



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

LEBENSQUALITÄT
Sexualassistenz für Pflegebedürftige

INFORMATIONSQLITÄT
Entscheidungshilfen für Patienten

Womit punktet Schwarz-Rot?

Reformbilanz: Soll und Haben in der Gesundheitspolitik

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

Tel. 06172/2 72-161
Fax: 06172/2 72-139

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

Tel. 05 11/87 01-10123
Fax: 05 11/2 85-331 0123

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

Tel. 02 11/87 91-1038
Fax: 02 11/87 91-1145

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

Tel. 06 351/4 03-419
Fax: 06 351/4 03-701

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7
01067 Dresden
presse@plus.aok.de

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Bildet und bewegt Euch!

Lebenslanges Lernen und 10.000 Schritte am Tag schützen das Gehirn, meint **Margaret Heckel**. Sie verweist auf Ergebnisse aus US-amerikanischen Studien, nach denen Bildung und Bewegung das Demenz-Risiko senken.

Wann haben Sie das letzte Mal etwas zum ersten Mal gemacht? Klingt ein wenig kompliziert, aber das soll es auch: Es geht darum, die grauen Zellen in Bewegung zu bringen. Denn je älter wir werden, desto seltener lassen sich viele von uns auf Neues ein. Das ist zum einen schade, weil wir dann so viele spannende Dinge verpassen. Zum anderen aber lassen wir eine Chance ungenutzt, uns besser gegen Demenz zu schützen. Bildung und körperliche Bewegung helfen gegen den geistigen Zerfall. Das ist das Ergebnis einer neuen Auswertung einer Langzeitstudie mit 10.500 Frauen und Männern, die Kenneth Langa und sein Team von der University of Michigan unlängst vorgestellt haben. So ist der Anteil der Demenzkranken an den über 75-Jährigen in den USA zwischen 2000 und 2012 von knapp zwölf auf rund neun Prozent gefallen. Vom Rückgang des Demenz-Risikos profitierten alle Altersgruppen über 65 Jahre, schreiben die Autoren. Und das, obwohl Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes zugenommen haben.

Die Autoren deuten an, dass der weltweit gefürchtete „Demenz-Tsunami“ ausbleiben könnte: Zwar leben die Menschen länger. Jedes Jahrzehnt nimmt die durchschnittliche zusätzliche Lebenserwartung um zwei bis drei Jahre zu. Damit steigt auch die Zahl hochaltriger Menschen. Doch jeder Jahrgang, der in Rente geht, ist – zumindest in den Industriestaaten – gebildeter als der Vorgängerjahrgang. Bei der Studienstichprobe in den USA nahm die Zahl derer, die weniger als zwölf Jahre zur Schule gegangen waren, zwischen 2000 und 2012 von 33 auf knapp 21 Prozent ab. Je gebildeter jemand ist, desto eher entwickelt sie oder er eine „kognitive Reserve“: So nennen Wissenschaftler die Fähigkeit, Schädigungen des Gehirns besser zu tolerieren und das Denkvermögen länger aufrechtzuerhalten. Durch die Neuerschaltung der Nervenzellen im Gehirn kann Alzheimer bis zu einem gewissen Grad kompensiert werden. Eine Studie aus dem Rush University Medical Center, Chicago, zeigte diesen Zusammenhang

**Je älter wir werden,
desto seltener lassen
sich viele von uns
auf Neues ein.**

bereits im Jahr 2003 für katholische Ordensleute. Die Wissenschaftler testeten die Probanden über ein Jahrzehnt auf ihre geistige Leistungsfähigkeit. Nach dem Tod der Ordensleute untersuchten die Forscher die Gehirne auf Plaques, die im Verdacht stehen, Alzheimer zu begünstigen oder sogar auszulösen. Als sie die Daten verglichen, stellten sie fest, dass einige Nonnen und Mönche später als andere dement wurden, obwohl sich in ihren Gehirnen bis zu fünfmal soviel Plaques abgelagert hatten. Der für die Forscher relevante Unterschied zwischen den Ordensleuten war ihr Bildungsgrad. „Geistige Aktivität hilft dem Gehirn, die pathologischen Prozesse, also die Ausbildung von Plaques, besser zu tolerieren“, zitiert „Spiegel Online“ den damaligen Studienleiter Robert Wilson. Unsere Gehirne sind plastisch: Sie

verändern sich, solange wir leben. Lernen wir, bilden sich neue Verbindungen zwischen den Nervenzellen. Je intensiver wir uns in die Lernerfahrung stürzen, desto stabiler werden diese Verbindungen. Es ist wie beim Trampelpfad quer über die Wiese: Am Anfang sieht man die Fußspuren kaum. Gerade Ältere, die Neues lernen, denken dann, sie kommen nicht voran. Viele geben in diesem Stadium auf. Doch plötzlich ist der Trampelpfad zu sehen – die neuen Verbindungen im Gehirn sind stark genug, dass wir das Erlernte flüssig praktizieren können. Optimal ist es, Neues mit körperlicher Bewegung zu kombinieren: Zum einen lernen wir dann leichter. Zum anderen ist Bewegung selbst ein Schutz vor Alzheimer. Dazu gibt es inzwischen Dutzende von Studien. Vor allem die bessere Durchblutung des Gehirns scheint hier segensreich zu wirken. Einen Marathon müssen die Sportwilligen dazu nicht laufen, ein kurzer Schaufensterbummel allerdings reicht auch nicht: Mindestens dreimal in der Woche sollte man sich so bewegen, dass man ins Schwitzen kommt. „Bildung und Bewegung“ muss deshalb für jeden über 50 zum Schlachtruf werden: Lebenslanges Lernen und 10.000 Schritte am Tag sind der beste Weg in ein gesundes, langes Leben. ■



Margaret Heckel, geboren 1966, hat für die „Wirtschaftswoche“ aus Leipzig, Moskau und aus Mittel- und Osteuropa berichtet. Zurück in Deutschland zog es die Volkswirtin nach Berlin als Politikchefin der „Financial Times Deutschland“, der „Welt“ und der „Welt am Sonntag“. Ihre Erfahrungen dort verarbeitete sie zum Bestseller „So regiert die Kanzlerin“. Seit 2009 konzentriert Heckel sich publizistisch auf den demografischen Wandel. Die Journalistin hat sich von ihrem Mann einen Schreibtisch mit integriertem Laufband bauen lassen. Bis drei Kilometer in der Stunde könne man beim Gehen gut auf dem Laptop arbeiten, sagt Margaret Heckel.

