unterstrich Maximilian Grüne, Justitiar beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), in dem Ärzte, Kliniken, Kassen und Patientenvertreter sitzen. Stelle der GBA nämlich keinen



Halbe Sache: Die frühe Nutzenbewertung erfasst nur einen kleinen Teil des Arzneimittelmarktes.

Zusatznutzen durch das neue Präparat fest, erstatte die Kasse dafür auch nur den Betrag, der für ein vergleichbares, bereits auf dem Markt befindliches Medikament gezahlt wird. Sei hingegen ein Zusatznutzen belegt, handele der GKV-Spitzenverband mit dem betreffenden Pharmaunternehmen einen Zuschlag auf die zweckmäßige Vergleichstherapie aus. Dieser Betrag gelte dann sowohl für gesetzlich Versicherte wie auch für privat Versicherte.

Einen Haken hat das Ganze jedoch: Bis zum Abschluss des AMNOG-Verfahrens – das heißt ein Jahr lang – gilt der vom Hersteller selbst festgelegte Preis für das betreffende Arzneimittel, sofern es sich um das „erstmalige Inverkehrbringen“ eines Wirkstoffes handelt. Auf der Tagung wurde denn auch kommentiert: Die frühe Nutzenbewertung in Deutschland ist ein effektives Instrument. Es ist aber noch nicht effektiv genug.

Nachbesserungen sind nötig. Wolfgang Adolf, Apotheker bei der AOK Bayern, betonte, der Markt der patentgeschützten Arzneimittel sei noch relativ klein. Daher handele es sich bei der frühen Nutzenbewertung um ein Instrument, „das in der Zukunft seine Wirkung entfalten muss“. Notwendig seien Nachbesserungen am AMNOG. Es könne nicht sein, dass ein Hersteller ein Jahr lang nach der Markteinführung horrend hohe Preise für ein ver-

meintlich innovatives Präparat verlange. Als „hochwirksame Steuerungsinstrumente“ hätten sich die Arzneimittel-Festbeträge – seit 1989 – und die Rabattverträge – seit 2003 – erwiesen. Allein durch die Festbetragsregelung hätten die Krankenkassen in Deutschland im Jahr 2013 Einsparungen in Höhe von 6,9 Milliarden Euro erzielen können, führte Adolf unter Verweis auf entsprechende Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes aus.

Kein Markt wie andere. Dass solche, vom Gesetzgeber eingeführten Instrumente im Arzneimittelbereich notwendig seien, machte Gisbert Selke, Arzneimittel-Experte beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), deutlich. Nach neoliberaler Lesart finde ein Markt den fairen Preis seiner Waren automatisch und zwangsläufig. Die unausgesprochenen Prämissen lauteten dabei in der Regel so: Es gibt prinzipiell gleich starke Marktpartner, Transparenz über das Angebot, rational entscheidende Marktteilnehmer und einen Käufer, der sich für ein bestimmtes Produkt entscheidet, es bezahlt und anschließend nutzt. Keine dieser Annahmen gelte jedoch im Arzneimittelbereich, so WiDO-Experte Selke. Die „Preisfrage“ laute daher: „Kann dort, wo kein Markt ist, von selbst eine Marktmechanik entstehen?“ In der Antwort darauf dürften sich alle Tagungsteilnehmer einig gewesen sein: Wohl kaum! ■

YOGA KANN TÖDlich SEIN.*



WENN SIE
DESHALB NICHT ZUR
DARMKREBS-
VORSORGE
GEHEN.

Nehmen Sie sich die Zeit. Gehen Sie zum Arzt.
Denn früh erkannt, ist Darmkrebs harmlos.

Mehr Informationen unter: felix-burda-stiftung.de



FELIX BURDA
STIFTUNG

Eidgenossen mit langem Atem

Dass Aldi in Gesundheitszentren investiert, ist in Deutschland unvorstellbar. In der Schweiz macht der Handelsriese Migros genau das – ein Innovations-Beispiel von vielen auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Manche Wahrheiten können nicht oft genug ausgesprochen werden: Das deutsche Gesundheitswesen sei nach wie vor von „Silostrukturen“ geprägt, kritisierte Professor Dr. Volker Amelung beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) in Berlin. „Und wir hoffen, dass der Patient zu den Strukturen passt.“ Kein Wunder also, dass Deutschland bei internationalen Vergleichen in puncto „Koordinierte Versorgung“ nur im Mittelfeld lande. „Hier hakt es“, stellte der Vorstandsvorsitzende des BMC vor den 500 Kongressbesuchern fest. G+G gehörte zu den Medienpartnern der Veranstaltung mit zahlreichen Vorträgen und Foren rund ums Thema „Innovation“.

Durchaus lobende Worte fand Amelung für den neuen Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Der Fonds könne dazu beitragen, integrierte Versorgungskonzepte zu fördern und so verkrustete Strukturen an der einen oder anderen Stelle aufzubrechen. Nicht zuletzt die „gute Besetzung“ des frisch gekürten Expertenbeirates für den Innovationsfonds lasse hoffen.

Ministerium drückt aufs Tempo. Auch die Politik erwartet vom Innovationsfonds Impulse für eine patientengerechtere Versorgung, wie Staatssekretär Lutz Stroppe vom Bundesgesundheitsministerium deutlich machte. Von 2016 bis 2019 stünden insgesamt 1,2 Milliarden Euro bereit, um Versorgungsprojekte anzuschieben und der Versorgungsforschung unter die Arme zu greifen. Dabei stimme sich sein Haus eng mit dem Bundesforschungsministerium ab, um „Doppelförderungen“ zu vermeiden. Zugleich drängte Stroppe gegenüber dem Bundesausschuss aufs Tempo, um Fördermittel aus dem Gesundheitsfonds nicht verfallen zu lassen: „Ich habe kein Interesse daran,

in diesem Jahr auch nur einen Cent der Mittel für den Innovationsfonds an den Bundesfinanzminister zurückzugeben.“ Der GBA-Vorsitzende Josef Hecken hatte immer wieder die fehlende haushaltsrechtliche Übertragbarkeit der Mittel aus dem Innovationsfonds moniert.

„Junge Ärzte wollen attraktive Arbeitsbedingungen und arbeiten heute lieber im Team als in der Einzelpraxis“, berichtete Medbase-Chef Marcel Napierala, der zugleich den großen Wert einer „interprofessionellen Zusammenarbeit“ sowie einer engen Vernetzung mit Spezialisten



Investoren geht im Schweizer Gesundheitswesen nicht so schnell die Puste aus.

Dass ein langer finanzieller Atem nötig ist, um in stark reglementierten Gesundheitssystemen innovativen Versorgungsformen zum Durchbruch zu verhelfen, gilt nicht nur für Deutschland, sondern etwa auch für die Schweiz. Seit mehreren Jahren investiert dort die genossenschaftlich organisierte Migros – ein Einzelhandelsriese mit 27 Milliarden Franken Jahresumsatz – mehrstellige Millionenbeträge in den Aufbau eines Netzwerkes für ambulante medizinische Leistungen.

Die Palette reicht dabei von der hausärztlichen Versorgung über Reha, Physiotherapie und Sportmedizin bis hin zum Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Die Migros-Tochter „Medbase“ betreibt gemeinsam mit der erst vor kurzem erworbenen „Santémed“ mittlerweile an 35 Standorten in der Alpenrepublik Gesundheitszentren, in denen 900 Ärzte und Therapeuten rund 1,7 Millionen „Patienten-Konsultationen“ jährlich bewältigen.

und Kliniken unterstrich. Das Engagement im Gesundheitswesen passt offenkundig gut in die gemeinwohlorientierte Philosophie der Migros, der außerdem 80 Fitness- und Wellnessparks gehören.

Deutschland zu reguliert. Doch ebenso wenig wie Rewe oder Aldi hierzulande in Gesundheitszentren investieren, beabsichtigt Napierala eine Expansion nach Deutschland: „Ihr Markt ist noch regulierter als unserer.“ Selbst die (noch) gut gefüllten gesetzlichen Kassen könnten eine Rolle wie die Migros beim Aufbau neuer Versorgungsstrukturen kaum spielen, betonte Professor Dr. Martin Gersch von der Freien Universität Berlin. Angesichts des Wirtschaftlichkeitsgebots und des Wettbewerbs um günstige Zusatzbeiträge dürften sich die Kassen „Risiko-Investitionen über mehrere Jahre eben nur sehr bedingt erlauben“. Vielleicht hilft hier ja der Innovationsfonds ein bisschen weiter. ■

Berufsgesetz im Fadenkreuz

Eine ist besser als drei: Die Bundesregierung will die getrennten Pflegeausbildungen zusammenlegen. Doch die Reform erntet nicht nur Beifall. Kritik macht sich auch an den Plänen zur Finanzierung der neuen Lehre fest. **Von Thomas Hommel**

Kaum etwas wühlt die Pflegeszene hierzulande derart auf wie der Streit um das Pflegeberufsgesetz. Was ist geplant? Bislang geht Deutschland bei der Ausbildung seiner Pflegeprofis einen Sonderweg. Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind drei verschiedene Berufe mit jeweils eigenständiger Lehre. Die Bundesregierung will die Pflegeberufe nun zu einem Berufszusammenführen und die Ausbildung vereinheitlichen. Konkret bedeutet dies: Mit einem Vertiefungseinsatz kann ein Ausbildungsschwerpunkt gesetzt werden. Offen ist, wo die ausgebildeten Fachkräfte anschließend arbeiten. Ergreifen kann den Beruf, wer mittlere Reife oder Hauptschulabschluss plus zweijährige Berufsausbildung in der Tasche hat. Neben der klassischen grundständigen Ausbildung wird erstmals ein akademischer Ausbildungsgang für die Pflege gesetzlich verankert.

Versorgungsgrenzen verschwimmen. Die beim Gesetz federführenden Bundesminister Hermann Gröhe und Manuela Schwesig haben die Reform im Januar durch das Kabinett gebracht. Nach der ersten Lesung im Bundestag Anfang März sollen in einer Verordnung zum Gesetz Eckpunkte des Lehrplans (Curriculum) festgelegt werden. Erst danach sollen Bundestag und Bundesrat die Reform abschließend beraten und beschließen. Der erste Jahrgang der neuen Pflegeausbildung könnte dann in zwei Jahren starten.

Die generalistische Ausbildung bereite auf einen Einsatz in allen Arbeitsfeldern der Pflege vor, betont Gesundheitsminister Hermann Gröhe. Eine einheitliche Lehre erleichtere zugleich den Wechsel zwischen den Pflegebereichen und Sorge für mehr Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten. Attraktiver werde der Pflegeberuf auch, weil das Pflegeberufsgesetz auf eine

„angemessene Ausbildungsvergütung“ setze und das Schulgeld abschaffe, ergänzt die Ministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Manuela Schwesig. „Das ist ein wichtiges Signal zur Aufwertung eines Berufs, in dem noch immer überwiegend Frauen tätig sind.“

Der erste Jahrgang der neuen, generalistischen Pflegeausbildung soll 2018 starten.

Mehr Breite, weniger Tiefe? Kritiker des Gesetzes, die überwiegend aus der Alten- und der Kinderkrankenpflege kommen, überzeugt das nicht. Die generalisierte Ausbildung vernachlässige die komplexen Anforderungen der einzelnen Pflegerichtungen – etwa die Unterschiede zwischen Langzeit- und Akutpflege oder zwischen der Pflege eines mehrfach erkrankten Senioren und der Pflege eines Kindes. Kompetenzen einzuebnen, mache den Beruf nicht attraktiver, sondern führe womöglich zu einer Schmalspurausbildung. Obendrein sei zu befürchten,

dass sich der Fachkräftemangel in der Altenpflege mit der Reform noch verstärke: Wegen der gemeinsamen Ausbildung wechselten am Ende mehr Azubis in die Krankenpflege, weil dort die Bezahlung tendenziell besser sei, so die Sorge.

Umstrittene Fondslösung. Beim AOK-Bundesverband stößt die Ausbildungsreform grundsätzlich auf Zustimmung. „Ziel ist ein modernes, gestuftes und durchlässiges Bildungssystem. Dadurch soll die Ausbildung so ausgestaltet werden, dass sie neuen Anforderungen und künftigen Pflegebedarfen gerecht wird“, betont Nadine-Michèle Szepan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband.

Die geplanten Regelungen zur Finanzierung der Ausbildung über 16 Länderfonds betrachte die AOK jedoch kritisch, so Szepan. „Die Fondslösung lässt außer Acht, dass die in fast allen Ländern bereits bestehenden Ausbildungsfonds für andere Gesundheitsberufe wie Hebammen oder Ergotherapeuten fortgesetzt werden müssen.“ Doppelstrukturen und hohe Verwaltungskosten wären die Folge. Im Übrigen würden erneut Aufgaben und Finanzierungsanteile aus der Verantwortung der Länder in die der Sozialversicherung übertragen.

Alternativ schlägt die AOK vor, dass die Länder voll für die Schulkosten aufkommen. Die praktische Ausbildung soll die gesetzliche Krankenversicherung über die Ausbildungszuschläge für Kliniken und über den Ausgleichsfonds in der Pflegeversicherung tragen. „Damit würden die Ziele der Reform ohne großen Verwaltungsaufwand erreicht und nicht von den Empfängern von Pflegeleistungen – wie im Gesetzentwurf vorgesehen –, sondern von der Versichertengemeinschaft finanziert“, so Szepan. ■

Siehe auch Kommentar auf Seite 11.

Überall im Einsatz

Berufsverbände in Deutschland schätzen die Zahl der professionell Pflegenden auf derzeit rund 1,2 Millionen. Pflegefachkräfte sind sowohl in Krankenhäusern, in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, in Rehabilitationskliniken als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst oder beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen tätig. Der Pflegeberuf wird bislang überwiegend von Frauen ausgeübt. Nur etwa zehn Prozent der Berufsangehörigen sind männlich.

„Wir bieten ethische Hilfestellung“

In Niedersachsen berät ein bundesweit einzigartiges Netzwerk aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern niedergelassene Mediziner und Pflegekräfte in ethischen Fragen. Häufig geht es dabei um die Palliativversorgung, sagt Allgemeinärztin **Karin Meier-Ahrens**.

Welche Lücke schließt die Ethik-Beratungsstelle?

Meier-Ahrens: In den meisten Krankenhäusern haben sich Ethikkommissionen etabliert, die in schwierigen Behandlungssituationen – beispielsweise wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder sie nicht eindeutig ist – den Entscheidungsprozess mit Angehörigen und Ärzten moderieren. Das gab es im niedergelassenen Bereich bisher nicht, außer in einzelnen Palliativnetzwerken.

Mit welchen ethischen Fragen sehen sich niedergelassene Ärzte konfrontiert?

Meier-Ahrens: Die Palliativmedizin kommt heute nicht mehr ausschließlich Krebspatienten, sondern auch vielen geriatrischen Patienten zugute. Gerade Hausärzte stellt das vor komplexe Probleme. Häufig führen akute Krisen wie Schlaganfall dazu, dass sich eine Behandlungssituation verschlechtert. Was die Ärzte mit ihren Patienten besprochen haben, als diese entscheidungsfähig waren, trifft dann unter Umständen nicht mehr zu. Manche Patienten haben keine oder unklare Patientenverfügungen getroffen, sodass Ärzte darüber mit dem kranken Menschen oder seinen Angehörigen sprechen müssen.

Gibt es darüber hinaus Fragen, bei denen die Beratungsstelle helfen kann?

Meier-Ahrens: Ein ethisches Grundprinzip ist Gerechtigkeit: Wie soll medizinische Versorgung im Alltag umgesetzt werden? Dieses allgemeine Prinzip müssen Ärzte auf Einzelsituationen anwenden. Eine häufige Frage ist, ob in der Klinik begonnene Therapien ambulant weitergeführt werden sollen. Das überle-

gen Ärzte im Idealfall gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Ist die Ethikberatung individuell oder auf Gruppen ausgerichtet?

Meier-Ahrens: Primär bieten wir über die Anlaufstelle in der Ärztekammer indivi-

duell in der Medizin, das Institut für Allgemeinmedizin und die Abteilung für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. Die Beratung übernehmen wir immer zu zweit: Jemand mit viel Erfahrung berät gemeinsam mit jemandem, der relativ neu in dem Gebiet ist. Damit gewährleisten wir intern eine Qualitätskontrolle.



Die Palliativmedizin stellt gerade Hausärzte vor komplexe Probleme.

Dr. Karin Meier-Ahrens

duelle Beratung für niedergelassene Ärzte sowie für Pflegekräfte, Angehörige, Selbsthilfegruppen oder Patientenvertreter. Zudem wollen wir beispielsweise gemeinsam mit klinischen Ehtikkomitees Informationsveranstaltungen anbieten: Was sind typische Konflikte, wie geht man mit ethischen Fragestellungen um? Das Konzept sieht Weiterbildungen für Hausärzte und Pflegekräfte vor. Für hausärztliche Qualitätszirkel bieten wir ethische Hilfestellung.