Kontakt:
heckel@margaretheckel.de

Auf nach Dänemark!



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Es gehört zur guten Tradition von G+G, über den nationalen Tellerrand zu blicken. Ob Griechenland, die USA oder Schwellenländer aus Asien und Afrika – wir berichten regelmäßig über gesundheitspolitische Entwicklungen in anderen Staaten, weil sich viele von Ihnen für frische Ideen aus dem Ausland interessieren.

Nun lassen wir den Worten Taten folgen: **Vom 12. bis 14. Juni 2017 findet die erste G+G-Studienreise statt**, an der Sie, liebe Leserinnen und Leser, teilnehmen können. Drei Tage haben Sie in Kopenhagen und Umgebung Gelegenheit, sich über die **erfolgreiche dänische Krankenhauspolitik aus erster Hand** zu informieren. Experten aus dem Gesundheitsministerium unseres Nachbarlandes stehen Ihnen dabei ebenso als Ansprechpartner zur Verfügung wie Krankenhausmanager, Mediziner und E-Health-Profis.

Vor Ort können Sie mehr darüber erfahren, wie es die Dänen schaffen, mit weniger Kliniken höhere Versorgungsqualität zu erreichen. Wie sich 16 große Neu- und Umbauten von Krankenhäusern verwirklichen lassen, ohne den Zeit- und Kostenrahmen zu sprengen. Wie sich mithilfe eines modernen Notfallmanagements und elektronischer Vernetzung Patienten an die richtige Stelle der Versorgungskette lenken lassen. Wie Ärzte und Pflegekräfte besser zusammenarbeiten.

Habe ich Ihr Interesse geweckt? **Unter www.kompart.de können Sie mehr über die erste G+G-Studienreise nach Kopenhagen erfahren**, die wir in Kooperation mit „Healthcare DENMARK“ – der offiziellen Agentur für internationale Kontakte – und mit Unterstützung der königlich dänischen Botschaft in Berlin veranstalten. Noch sind Plätze frei!

Mit einem „Hjertelig Velkommen“ in Kopenhagen verbleibt



Kopenhagen ruft: Vom 12. bis 14. Juni 2017 findet die G+G-Studienreise zur dänischen Krankenhauspolitik statt. Mehr Infos unter www.kompart.de

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

MAGAZIN

14 DER MASTERPLAN WIRD AUFGETAUT

Mehr Praxisnähe, mehr Allgemeinmedizin: Die Politik macht sich an eine Reform der Ärzteausbildung. Eine verbindliche Landarztquote soll es aber nicht geben.

Von Florian Staeck

16 GROSSES STELLDICHEIN DER PFLEGE

Schnittstellen der Kranken- und Pflegeversicherung, neuer Pflegebegriff, Reform der Pflegeausbildung – der Deutsche Pflegetag bietet viel Stoff für Diskussionen.

Von Thomas Hommel

17 DAUERLÄUFER SIND GEFRAGT

Effiziente Krankenhäuser, teamorientierte Profis – um dies zu erreichen, braucht es einen langen Atem. Das machten Experten auf einem Kongress deutlich.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

18 ARMUT ALS PFLEGERISIKO

Der Beginn von Pflegebedürftigkeit ist auch eine Frage des Einkommens. Nach einer Studie erkrankten Männer mit niedriger Rente sechs Jahre früher an Altersdemenz.

Von Thomas Hommel

19 HÖCHSTE ZEIT FÜR SACHLICHKEIT

Die Debatte um den Risikostrukturausgleich ist aus dem Ruder gelaufen. Deshalb plädierten Fachleute auf einer Tagung für eine sachlichere Diskussionskultur.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

20 GEMEINSAM VERBINDLICH VORBEUGEN

Ein Meilenstein für Stabilität und Transparenz: Die AOK-Gemeinschaft hat ihr präventives Risiko- und Haftungsmanagement weiterentwickelt.

Von Wigbert Tocha

21 „KRIEG UND FLUCHT VERARBEITEN“

Viele Kinder und Jugendliche, die aus Kriegsgebieten kommen, haben psychische Störungen. Welche Hilfe die traumatisierten Mädchen und Jungen benötigen, erläutert Birgit Möller von der Uniklinik Münster.

TITEL

22 REFORMEN IN DER REIFEPRÜFUNG

Minister Hermann Gröhe hat das gesundheitspolitische Feld fleißig bestellt. An manchen Stellen ist die Saat aufgegangen, andere Bereiche liegen aber noch brach.

Von Kai Senf

THEMEN

30 LIEBE KENNT KEIN ALTER

Auch Pflegebedürftige sehnen sich nach Nähe und Zärtlichkeit. Wie Heime mit der Sexualität ihrer Bewohner umgehen, ist gelebte Pflegequalität.

Von Daniela Noack

36 PATIENTEN MIT STANDPUNKT

Arzneimittel, Operation oder abwarten – Patienten wollen mitreden können, wenn es um ihre Gesundheit geht. Dafür brauchen sie fundierte Informationen.

Von Anke Steckelberg, Gabriele Meyer und Sascha Köpke

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Zeit für den Systemwechsel?
- 13 **Kommentar** Klinikqualität: Schwarzer-Peter-Spiel
- 42 **Recht** Keine Ländergrenze für die Prüfung
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Kliniken müssen Demenz beachten
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



22 Reformbilanz: Welche Früchte die schwarz-rote Gesundheitspolitik trägt



30 Sexualität von Pflegebedürftigen: Wie Heime ihren Bewohnern Raum für Zärtlichkeit geben können



36 Gesundheitskompetenz: Welche Basis Patienten für medizinische Entscheidungen benötigen

VERBRAUCHERSCHUTZ Linke ruft nach Nährwert-Ampel

Verständliche Informationen auf Verpackungen von Lebensmitteln hat die Linksfraktion im Bundestag gefordert. Nur so lasse sich die „Täuschung der Verbraucherinnen und Verbraucher“ beenden. Konkret verlangen die Abgeordneten von der Bundesregierung, sich für eine verpflichtende „Nährwert-Ampel“ für alle Fertiglebensmittel in der Europäischen Union einzusetzen, um verbraucherfreundliche und vergleichbare Informationen für eine gesundheitsorientierte Ernährung zu ermöglichen. Ein besonderes Augenmerk habe der Absenkung von gesättigten Fettsäuren, Zucker und Salz zu gelten. Darüber hinaus verlangt die Linksfraktion, dass bundesweit alle Kinder und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen mit einem Ganztagsangebot eine beitragsfreie Essensversorgung erhalten. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/10861

BERICHT Nachholbedarf bei Teilhabe

Für Menschen mit Behinderungen gibt es in Deutschland weiterhin viele Hürden. Wie aus dem im Bundeskabinett verabschiedeten zweiten Teilhabebericht hervorgeht, werden derzeit etwa 66 Prozent der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf an Förderschulen und nicht an Regelschulen unterrichtet. 71 Prozent der Förderschüler erreichen laut Bericht keinen Schulabschluss. ■



Orientierung beim Einkauf: Mithilfe von Nährwert-Ampeln sollen Verbraucher leichter erkennen können, wie viel Zucker, Fett oder Salz in Lebensmitteln enthalten ist.