Wie bereiten sich die Beraterinnen und Berater auf ihre Aufgabe vor?

Meier-Ahrens: Wir sind momentan knapp 30 Beraterinnen und Berater, darunter Ärzte, Sozialarbeiter und Psychotherapeuten. Wir haben eine Weiterbildung zur Ethikberatung im Gesundheitswesen absolviert – über die Akademie für Ethik

Wie sehen Sie die Zukunft der Beratungsstelle?

Meier-Ahrens: Uns ist eine niedrigschwellige Beratung wichtig. Ich wünsche mir, dass sich die ambulante Ethikberatung ausbreitet und wir in Deutschland soweit kommen, wie die Verbraucherberatung: Dass es normal ist, sich an uns zu wenden, wenn man einschlägige Fragen hat. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Dr. Karin Meier-Ahrens ist Allgemeinmedizinerin in Rosdorf bei Göttingen. Sie engagiert sich im 2015 gegründeten „Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen“. Das Netzwerk ist über neg@gwdg.de oder telefonisch über die Ärztekammer Niedersachsen erreichbar. Die Beratung ist ehrenamtlich. Ein Förderverein soll organisatorische Kosten abdecken.

Reformen gehen



ans Eingemachte

Ob Arzttermine oder Krankenhäuser, Pflege oder Prävention – die Große Koalition hat kräftig Hand angelegt, um die Versorgung zu verbessern und alte Strukturen aufzubrechen. Kaum verdaulich aber sind die milliarden-schweren Zusatzlasten für die Beitragszahler.

Von Kai Senf und Dirk Bürger

Vor 50 Jahren bezeichnete der damalige Bundeskanzler Hans-Georg Kiesinger die erste Große Koalition aus CDU/CSU und SPD als „Markstein in der Geschichte der Bundesrepublik, ein Ereignis, an das sich viele Hoffnungen und Sorgen unseres Volkes knüpfen“. Die Befürworter des schwarz-roten Bündnisses verknüpften damit die Erwartung, dass die übergroße Regierungsmehrheit besondere Reformkraft entwickelt und wichtige Strukturveränderungen vorantreibt, die in der damaligen akuten Finanz- und Haushaltskrise als notwendig angesehen wurden.

Heute, mit der dritten Auflage der Großen Koalition aus Union und SPD steht diese Frage erneut im Fokus – allerdings unter anderen Bedingungen: Robuste Mehrheiten im Bundestag und Bundesrat, ein kontinuierliches Wirtschaftswachstum und steigende Beschäftigungszahlen mit den entsprechend positiven Auswirkungen auf die Einnahmen der öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungssysteme bildeten beim Start des schwarz-

roten Regierungsbündnisses 2013 die überaus komfortablen Rahmenbedingungen. Insbesondere in der Gesundheitspolitik war die Ausgangslage gut. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verfügte mit 30,3 Milliarden Euro über ein beruhigendes Finanzpolster aus den Rücklagen der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds. Erstmals seit den vergangenen drei Jahrzehnten stand eine Bundesregierung zu Beginn ihrer Regierungszeit nicht vor Sparzwängen im Gesundheitswesen. Das Zeitfenster war nie zuvor so günstig für nachhaltige Strukturveränderungen und Investitionen in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Hat die Große Koalition ihre Reformkraft genutzt? Soweit vorab: Nach einigen richtigen und wichtigen Reformschritten droht die Bilanz zu kippen. Die 18. Legislaturperiode könnte in der Gesundheitspolitik zur bislang teuersten Regierungszeit der vergangenen Jahrzehnte werden.

Gesetze fast geräuschlos über die Bühne gegangen. Ausgesprochen klug verhielten sich die Vertreter von CDU/CSU und SPD, als sie den gesundheitspolitischen Fahrplan der Großen Koalition ungewöhnlich konkret und detailliert verhandelten und im

Koalitionsvertrag definierten. Mit Hermann Gröhe wurde zudem ein Vertrauter von Kanzlerin Angela Merkel Bundesgesundheitsminister, der aus seinen vorangegangenen Funktionen als Staatsminister im Kanzleramt und CDU-Generalsekretär für grundsolides Politikmanagement und das konsequente Umsetzen politischer Absprachen stand.

Elf Gesetze und 17 Rechtsverordnungen später hat sich diese Konstellation als außerordentlicher Glücksgriff für den Koalitionsfrieden erwiesen. Das ambitionierte gesundheitspolitische Arbeitspaket ist nicht nur bereits zur Halbzeit der Legislaturperiode weitgehend abgearbeitet. Auch ist es vergleichsweise geräuschlos und ohne großen koalitionsinternen Streit über die Bühne gegangen.

Von Prämienmodellen verabschiedet. Bereits früh hat die Große Koalition eine entscheidende Weichenstellung für die Zukunft der GKV getroffen: Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) haben Union und SPD – auch wenn es zunächst nur nach einem Kompromiss zwischen beiden Lagern aussieht – sich vom Grundsatzstreit über die Finanzierung der Gesundheitskosten verabschiedet. Die Abschaffung der noch von CDU/CSU und FDP eingeführten Zusatzprämie in Euro und die Rückkehr zur einkommensbezogenen Beitragsfinan-

zierung hat das Solidarprinzip in der GKV, auch wenn dies in Form eines von den Versicherten allein zu tragenden Zusatzbeitrags erfolgt, gestärkt. Die Beiträge zur Krankenversicherung werden wieder vollständig nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten prozentual erhoben. Mit diesem Schritt ist allerdings auch die mehr als zehn Jahre dauernde gesundheitspolitische Debatte um prozentuale Beiträge versus pauschale Prämien langfristig zugunsten der einkommensbezogenen prozentualen Beiträge entschieden.

Die politischen Hürden davon wieder abzurücken, liegen auch wegen der negativen Erfahrungen in der Zeit der schwarz-gelben Vorgängerregierung hoch. Die Diskussion wird künftig nur noch darum gehen, wie die Finanzierungslast zwischen Versicherten und Arbeitgebern zu verteilen ist. Dies hat die koalitionsinterne Debatte zum Jahreswechsel deutlich gemacht.

Einkommensausgleich reduziert Risikoselektion. Einen Markstein setzte die Große Koalition auch bei der Verteilung der Beitragsgelder aus dem Gesundheitsfonds und somit den Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Kassen-Wettbewerb. Damit es wegen der unterschiedlichen Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen kommt, führte Schwarz-Rot einen vollständigen Einkommensausgleich für die Krankenkassen ein, der auch für Zusatzbeiträge

Druck im Kessel

Vergleich der Ausgabenentwicklung

Angaben in Milliarden Euro	Legislaturperiode		
	2005–2009	2009–2013	2013–2017
Ausgangswert	143,81	170,78	194,49
Endwert	170,78	194,49	235,86*
Differenz	26,97	23,71	41,37*
Durchschnitt pro Jahr	6,74	5,93	10,34*

* eigene Berechnungen, AOK-Bundesverband

Ein Blick auf die Legislaturperioden zeigt: Die Reformen der aktuellen Großen Koalition treiben die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in die Höhe. Während am Ende der schwarz-gelben Bundesregierung 2009 die Kassenausgaben um knapp 27 Milliarden auf rund 144 Milliarden Euro kletterten, ist bis zum Ende der laufenden Legislatur mit einem Kostenanstieg um 41 Milliarden auf rund 236 Milliarden Euro zu rechnen – ein kaum zuvor erreichter Ausgabenschub.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Schätzerkreis, AOK-Bundesverband

Präventionsgesetz

Kassen zahlen gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Von Gesundheitsförderung und Prävention profitieren alle gesellschaftlichen Bereiche und (sozial-)staatlichen Institutionen. Doch hier nutzt der Gesetzgeber ausschließlich die finanziellen Ressourcen der Krankenkassen, um segensreich zu wirken. Das Präventionsgesetz verpflichtet die Kassen, ab 2016 pauschal und ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs mindestens sieben Euro je Versicherten zur Vorbeugung von Krankheiten auszugeben. Bisher waren es 3,17 Euro. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung profitiert als staatliche Institution vom „Geldsegen“ der Kassen. Sie erhält ab 2016 jährlich rund 31,5 Millionen Euro. Bis zum Wahltermin im Jahr 2017 steigen die Ausgaben der Krankenkassen durch das Präventionsgesetz um mindestens 540 Millionen Euro.

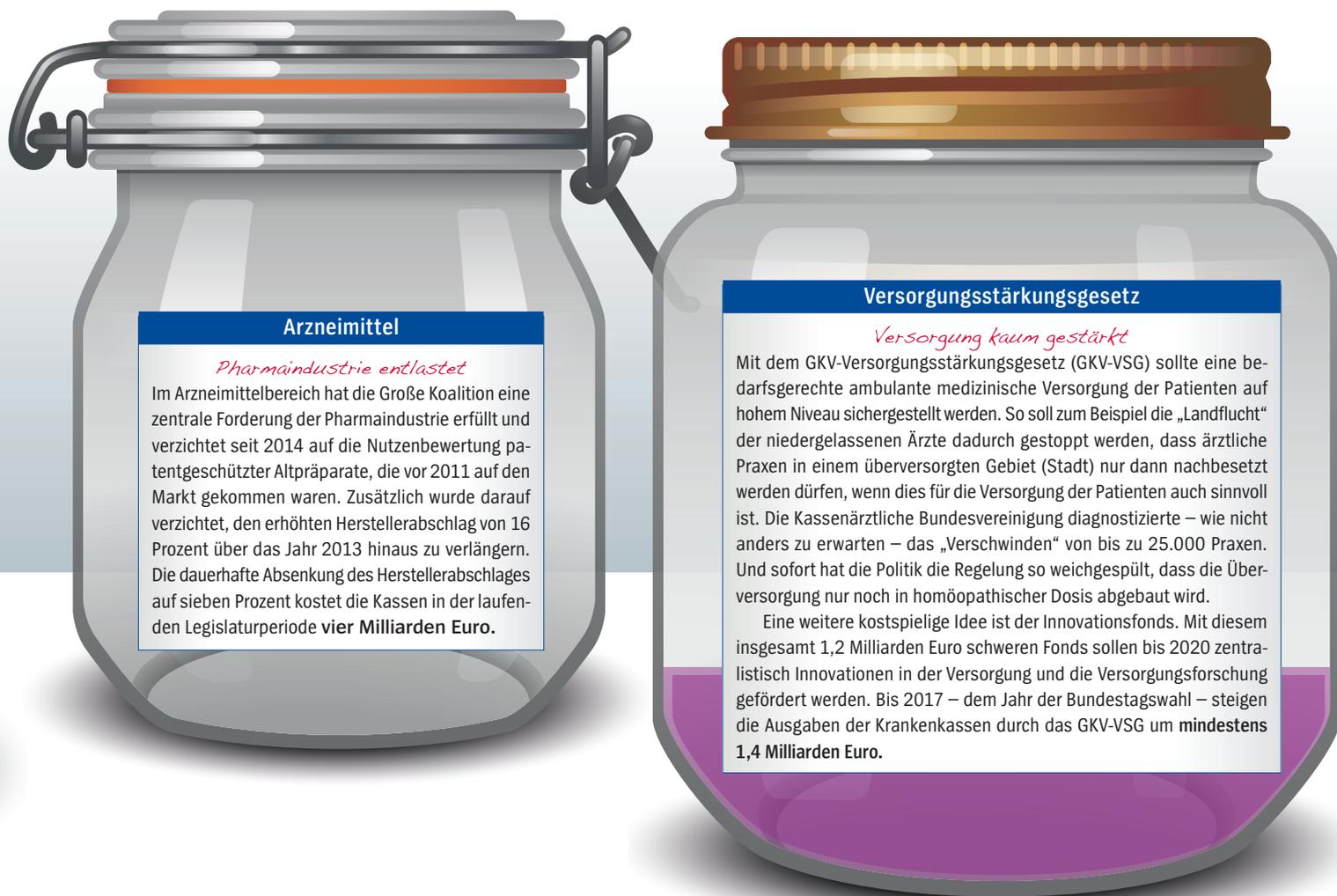
gilt. Da durch den vollständigen Ausgleich die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder für die Krankenkassen keine Rolle mehr spielen, verringern sich die Anreize zur Risikoselektion nach Einkommen.

Ebenso bedeutend war es, den Konstruktionsfehler des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bei der Berechnung der Morbiditätszuschläge für alte und schwerkranke Menschen zu beseitigen. Dies hat die Zielgenauigkeit des GKV-Finanzausgleichs entscheidend erhöht und seine Kernfunktion – die Berücksichtigung der unterschiedlichen Krankheitslasten und die Beseitigung von Risikoselektionsanreizen – gestärkt.

Aber es bleibt ein Wermutstropfen: Die Bundesregierung ist von dieser ordnungspolitisch stimmigen Linie abgewichen, indem sie entgegen der Expertise der RSA-Sachverständigen voreilig eine Änderung des Zuweisungsverfahrens beim Krankengeld und bei den im Ausland lebenden Versicherten vorgenommen hat. Hier wurden, ohne den noch notwendigen Forschungsbedarf zu berücksichtigen, neue Anreize zur Unwirtschaftlichkeit und Ungenauigkeiten im Verfahren gesetzt.

Pflegebedarf künftig genauer erfasst. Gestaltungskraft zeigte die Große Koalition in der Pflegeversicherung. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, hat sie den Reformstillstand bei der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im jüngsten Zweig der Sozialversicherung beendet. Sie setzt damit in einem elementaren Bereich der sozialen und gesundheitlichen Absicherung der Bevölkerung eine nachhaltige Reform im Interesse der Betroffenen um. Pflegebedürftige und Pflegenden profitieren von den Pflegestärkungsgesetzen I und II nicht nur wegen der verbesserten Leistungen. Der ab 2017 gültige neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hebt auch die Ungleichbehandlung von physisch und kognitiv beeinträchtigten Pflegebedürftigen auf und erfasst wesentlich genauer den individuellen Pflegebedarf. Die pflegerische Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Hilfebedürftigen wird eine gleichwertige Säule der Pflegeversicherung neben der körperbezogenen Pflege und der Unterstützung im Haushalt.

Qualitätsbasierte Klinikvergütung startet. Darüber hinaus hat die Große Koalition einiges auf den Weg gebracht, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. So gibt es zum Beispiel



durch das Krankenhausstrukturgesetz zusätzliche finanzielle Mittel für die Kliniken nur für gezielte Gegenleistungen. Zudem soll die Qualität der stationären Versorgung strenger kontrolliert und zum Kriterium der Krankenhausplanung werden – eine echte gesundheitspolitische Kehrtwende, die dazu beiträgt, Überversorgung im stationären Bereich abzubauen.

Gesetzeswerke kommen teuer. Auch wenn die schwarz-rote Reformpolitik einige wegweisende Ansätze enthält, gibt es eine Kehrseite: die Ausgaben steigen stark an. Die Große Koalition ist den Verlockungen des scheinbaren finanziellen Überflusses in der GKV erlegen und auf einen expansiven Ausgabenkurs eingeschwenkt – ohne dass dabei ein wirklich spürbarer Mehrwert für Patienten, Versicherte und Beitragszahler entstanden ist. Statt die komfortable Ausgangslage für weitere Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und einen deutlichen Qualitätssprung in der medizinischen Versorgung zu nutzen – was auch einmal Geld kosten darf –, werden die Rücklagen der GKV mit vollen Händen ausgegeben.

Bis zum Ende dieser Legislaturperiode im September 2017 bewirken allein die beschlossenen Gesetze einen zusätzlichen Ausgabenanstieg von mehr als vier Milliarden Euro. Weitere Mehrausgaben entstehen durch alljährliche Preissteigerungen bei Ärzten, Krankenhäusern, Arzneimitteln, Pflege und anderen Leistungsbereichen. Im Wahljahr 2017 müssen die Krankenkassen voraussichtlich zwischen 17 und 20 Milliarden Euro über Zusatzbeiträge finanzieren. Mit einem Ausgabenanstieg von mehr als 40 Milliarden Euro könnte die dritte Große Koalition für das Gesundheitswesen so teuer wie noch nie werden (*siehe Übersicht „Druck im Kessel“ auf Seite 20*). Hier muss Schwarz-Rot gegensteuern. Denn die Zeit der prall gefüllten Kassen ist vorbei. Und „man kann nicht auf Dauer über seine Verhältnisse leben“, wie Kanzlerin Angela Merkel bereits am 16. Mai 2010 in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung zitiert wird.

Auf Qualitätskurs bleiben. Um die Trendwende einzuleiten, muss die schwarz-rote Koalition in der ihr noch verbleibenden Zeit bis zur Bundestagswahl konsequent darauf hinwirken, dass die



Haushaltsbegleitgesetz

Haushaltssolidierung zulasten der Beitragszahler

Die „schwarze Null“ ist das zentrale haushaltspolitische Ziel der Bundesregierung. Vor diesem Hintergrund kürzte Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble gleich zu Beginn der Legislaturperiode den Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds: für 2014 um 3,5 Milliarden auf 10,5 Milliarden Euro und für 2015 um 2,5 Milliarden auf 11,5 Milliarden Euro. Auch wenn der Bundeszuschuss ab 2016 wieder 14 Milliarden Euro beträgt und ab 2017 zusätzliche 500 Millionen Euro hinzukommen sollen, sind den Krankenkassen erst einmal **sechs Milliarden Euro entzogen**.

Krankenhausstrukturreform

Licht und ganz lange Schatten

Eine besondere „Großzügigkeit“ der schwarz-roten Gesundheitspolitiker lässt das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) erkennen. So kommt es unter anderem zu einer Neuauflage des Pflegestellen-Förderprogramms (2016 bis 2018 mit 660 Millionen Euro, dann dauerhaft 330 Millionen Euro pro Jahr). Hinzu kommt ab 2017 noch der „Pflegezuschlag“ (500 Millionen Euro/Jahr) und ab sofort die dritte Stufe der Tarifkostenrefinanzierung (je nach Tarifabschluss bis zu 800 Millionen Euro).

Auch die Bundesländer werden „entlastet“. Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen – eigentlich primäre Aufgabe der Länder – fließen 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds in einen separaten Strukturfonds. Das soll die Investitionsbereitschaft der Länder stimulieren. Aber der Investitionsstau bei den Krankenhäusern lässt sich dadurch nicht beheben. Bis zum Wahltermin 2017 steigen die Ausgaben der Krankenkassen durch das KHSG um **mindestens 1,9 Milliarden Euro**.

mit der Krankenhausreform beschlossenen Strukturveränderungen und Qualitätsvorgaben eins zu eins und fristgerecht von der Selbstverwaltung und den Bundesländern umgesetzt werden. Kurs halten ist angesagt.

Pharmabranche macht gute Geschäfte. Um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit muss es auch bei der Arzneimittelversorgung gehen. Denn gerade in diesem Bereich steigen die GKV-Ausgaben dramatisch an – nicht zuletzt wegen der Preispolitik von Pharmaunternehmen für neu auf den Markt gebrachte Medikamente. Dass sich die Gewinne der Pharmaindustrie gut entwickeln, belegt die jüngste „Analyse wichtiger Finanzkennzahlen der größten Pharmaunternehmen der Welt“ der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young von 2015. Danach hat sich die durchschnittliche EBIT-Marge (EBIT earnings before interest and taxes, Gewinn vor Zinsen und Steuern) verbessert. Sie liegt im Jahr 2014 bei 25,4 Prozent und damit fast wieder auf

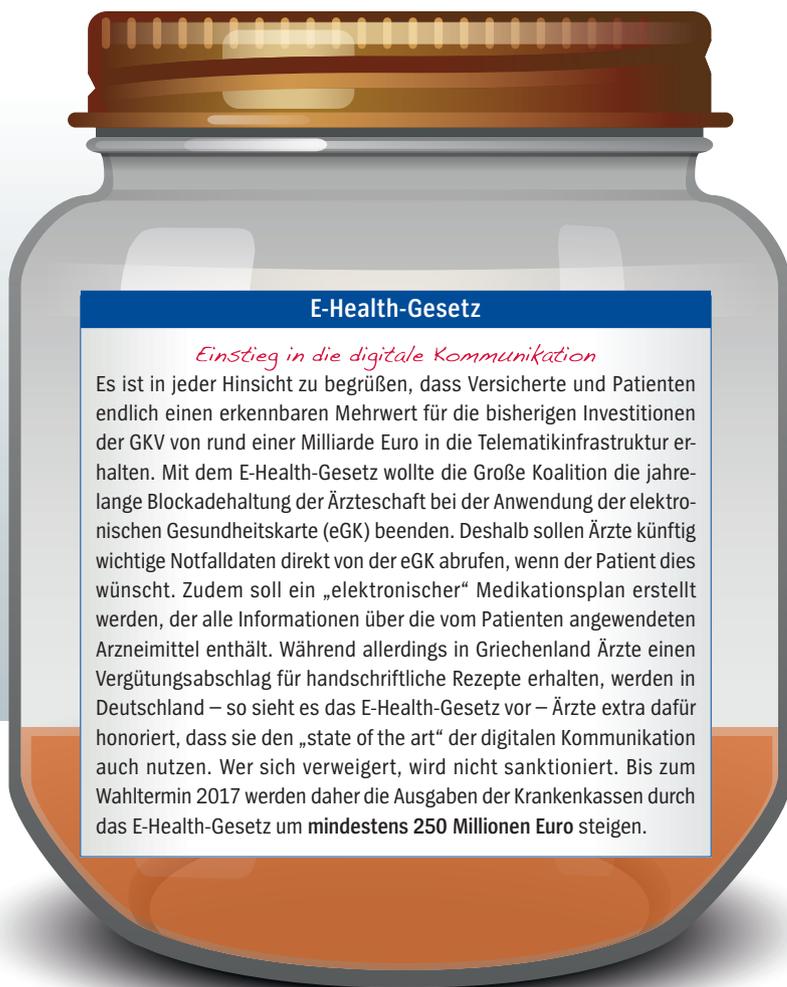
dem Niveau des Jahres 2011 (26 Prozent). Im Vergleich dazu liegt die durchschnittliche EBIT-Marge der deutschen Automobilhersteller im Jahr 2014 bei „nur“ 7,9 Prozent, wie aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen.

Preisspirale bei Arzneiausgaben stoppen. Angesichts dieser Werte müssen die Gesundheitspolitiker der Großen Koalition gut überlegen, wie der „Pharma-Dialog“ zwischen Bundesregierung und Vertretern der Industrie auch für die GKV zu einem guten Abschluss kommt. Das Ziel der Politik, den Pharma-Standard Deutschland in den Bereichen Forschung, Entwicklung und Produktion zu stärken, ist zwar nachvollziehbar. Die geplante Arzneimittelreform, die auf Grundlage der Ergebnisse des Pharma-Dialogs noch in diesem Jahr kommen soll, muss aber dazu führen, dass die Versorgung der Patienten mit guten Arzneimitteln auch bezahlbar bleibt. Der Pharma-Dialog darf nicht zu neuen Belastungen der Krankenkassen führen. Im Gegenteil: Weitere Maßnahmen sind notwendig, um die Arzneimittelausgaben zu stabilisieren.

Die von der Pharmaindustrie immer wieder diskreditierte frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente hat mehr Transparenz über echte Innovationen geschaffen. Sie hat aber weder den Anstieg der Arzneimittelausgaben gebremst noch die Industrie belastet. Seit der Einführung der Nutzenbewertung im Jahr 2011 stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikamente von 29,12 Milliarden auf 33,36 Milliarden Euro im Jahr 2014 an – ein Plus von fast 15 Prozent. Dieser Aufwärtstrend war auch im Jahr 2015 ungebrochen. Um dem Ausgabenanstieg und der exorbitanten Preispolitik einzelner Hersteller entgegenzuwirken, müssen die Regeln für den Marktzugang neuer Präparate, die Preisgestaltung und die Nutzenbewertung nachjustiert werden.

Geldgeschenke kann's nicht mehr geben. Die Krankenkassen sind der ökonomische Ast, auf dem alle Leistungsanbieter in Deutschland sitzen. Durch die umfassende Absicherung von Krankheitsrisiken und die Übernahme der Kosten sichern die Kassen die Umsätze von Apothekern, Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pharma-Firmen und allen weiteren Beteiligten. Aus diesem Grund sollten alle gemeinsam ein großes Interesse daran haben, ein stabiles und nachhaltig finanzierbares Krankenversicherungssystem zu erhalten. Wer Spitzenmedizin finanzieren will, muss alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen. Die Zeit, großzügig Gelder der Krankenkassen zu verteilen, ist vorbei. ■

Kai Senf ist Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Dirk Bürger** ist Referent für Gesundheitspolitik im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Kai.Senf@bv.aok.de



Frische Zutaten für



den Hilfe-Mix

Einkaufen, Putzen, Spaziergehen: Seit rund einem Jahr finanzieren die Pflegekassen für Menschen mit Demenz oder körperlichen Einschränkungen zusätzliche Leistungen zur Betreuung und Entlastung. Damit entspricht der Gesetzgeber dem individuellen Hilfebedarf und beugt einem Mangel an Pflegeprofis vor, sagt **Alexander Künzel**, Chef der Bremer Heimstiftung.

Deutschland altert. Damit steigt in der Bevölkerung der Unterstützungsbedarf. Doch nicht jeder vom Alter gezeichnete Mensch braucht in erster Linie professionelle Pflege. Vielen älteren, gebrechlichen oder vergesslichen Frauen und Männern wäre zunächst damit gedient, wenn bei ihnen zu Hause jemand nach dem Rechten schaut – der dafür sorgt, dass genug Lebensmittel im Kühlschrank sind, einen Mittagstisch organisiert, das Bett neu bezieht, mit zum Arzt geht oder einen Spaziergang begleitet.

Solche haushaltnahen Dienstleistungen können – gegebenenfalls kombiniert mit pflegerischer Unterstützung – den Einzug ins Heim verhindern oder verzögern. Die Politik hat mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz im Januar 2015 die Weichen dafür gestellt, diesen Bereich auszubauen (siehe Kasten „Gesetz fördert haushaltsnahe Dienste“ auf Seite 26). Das Gesetz sieht vor, dass die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen und in begrenzter Höhe die Kosten für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote übernimmt.

Die Politik liegt goldrichtig. Mit der gesetzlichen Verankerung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote liegt die Politik goldrichtig. Denn der demografische Wandel bringt nicht nur mit sich, dass der Anteil der älteren Menschen in der Bevölkerung zunimmt. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Pflegefachkräfte. Die Vielfalt individueller Lebensentwürfe auch im Alter lässt sich bei wachsendem Pflege- und Unterstützungsbedarf nicht durch eindimensional an Pflegeprofis ausgerichtete Konzepte angemessen und zukunftsfest beantworten. Auch wenn es der Dominanz der pflegegeprägten Interessen entgegenzulaufen scheint: Wir müssen einen klaren Blick dafür

entwickeln, dass selbstständige Lebens- und Haushaltsführung unter der Erschwernis von Pflege- und Betreuungsbedarfen weit mehr braucht als eine auf die klassische ambulante Pflege ausgerichtete Unterstützung.

Im Jahr 1995 läutet die Verankerung ambulanter Pflegeansprüche im Sozialgesetzbuch (SGB) XI eine Zeitenwende ein, die zu einem schnellen Ausbau ambulanter Pflegedienste führte. Mit den Möglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote stehen wir wiederum vor einer Zäsur, die im günstigen Falle eine deutlich individuellere und zugleich leistungsfähigere Dienste-Struktur hervorbringen wird.

Abschied vom pflegedominierten Modell. Die Frage, ob wir angesichts schrumpfender Fachkraft-Ressourcen Pflege und Teilhabe älterer Menschen sicherstellen können, hängt vorrangig daran, ob es uns gelingt, im jeweiligen Wohn-Quartier in breiter Verantwortung vielfältig ausdifferenzierte Unterstützungs-Netzwerke zu spannen. Und so klein dabei auf den ersten Blick das Pflänzlein niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen erscheint, so elementar ist doch dieses Angebot für eine an der Normalität orientierte Lebenswirklichkeit hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Webtipp

www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege > aktuelle Gesetzgebung > Erstes Pflegestärkungsgesetz > PDF „Mehr Entlastung und Flexibilität für Pflegebedürftige und Angehörige“: Gemeinsame Stellungnahme zum Gesetzentwurf, von AOK-Bundesverband, Städte- und Gemeindebund, Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfe, August 2014

In den vergangenen zwanzig Jahren des Auf- und Ausbaus der Pflegeversicherung waren viele Leistungen und das öffentliche Bild dominiert vom Wachstum des stationären Sektors. Die politische Diskussion war oftmals überfrachtet mit der investorengeleiteten Motivation, den Ausbau der Heimversorgung als Zukunftsideal zu favorisieren. Die Wirklichkeit ist heute eine andere. Nicht zuletzt durch die konzeptionelle Grundlagenarbeit des Netzwerkes Soziales neu gestalten (SONG) besteht nunmehr ein weitreichender Konsens, dass das Wohn-Quartier als angestammter Sozialraum der Ort für die Sicherung von Pflege und Teilhabe ist (siehe Kasten „Netzwerk erprobt Assistenzsysteme“ auf Seite 27). Dies bedeutet gleichzeitig den Abschied von einem rein professionell dominierten Pflegemodell.

Nicht zuletzt deswegen haben private Heimträger die Einführung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen kritisiert und bekämpft. Denn die Ausdifferenzierung in eine Vielzahl von Pflege- und Betreuungsleistungen, systematisch kombiniert mit familiärem und zivilgesellschaftlichem Engagement, bedroht ausschließlich professionell dominierte Geschäftsmodelle. Doch die Zukunft von Pflege und Teilhabe liegt im Quartier und nicht in der Spezial-Einrichtung am Stadtrand. Und um dieser Zukunft einen Weg zu ebnen, bedarf es einer bunten Palette von Netzwerken und Dienstleistungen.

Ambulante Sachleistungen umwidmen. Was genau hat der Gesetzgeber geregelt, um diesen Weg gangbar zu machen? Zum 1. Januar 2015 trat das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) in Kraft. Es baut auf dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom Oktober 2012 auf und ist der erste große Schritt einer umfassenden Pflegereform. Für den Aufbau niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote ist Paragraph 45a ff SGB XI grundlegend: Er regelt die „Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“. Paragraph 45a definiert den anspruchsberechtigten Personenkreis so weitgefasst, dass er auch Versicherte einbezieht, „die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht“. Dies schließt insbesondere Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen ein.

Paragraph 45b regelt „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ und birgt in Absatz 3 Sprengstoff für das bisherige Versorgungssystem. Er führt eine neue Kombinationsleistung zur weiteren Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung und Stärkung der Wahlrechte der Anspruchsberechtigten ein. Demnach können Pflegebedürftige nun bis zu 40 Prozent der ambulanten Pflegesachleistungen alternativ für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen und abrechnen.

Breites Bündnis für Versorgungsmix. Die 40-Prozent-Grenze ist ein Kompromiss – im Gesetzentwurf waren ursprünglich bis zu 50 Prozent des Gesamtleistungsanspruchs vorgesehen. Hinter diesem Kompromiss steht der Konflikt um die Frage, inwieweit solche explizit nicht pflegerischen Leistungen im SGB XI be-

Gesetz fördert haushaltsnahe Dienste

Seit dem 1. Januar 2015 haben alle Pflegebedürftigen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Demenzkranke bekommen seit Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) dafür bis zu 104 oder 208 Euro pro Monat (vorher 100 oder 200 Euro). Auch bei rein körperlicher Beeinträchtigung erstattet die Pflegekasse Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu einem Betrag von 104 Euro pro Monat. **Damit können Leistungen von Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege sowie Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote finanziert werden.** Möglich ist außerdem die Finanzierung anerkannter Haushalts- und Serviceangebote oder von Alltagsbegleitern, die bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Bewältigung sonstiger Alltagsanforderungen im Haushalt helfen. Bei ihnen kann es sich auch um Pflegebegleiter der Angehörigen handeln, die bei der Organisation und Bewältigung des Pflegealltags helfen. **Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote können ebenso anstelle eines Teils der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden** („Umwidmungsmöglichkeit“ in Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Pflegesachleistungsbetrags).

Quelle: www.bmg.bund.de > Pflege

rücksichtigt werden sollen und in wieweit der Gesetzgeber Pflegebedürftigen ein individuelles Wahlrecht einräumen will. Im Vorfeld der abschließenden Beratung zum PSG I hat sich ein breites Reform-Bündnis aus AOK-Bundesverband, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Deutschem Städte- und Gemeindebund, Sozialverband Deutschland und weiteren Partnern in die Diskussion eingeschaltet. Das Bündnis positionierte sich im August 2014 nachdrücklich für einen Perspektivwechsel, den der Titel der Stellungnahme zum Ausdruck bringt: „Mehr Entlastung und Flexibilität für Pflegebedürftige und Angehörige“ (siehe *Webtipp*). Die Möglichkeit, 40 Prozent des ambulanten Pflegesachleistungsanspruchs umwidmen zu dürfen und für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu verwenden, fördert die erforderliche Vielfalt im Versorgungsmix bei Pflegebedürftigkeit. In der Stellungnahme heißt es: „Die Erfahrung zeigt: Mut zu neuen Wegen stärkt die Versorgung“. Durch Weiterentwicklung im Gesetzgebungsverfahren sei es gelungen, „die individuellen Versorgungsbedarfe der Pflegebedürftigen passgenau zu realisieren und unter den vorgegebenen finanziellen Ressourcen ein maximales Leistungsangebot auszuschöpfen“.