NIEDERSACHSEN Landtag beschließt Pflegekammer

Mit den Stimmen der Regierungsfractionen von SPD und Grünen hat der niedersächsische Landtag für die Einrichtung einer Pflegekammer gestimmt. Gesundheitsministerin Cornelia Rundt sagte, alle rund 70.000 Pflegefachkräfte im Land würden Pflichtmitglieder der Kammer. Für Nicht-Fachkräfte mit einer mindestens einjährigen pflegerischen Ausbildung gebe es die Möglichkeit eines freiwilligen Beitritts, der ihnen den Zugang zu Angeboten der Kammer sichere. CDU und FDP stimmten dem Gesetzentwurf nicht zu. Sie kritisierten die geplante „Zwangsmitgliedschaft“. In Rheinland-Pfalz hatte 2016 die erste Pflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen. ■

VERSANDHANDEL Verständnis für nationale Lösungen

Der EU-Kommissar für Gesundheit, der Litauer Vytenis Andriukaitis, hat sich bei einem Besuch im Bundestags-Gesundheitsausschuss zur

Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Medikamenten-Versandhandel geäußert. Andriukaitis sagte, wenn Online-Verkäufe von Medikamenten zu Problemen in einem EU-Land führten, sei es legitim, sich zu überlegen, wie das Problem zu lösen ist. Der EuGH hatte kürzlich entschieden, dass die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneien in Deutschland gegen den freien Warenverkehr verstößt. Rabatte auf Arzneimittel, die Internethändler Kunden einräumen, sind demnach erlaubt. Apothekerverbände kritisieren das scharf. Als Reaktion auf das Urteil erwägt die Bundesregierung ein Verbot des Versandhandels mit Arzneien. ■

ONLINE-AUFRUF Votum für Reform der Pflegelehre

Mit einer im Internet gestarteten Petition soll die ins Stocken geratene Reform der Pflegeausbildung neuen Schub bekommen. Laut Initiatoren unterschrieben binnen weniger Tage mehr als 3.000 Menschen die Petition unter www.change.org. Professor Dr. Frank Weidner, Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln und Unterstützer des Aufrufs, sagte, es müssen jetzt noch einmal alle Kräfte gebündelt werden, um den Druck auf die Politik zu erhöhen und die Ausbildungsreform noch in dieser Legislatur zu besiegeln. ■

kurz & bündig

+++ KRANKENHAUSHYGIENE: Das ARD-Magazin „Plusminus“ und die Rechercheplattform „Correctiv“ haben eine interaktive Karte aus dem Internet entfernt, auf der Krankenhäuser verzeichnet waren, die angeblich nicht die Hygienevorschriften erfüllten. Die Karte habe „in Einzelfällen Fehler“ enthalten, teilte die Redaktion von „Plusminus“ auf seiner Homepage mit. **+++ MULTIRESIKENTE KEIME:** In den Vereinigten Staaten ist eine Patientin an einer Infektion verstorben, nachdem alle 26 zugelassenen Antibiotika bei ihr wirkungslos blieben. Ärzte hätten bei der älteren Frau einen multiresistenten *Klebsiella-Pneumoniae*-Keim entdeckt, teilte das US-amerikanische Seuchenabwehrzentrum CDC mit. Die WHO hatte den Keim zuvor bereits als „dringende Gefahr für die Gesundheit des Menschen“ eingestuft.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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



ARBEITSWELT
Beschäftigte wollen flexiblere Pausen

Viele Beschäftigte in Deutschland erleben ihre Pausen am Arbeitsplatz als wenig erholsam. Das zeigen Ergebnisse einer Online-Umfrage der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Zwar sind 79 Prozent der Befragten grundsätzlich mit den Pausen am Arbeitsplatz zufrieden. Allerdings erholt sich etwa die Hälfte dabei nie, selten oder nur manchmal (siehe Grafik). Dass das an zu knapp bemessenen Pausenzeiten liegt, scheint nicht der Fall zu sein. Denn mit im Schnitt 27 Minuten würden sich die Beschäftigten sogar mit kürzeren Zeiten, als sie tatsächlich haben (33 Minuten), zufrieden geben. Interessant auch: Etwa ein Viertel lässt häufig oder sogar immer die Pause ganz ausfallen. Als Ursache hierfür wird meist Termin- und Zeitdruck genannt. Gefragt nach Wünschen, spricht sich ein Drittel der Befragten für mehr Flexibilität und Autonomie bei der Wahl des Zeitpunktes

Zitat des Monats

Die menschliche Gesellschaft gleicht einem Gewölbe, das zusammenstürzen müsste, wenn sich nicht die einzelnen Steine gegenseitig stützen würden.

Lucius Annaeus Seneca (4 v. Chr. – 65 n. Chr.), römischer Philosoph und Dichter

der Pause aus. Die iga wird vom AOK-Bundesverband, den Dachverbänden der Betriebs- und Ersatzkassen sowie der gesetzlichen Unfallversicherung getragen. Ziel der iga ist es, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung vorzubeugen. ■

MEHR INFOS:
www.iga-info.de

GESETZ
Hanfmedikation auf Rezept

Der Bundestag hat einstimmig dem von Bundesgesundheitsminister Hermann

Gröhe vorgelegten Cannabis-Gesetz zugestimmt. Vertreter der Regierungs- wie der Oppositionsfractionen sprachen von einem großen Fortschritt für schwerkranke Patienten. Diese sollen künftig auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen hochwertige Cannabis-Arzneimittel erhalten. Cannabis ist eine Droge, die bislang nur in Ausnahmen als Heilmittel zum Einsatz kam – etwa bei Schmerzpatienten. Die Kosten dafür mussten die Patienten zu meist selbst tragen. Die generelle Freigabe von Cannabis lehnt die Bundesregierung aber weiterhin ab. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache 18/8965