Mängel im Haushalt führen ins Heim. Dennoch hat es der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Praxis noch schwer. Im Oktober 2015 prognostizierte das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung einen Bedarf an zusätzlichen 300.000 Pflegeheimplätzen. Doch wie ließe sich der von manchen Experten vorhergesagte und oftmals auch erwünschte Sog in die Pflegeheime abbremsen, wenn nicht gar umkehren? Dazu müssen wir die strukturelle Überforderung in den Blick nehmen, die entsteht, wenn pflegebedürftige Menschen in den eigenen vier Wänden bleiben. Sie entsteht gerade nicht aus einem Mangel in der pflegerischen Versorgung. Denn ambulante Dienste,

gegebenenfalls unterfüttert durch mobile geriatrische Rehabilitation und Tagespflege-Angebote, leisten die Pflege nicht schlechter als in einem Heim. Vielmehr ziehen pflegebedürftige Menschen im Regelfall ins Heim, weil die häusliche Versorgung kaum noch klappt oder ganz zusammenbricht. Nur bei einem ausreichenden Angebot an Betreuungs- und Entlastungsleistungen, lässt sich die politische Forderung „ambulant vor stationär“ für die Betroffenen spürbar wirksam umsetzen. Schon heute leidet der Heimsektor unter einem drückenden Mangel an Fachkräften. Das ist nur die Overtüre zu einer dramatischen Verknappung von Pflegemitarbeitern im demografischen Wandel des Arbeitsmarktes. Deswegen führt an der umfassenden Stärkung der jeweils individuellen Häuslichkeit durch geeignete Betreuungs- und Entlastungsangebote kein Weg vorbei.

Gleichgewicht zwischen Pflege und Hauswirtschaft. Viel zu lange wurden hauswirtschaftliche Angebote gering geschätzt und in den Schwarzmarkt verdrängt. Hier bedarf es eines doppelten Paradigmenwechsels: Zum einen führt ein ganzheitlicher Teilhabebegriff zum Gleichgewicht von Pflege und hauswirtschaftlichen Angeboten. Zweitens kann eine qualifizierte Hauswirtschaft die Selbstständigkeit von Menschen mit Unterstützungsbedarf sichern und stärken. Zum Aufgabenprofil von hauswirtschaftlichen Fachkräften könnte beispielsweise gehören:

- Lebensqualität steigern: saubere Kleidung/Wohnung, Begleitung zum Einkauf
- Unterstützung in den täglichen Aufgaben des Lebens: gemeinsam strukturierter Tagesablauf, Ausgestaltung der Wohnung (Stolperfallen beseitigen, Lichtschalter beschriften und anderes mehr)
- Unterstützung bei Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, regelmäßige Mahlzeiten

Netzwerk SONG erprobt Assistenzsysteme

Im Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) haben sich Bremer Heimstiftung und andere reformorientierte Träger zusammen mit der Bank für Sozialwirtschaft AG und der Bertelsmann Stiftung mit der Frage auseinandergesetzt, wie unser Gemeinwesen die gesellschaftliche Alterung besser bewältigen kann. **Hierzu haben die Netzwerkpartner Modelle entwickelt und erprobt.**

Die Leuchtturmmodelle der SONG-Partner (Haus im Viertel der Bremer Heimstiftung, Projekt Heinrichstraße des Evangelischen Johanneswerks, Mehrgenerationenwohnhaus Wipperfürth der Caritas, Lebensräume für Jung und Alt der Stiftung Libenau) basieren darauf, die Herausforderungen, die aus Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erwachsen, innerhalb von Quartieren und alltagsnahen Wohnmodellen zu bewältigen. Zielvorgaben sind: Stärkung von Eigenverantwortung und Eigeninitiative, Förderung von sozialen Netzen und neuen Formen des Hilfemixes, Entwicklung neuer lokaler Kooperationsformen und Interessensgemeinschaften durch Gemeinwesenarbeit, Gestaltung neuer Pflegearrangements im Quartier sowie Mobilisierung erhöhter nachbarschaftlicher Hilfe. **Mehr Infos: www.netzwerk-song.de**

Quelle: sozialraum.de, Ausgabe 1/2013

- Ausbau regelmäßiger sozialer Kontakte
- Kooperation mit pflegerischen Diensten

Voraussetzung dafür ist der Ausbau spezialisierter Dienste für die hauswirtschaftliche Betreuung, die neben ambulanten Pflegediensten über professionelle Agenturen gemanagt werden können. Um dies qualitätsgesichert zu leisten, bedarf es entsprechender Anforderungen für die Zulassung „in guter Organisation“. Das umfasst sowohl tariflich geregelte Arbeitsverhältnisse, als auch gesicherte Fortbildung und anderes. Zu wünschen wäre außerdem, dass die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung individuelle Aussagen zur Gewichtung von Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft treffen.

Wenn es, wie hier dargestellt, bedeutsam ist, dass es neben anerkannten Pflegediensten qualifizierte und anerkannte Hauswirtschafts-Anbieter geben soll, so muss allerdings vordringlich die Frage der Mehrwertsteuerpflicht solcher Leistungen thematisiert und im Interesse der Betroffenen geklärt werden. Ein Betrag von 104 Euro im Monat reicht für etwa vier Stunden haushaltsnahe Dienstleistungen, abzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer sogar für noch weniger. Die Betreuungs- und Entlastungsleistungen sollten daher einer reduzierten Mehrwertsteuerpflicht unterliegen oder ganz davon befreit werden.

Erfahrungen für weitere Reformen nutzen. Um Betreuungs- und Entlastungsleistungen gleichberechtigt neben bislang pflegerisch dominierten Angeboten der ambulanten Dienste zu etablieren, müssen sie nach ihrer gesetzlichen Verankerung nun durch ein geordnetes Case- und Caremanagement in gute Praxis umgesetzt werden. Eine Case- und Caremanagerin – bisher keine geschützte Berufsbezeichnung – hat den Überblick über ein Netzwerk aus professionellen Helfern, Angehörigen und Ehrenamtlichen. Mit Hilfe des Case- und Caremanagements kann aus dem Gegeneinander pflegerischer und betreuender/hauswirtschaftlicher Anbieter ein im Interesse der Menschen geplant und gesteuertes Miteinander werden. Statt des notwendigen ganzheitlichen Blicks auf die Lebenssituation von alten Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf existieren in der Realität viele Sollbruchstellen – zwischen medizinischer, pflegerischer und im weitesten Sinn betreuender Leistung. Hier ist zu hoffen, dass innovative Ansätze, wie etwa der Pflegeberatung einzelner Kassenarten, mit parallelen Strukturen, wie etwa kommunalen Seniorendiensten im jeweiligen Quartier zu einem passenden Gesamtsystem verbunden werden können.

Insoweit hat das Erste Pflegestärkungsgesetz Tür und Tor für die notwendige strukturelle Weiterentwicklung geöffnet. Nun wird es darauf ankommen, Praxiserfahrungen zu sammeln und im Dialog mit Anbietern von Pflege und hauswirtschaftlichen Diensten, mit Kassen und Politik, Lernerfahrungen in weitere Reformschritte umzusetzen. ■

Alexander Künzel ist Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung und Sprecher des Netzwerks Soziales neu gestalten (SONG).

Kontakt: Alexander.Kuenzel@bremer-heimstiftung.de

Ein Praxisbeispiel für Betreuungs- und Entlastungsangebote im Quartier finden Sie auf den folgenden Seiten.

Sorge um Haushalt

Das bisschen Haushalt macht sich von allein – dass das nicht stimmt, davon können zwei Mittachtziger aus Bremen ein Lied singen.

Hauswirtschafterinnen helfen ihnen, Wohnung und Alltag zu ordnen.

Eine Reportage von **Änne Töpfer** (Text) und **Tristan Vankann** (Fotos)

Zwischen Willi Vogel und Hermann Müller liegen Welten: Während der eine früher als Bergmann sein Geld verdiente und heute als Rentner auf Unterstützung vom Sozialamt angewiesen ist, arbeitete der andere als Richter und bezieht eine auskömmliche Pension. Der eine bewohnt anderthalb Zimmer in einem Hochhaus in der sozialen Peripherie, der andere ein eigenes Haus in einem gutbürgerlichen Stadtteil. Und während der eine, obwohl er kaum Luft bekommt, mit der Straßenbahn zum Bremer Freimarkt fährt, geht der andere allein nur noch zum Essen aus dem Haus und findet manchmal den Weg zurück nicht mehr.

Bei allem, was sie trennt, haben die beiden Männer auch einiges gemeinsam: Sie sind Mitte achtzig, haben ihre Frau verloren und keine Kinder oder keinen Kontakt mehr zu ihnen, wollen nicht ins Heim und brauchen Hilfe beim Einkaufen, Aufräumen oder Saubermachen – und Ansprache. Zu Herrn Vogel und Herrn Müller kommen deshalb Mitarbeiterinnen der Bremer Dienstleistungs-Service GmbH, ein Tochterunternehmen der Bremer Heimstiftung. Während Herr Müller die rund 25 Euro pro Stunde privat bezahlt, übernehmen für Herrn Vogel das Sozialamt und die Pflegekasse die Kosten für die Unterstützung durch den Dienstleistungs-Service.

Seit im Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten ist, haben pflegebedürftige Menschen Anspruch auf zusätzliche niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Wert von 104 beziehungsweise 208 Euro, also etwa

vier bis acht Stunden Hilfe im Monat (*siehe Beitrag „Frische Zutaten für den Hilfe-Mix“ auf Seite 24–27*).

Reinigungsnotstand gemeldet. Marion Kellerhaus, Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin, steuert und koordiniert den ambulanten Bereich beim Bremer Dienstleistungs-Service. Die 49-Jährige erinnert sich lebhaft an ihren ersten Besuch bei Herrn Vogel vor einem knappen halben Jahr, im zwölften Stock des Hauses, in dem die Bremer Heimstiftung einen großen Teil der Fläche an Senioren vermietet. „Die Wohnung war von Tierchen besiedelt, Lebensmittel-Motten an der Zimmerdecke, weiße Maden auf dem Sofa. Wir haben eine Grundreinigung in Auftrag gegeben und Herrn Vogel davon überzeugt, den alten Teppich rauszuschmeißen“, erzählt Marion Kellerhaus. Der ambulante Pflegedienst, der Herrn Vogel dreimal pro Woche beim Baden hilft, hatte den Dienstleistungs-Service über den Reinigungsnotstand in der Wohnung informiert.

Willi Vogel ist froh, dass der Dienstleistungs-Service an vier Stunden pro Woche hilft, den Haushalt auf Vordermann zu bringen. Der zierliche 84-Jährige ist chronisch krank und hat Pflegestufe 1. „Ich kann mich nicht mehr bücken“, sagt er. Neben seinem Pflegebett steht ein Sauerstoffgerät. „Ich habe Steinkohle abgebaut, in der Grube Alexander, bei 38 Grad“, erzählt Vogel mit blitzenden Augen und einem freundlichen Lächeln. „Ich war gerne Bergmann.“ Der Staub hat seine Lunge geschädigt. Willi Vogel ist zu 100 Prozent schwerbehindert. „Ich kriege kaum Luft, komme gerade noch bis zur Straßenbahn.“

und Seele

„Ich kriege kaum Luft, komme gerade noch bis zur Straßenbahn“, erzählt Willi Vogel. Marion Kellerhaus hat hauswirtschaftliche Unterstützung für ihn organisiert.





„Was Herr Vogel braucht, kann er spontan entscheiden“, sagt Melinda Bendul, Mitarbeiterin des Bremer Dienstleistungs-Service.

Im Flur steht ein Elektrorollstuhl, im Wohnzimmer ein Rollator. In seiner Wohnung aber bewegt sich Herr Vogel ziemlich flink: „Bleiben Sie sitzen, noch kann ich gehen.“ Und solange er gehen kann, will er auch in seiner Wohnung bleiben.

Eine Stunde finanziert die Pflegekasse. Melinda Bendul wischt heute Staub und spült Geschirr. Herr Vogel trocknet ab. Zusammen verstauen sie Tassen, Teller und Töpfe in den Schränken der Küchenecke. An anderen Tagen reinigt die 27-Jährige, die eine Ausbildung im Hotelfach hat, das Bad, stellt die Waschmaschine an, bezieht das Bett oder legt eine frische Tischdecke auf. Insgesamt vier Stunden pro Woche helfen im Wechsel drei Service-Mitarbeiterinnen im Haushalt von Willi Vogel. Eine Stunde finanziert die Pflegekasse, den Rest das Sozialamt. „Was Herr Vogel braucht, kann er spontan entscheiden, wenn wir kommen“, sagt Melinda Bendul. „So ist er nicht an feste Abläufe gebunden und hat die Freiheit, den Tag abhängig von Stimmung und Kraft selbst zu gestalten.“ Melinda Bendul studiert Ökotrophologie und absolviert ihr Praxissemester beim Bremer Dienstleistungs-Service. Für ihre Bachelorarbeit befragt sie Kunden und hat herausgefunden, dass „sie sich durch die ambulante Hauswirtschaft entlastet fühlen“. Ein weiteres Ergebnis ihrer Befragung: Viele ambulant betreute pflegebedürftige Menschen haben kaum noch soziale Kontakte. „Die Pflegedienstleitungen schätzen, dass 65 Prozent der Pflegebedürftigen aufgrund von sozialer Isolation einsam sind“, so Bendul.

Staubsaugen ist zweitrangig. Die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen könnten dazu beitragen, diese Isolation ein Stück weit zu durchbrechen. Monika Böttjer, Geschäftsführerin des Bremer Dienstleistungs-Service, sieht darin einen wesentlichen Unterschied zum gängigen Reinigungsdienst.

„Bei uns geht es nicht darum, einmal durchzusaugen und wieder zu verschwinden. Wir haben immer den Betreuungsaspekt mit im Blick“, erläutert die Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin. „Staubsaugen ist manchmal zweitrangig, weil der Kunde erstmal etwas für die Seele braucht. Oder er hat schon drei Tage fast nichts mehr gegessen und wir gehen gemeinsam einkaufen, um dann ein Essen zuzubereiten.“ Ihre Mitarbeiterinnen brauchten sehr viel Empathie, so Böttjer. „Sie müssen in der Lage sein, die Situation richtig einzuschätzen: Ob eine Gefährdung vorliegt, die sofort beseitigt werden muss, wie es um Hygiene und Sauberkeit steht, ob sie es verantworten können, sich erstmal um den Menschen zu kümmern.“

Vertrauen als Grundprinzip. Der Bremer Dienstleistungs-Service qualifiziert Mitarbeiterinnen, die keine hauswirtschaftliche Ausbildung mitbringen, nach und nach in einer internen zwölfwöchigen Schulung zur Alltagsbegleiterin. Darin gehe es um die Verknüpfung von hauswirtschaftlichen Versorgungs- und Betreuungsleistungen, erläutert Böttjer. Eine weitere Schulung für Mitarbeiterinnen aus anderen Arbeitsbereichen wie beispielsweise einer Großküche, umfasst vier Module: Neue Rolle, Atmosphäre schaffen, Einbindungsstrategien und Kommunikation. „Unsere Mitarbeiterinnen haben also eine deutlich andere Qualifikation als normale Reinigungskräfte“, betont Böttjer. Von den rund 450 Beschäftigten des Dienstleistungs-Service arbeiten zurzeit etwa 15 im Bereich der ambulanten hauswirtschaftlichen Unterstützung. Für jeden der inzwischen rund 120 Kundinnen und Kunden die passende Mitarbeiterin zu finden, erfordere hohe Professionalität. Auf Grundlage der Erstbesuche entscheide Kollegin Marion Kellerhaus, wer zu wem passt. „Die Mitarbeiter werkeln im intimsten Bereich der Menschen herum, da ist Vertrauen ein Grundprinzip“, sagt Böttjer.