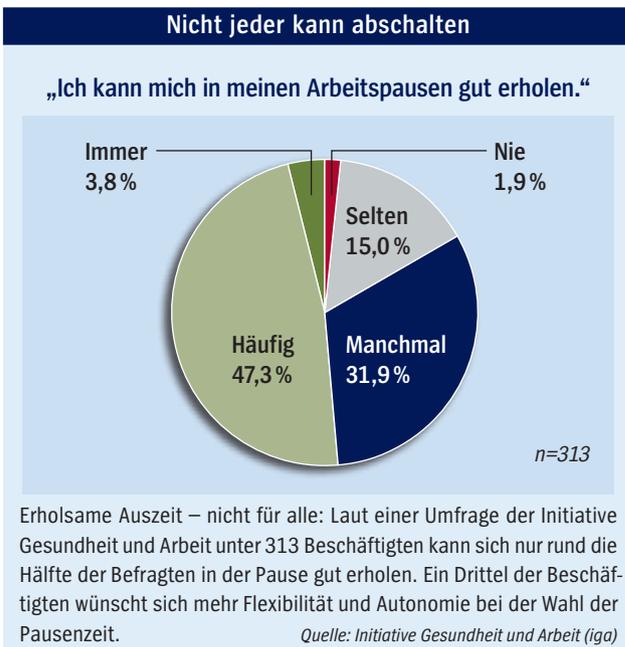
Uwe Klemens und Dr. Volker Hansen. „Stattdessen hätte der Gesetzgeber die Selbstverwaltungsrechte weitaus stärker ausbauen müssen. Damit es tatsächlich zu einer Stärkung der Selbstverwaltung kommt, braucht es in der kommenden Legislaturperiode einen erneuten Anlauf des Gesetzgebers für eine Reform, die diesen Namen auch verdient.“ Auch der AOK-Bundesverband hatte das Gesetz als einen massiven Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung kritisiert. ■

MEHR INFOS:
www.gkv-spitzenverband.de

PFLERGEHEIME
Grünen-Vorstoß zur Sexualassistenten

Die pflegepolitische Sprecherin der Grünen-Fraktion im Bundestag, Elisabeth Scharfenberg, hat mit ihrem Vorschlag, die Dienste von Sexualassistenten für pflegebedürftige Menschen öffentlich zu bezuschussen, für Kritik gesorgt. Der Sozialwissenschaftler Wilhelm Frieling-Sonnenberg von der Hochschule Nordhausen nannte das Konzept der Sexualassistenten laut „Bild“-Zeitung „menschenverachtend“. Dabei gehe es höchstens darum, Menschen durch sexuellen Druckabbau wieder funktionsfähig zu machen. SPD-Gesundheitsexperte Professor Dr. Karl Lauterbach sagte, es brauche keine „Prostitution“ in Pflegeheimen. Nötig sei mehr Intimität für die Bewohner. Grünen-Politikerin Scharfenberg hatte vorgeschlagen, dass Kommunen über Angebote zur Sexualassistenten beraten oder Zuschüsse dafür gewähren sollen. ■

Siehe auch Beitrag ab Seite 30.



KRANKENVERSICHERUNG
Selbstverwaltungs-Gesetz entschärft

Das Ende Januar im Bundestag verabschiedete GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist nach der Kritik mehrerer Kassenverbände auf den letzten Metern entschärft worden. Gleichwohl sei der von der Koalition gewählte Ansatz, die Selbstverwaltungsrechte durch Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht einzuschränken, falsch, erklärten die Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes,

Votum für den Wechsel?

Eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für Beamte würde Bund und Länder um bis zu 60 Milliarden Euro entlasten, so eine Studie der Bertelsmann Stiftung. Spricht das für den Systemwechsel?



KATHRIN VOGLER, *gesundheitspolitische Sprecherin der Linksfraktion im Bundestag*: Ja, denn die – für linke Thesen unverdächtige – Bertelsmann Stiftung belegt mit ihrer aktuellen Studie: Eine solidarische Gesundheitsversicherung für alle ist besser, sowohl für die Versicherten als auch für die Arbeitgeber. Die Abschaffung der Beihilfe für Beamte und die Einbeziehung aller Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung wäre ein erster Schritt in diese Richtung.

Nun sollten endlich die ideologischen Scheuklappen abgenommen und das Projekt Bürgerversicherung auf den Weg gebracht werden. Die Zeit ist reif für ein Ende der Zwei-Klassen-Medizin.

MARIE-AGNES STRACK-ZIMMERMANN, *stellvertretende FDP-Bundesvorsitzende*: Die Annahmen der Studie sind willkürlich und unrealistisch. Die Studie berücksichtigt auch nicht, ob die derzeitigen Altersrückstellungen der Beamten in Höhe von 72 Milliarden Euro in der privaten Krankenversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragbar sind. In der Folge werden die öffentlichen Haushalte belastet und die demografischen Probleme der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung verschärft. Einer derart als Bürgerversicherung getarnte staatliche Zwangskasse erteilen wir nicht nur eine klare Absage. Es ist auch völlig daneben, Beamte als Kostentreiber im Gesundheitswesen zu brandmarken.



MARIA KLEIN-SCHMEINK, *gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*: Die Studie macht erneut deutlich, dass Bund und Länder sich intensiv mit den steigenden Kosten des Beihilfesystems der Länder auseinandersetzen müssen. In der Konsequenz heißt das, dass wir endlich echte Wahlfreiheit für Beamtinnen und Beamte schaffen müssen. Für uns Grüne ist das ein erster Schritt in die Bürgerversicherung. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass Beamte in der GKV – anders als etwa Angestellte im öffentlichen Dienst – keinen Arbeitgeberzuschuss erhalten und ihnen so letztlich keine andere Wahl bleibt als die private Krankenversicherung.

DR. VOLKER LEIENBACH, *Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV)*: Vorsicht, Falle! Die vermeintliche Entlastung ist eine Legende. Das Konzept beruht vor allem auf gekürzten Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Das ginge zulasten aller Patienten, denn die medizinische Infrastruktur würde so fast 40 Milliarden Euro mehr verlieren, als die öffentlichen Haushalte „sparen“ könnten. Außerdem verschweigt Bertelsmann die Kosten für die Pflegeversicherung der Beamten: Sie eingerechnet, lägen die GKV-Beitragsätze schon im ersten Jahr so hoch, wie die Studie erst für das Jahr 2030 annimmt. Also bloß kein Systemwechsel: Gemeinsam tragen GKV und PKV eines der besten Gesundheitssysteme der Welt.