Willi Vogel züchtet Zimmerpflanzen:
„Die anderen Amaryllis habe ich verschenkt.“



Marion Kellerhaus geht mit einem Kunden des Bremer Dienstleistungs-Service zum Mittagessen: „Allein findet er den Weg nicht mehr.“

Hobbys hinterlassen Spuren. Die 35 Quadratmeter von Willi Vogel bieten auch nach dem Einsatz von Melinda Bendul kein steriles Ambiente wie bei „Schöner Wohnen“. Hier lebt, isst und schläft jemand, richtet sich ein, wie es ihm gefällt. Herr Vogel züchtet Zimmerpflanzen und produziert Obstwein. Seine Hobbys hinterlassen Spuren: Neben einer makellosen roten Anthurie auf einem Regal vor dem Balkonfenster liegen Erdkrümel. Daneben eine letzte, verblühende Amaryllis, „die anderen haben die Nachbarn bekommen“, berichtet Herr Vogel. Auf der Fensterbank gärt in einem Glasballon Kirschsafft. „Davon trinke ich selbst keinen Schluck, den verschenke ich.“ Auf den Möbeln hat er alles abgelegt, was er gerade nicht, aber demnächst wieder braucht, darunter „Die kleine Weinfibel“ und sein Schwerbehindertenausweis. Ein Zuhause, in dem Herr Vogel bestimmt, wie es aussieht. Ein Zuhause, in dem er sich wohl fühlt. Ein Zuhause, in dem er immer noch vieles selbst macht. Wie zum Beispiel das Kochen. Heute gibt es Schnitzel: „Die habe ich im Supermarkt gegenüber gekauft. Die Kartoffeln habe ich auch schon vorbereitet.“

Gedanklich im Jenseits. Hermann Müller (*Name von der Redaktion geändert*) hingegen isst mittags außer Haus. Wo, das notiert der 87-jährige Jurist im Taschenkalender. Meist in einer Gaststätte an der nächsten Ecke: „Das Essen dort schmeckt und ist bekömmlich“, so Müller, der sehr schlank ist. „Der Arzt sagt, für meine Größe wiege ich zu wenig.“ Heute ist in der Stammgaststätte Ruhetag. Deshalb holt ihn Marion Kellerhaus zum Mittagstisch ab. „Allein findet er den Weg nicht mehr“, berichtet sie. In dem Restaurant, das die Bremer Heimstiftung verpachtet hat, essen viele Senioren aus dem benachbarten Haus des Service-Wohnens. An anderen Tischen unterhalten sich junge Mütter und schuckeln ihre Babys im Kinderwagen.

Herr Müller sitzt am Fenster vor Kartoffelpuffer mit Lachs, Rahm und Salat. „Er nimmt immer die große Portion. Das ist seine einzige richtige Mahlzeit am Tag“, sagt Kellerhaus. 2012 ist Müllers Ehefrau gestorben. Seitdem hadert er häufig mit seinem Schicksal. „Ich bin Jahrgang 29. Man ist ja gedanklich längst im Jenseits.“ Seit September 2015 bekommt er zweimal pro Woche Besuch von einer Mitarbeiterin des Bremer Dienst-

leistungs-Service. Nachbarn hatten sich Sorgen gemacht, weil die Jalousien immer unten waren. „Herr Müller saß tagelang im Dunkeln. Zwei Drittel der Glühbirnen waren durchgebrannt“, erinnert sich Marion Kellerhaus.

Gemeinsam Einkaufen. Um Garten, Haushalt und die Tagesstruktur kümmerte sich früher Müllers Ehefrau. „Wir waren wir beide“, sagt er. Heute sei er einsam. „Wir sind häufig umgezogen. Freundschaften konnten deshalb nicht leicht entstehen.“ Kinder hat das Paar nicht, und Müllers einziger Bruder ist mit 18 in Kriegsgefangenschaft gestorben. „Herr Müller ist unendlich dankbar, dass wir kommen, und ihm helfen, die alltäglichen Aufgaben anzugehen“, sagt Marion Kellerhaus. „Unsere Namen vergisst er, aber er merkt sich Gesichter und freut sich, wenn wir an der Tür stehen.“ Herr Müller hat keine Pflegestufe. Aufstehen, sich waschen und anziehen – das kann er allein. „Alles eine Frage der Selbstdisziplin“, sagt er. Er ist geschmackvoll gekleidet, grauer Anzug, weinroter Rolli. Sein hellbrauner Schal und die Ärmel des Jacketts haben ein paar Flecken. „Wir wollen ihn nicht verändern. Er kann anziehen, was er will“, sagt Kellerhaus. Wenn die Service-Mitarbeiterin im Haus saubermacht, hilft Herr Müller. Wie früher, als seine Frau noch lebte, saugt er dann Staub. Auch zum Einkaufen kommt er mit. „Für drei Teile können dann schon mal anderthalb Stunden vergehen.“ Herr Müller entscheidet selbst, was er kaufen will, geht langsam an den Regalen entlang, bis er alles gefunden hat.

Nach Hause bringen. Im Restaurant kehrt Leben ein: Kinder aus der benachbarten Schule stellen sich lachend und schreiend an der Essensausgabe an. Hermann Müller wird unruhig. Puffer, Lachs, Salat und Pudding zum Nachtisch hat er restlos verputzt. „Wo hängt mein Mantel“, fragt er Marion Kellerhaus mehrmals. Und: „Habe ich schon bezahlt?“ Sie legt beruhigend ihre Hand auf seinen Arm: „Das haben Sie erledigt. Wollen Sie ihren Tee nicht noch austrinken?“ Er nimmt den letzten Schluck, zieht Hut und Mantel an, hakt sich bei Kellerhaus ein. Sie bringt ihn nach Hause. Dort will er so lange wie möglich wohnen bleiben. Mit Hilfe von Marion Kellerhaus und ihren Kolleginnen könnte das noch eine Weile gutgehen. ■

Viel zu tun



auf dem Land

Hausärzte auf dem Land müssen mehr arbeiten als ihre Kollegen in der Stadt.

Das schreckt den Nachwuchs ab und gefährdet die Versorgung. **Annika Salzmann, Werner Hofmann, Stephanie Heinemann und Stefan Greß** wissen, was die Provinz attraktiver machen könnte.

Ob Schnupfen, Rückenschmerzen oder Stimmungstief – bei Beschwerden gehen die meisten Menschen erst einmal zu ihrem Hausarzt. Auch bei schweren Erkrankungen ist er oft die erste Anlaufstelle: Er muss über Überweisungen an Fachärzte oder die Einweisung ins Krankenhaus entscheiden, die Weiterbehandlung koordinieren, Befunde und Behandlungen dokumentieren. Damit übernimmt er – meist als Allgemeinmediziner weitergebildet – eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung. Viele ältere Menschen, deren Anzahl durch die steigende Lebenserwartung zunimmt, besuchen zudem regelmäßig ihren Hausarzt: Idealerweise praktiziert er vor Ort, ist gut erreichbar und sorgt für eine kontinuierliche Behandlung, zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen.

Obwohl die allgemeinärztliche Disziplin einen so hohen Stellenwert hat, sinkt der prozentuale Anteil der Hausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung seit 1979 stetig. Die Bedarfsplanungs-Richtlinien sehen ein Hausärzte-Fachärzte-Verhältnis von 60 zu 40 Prozent vor. In der Realität zeigt sich mittlerweile jedoch ein Verhältnis von etwa 47 zu 53 Prozent. Diese Abweichung wird sich in den kommenden Jahren noch verstärken.

Ärzte zieht es in die Stadt. Fast ein Viertel aller Hausärzte ist 60 Jahre oder älter. Während die Abgänge aufgrund des Alters zunehmen, sinkt gleichzeitig der Anteil der unter 35-Jährigen. Nachwuchsprobleme und mangelnde Wiederbesetzungsraten verringern die Versorgungsdichte. Dies gilt besonders für ländliche und einkommensschwache Regionen: Bei Hausärzten gibt es einen Trend, sich in städtischen Regionen niederzulassen. So gibt es bereits heute deutliche Unterschiede im hausärztlichen

Versorgungsangebot zwischen eher städtisch geprägten und eher ländlich geprägten Gebieten.

Mehr Bedarf an Kooperation. Parallel dazu verändern sich die Erwartungen von nachwachsenden Ärztegenerationen: Kooperative Organisationsformen der Praxis, die Teilzeitarbeitsmodelle erlauben, sind zunehmend gefragt. Diese lassen sich wegen der vorherrschenden Praxisstrukturen jedoch derzeit im ländlichen Raum weniger gut realisieren als in der Stadt.

Offensichtlich steht in ländlichen Regionen ein steigender Versorgungsbedarf einem sinkenden Versorgungsangebot gegenüber. Daraus ergibt sich zwangsläufig ein steigendes Arbeitsaufkommen für Hausärzte auf dem Land. Aus Befragungen geht hervor, dass Medizinstudierende und Absolventen die Arbeitsbedingungen in ländlichen Gebieten als belastender einschätzen. Mit der Niederlassung dort verbinden sie, dass sie

Lesetipps

- Salzmann, A./Hofmann, W./Heinemann, S./Greß, S.: **Wie belastet sind Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland?** Ein Workload-Vergleich nach Praxislage. Fulda, pg-papers : Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit 3/2015.
- Greß, S./Stegmüller, K.: **Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept.** Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Stiftung Hessen, 2011.
- Mergenthal, K./Beyer, M./Güthlin, C./Gerlach, F. M.: **Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg.** Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013; 107: 386-393

mehr Patienten behandeln und damit mehr arbeiten müssen. Zudem erwarten sie eine unangemessen niedrige Vergütung im Vergleich zur anfallenden Arbeit. Diese Einschätzung könnte ein wesentlicher Grund dafür sein, warum die Wiederbesetzungsrate für frei werdende Arztsitze in ländlichen Gebieten rückläufig ist.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang stellt die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dar. Mit der abnehmenden Anzahl von Hausärzten in ländlichen Gebieten muss auch der Bereitschaftsdienst auf weniger Mediziner verteilt werden. Bei unveränderten Organisationsstrukturen steigt damit die Arbeitslast für die verbleibenden Ärzte. Das Ausmaß der Belastungen im Zusammenhang mit Bereitschaftsdiensten gilt als weiteres zentrales Kriterium für oder wider eine hausärztliche Niederlassung in ländlichen Gebieten. Hinzu kommt, dass das zunehmende Alter der Patienten mehr Hausbesuche erfordert und der Hausarzt damit mehr unterwegs sein muss.

Was sonst noch stresst. Arbeitszeit, Hausbesuche, Bereitschaftsdienste: Die hier vorgestellte Studie „Wie belastet sind Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland? Ein Workload-Vergleich nach geographischer Lage der Praxis“ untersucht die Belastung durch diese Faktoren. Als Workload sind dabei die Arbeitsstunden pro Woche, die Zahl der Hausbesuche pro Woche und der Bereitschaftsdienst über einen Zeitraum von drei Monaten definiert. Sie bilden gut messbare und vergleichbare Indikatoren, um das Arbeitsvolumen von Hausärzten abzubilden. Das Arbeitsaufkommen und die damit verbundene Belastung stehen in engem Zusammenhang damit, wie zufrieden Ärzte mit der Arbeit sind. Hier führen Hausärzte häufig den großen Verwaltungsaufwand, ihren berufsbedingten Stress und eine als unangemessen empfundene Honorierung ihrer Leistungen als Gründe dafür an, warum sie unzufrieden mit ihrer Arbeit sind.

Bereitschaftsdienste machen Medizinern das Leben schwer.

Nachwuchs schaut genau hin. Diese Unzufriedenheit betrifft allerdings nicht nur die aktuelle Ärztegeneration: Arbeitssoziologischen Theorien zufolge hat die subjektive Wahrnehmung der aktuell praktizierenden Hausärzte erheblichen Einfluss darauf, wo die nachfolgende Generation sich niederlässt. Deshalb sollte die Untersuchung auch die Frage klären, als wie belastend Ärzte einen höheren Workload empfinden. An der Befragung nahmen 238 Hausärztinnen und Hausärzte aus 34 Planungsbezirken teil. Die Stichprobe entsprach im Hinblick auf die Verteilung von Alter, Geschlecht, Praxisform und Praxislage weitgehend der Gesamtheit der deutschen Hausärzteschaft. Praxen in Ostdeutschland waren leicht überrepräsentiert. Im Mittel arbeiten die befragten Hausärztinnen und Hausärzte 50 Stunden pro Woche, machen wöchentlich 24 Haus- und Heimbefuche und leisten acht Bereitschaftsdienste in einem Zeitraum von drei Monaten. Dabei zeigte sich: Je ländlicher die Praxis liegt, desto größer ist das Arbeitsaufkommen (*siehe Grafik „Landleben macht mehr Arbeit“ auf dieser Seite*).

Gut sechs Stunden mehr Arbeit. In der Stadt arbeiten die befragten Hausärzte im Mittel 45 Stunden pro Woche. In kleinstädtischen Regionen steigt die Arbeitszeit auf rund 51 Stunden. In ländlichen Gebieten arbeiten Hausärzte mit fast 52 Stunden am meisten. Bei den Haus- und Heimbefuchen zeigt sich dasselbe Muster: Hausärzte auf dem Land versorgten bei Haus- und Heimbefuchen im Mittel sechs Patienten mehr pro Woche als ihre Kollegen in der Stadt. 27 versorgte Patienten auf dem Land stehen 21 versorgte Patienten in der Stadt gegenüber.

Große Unterschiede offenbaren sich auch bei den Bereitschaftsdiensten, die die Hausärzte in Stadt und Land zu leisten hatten: Während die Hausärzte in der Stadt im Mittel zwei Bereitschaftsdienste binnen drei Monaten machten, waren es bei den Kollegen auf dem Land 13.

Landleben macht mehr Arbeit

Workload-Indikator	Praxislage	Gültige Fälle (n)	Mittelwert
Arbeitsstunden (je Woche)	ländlich	65	51,7
	kleinstädtisch	92	50,7
	städtisch	54	45,3
Anzahl Haus- und Heimbefuche (je Woche)	ländlich	65	26,9
	kleinstädtisch	92	22,3
	städtisch	54	20,8
Anzahl Bereitschaftsdienste (je Quartal)	ländlich	63	13,0
	kleinstädtisch	89	9,3
	städtisch	47	2,0

Während ein Hausarzt in der Stadt im Schnitt 45 Stunden in der Woche arbeitet, sind es für die Kollegen auf dem Land gut sechs Stunden mehr. Besonders groß ist die Belastung für Landärzte durch Bereitschaftsdienste.

Quelle: Salzmann, Hofmann, Heinemann, Greß

Hälfte der Landärzte sehr belastet

Praxislage	Empfundene Belastung		
	gering	mittel	hoch
städtisch (n=53)	49 %	15 %	36 %
kleinstädtisch (n=89)	33 %	26 %	42 %
ländlich (n=65)	35 %	17 %	48 %
gesamt (n=207)	38 %	20 %	42 %

Umgekehrte Verhältnisse: Während sich in der Stadt fast die Hälfte der Hausärzte wenig belastet fühlt, empfindet fast die Hälfte der Hausärzte auf dem Land starke Belastung durch die Arbeit. Die Belastung basiert auf der Einschätzung zu Verwaltungsaufwand, Stress und Gratifikation.

Quelle: Salzmann, Hofmann, Heinemann, Greß

Unabhängig von Stadt und Land ist der Großteil der befragten Hausärzte mit den Arbeitsbedingungen unzufrieden: Für 94 Prozent der Befragten ist ihre Arbeit mit viel unnötigem Verwaltungsaufwand verbunden, 67 Prozent stimmen zu, dass die Arbeit mit zu viel Stress einhergeht, 63 Prozent der Befragten empfinden kein ausgewogenes Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in ihrem Beruf.

Wenig überraschend ist dabei, dass das Ausmaß der empfundenen Belastung bei den Ärzten stark abhängt von der Lage ihrer Praxis (siehe Grafik „Hälfte der Landärzte sehr belastet“ auf dieser Seite). So bewerten etwa 50 Prozent der städtischen Hausärzte ihre Belastung als gering, 36 Prozent empfinden sie als hoch. In ländlichen Praxislagen kehrt sich dieses Verhältnis um: Hier empfinden 35 Prozent der Befragten ihre Belastung als gering, 48 Prozent als hoch. Durchaus plausibel ist zudem, dass Hausärzte mit einem hohen Workload häufiger eine hohe subjektive Belastung empfinden – der Anteil beträgt 54 Prozent. Dagegen empfinden nur 39 Prozent der Hausärzte mit einem niedrigen Workload eine hohe Belastung.

Praxislage erklärt nicht alles. Die aktuelle Studie bestätigt die Ergebnisse bereits vorliegender Studien mit vergleichbarer Fragestellung, liefert jedoch wertvolle Zusatzinformationen über regionale Unterschiede bei Haus- und Heimbefuchen sowie beim Leisten von Bereitschaftsdiensten. Die Untersuchung zeigt aber auch, dass die Praxislage nicht alle Unterschiede beim Workload erklären kann. Zu vermuten ist, dass die Zusammensetzung der Patienten, die Entfernung zur nächstgelegenen medizinischen Versorgungseinrichtung, zum Beispiel einer Klinik, sowie das hausärztliche Leistungsprofil ebenfalls eine Rolle spielen. Und letztlich haben wahrscheinlich auch persönliche Präferenzen im Arbeitsmuster der Hausärzte einen Einfluss.

Verwaltung, Stress, Gratifikation: Von den Indikatoren für das Belastungsempfinden beklagen die Ärzte den administrativen Aufwand am häufigsten. Fast alle Befragten geben an, dass

ihre Arbeit mit viel unnötigem Verwaltungsaufwand verbunden ist. Auch das Ausmaß des berufsbedingten Stresses und die Ausgewogenheit der Gratifikation werden von deutlich mehr als der Hälfte aller Befragten als nicht zufriedenstellend beurteilt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen zudem, dass die Praxislage durchaus einen Einfluss auf das Belastungsempfinden hat: Die Unzufriedenheit in ländlichen Regionen ist im Mittel höher als in den Städten.

Wertschätzung entschädigt. Nichtsdestoweniger ist die Korrelation zwischen Arbeitsaufkommen und Belastungsempfindung vergleichsweise schwach. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass der höhere Workload in ländlichen Regionen durch andere Faktoren zumindest teilweise kompensiert wird. Aus der Literatur ist bekannt, dass Hausärzte in ländlichen Regionen eine höhere Wertschätzung ihrer Kompetenzen und damit einhergehend ein größeres Vertrauen ihres Patientenstamms empfinden. Außerdem nennen sie die Abwechslung in ihrem Tätigkeitsspektrum und den geringen Wettbewerbsdruck als positive Aspekte der Niederlassung auf dem Land.

Entlasten durch Delegieren. Die Befragungsergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, die Arbeitsbedingungen für Praxen in ländlichen Gebieten attraktiver zu gestalten. Das Arbeitsaufkommen könnte unmittelbar dadurch verringert werden, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst zentralisiert wird. Dies wird in den Landkreisen bereits seit Jahren zunehmend umgesetzt. Häufig wird dabei befürchtet, dass sich dadurch der Zugang zu Bereitschaftsdiensten verschlechtert. Das wäre aber umso mehr zu befürchten, wenn eine Niederlassung durch dezentralisierte Bereitschaftsdienste noch unattraktiver wird.

Neben der Verringerung der Bereitschaftsdienste könnte mehr Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an besonders qualifizierte medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte das Arbeitsaufkommen von Hausärzten deutlich verringern. Dazu müssten Hausärzte mehr als bislang bereit sein. Der Widerstand dagegen ist in Deutschland traditionell besonders groß. Es ist jedoch bekannt, dass Patienten die Versorgung im Rahmen von Delegationsmodellen sehr schätzen. Zudem könnten durch solche Modelle die Tätigkeiten von medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften aufgewertet und damit attraktiver werden.

Letztlich dürfte auch die Form der Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle bei der Bestimmung sowohl des Workloads als auch des Belastungsempfindens spielen: Wenn Hausärzte stärker in Gesundheits- beziehungsweise Versorgungszentren zusammenarbeiten, verteilt sich die Bürokratie auf mehr Schultern. Und es bleibt mehr Zeit für die Patienten. ■

Annika Salzmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. **Werner Hofmann** ist Sozial- und Gesundheitsforscher im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. **Stephanie Heinemann** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. **Prof. Dr. Stefan Greß** leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Kontakt: Stefan.Gress@pg.hs-fulda.de

„Ich erarbeite Dinge gern im Diskurs“

Ärztelnachwuchs gewinnen, Krankenhäuser umbauen, Pflegekräfte besser bezahlen: Thüringens Sozialministerin **Heike Werner** steht vor großen Herausforderungen. Um sie zu bewältigen, setzt die Linken-Politikerin auf Kooperation statt auf Konfrontation.

Frau Ministerin Werner, wie war Ihr Tag?

Heike Werner: Alltag für eine Ministerin: In der Kabinettsitzung wurde der Thüringen-Monitor, eine Meinungsumfrage in der Bevölkerung des Bundeslandes, vorgestellt. Darin zeigt sich, dass viele Menschen Vorurteile gegenüber Langzeitarbeitslosen haben. Sie würden sich in der sozialen Hängematte ausruhen, so eine typische Aussage. Ich weiß als Arbeitsministerin, dass Langzeitarbeitslose nichts lieber täten, als sich irgendwo zu integrieren, um teilhaben zu können. Nach der Kabinettsitzung habe ich auf einer Medienkonferenz den Arbeitsschutzbericht vorgestellt. Anschließend war Fraktionssitzung, es ging um Haushaltsanträge. Heute Abend arbeite ich die Post ab.

Und wann haben Sie Feierabend?

Werner: Wenn ich eine Abendveranstaltung habe, bin ich schon mal bis 22 oder 23 Uhr unterwegs. Es gibt aber auch Tage, an denen ich abends nur Post zu erledigen habe. Die nehme ich oft mit nach Hause. Ich fahre dann mit der Straßenbahn, damit ich ein paar Minuten Pause habe, um kurz mental zu verschnaufen.

Da spricht Sie nicht jemand an, nach dem Motto: Was ich Ihnen schon immer mal sagen wollte?

Werner: (*lacht*) Einmal hat mich ein Kontrolleur angesprochen, der sagte, als er den Fahrausweis sah: Ah, die Ministerin höchstpersönlich. Aber er hatte keine Zeit für Gespräche.

Sie haben lange in der Opposition gearbeitet. Jetzt können Sie vermutlich mehr entscheiden – ein rauschhaftes Gefühl?

Werner: Nein, rauschhaft ist es nicht. Ich erinnere mich gut an den ersten Tag, an dem mir etwas vorgelegt wurde mit den

Worten: Frau Ministerin, Sie müssen das jetzt entscheiden. Ich dachte: Ach so ist das. (*lacht*) Da bin ich eher vorsichtig, will die Entscheidung klug treffen. Ich führe viele Gespräche, sowohl mit Fachleuten hier im Haus als auch mit anderen. Ich freue mich, wenn eine Etappe geschafft ist, beispielsweise ein Programm startet: Das ist ein glücklicher Moment.

Sie haben unter anderem den Gesundheitsbereich zu verantworten. Was liegt Ihnen da nahe und was müssen Sie sich noch erarbeiten?

Werner: Mit Gesundheit in Schule oder Kita hatte ich schon in meiner Zeit als Abgeordnete im sächsischen Landtag zu tun. Dagegen ist zum Beispiel die Krankenhausplanung eher neu für mich. Ich versuche, viele Perspektiven kennenzulernen, von Mitarbeitern der Krankenhäuser oder von Landesvertretungen wie der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich baue auch auf die Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meines Ministeriums. Außerdem laufen regelmäßig Gesprächskreise. Im Gemeinsamen Landesgremium geht es beispielsweise um die sektorenübergreifende Versorgung. Da tasten wir uns mit Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzteschaft an die Umsetzung der Idee von Gesundheitszentren im ländlichen Raum heran.

Stoßen Sie als Linken-Politikerin dabei auf Vorbehalte?

Werner: Wenn es Vorbehalte gäbe, hat mir das jedenfalls niemand ins Gesicht gesagt. Ich erlebe Offenheit und Neugier. Manchmal müssen wir unterschiedliche Erwartungen miteinander aushandeln. Ich erarbeite Dinge gern im Diskurs.

In welchem Bereich sind Sie als Ministerin gut vorangekommen?



Werner: Auf Basis der Vorarbeiten haben wir eine Stiftung zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum etabliert. Wir haben viel Geld in die Hand genommen, um junge Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung zu motivieren. Ein anderes wichtiges Thema ist die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Er trägt dazu bei, dass Menschen gleiche Gesundheitschancen bekommen, unabhängig von Einkommen oder Wohnort. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist aber für Ärztinnen und Ärzte finanziell nicht sehr attraktiv. Wir haben Geld in den Haushalt eingestellt, damit die Kommunen entweder eine Art Zuschlag zahlen oder die Weiterbildung unterstützen. Wir wollen die freien Stellen im öffentlichen Gesundheitsdienst besetzen, um die Prävention zu stärken. Bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes sind wir in Thüringen relativ weit.

Und wo hakt es noch in der Gesundheitspolitik?

Werner: Wir haben den 7. Thüringer Krankenhausplan verschoben. Er hätte bis Ende 2015 aufgestellt werden müssen. Wir wollen aber dem Auftrag gerecht werden, Qualitätskriterien zu beachten. Dafür brauchen wir mehr Zeit. Wir haben deshalb den bisher gültigen Krankenhausplan um ein Jahr verlängert. Im Koalitionsvertrag für Thüringen steht: Alle Krankenhäuser bleiben erhalten. Aber wir wissen auch, dass manche Häuser sich dazu verändern, kooperieren und sich spezialisieren müssen. Für manche Kliniken geht es vielleicht eher in die Richtung lokales Gesundheitszentrum mit mehr ambulanten Angeboten und weniger stationärer Versorgung. Die Grundversorgung soll überall erhalten bleiben. Ein schwieriges Thema ist die Geriatrie. Viele geriatrische Fachkliniken leisten hervorragende Arbeit. Aber es gibt Begehrlichkeiten für geriatrische Fachabteilungen, wo wir prüfen müssen, ob das sinnvoll ist. Andererseits weiß ich, dass Krankenhäuser mehr geriatrische Kompetenzen brauchen.

Wie sieht es mit der Klinikfinanzierung aus? Da ist ja auch das Land in der Pflicht.

Werner: Nach der Wende gab es Strukturmittel, die auch in die Kliniken geflossen sind. Die Krankenhauslandschaft in Thüringen ist daher gut aufgestellt. Ab 2017 stehen für langfristige Umwandlungen Mittel aus dem Strukturfonds zur Verfügung.

Zur Person

Heike Werner, geboren 1969, ist seit Dezember 2014 Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Thüringen. Zuvor saß sie für DIE LINKE von 1999 bis 2014 im sächsischen Landtag und war Vorsitzende des Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz. Ihre politische Karriere hat Heike Werner als SED-Mitglied in Zwickau begonnen. Von 1989 bis 1995 studierte sie Philosophie, Erziehungswissenschaft und Soziologie in Leipzig. Heike Werner hat zwei erwachsene Kinder.

Thüringen bekommt vom Bund knapp 14 Millionen Euro. Das werden wir kofinanzieren. Bei der Umstrukturierung werden Qualitätskriterien eine Rolle spielen. Vom Instrument der Mindestmengen sind wir allerdings nicht überzeugt, weil andere Ansätze mehr bewirken können. Wir gehen darum in Richtung Prozessqualität und Strukturen: Welche Fachärzte oder wie viel Pflegepersonal brauchen die Kliniken?

Stichwort Pflege: Welche Baustellen bestehen in diesem Bereich?

Werner: Wir diskutieren, wie wir die Entlohnung von Pflegekräften verbessern können. Wir bilden gut aus, aber die Leute gehen dorthin, wo sie mehr Geld bekommen. Zwischen Thüringen und Bayern betragen die Einkommensunterschiede in der Pflege bis zu 600 Euro monatlich. Es ist unsere Aufgabe, mit verschiedenen Partnern über Lösungen nachzudenken. Dazu haben wir den Thüringer Pflegepakt neu konstituiert. Neben den Wohlfahrtsverbänden, den Leistungserbringern und Kostenträgern sind nun auch die Kommunen dabei, weil sie in der Pflege viel finanzielle Verantwortung tragen. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Weitere Fragen und Antworten aus dem Gespräch mit Heike Werner unter www.reformblock.de

Frühchen brauchen erfahrene Teams

Das Festlegen einer Mindestmenge von jährlich 14 Frühgeborenen mit einem Gewicht unter 1.250 Gramm (Level-1-Geburten) für Perinatalzentren ist rechtmäßig. Die Behandlung ist eine planbare Leistung und die Qualität des Behandlungsergebnisses hängt von der Leistungsmenge ab. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 17. November 2015
– B 1 KR 15/15 R –
Bundessozialgericht

Kommen Babys viel zu früh auf die Welt, ist ihnen auf den ersten Blick anzusehen, dass sie eigentlich noch einige Zeit im Mutterleib vor sich gehabt hätten. Ihre Haut ist fast durchsichtig, die Gefäße schimmern bläulich durch, der Brustkorb hebt und senkt sich hektisch bei jedem Atemzug. Je kleiner die Frühchen sind, desto schwieriger ist der Kampf von Ärzten und Pflegekräften um ihr Leben. Die schwierigste Gruppe von Frühchen wiegt bei der Geburt weniger als 1.250 Gramm. Um sie hat sich ein jahrelanger Streit zwischen Kliniken und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entfacht.

Kliniken wollen Mindestzahl kippen. Um die Qualität der Frühgeborenenversorgung zu verbessern, führte der GBA ab 2010 für zugelassene Krankenhäuser eine Mindestmenge von jährlich 14 zu behandelnden Frühchen mit einem Gewicht von weniger als 1.250 Gramm für Perinatalzentren (Level-1-Geburten) ein. 2011 hob der GBA die Mindestmenge auf 30 Fälle an. Krankenhäuser, die die Quote nicht erfüllten, klagten dagegen. Am Ende kippte das Bundessozialgericht die auf 30 Fälle pro Jahr erhöhte Mindestzahl (Urteil vom 18. Dezember 2012, Aktenzeichen B 1 KR 34/12 R; siehe dazu *G+G 5/2013, Seite 38–39*). Fortan galt wieder die Mindestzahl 14.

Auch die wollten Kliniken gerichtlich zu Fall bringen. Mit ihrer Klage vor dem Landessozialgericht hatten sie aber keinen Erfolg. Die Landessozialrichter wiesen ihre Klage ab. Die festgelegte Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr sei rechtmäßig.

Daraufhin legten die Kliniken Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein. Der GBA sei nicht befugt, Mindestmengen festzulegen. Auch habe er es versäumt, Ausnahmen zu schaffen. Zugleich verstoße die Mindestmengenregelung gegen ihr Recht auf freie Berufsausübung.

Dieser Argumentation folgten die obersten Sozialrichter nicht und wiesen die Revision zurück. Die Vorinstanz habe zu Recht festgestellt, dass der GBA die

**Behandlungen im
Interesse der Qualität
an Mindestmengen
zu knüpfen, ist
verfassungskonform.**

Mindestmenge 14 rechtmäßig festgesetzt habe. Der GBA sei grundsätzlich berechtigt, für zugelassene Krankenhäuser einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Auch könne er Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus sowie Ausnahmen festlegen (Paragraf 137 Absatz 3 Sozialgesetzbuch V). Der GBA gehe zu Recht davon aus, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem

Maße von der Erfahrung und Routine der Ärzte und Pflegekräfte abhängt. Dies belegten wissenschaftliche Studien. Die von den Krankenhäusern vorgelegten Untersuchungen seien nicht geeignet, um die Wahrscheinlichkeit dieses Kausalzusammenhangs in Zweifel zu ziehen.

Versorgung nicht gefährdet. Bei der Festlegung der Mindestmenge habe der GBA Gestaltungsspielraum. Die mit 14 festgelegte Mindestmengenanzahl sei nicht zu hoch angesetzt. Sie gefährde keineswegs die flächendeckende Versorgung von Frühgeborenen, wie die klagenden Kliniken meinten. Es gäbe derzeit mehr als 150 Perinatalzentren des Level 1. Die Gefahr einer strukturellen Unterversorgung sei nicht ersichtlich.

Der Auffassung der Kliniken, die Versorgung von Frühchen sei keine planbare Leistung, weil sich ihre Geburt nicht zuverlässig prognostizieren lasse, schlossen sich die obersten Sozialrichter nicht an. Dass diese Geburten nicht immer vorhersehbar und verschiebbar seien, schließe ihre Aufnahme in den mindestmengenabhängigen Katalog planbarer Leistungen nicht aus. Und gerade weil die Frühgeburten nicht einem zeitlichen Muster folgten und im regionalen Einzugsbereich eines Level-1-Zentrums die Zahl der zu versorgenden Frühchen im Jahresverlauf schwanken könnte, sei die Mindestmengenanzahl 14 gut vertretbar. Auch folgte das BSG nicht der Auffassung

TIPP FÜR JURISTEN



Telemedizin, Datenschutz, Korruptionsstrafrecht, Verträge nach Paragraf 140a Sozialgesetzbuch V (Besondere Versorgung), Arzthaftung – diese und weitere Themen behandelt die „16. Frühjahrstagung Medizinrecht“ der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht des Deutschen Anwaltvereins. Sie findet am 15. und 16. April in Hamburg statt. Mehr Infos: www.arge-medinrecht.de

der Kliniken, der GBA müsse Ausnahmen von der Mindestmenge 14 vorsehen, um Sonderfällen Rechnung zu tragen. Stattdessen gingen die Kasseler Richter davon aus, dass ein Krankenhaus im abgelaufenen Kalenderjahr die Mindestmenge nicht erreichen wird, wenn es in dem Jahr zuvor nicht an diese Behandlungszahl herangekommen ist. Dann dürfe es Frühchen nicht mehr versorgen – es sei denn, die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde erteile eine Ausnahme genehmigung.