IGEL-MONITOR Infusion bei Hörsturz ohne Nutzen

Mit Infusionen die Durchblutung im Ohr verbessern zu wollen, bringt Hörsturzpatienten keinen Nutzen. Zu dieser Einschätzung kommt der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes. Der Monitor stellt Versicherten evidenzbasierte Bewertungen zu sogenannten Selbstzahlerleis-



land sind es im Schnitt 26 von 100 Frauen – das wäre mehr als jede Vierte. Dies ist das Ergebnis der ersten globalen Studie zum Trinkverhalten in der Schwangerschaft. Ein Forscherteam um Svetlana Popova vom Centre of Addiction and Mental Health in Toronto wertete für die Untersuchungen Daten aus knapp 400 Studien aus. Erfasst wurde jeglicher Alkoholkonsum von Schwangeren – egal in welcher Menge. Fälle, in denen die Frauen noch nicht von der Schwangerschaft wussten, rechneten die Forscher weitgehend heraus. Zudem untersuchten sie, wie häufig Trinken in der Schwangerschaft zu schweren Gesundheitsschäden beim Kind führt. Da es keine verlässliche Grenze gibt, bis zu der Alkohol für den Embryo unproblematisch ist, wird schwangeren Frauen geraten, ganz darauf zu verzichten. ■

URTEIL Kein Sexspielzeug in Apotheken

tungen in der Arztpraxis zur Verfügung. Die IGe-Leistung „Durchblutungsfördernde Infusionstherapie beim Hörsturz“ wird laut Monitor mit „negativ“ bewertet, da zwei Studien zeigten, dass Patienten am Ende nicht besser hörten als Patienten in der Kontrollgruppe – also Patienten, die keine Infusion erhielten. ■

MEHR INFOS:
www.igel-monitor.de

SCHWANGERSCHAFT Warnung vor Alkoholkonsum

Etwa jede zehnte Frau weltweit trinkt in der Schwangerschaft Alkohol. In Deutsch-

Das Niedersächsische Obergericht hat entschieden, dass das von der Landesapothekerkammer gegen eine Versandapotheke ausgesprochene Verbot des Verkaufs von Vibratoren, Joysticks und Erotikspielzeug nicht zu beanstanden ist. Bei den genannten Produkten handele es sich nicht um apothekenübliche Ware im Sinne der Apothekenbetriebsordnung, weshalb sie auch nicht verkauft werden dürften, so die Richter. Apothekenüblich seien nur Produkte, die nach objektiven Maßstäben – nicht nach den subjektiven Vorstellungen des Herstellers oder Verkäufers – einen unmittelbaren Gesundheitsbezug hätten. ■

ARZNEIMITTEL

Zulassungsanträge lassen sich einsehen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht ab sofort Informationen zu offenen Zulassungsanträgen. Damit wolle man die neuen Möglichkeiten des geänderten Arzneimittelgesetzes (AMG) nutzen, um mehr Transparenz zu schaffen, teilte das Institut mit. Bislang sah das AMG vor, dass diese Informationen vom BfArM nur auf Antrag herausgegeben werden dürfen. Durch den Wegfall der Antragspflicht kann das BfArM die Informationen jetzt im Internet veröffentlichen. ■

MEHR INFOS:

[www.bfarm.de/
zulassungsantraege](http://www.bfarm.de/zulassungsantraege)

TRANSPLANTATION

Geringe Bereitschaft zur Organspende

Die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland ist weiter rückläufig. 857 Menschen spendeten 2016 nach ihrem Tod Organe, wie die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) mitteilte. Das ist der tiefste Wert seit der Jahrtausendwende. Im Jahr 2015 spendeten noch 877 Menschen Organe, 2014 waren es 864. Im Jahr 2012 lag die Zahl bei über 1.000. Die meisten Spender gab es im Osten Deutschlands, wo 14,2 Spender auf eine Million Bürger kamen. Der Bundeschnitt betrug 10,4 Spender. Die DSO appellierte an die Kliniken, ihre Bemühungen um höhere Spenderzahlen zu unterstützen. Die Bürger sollten ihre Bereitschaft zur Organspende dokumentieren, so die DSO. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **THOMAS E. PRICE**, 62, ist als neuer US-amerikanischer Gesundheitsminister nominiert. Der Republikaner und Vertreter des Bundesstaates Georgia im Kongress studierte Medizin an der Universität Michigan. Nach dem Studium und seiner Zulassung als orthopädischer Chirurg zog er nach Georgia, wurde Medizinischer Direktor der orthopädischen Klinik am Grady Memorial Hospital in Atlanta und lehrte an der Emory University in Atlanta. Zwischen 1997 und 2004 saß er im Senat von Georgia. In den US-amerikanischen Kongress zog er erstmals im Jahr 2004 ein. Price gilt als einer der führenden Kritiker von Barack Obamas Gesundheitsreform (Obamacare).

+++ **JOACHIM BREUER**, 60, leitet als neuer Präsident die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS). Der promovierte Jurist und Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) trat die Nachfolge des Niederländers Errol Frank Stoové an, der das Amt seit 2010 ausgeübt hatte. Der IVSS mit Sitz im schweizerischen Genf gehören weltweit über 320 Institutionen, Regierungsstellen und Behörden aus mehr als 150 Nationen an, die sich mit der sozialen Sicherheit befassen, darunter der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die DGUV und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Landwirtschaft. Ziel der internationalen Vereinigung ist es, die soziale Sicherheit, insbesondere die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz, weltweit zu fördern und auszubauen.



+++ **GUNDULA ROBBACH**, 52, steht als neue Präsidentin an der Spitze der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV). Sie folgt auf Dr. Axel Reimann, der in den Ruhestand getreten ist. Bevor die Juristin und Diplom-Verwaltungswirtin zur DRV wechselte, arbeitete sie ab 1997 bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte unter anderem als stellvertretende Leiterin der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen und als Leiterin der Abteilung Prüfdienst. Im Jahr 2006 wurde sie stellvertretende Geschäftsführerin der DRV Berlin-Brandenburg und 2009 deren Geschäftsführerin. Dem Direktorium der DRV Bund gehörte sie seit 2014 an. Nachfolgerin Robbachs im Direktorium ist Brigitte Gross, bisher Leiterin der Abteilung Rehabilitation bei der DRV Bund.

+++ **UTE REPSCHLÄGER**, 56, Vorsitzende des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeuten – IFK, ist neue Vorsitzende des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV). Sie löste Karl-Heinz Kellermann, Vorsitzender des Verbandes Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe, ab. Die Physiotherapeutin aus Witten war bislang Vizevorsitzende des SHV. Der Spitzenverband vertritt nach eigenen Angaben mehr als 48.000 freiberufliche Heilmittelpraxen mit rund 286.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.



+++ **PETER NEHER**, 61, Präsident des Deutschen Caritasverbandes, hat die Präsidenschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) übernommen. Der promovierte katholische Theologe und Honorarprofessor an der Theologischen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar in Rheinland-Pfalz löst Professor Dr. Rolf Rosenbrock ab, der nun neben Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg vom Deutschen Roten Kreuz Vizepräsident der BAGFW ist. In der BAGFW arbeiten die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zusammen.

+++ **FRIEDEMANN SCHMIDT**, 52, bleibt für weitere vier Jahre Präsident der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Der Leipziger Apotheker, der zudem Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer ist, trat dieses Amt erstmals 2013 an. Zuvor war er zwölf Jahre lang Vizepräsident des Verbandes. ABDA-Vizepräsident ist Mathias Arnold, Vorsitzender des Apothekerverbandes Sachsen-Anhalt. Und Cynthia Milz, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesapothekerkammer, vertritt die angestellten Apothekerinnen und Apotheker.



Gesundheitsversorgung



Klauber | Geraedts | Friedrich | Wasem (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2017

Zukunft gestalten

- **Schwerpunktthema:** Besonders aktuell und von hoher Bedeutung für die stationäre Versorgung
- **Krankenhausstatistik:** Verlässliche Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamts
- **Krankenhauspolitische Chronik:** Erläutert alle wichtigen politischen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft von August 2015 bis Juli 2016
- **Krankenhaus-Directory:** Zentrale Kennziffern geben Aufschluss über strukturelle Charakteristika und wirtschaftliche Entwicklung von rund 1500 Krankenhäusern

Gestaltende Reformen statt Reparaturbetrieb

Die stationäre Versorgung in Deutschland ist einem ständigen Reformprozess unterworfen. Die punktuellen Eingriffe ließen nicht selten ein stimmiges Gesamtkonzept für eine geeignete und zukunftsfähige Krankenhauslandschaft vermissen. Deshalb müssen Krankenhausmanager und Gesundheitspolitiker sich zunehmend Fragen wie diesen stellen:

- Was sind Herausforderungen in 10 bis 15 Jahren?
- Welche Weichenstellungen stehen in der Krankenhausfinanzierung an?
- Welche Chancen stecken in der Telemedizin?
- Wie kann die Notfallversorgung neu und qualitativ besser organisiert werden?

Der Krankenhaus-Report 2017 befasst sich mit der Zukunft des Krankenhaussystems und blickt dabei bewusst über die unmittelbar anstehenden Problemlagen hinaus. Namhafte Autoren identifizieren und analysieren die sich abzeichnenden Herausforderungen und entwickeln Konzepte für eine sinnvolle Ausgestaltung der zukünftigen stationären Versorgung. Dabei handelt es sich teilweise um Reformbereiche, die bereits seit etlichen Jahren auf der politischen Agenda stehen, teilweise um völlig neuartige Problemfelder. Damit liefert der Krankenhaus-Report essenzielle Argumente für die hochaktuelle politische Diskussion, in der es letztlich darum geht, den Strukturwandel aktiv und zum Wohle der Patienten zu gestalten.

2017. Ca. 548 Seiten, 55 Abb., 75 Tab., kart. mit Online-Zugang
€ 59,99 (D)/€ 61,70 (A) | ISBN 978-3-7945-3229-2



Jacobs | Kuhlmeier | Greß | Klauber | Schwinger (Hrsg.)

Pflege-Report 2017

Die Versorgung der Pflegebedürftigen

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

2017. Ca. 380 Seiten, 60 Abb., 50 Tab., kart.
Ca. € 54,99 (D)/€ 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3244-5

Bestellen Sie jetzt:

@ order@schattauer-shop.de

☎ 0711 22987-85

☎ 0711 22987-69

🛒 www.schattauer-shop.de

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

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

Geschäftsführer: Dipl.-Psych. Dr. med. Wulf Bertram,
Oliver Fock, Jan Haaf, Martin Spencker
Registriergericht Stuttgart HRB 3357

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

DEPRESSIONEN

**Aktive Kinder
seelisch gesünder**

Bewegen sich Kinder viel, entwickeln sie im späteren Leben seltener depressive Symptome. Viel körperliche Aktivität könnte daher präventiv wirken, vermuten die Psychologen um Dr. Tonje Zahl von der Universität in Trondheim. Depressive Verstimmungen seien bei Kindern im Alter von fünf bis zehn Jahren zwar selten, mitunter aber problematisch für die weitere Entwicklung. Bislang gibt es für diese Altersgruppe weder etablierte Therapien noch Ansätze zur Prävention. Aus Studien gehe jedoch hervor, dass körperlich sehr aktive Kinder von Depressionen weitgehend verschont blieben. Möglicherweise könnte also etwas mehr Bewegung vor depressiven Phasen schützen. Jedoch ließen sich Ursache und Wirkung in vielen Studien nicht klar unterscheiden. ■



Freude an Bewegung schützt Kinder auch vor Seelentiefs.

INNOVATIONSFONDS

**Wie steht's um
die Versorgung?**

Nach der Bekanntgabe der vom Innovationsfonds geförderten Projekte zu neuen Versorgungsformen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) aus Ärzten,

Kassen, Kliniken und Patientenvertretern auch die Vorhaben veröffentlicht, die sich der Versorgungsforschung widmen und Fördermittel erhalten. Insgesamt sind dies 62 Projekte. Der unparteiische Vorsitzende des GBA, Professor Josef Hecken, zeigte sich zuversichtlich, dass es den

Projekten gelinge, „wissenschaftliche Erkenntnisse“ über die Gesundheitsversorgung zu gewinnen. ■

MEHR INFOS: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte>

INTERNET

**Unabhängige Infos
zur Gesundheit**

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat die Einrichtung eines Gesundheitsportals vorgeschlagen. Das Portal solle die Suche nach verlässlichen Gesundheitsinformationen im Internet vereinfachen, schreibt Gröhe in einem Gastbeitrag für die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (vom 9. Januar 2017). Einrichtungen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung böten zwar vielfältige Informationen. Diese müssten jedoch besser gebündelt und leichter im Netz zu finden sein. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Regionale Projekte können bundesweit Schule machen“**

Gleich sechs Versorgungsmodelle, an denen die AOK Nordost beteiligt ist, erhalten Fördergelder aus dem Innovationsfonds. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Kasse, **Alexander Schirp**.