Patientenschutz geht vor Erwerbsschutz.

Einen Verstoß der Mindestmengenregelung gegen das Grundrecht auf freie Berufsausübung (Artikel 12 des Grundgesetzes) sahen die Bundesrichter ebenfalls nicht. Zwar greife die Regelung in die Berufsausübungsfreiheit der Krankenhäuser ein. Dies sei aber aus Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt. Die Qualität der Versorgung habe Vorrang vor den Interessen der Krankenhäuser, uneingeschränkt Level-1-Geburten zu versorgen. Patientenschutz gehe vor Erwerbsschutz.

Mindestmengen sind milde Mittel. Auch sahen die Bundesrichter den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt. Mindestmengen ergänzten die Maßnahmen des Gesetzgebers zur Qualitätssicherung wie Qualitätsberichte, die die Krankenhäuser vorlegen müssten, einheitliche Kriterien für die Prüfdienste und die stetige Begleitforschung. Mildere Formen der Qualitätssicherung wie das Mindestmengenkonzept gäbe es nicht. Es sei Ausdruck der vom Gesetzgeber zu Recht zugrunde gelegten Annahme, dass die Ergebnisqualität der Behandlung nicht bloß von der personellen und sächlichen Ausstattung abhängt, sondern vor allem auch von der Erfahrung und guten Routine der Behandler. ■

Kommentar: Erneut hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass Mindestmengen ein sinnvolles und zulässiges Instrument sind, um die Versorgungsqualität zu erhöhen. Ist die Mindestzahl für die zu behandelnden Fälle wissenschaftlich fundiert festgelegt, kann es keine Ausnahmen von der Regel geben.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
BEITRAGSFINANZIERUNG		
Entschließung des Bundesrates zur vollständigen paritätischen Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen, Antrag von Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen, Bundesrats-Drucksache 40/16	Aufforderung an die Bundesregierung, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder hergestellt wird.	Der Bundesrat hat den Entschließungsantrag am 29.1.2016 in seine Ausschüsse überwiesen.
E-ZIGARETTEN		
Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas, Bundestags-Drucksache 18/6858	Änderungen im Jugendschutz- und im Jugendarbeitsschutzgesetz: Ausdehnung des Verbots der Abgabe und des Konsums von Tabakwaren auf elektronische Zigaretten und elektronische Shishas; Sicherstellung, dass Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas auch über den Versandhandel nur an Erwachsene abgegeben werden.	Der Bundesrat hat am 18.12.2015 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 28.1.2016.
KORRUPTION		
Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragrafen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.	Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 13.11.2015.
PFLEGEAUSBILDUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz - PfIBRefG), Bundesrats-Drucksache 20/16	Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichem Berufsbild; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung ist für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.	Das Bundeskabinett hat am 13.1.2016 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
VERSORGUNGSFORSCHUNG		
Transfer von Forschungsergebnissen und Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschleunigen, Antrag von CDU/CSU- und SPD-Fraktion, Bundestags-Drucksache 18/7044	Verbesserung des Transfers von Ergebnissen der Versorgungsforschung in das Gesundheitssystem; Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung der Verfahrensabläufe bei der Zulassung und Erstattung von Arzneimitteln und Medizinprodukten; Vorlage eines Aktionsplans Wirkstoff- und Arzneimittelforschung durch die Bundesregierung; Erleichterung der Nutzung von Sozialdaten zum Zwecke der Versorgungsforschung.	Der Bundestag hat die Entschließung am 18.12.2015 in die Ausschüsse überwiesen.

Stand: 29.1.2016



Internet-Tipp

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

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

SACHSEN/THÜRINGEN

Unterstützung für Ärzte-Nachwuchs

Bereits 2010 und 2013 hat die AOK PLUS als erste Krankenkasse die Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen mit insgesamt 200.000 Euro unterstützt. Damit konnten bislang 21 Hausarzt-Stipendiaten gefördert werden. Davon haben sich aktuell nach fünfjähriger Facharzt Ausbildung die ersten vier durch die AOK geförderten Ärzte als Hausarzt in Thüringen niedergelassen. Die AOK PLUS kündigte daher an, die Stiftung erneut mit 100.000 Euro zu unterstützen. „Wir möchten mit unserem Engagement ein Signal setzen, wie die AOK sich dafür einsetzt, dass Menschen auch in zehn Jahren noch wohnortnah ambulant versorgt werden“, sagte der Vorstandschef der AOK PLUS, **Rainer Striebel**. Die Vorsitzende des Stiftungsbeirates, **Dr. Annette Rommel**, lobte das Engagement der Gesundheitskasse: „Dass die AOK PLUS ihre Vertragspartnerschaft mit den ambulant tätigen Ärzten in Thüringen auch auf diese Weise lebt,



Junge Medizinerinnen für Thüringen: Dafür engagiert sich eine Stiftung, an der auch die AOK PLUS beteiligt ist.

schätzen wir sehr und sehen das als Ansporn auch für andere Kassen, diesem Beispiel zu folgen.“ Die Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen wurde 2009 vom Freistaat und der Kassenärztlichen Vereinigung im Land gegründet, um gemeinsam etwas gegen den drohenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten zu tun. **Infos: www.savth.de** ■

NORDOST

Wartezeiten für Frauenarzt-Termin

Patientinnen in Berlin erhielten 2013 binnen 28 Tagen einen Termin beim Frauenarzt. Dies geht aus dem Wartezeitenindex des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts der AOK Nordost (GeWINO) hervor. Im Vergleich zum Vorjahr habe sich

der Wartezeitenindex etwa für Frauenärzte 2013 in Berlin von 79,4 auf 95,7 Prozent im Sinne einer bedarfsgerechten gynäkologischen Versorgung entwickelt, so GeWINO-Geschäftsführer **Dr. Thomas Zahn**. Nur noch 4,3 Prozent der Patientinnen hätten länger als vier Wochen auf einen Termin warten müssen. Neben Berlin konnte das Institut auch in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern eine Verbesserung des Wartezeitenindex für Gynäkologen aufzeigen. Der Index über neun untersuchte Facharztgruppen hat sich insgesamt von 66,8 auf 78,3 Prozent in der Region Nordost positiv entwickelt. Im Schnitt bekamen Versicherte bei Augenärzten, Orthopäden und anderen Fachärzten öfter zeitnah einen Termin. Das Versorgungsstrukturgesetz verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu Terminservicestellen, um so eine schnelle fachärztliche Versorgung zu gewährleisten. GeWINO-Geschäftsführer Zahn kündigte an, das Institut wolle künftig untersuchen, wie sich der Anteil der Überweisungen und damit auch der Wartezeitenindex nach Start der KV-Terminservicestellen verändert. ■

AOK aktuell

Projekt zur Alkoholprävention geht weiter

Beim Kampf gegen den Alkoholmissbrauch von Jugendlichen setzen die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände sowie das Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen weiterhin auf das Präventionsprojekt „HaLT – Hart am Limit“. Die erste Projektphase von 2013 bis 2015 sei erfolgreich verlaufen, sodass die Rahmenvereinbarung ab diesem Jahr ohne eine weitere Befristung verabschiedet worden sei, teilten die Initiatoren des Projekts – darunter die AOK NordWest – mit.

Ziel von HaLT ist eine nachhaltige Alkoholprävention sowie eine Betreuung der mit einer Alkoholvergiftung stationär behandelten Kinder und Jugendlichen. Gesundheitsministerin **Barbara Steffens** sagte, allein im vergangenen Jahr seien

in Nordrhein-Westfalen rund 3.800 Jugendliche wegen Alkoholvergiftung in einer Klinik behandelt worden. „Wir brauchen daher weiterhin passgenaue Präventionsangebote, die insbesondere die Ursachen und Hintergründe des exzessiven Alkoholkonsums beleuchten, um Wiederholungen zu vermeiden“, so Steffens. Im Rahmen des Programms HaLT sprechen bereits während des Krankenhausaufenthaltes geschulte Fachkräfte mit den Jugendlichen über Motive und Folgen des Alkoholkonsums sowie über die persönliche Verantwortung der Betroffenen. Da Eltern großen Einfluss auf Einstellung und Verhalten ihrer Kinder haben, werden auch sie in die Gespräche eingebunden. ■



Fotos: iStockphoto

Ferienfreizeit für Kinder

Auch 2016 lädt die AOK Rheinland/Hamburg zu einer LICHTBLICK-Ferienfreizeit für Kinder ein, die chronisch kranke Geschwister haben. Vom 20. bis 24. März können Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren zur Aktion „Osterspaß für Geschwister“ nach Hürtgenwald in der Eifel fahren. Ziel der fünftägigen Osterfreizeit ist, dass sich Geschwister von chronisch kranken Kindern von dem oft schwierigen Alltagsleben in der Familie erholen, denn sie brauchen in ihrer besonderen Situation Raum und Aufmerksamkeit. Wenigstens für einige Tage sollen sie die oft eigenen Entbehrungen vergessen und selbst im Mittelpunkt stehen. Die Aktivitäten und der Austausch mit ähnlich betroffenen Geschwistern helfen den Kindern, sich in ihrer Situation nicht mehr so alleine zu fühlen und fernab vom Alltag Neues zu erleben. Bereits zum 14. Mal bietet die AOK Rheinland/Hamburg die Ferienaktion gemeinsam mit der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebskranke Kinder an. Das Besondere daran: Da die Ferienfreizeit aus Spenden finanziert wird, können auch Kinder teilnehmen, die nicht bei der Gesundheitskasse versichert sind. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Löwenanteil beim Ausbildungsfonds

Für die Ausbildung von rund 11.300 Auszubildenden in der Krankenpflege, der Geburtshilfe und weiteren Gesundheitsberufen im Südwesten



Kleine Auszeit: Die AOK Rheinland/Hamburg lädt Kinder, die chronisch kranke Geschwister haben, zur Osterfreizeit ein.

zahlt die AOK Baden-Württemberg dieses Jahr mehr als 105 Millionen Euro. Insgesamt beläuft sich der Ausbildungsfonds für nichtärztliche Heilberufe auf rund 231 Millionen Euro. „Wir tragen damit weiterhin den Löwenanteil an der Finanzierung der Ausbildung für 2016“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kasse, **Dr. Christopher Hermann**. „Der Ausbildungsfonds steigt in seiner Höhe auch, weil die Vergütung für die Hebammenausbildung verbessert wird und wesentlich mehr Ausbildungsstellen gefördert werden.“ Für das laufende Jahr sind etwa 300 zusätzliche Ausbildungsstellen vereinbart. AOK-Chef Hermann erkennt darin eine sinnvolle Investition in die Zukunft. Er ist sich sicher: „Der Bedarf an gut ausgebildeten Fachkräften im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren weiter steigen.“ Die Kassen in Baden-Württemberg finanzieren zwölf verschiedene Ausbildungsgänge nichtärztlicher Heilberufe. ■

SACHSEN-ANHALT

Start ins Jahr der Prävention

Die AOK Sachsen-Anhalt will sich 2016 noch stärker in der Gesundheitsförderung engagieren. Beim Neujahrsempfang der Gesundheitskasse in Halle kündigte die Verwaltungsratsvorsitzende **Traudel Gemmer** vor etwa 400 Gästen an, die AOK wolle rund sechs Millionen Euro in Prävention investieren. Die AOK engagiert sich in 800 Unternehmen mit 2000 Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung. In Kitas und Schulen organisiert die Gesundheitskasse zudem Programme zur gesunden Ernährung. Gemmer: „Wir machen Sachsen-Anhalt gesünder.“ Dieses Engagement würdigte Ministerpräsident **Dr. Reiner Haseloff** ausdrücklich. Beispielhaft nannte der CDU-Politiker die Unterstützung beim Aufbau eines Herzinfarkt-Registers sowie bei der Qualifizierung von Praxis-Assistentinnen und

der Errichtung von Filialpraxen: „Dafür bin ich der AOK sehr dankbar.“ Ins gleiche Horn stieß Gesundheitsminister **Norbert Bischoff**. Nicht zuletzt mithilfe der Gesundheitskasse sei es gelungen, eine aus 30 Organisationen bestehende „Allianz für Allgemeinmedizin“ zu schmieden, um die hausärztliche Versorgung zu stärken. „Die AOK ist dabei“, so der SPD-Politiker, „und das ist auch gut so.“ Bevor AOK-Vorstand **Ralf Dralle** schließlich zum Buffet bat, unternahm Medizin-Dekan Professor **Dr. Michael Gekle** von der Universität Halle-Wittenberg einen launigen Streifzug durch seine Profession. Er plädierte dabei mit Blick auf Homöopathie und PSA-Tests zur Prostatakrebs-Vorsorge nicht nur für mehr Evidenz in der ärztlichen Kunst, sondern auch für ein intensiveres interprofessionelles Zusammenspiel der Gesundheitsberufe. ■

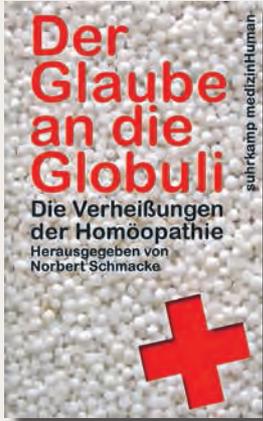
RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Hilfe zur Selbsthilfe

Insgesamt 960.000 Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen den Selbsthilfeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2015 zur Verfügung gestellt. Unterstützung erhielten vier Selbsthilfekontaktstellen, 27 Selbsthilfeorganisationen und knapp 450 Selbsthilfegruppen. Die Mittel sichern die Basisfinanzierung gesundheitsbezogener Selbsthilfe – etwa für Raum- oder Sachkosten. Die gesetzliche Krankenversicherung unterstützt die Selbsthilfe auf Basis eines Fonds, in den alle Kassen nach Versichertenanteilen einzahlen. Die Federführung der Gemeinschaftsförderung übernimmt auch 2016 wieder die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. ■

Homöopathie Medizinische Wirkung nicht belegt

Die moderne Medizin verabschiedet sich zunehmend von der paternalistischen Idee. Nicht mehr der Arzt allein ist es, der am besten weiß, was dem Kranken gut tut. Vielmehr soll der Patient mehr informiert und einbezogen wer-



den, um gemeinsam die richtige Behandlung auszuwählen. Nobert Schmacke, Professor aus Bremen, begrüßt diesen Wandel in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Empört aber ist er darüber, dass sich viele Patienten – zumal mit höherem Bildungsgrad – der

Homöopathie zuwenden. Viele Kranke hätten sich von der klassischen Medizin nicht wegen der ausbleibenden Heilungserfolge abgewendet, sondern weil die Schulmediziner im Gespräch mit ihren Patienten versagen und der Alternativmediziner eher zuhört. Die Homöopathie habe jedoch keinen rationalen Gehalt, sondern sei getrieben von „Weltanschauung, Überzeugung und Gefühl“. Die homöopathischen Grundsätze, „Gleiches mit Gleichem“ zu heilen und Wirkstoffe über eine Potenzierung in ihrer Wirksamkeit zu steigern, stehen in der Tat quer zu den vorherrschenden naturwissenschaftlichen Konzepten der Schulmedizin. Die Folge der unterschiedlichen Denkmodelle ist, dass sich der Erfolg der Homöopathie mit dem „heute international üblichen Verständnis der Bewertung medizinischer Leistungen“ nicht belegen lässt. Für Schmacke ist sie daher nicht mehr als ein Placebo.

*Norbert Schmacke (Hrsg.):
Der Glaube an die Globuli.
2015. 244 Seiten. 14 Euro.
Suhkamp Verlag, Berlin.*

Krankenversicherungsmarkt Fortentwicklung in Grenzen

Rund elf Prozent aller Versicherten sind privat versichert. Sie haben mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 mehr Möglichkeiten zu wählen und zu entscheiden. Beispielsweise wurde es erleichtert, die Altersrückstellungen bei einem Tarifwechsel zu übertragen. Das Kernstück der Reform aber war der branchenweite einheitliche Basistarif, zu dem die PKV verpflichtet wurde. Dieser muss so ausgestaltet sein, dass seine vertraglichen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit jenen der GKV vergleichbar sind. Der Jurist und ehemalige Bundesverfassungsrichter Udo Steiner hat sich in seinem Gutachten damit befasst, wie sich das Verhältnis von PKV und GKV verändert hat. Der Basistarif, so ein Fazit, ist „eine Art dritte Option zwischen PKV und GKV“. Mit dieser Option übernimmt die PKV Verantwortung im Gesundheitswesen und trägt zur Lösung der Solidaraufgaben bei. Verfassungsrechtlich aber



seien beide Systeme durch das Grundgesetz legitimiert. Der Gesetzgeber könne zwar, so heißt es in dem Gutachten weiter, im Sinne einer Fortentwicklung von PKV und GKV die Strukturbedingungen modifizieren, die Versicherungszweige aber nicht in einer monistischen Einheitsversicherung zusammenführen. Das GKV-WSG hat somit einerseits den Spielraum der Fortentwicklung ermöglicht und andererseits den Fortbestand des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland verfestigt.