G+G: Herr Schirp, die AOK Nordost ist an mehreren vom Innovationsfonds geförderten Vorhaben beteiligt – darunter eines zur ländlichen Versorgung in Templin. Worum geht es dort?

SCHIRP: Im Kern geht es darum, unseren Versicherten auch in einer strukturschwachen Region eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung zu bieten. Dazu wollen wir gemeinsam mit unseren Partnern neue medizinische Versorgungsformen entwickeln, indem wir vorhandene Strukturen zusammenführen und medizinische, therapeutische und pflegerische Angebote besser miteinander vernetzen.

G+G: Welche weiteren Projekte aus Nordost bekommen Fördergelder?

SCHIRP: Neben Templin sind das drei Projekte für neue Versorgungsformen in strukturschwachen Gebieten. Dazu zählt etwa der Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimie-

rung chronischer Herzerkrankungen – kurz HerzEffekt MV. Außerdem ist die AOK Nordost Partner von zwei Projekten für spezielle Patientengruppen: TRANSLATE-NAMSE etwa, bei dem wir mit insgesamt acht Unikliniken kooperieren, soll die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen verbessern.

G+G: Ziel der Projekte ist der Anschluss an die Regelversorgung. Wie schätzen Sie die Chancen ein, dass das auch gelingt?

SCHIRP: Der Fonds bietet endlich die Chance, den Transfer von Innovationen in die Versorgung zu beschleunigen. Unsere Projekte nehmen zentrale Problemthemen des Gesundheitssystems in den Blick – allem voran die Notwendigkeit, die stationäre und ambulante Versorgung besser zu vernetzen. Insofern bin ich zuversichtlich, dass unsere bisher noch regional begrenzten Projekte auch bundesweit Schule machen.

Schwarzer-Peter-Spiel

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung vorgelegt. Doch die Länder zieren sich. Kein gutes Omen, befürchtet Rebecca Beerheide.



QUALITÄTSSICHERUNG IN KLINIKEN – das hört sich so einfach und selbstverständlich an und ist doch dazu bestimmt, die Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren zu dominieren. Einen ersten Vorgeschmack darauf bietet seit Monaten das argwöhnische Beobachten der Arbeit des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Ende Dezember ließ

sich auch im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) beobachten, welche Wucht die Auseinandersetzung bekommt: Gegen die vehemente Meinung der Ländervertreter beschloss der GBA erste Qualitätsindikatoren, die Maßstab für Klinikschließungen sein können.

Aus Sicht der Länder sind diese zu lasch. Sie fordern eine klarere Vorgabe – eine Art Kochrezept „von denen in Berlin“, nach welchen Kriterien eine Station vom Netz genommen werden kann. Gerichtsfest, ohne Streitigkeiten, eine Art Blankoscheck also, der einem Klinikbetreiber keine Nachfragen erlaubt. Doch so einfach wollte es der GBA in seltener Einigkeit den Ländern nicht machen. „Die Länder werden schon wissen, wie sie die Daten interpretieren müssen“, hieß es beim GBA. Das Misstrauen, das auch der GKV-Spitzenverband gegenüber den Ländern äußerte, ist verständlich: Während der Ländervertreter im GBA-Plenum damit wucherte, alle Gesundheitsressorts hinter sich zu haben, kündigte einen Tag später Bayerns Gesundheitsministerin schon per Pressemitteilung den Konsens auf und warnte vor zentralistischen Vorgaben „von denen in Berlin“.

Die Auseinandersetzungen um Qualitätssicherung wird sicher nicht von Bildern von vor Kliniken angeketteten Landräten beherrscht sein. Es wird subtiler ablaufen. Sticheleien, Schwarzer-Peter-Spiel sowie endlose Prozesse vor Gerichten darüber, wie die neue GBA-Richtlinie zu interpretieren sei. Aber: Die Länder haben bei allen Gesetzen in der Vergangenheit stets auf ihre Autonomie bei der Krankenhausplanung gepocht – und können sich jetzt nicht aus der Verantwortung stellen.

Das Bundesgesundheitsministerium bringt die Diskussion in eine missliche Lage: Sollte es die Richtlinie beanstanden, dann untergräbt das Ministerium die Arbeit von IQTiG und GBA. Streit mit den Landesfürsten in einem Wahljahr ist auch keine gute Idee. Noch schlechter wäre es jedoch, das Ziel, Kliniken nach Qualität zu bewerten, Wahlkampfzwecken zu opfern. ■

Rebecca Beerheide leitet die Politische Redaktion beim „Deutschen Ärzteblatt“.

PRAXISHelfer Förderung ausgeweitet

Für Hausärzte ist es künftig einfacher, nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) zu beschäftigen. Eine entsprechende Einigung erzielten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband. Sie verständigten sich darauf, die Fördervoraussetzungen zu erleichtern. Außerdem wurde die finanzielle Förderung erhöht. So erhalten Hausärzte, die nichtärztliche Praxisassistenten einsetzen, einen höheren Strukturzuschlag. Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung höherer Personalkosten, zusätzlicher Praxisausstattung sowie der Ausgaben für die Weiterbildung der nichtärztlichen Praxisassistenten. KBV und GKV-Spitzenverband vereinbarten zudem, die durchschnittliche Mindestzahl von Behandlungsfällen zu senken, die Praxen für die Förderung erfüllen müssen. ■

MEHR INFOS:

www.gkv-spitzenverband.de > Presse

ERNÄHRUNG Veganes im Umfragetest

Powerfood, vegetarisch, vegan: Verbraucher sehen sich einem wachsenden Angebot an Ernährungstrends gegenüber. Mancher Trend führt ein Nischendasein, obwohl die zugehörigen Produkte und Ernährungsweisen ein hohes Potenzial in der Bevölkerung hätten, während andere sich zwar einer hohen Bekanntheit erfreuen, aber in der Bevölkerung mehrheitlich auf Ablehnung stoßen. So wissen etwa praktisch alle Bundesbürger, was eine vege-

ne (96 Prozent) und vegetarische (92 Prozent) Ernährungsweise bedeutet. Doch nur knapp jeder Fünftel (18 Prozent) kann sich mit Veganismus als Ernährungstrend identifizieren. Jeder zweite Bundesbürger (48 Prozent) lehnt vegane Lebensmittel hingegen ab. Beim Thema Vegetarismus halten sich Befürworter des Trends (29 Prozent) und Ablehner (32 Prozent) die Waage. Dies ist das Ergebnis des ersten Teils des „Trendreports Food 2017“, für den das internationale Marktforschungsinstitut YouGov 3.223 Bundesbürger befragte. ■