*Udo Steiner: Verfassungsfragen
der dualen Krankenversicherung.
2015. 109 Seiten. 49,90 Euro.
Duncker & Humblot, Berlin.*

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2016	Kassenwettbewerb, Zukunft der stationären Versorgung, Versorgungsmanagement, E-Health und Digitalisierung	8.–9.3.2016 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Str. 6–8, 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/9 53 22–51 Fax: 0 22 34/9 53 22–52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de
■ DEUTSCHER PFLEGETAG 2016	Pflegeausbildung, Herausforderungen in der Beratung, Prävention in der Pflege, Personalbemessung	10.–12.3.2016 Berlin	Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7 30173 Hannover	Tel.: 05 11/85 50–8357 Fax: 05 11/85 50–2411 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de
■ ANTIKORRUPTIONSGESETZ	Auswirkungen auf Kooperationen zwischen Kliniken, Ärzten und Industrie sowie Aus- und Fortbildung	7.4.2016 Berlin	WOKwissen Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 030/49 85 50 77 Fax: 030/49 85 50 78 info@wokwissen.de www.wokwissen.de > Veranstaltungen
■ INTERPROFESSIONELLER GESUNDHEITSKONGRESS	Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, Entlassmanagement, Palliative Care	8.–9.4.2016 Dresden	Springer Medizin Verlag GmbH Kongressorganisation Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87–5513 Fax: 0 30/8 27 87–5511 andrea.tauchert@springer.com www.gesundheitskongresse.de
■ QUALITÄT IM KRANKENHAUS	Krankenhausreform, Qualitätssicherung, IT-gestütztes Versorgungsmanagement	27.4.2016 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit

Patientenrechte Behandlung richtig dokumentieren

Vor gut drei Jahren ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Seitdem sind Ärzte verpflichtet, die Behandlung ihrer Patienten zu dokumentieren. Frederik Fiekas analysiert in seiner Dissertation, ob ein Patient Schadensersatzansprüche geltend machen kann, wenn die Behandlungsdokumentation fehlerhaft ist oder ganz fehlt. Diese Frage bejaht der Autor. Warum dem so ist, veranschaulicht er anhand verschiedener Fallkonstellationen. So könne sich eine mangelhafte Dokumentation beispielsweise



negativ auf den Abschluss von Versicherungsverträgen auswirken, zu Behandlungsfehlern eines weiterbehandelnden Arztes oder zu unnötigen Doppeluntersuchungen führen. Obwohl das Werk in erster Linie rechtswissenschaftlich ausgerichtet ist und hierzu sehr fundierte Ausführungen enthält, bietet es insbesondere bei der Darstellung der Anforderungen an die Dokumentationspflicht und die Auswirkungen mangelhafter Dokumentation für die betroffenen Patienten auch für die ärztliche Praxis hilfreiche Informationen. Denn trotz der Gesetzesregelung und den entsprechenden Anpassungen in den Be-

rufungsordnungen der (Landes-) Ärztekammern bestehen in der Praxis noch erhebliche Unsicherheiten. Somit lohnt sich die Lektüre des Buches von Frederik Fiekas nicht nur für Juristen, die auf dem Gebiet des Medizinrechts tätig sind, sondern für alle, die sich für Patientenrechte engagieren.

*Bettina Godschalk,
Bundesgesundheitsministerium*

Frederik Fiekas: § 630f BGB – die Dokumentation der Behandlung.
2015. 241 Seiten. 64 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

Handbuch Überblick über Europas Vorgaben

Das europäische Recht betrifft heute nahezu alle Bereiche unseres Alltags. Die Jura-Professoren Monika Schlachter und Hans Michael Heinig haben jetzt ein mehr als 1.000 Seiten starkes Buch zum europäischen Arbeits- und Sozialrecht herausgegeben. Sie wollen damit Fachleuten einen fundierten und gebündelten Überblick über das gesamte Europarecht auf dem gegenwärtigen Stand bieten und damit eine Lücke für die Rechtsanwender schließen. Die größte Herausforderung ist dabei, das Zusammenspiel der verschiedenen Rechtsebenen zu berücksichtigen und zu erläutern. Schlachter und



Heinig verstehen ihren Band darüber hinaus auch als einen Beitrag, um die Akzeptanz und die Einheit Europas zu stabilisieren. Schließlich sei es in der Wahrnehmung der Bürger entscheidend, welche Antworten die EU auf aktuelle soziale Fragen bereithält. Nicht zuletzt könnten die Antworten den

Ausschlag geben, ob das Zusammenwachsen der Staaten als Erfolg oder Misserfolg gedeutet wird.

Monika Schlachter, Michael Heinig (Hrsg.): Europäisches Arbeits- und Sozialrecht.
2016. 1.243 Seiten. 158 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Mandelentzündungen: Nicht gleich zum Skalpell greifen

Leiden Patienten immer wieder unter entzündeten Gaumenmandeln, kommen viele von ihnen unters Messer. Mandeloperationen sind aber nicht ohne. So ist beispielsweise das Risiko von Nachblutungen nicht unerheblich. Auch bleibt oft ungeklärt, ob tatsächlich die Mandeln für die Halsschmerzen verantwortlich sind und eine Operation Vorteile bringt. Die neue S2k-Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis“ empfiehlt Ärzten, die Mandeln erst dann herauszuoperieren, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb eines Jahres mindestens sechs, mit Antibiotika behandelte Mandelentzündungen hatte.

www.awmf.org > Leitlinien

■ Krebs: Forscher entwickeln Gegenmittel

Integrine helfen der Zelle, mit ihrer Umgebung zu kommunizieren und sich ihr anzupassen. Diese Eigenschaften nutzen jedoch auch Krebszellen, um zu Überleben und sich im Körper auszubreiten. Nun ist es Wissenschaftlern der Technischen Universität München gelungen, ein kleines, hoch aktives Molekül zu entwickeln, das ein bestimmtes, in vielen Krebsarten aktives Integrin bindet. Es könnte helfen, Tumorzellen in Zukunft patientenspezifisch zu diagnostizieren und anschließend gezielt anzugreifen.

www.monitor-versorgungsforschung.de > News > 23.12.2015

■ Demenz: Geruchstest kann früh auf Erkrankung hinweisen

Lässt der Geruchssinn nach, kann das auf eine spätere Demenzerkrankung hindeuten. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler der Mayo-Klinik in Rochester, Minnesota. An ihrer Studie zwischen 2004 und 2010 nahmen 1.430, geistig noch Gesunde sowie 300 Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen teil. Sie waren im Schnitt 80 Jahre alt und sollten verschiedene Gerüche erkennen, darunter Banane, Zimt, Rose und Terpentin. Dreieinhalb Jahre später wurden sie erneut untersucht. 250 von ihnen hatten eine leichte kognitive Beeinträchtigung entwickelt, 162 konnten sich an die Gerüche nur noch schwer erinnern. 63 waren dement und konnten die Gerüche nicht mehr zuordnen. Genau diese Probanden hatten bei dem ersten Geruchstest deutlich schlechter abgeschnitten als die anderen Teilnehmer.

JAMA Neurology 2016; 73 (1): 93–101

■ Ungesunde Ernährung: Folgekosten in Milliardenhöhe

Der übermäßige Konsum von Zucker, Salz und Fett kostet das hiesige Gesundheitswesen rund 17 Milliarden Euro pro Jahr. Dies ergab eine Studie eines Biotechnologieunternehmens und der Universität Halle-Wittenberg. Die Forscher analysierten die Krankheitskosten und Verzehrdaten für Deutschland und errechneten, wie hoch die anteiligen Folgekosten der ungesunden Ernährung sind. Die höchsten ernährungsbedingten Kosten verursachten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karies, Stoffwechselstörungen wie Diabetes, Übergewicht sowie diverse Krebserkrankungen.

Public Library of Science One 2015; 10 (9): e0135990

Palliativmedizin schafft Vertrauen

Schmerzen lindern, Atemnot behandeln, Todesangst nehmen – das ist kein humanitärer Luxus, sondern entspricht wirtschaftlicher Vernunft, meint Gesundheitsökonom **Steffen Fleßa**.

Denn die Palliativmedizin senke Kosten und stärke die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft.

Medizin kostet Geld, das an anderer Stelle fehlt. Es ist deshalb sinnvoll, den Nutzen einer Gesundheitsausgabe benennen zu können. In der Palliativmedizin ist allerdings nur der unmittelbare Nutzen für das Individuum offensichtlich. Die Gesellschaft scheint auf den ersten Blick kaum davon zu profitieren, da die Ausgaben Menschen zugute kommen, die nie wieder in den Produktionsprozess zurückfinden werden. Ausgaben für Palliativmedizin erscheinen humanitär, aber wenig ökonomisch.

Bei genauerer Betrachtung ist dies ein Fehlschluss. Erstens lässt sich rein rechnerisch zeigen, dass Palliativmedizin (hier verstanden als Prozess in einem Netzwerk aus spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, Hospizen und Palliativstationen) hilft, Ausgaben an anderer Stelle einzusparen. Simulationen ergaben, dass die palliativmedizinische Versorgung eines Patienten im Durchschnitt Kosten in Höhe von 6.247 Euro verursacht. In der akutstationären beziehungsweise in der traditionellen ambulanten Versorgung würden die Kosten pro Fall allerdings sogar 6.629 Euro betragen. Palliativmedizin führt folglich nicht nur zu einer verbesserten Lebensqualität von Patienten in der letzten Lebensphase, sondern zu Einsparungen von 382 Euro pro Fall. Es ist falsch, die Kosten der Palliativmedizin mit der Alternative „keine Behandlung“ zu vergleichen, wie dies oftmals geschieht. Stattdessen müssen die Kosten der Palliativmedizin mit der Alternative „traditionelle Behandlung“ verglichen werden – dabei schneidet die Palliativmedizin ökonomisch vorteilhaft ab.

Letztverlässlichkeit fördert Risikobereitschaft. Der größte Nutzen besteht jedoch darin, dass die Palliativmedizin einen Wert schafft, auf den die moderne Gesellschaft dringend angewiesen ist: Letztverlässlichkeit. Unsere Gesellschaft ist von zunehmen-

der Komplexität, Dynamik und Unsicherheit geprägt. Gerade die wirtschaftliche Aktivität, zum Beispiel als Unternehmer, erfordert ein hohes Maß an Wandlungsfähigkeit, Denken in Netzen und Prozessen, Kreativität, Reflexions-, Abstraktions- und Konfliktfähigkeit sowie vor allem Risikobereitschaft. Hierzu benötigen die Leistungsträger einen Charakter, der vertrauensvoll in die Zukunft schaut und Wagnisse eingeht. Vertrauen ist für die Führung in der Wirtschaft eine zentrale Tugend und basiert auf der Erfahrung und dem daraus abgeleiteten Wissen, dass es Letztverlässlichkeiten gibt. Der Mensch muss erfahren haben und immer wieder neu erleben, dass es Fundamente gibt, auf die er sich verlassen kann. Er kann beispielsweise das Risiko einer Unternehmensgründung eingehen, wenn er weiß, dass völlig unabhängig von seinem Erfolg oder Misserfolg am Ende seines Lebens nicht Armut, Einsamkeit, Schmerz und Qual stehen, sondern eine verlässliche medizinische Versorgung, die ohne Ansehen des beruflichen Erfolges eine verlässliche Versorgung garantiert.

Die Gesellschaft ist auf Moralkapital angewiesen. Unsere Gesellschaft und Wirtschaft sind darauf angewiesen, dass es Letztverlässlichkeiten gibt, die nicht von Erfolg oder Misserfolg des wirtschaftlichen Handelns abhängen. Diese Letztverlässlichkeiten ermöglichen erst Vertrauen, Risikobereitschaft, Einsatzwille und Flexibilität, ohne die unsere Wirtschaft nicht existieren kann und die zu generieren sie nicht in der Lage ist.

Die Palliativmedizin stellt einen wichtigen Garanten dieser Letztverlässlichkeit dar. Sie generiert damit einen Wert für die Gesellschaft, der über einige Hundert Euro Kostenersparnis hinausgeht. Sie trägt zur Erhaltung eines Vertrauensfundamentes bei, von dem aus gerade auch junge Menschen in einer komplexen, dynamischen und unsicheren Umwelt mutig agieren können. Auf dieses Moralkapital ist unsere Gesellschaft angewiesen, und die Palliativmedizin ist seine Ressource. Dieser Wert ist – wie praktisch alle Werte – kaum monetär messbar, aber genauso real wie Zahlungsströme. Dementsprechend ist der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung und sind zusätzliche Ausgaben für Palliativmedizin, wie sie sich aus dem Hospiz- und Palliativgesetz ergeben, nicht humanitärer Luxus, sondern eine Investition in die Funktions- und Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft. ■

Prof. Dr. Steffen Fleßa lehrt Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald.

Kontakt: Steffen.Flessa@uni-greifswald.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 12/2015

Mittendrin statt außen vor

Zugang zur Beratung ist zu mühsam

Für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige stellt unser Sozialstaat eine große Vielfalt an Leistungen bereit. Das wird im Zusammenhang mit dem geplanten Teilhabegesetz einmal mehr deutlich. Das ist grundsätzlich ein Segen. Aber nicht nur das riesige Spektrum der Leistungen kann Menschen verwirren. Auch bei den Zuständigkeiten, den Trägern dieser Leistungen, scheint die Vielfalt Programm zu sein. Gerade die Schwächeren in der Gesellschaft sollen dann versuchen, im Dschungel der Angebote das Richtige zu finden. Hilfen aus einer Hand ist ein hehres Ziel, so auch im geplanten Teilhabegesetz genannt. Aber dieses Ziel wird wohl noch lange nicht erreicht sein. Umso wichtiger ist die gesetzlich vorgeschriebene Beratung. Dafür sieht das Sozialgesetzbuch IX gemeinsame Servicestellen vor, in denen die Rehabilitationsträger behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen und ihren Angehörigen Beratung und Unterstützung anbieten. Zudem hat das Sozialgesetzbuch XI 2009 den Anspruch auf Pflegeberatung eingeführt. Aber noch ist der Zugang zur Beratung zu mühsam. Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf scheinen den Weg zur fachlich fundierten Beratung noch zu schwer finden zu können. Wie sonst ist es zu erklären, dass beispielsweise Leistungen der Verhinderungspflege

so selten abgerufen werden? Es ist zu befürchten, dass noch zu viele Menschen ihre Ansprüche nicht kennen und deshalb unter Umständen unzureichend versorgt sind. Die Beratungsangebote sollten deshalb so verbessert werden, dass im Falle eines Falles praktisch kein Weg an ihnen vorbei führt. Und die verschiedenen Träger der Leistungen für pflegebedürftige und behinderte Menschen müssen besser zusammenarbeiten, um die Leistungen sinnvoll miteinander zu verbinden. Nur so lassen sich Teilhabe und Inklusion verwirklichen.

K. M., Celle

G+G 11/2015

Titel: Gute Arbeit, Herr Doktor!

Nicht nur Herr Doktor macht gute Arbeit

Ich hoffe doch sehr, dass Sie diese Ausgabe mit zwei verschiedenen Titelblättern herausgebracht haben? Die zweite Hälfte, die ich leider nicht erhielt, mit der Überschrift: Gute Arbeit, Frau Doktor? Denn so zu tun, als ob nur die Herren die Arbeit tun, oder nur die Herren gute Arbeit tun, geschweige denn, dass längst nicht alle Ärzte Doktoren sind, das ist heutzutage nicht mehr angebracht. Diese unsere deutsche Sprache kann so elegant sein, strengen Sie Ihre Köpfe an und benutzen Sie geschlechtergerechte Sprache und Bilder! (Die Frauen mit den schönen Fingernägeln dürfen applaudieren auf dem Bild.)
U. S., Marburg

BECKs Betrachtungen



Ich hab' eben schon gefrühstückt,
damit ich morgen früh Zeit spare.

BECK



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

Wir wissen, was wichtig ist: Ihre Gesundheit. Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon 24 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de