STATISTIK

Bedarf an Pflege gestiegen

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland hat weiter zugenommen: Ende 2015 waren knapp 2,9 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen – das waren rund 234.000 oder knapp neun Prozent mehr als zwei Jahre zuvor, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte. Etwa drei Viertel (2,08 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden danach zu Hause versorgt, die meisten von Angehörigen (1,4 Millionen). Bei rund 692.000 der Menschen, die in den eigenen vier Wänden betreut wurden, geschah das mit Unterstützung ambulanter Dienste. Gut ein Viertel (783.000) der Pflegebedürftigen lebte in Heimen. Im Vergleich zu 2013 stieg die Zahl vollstationär betreuter Menschen eher unterdurchschnittlich – um 2,5 Prozent oder 19.000 Pflegebedürftige. ■

MEHR INFOS:

www.destatis.de > Presse > Gesundheit

Der Masterplan wird aufgetaut

Anderer Zugang, mehr Praxisnähe, mehr Allgemeinmedizin: Der Gesetzgeber will die Ärzteausbildung reformieren. Fast wäre der „Masterplan Medizinstudium 2020“ gescheitert. Jetzt kommt er doch – ohne verbindliche Landarztquote und Mehrkosten. **Von Florian Staeck**

Ein wichtiges gesundheits- und wissenschaftspolitisches Projekt der Großen Koalition lag Monate auf Eis. Jetzt aber zeichnet sich zwischen Bund und Ländern eine Einigung beim „Masterplan Medizinstudium 2020“ ab. Mit ihm sollen die Weichen im Medizinstudium neu gestellt werden. Das Projekt ist Union und SPD so wichtig, dass sie es 2013 eigens im Koalitionsvertrag verankert haben. Drei Ziele sind darin vorgegeben: Die Auswahl von Medizinstudenten nicht länger nur über die Abiturnote, mehr Praxisnähe im Studium und die Stärkung der Allgemeinmedizin.

Anfang Januar haben die Staatssekretäre der beteiligten Bundes- und Länderministerien ein Kompromisspapier ausgehandelt. Denn schon seit Mitte 2016 lag ein fast in allen Punkten abgestimmtes Maßnahmenpaket vor. Strittig waren bis zum Schluss die für alle Länder verbindliche Landarztquote und die Mehrkosten durch die Studienreform.

Auswahl auch über soziale Fähigkeiten.

Die mehr als 40 Einzelmaßnahmen des bisher strikt vertraulich gehaltenen Masterplans bestätigen, warum das Vorhaben lange umstritten war: Die Reform wird im Medizinstudium kaum einen Stein auf dem anderen lassen. Die Autoren verstecken ihre Ambitionen erst gar nicht: „Mit dem Masterplan stellen wir die Weichen für die Ausbildung der nächsten Medizinergeneration, die den Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens gerecht werden kann.“

Der künftige Nachwuchs soll nicht wie bisher vor allem auf Basis der Abiturnote ausgewählt werden. Zwar soll die Note ein wichtiger Maßstab bleiben. Doch wird den Hochschulen aufgegeben, zusätzlich mindestens zwei weitere Kriterien zu berücksichtigen. Genannt wer-

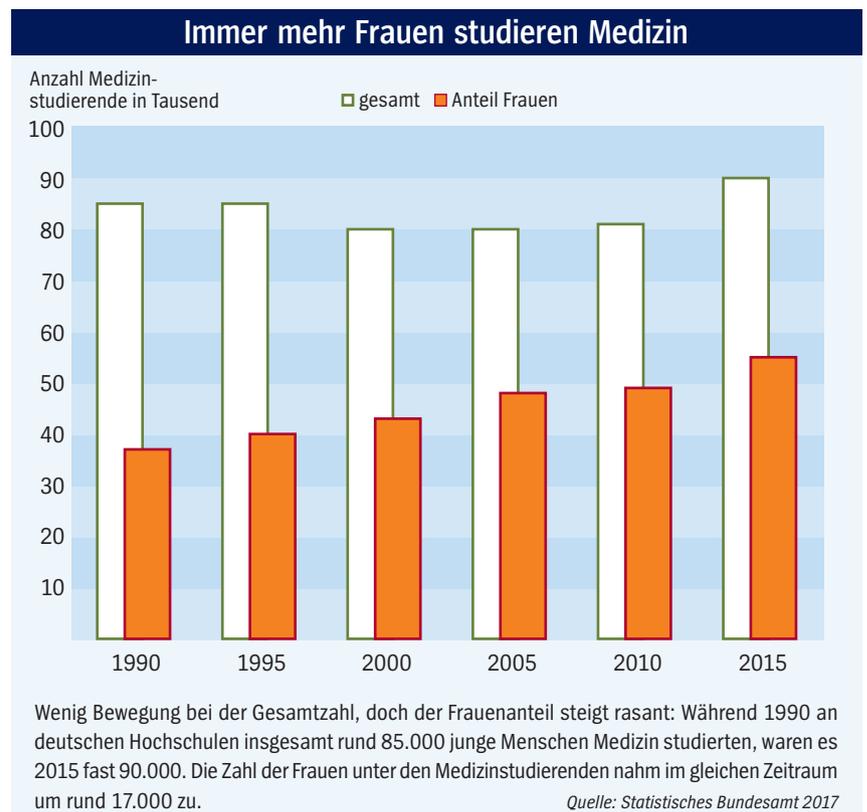
den zum einen die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten. Zum ändern sollen eine vorherige Tätigkeit in medizinischen Berufen sowie ehrenamtliches Engagement bei der Auswahl zählen.

Mit anderen Gesundheitsberufen lernen.

Detaillierte Vorgaben macht der Masterplan bei den Studieninhalten. So müssten im Studium die „Grundlagen für eine gute ärztliche Gesprächsführung“ gelegt werden, da die Kommunikation maßgeblich für die Arzt-Patienten-Beziehung und für den Behandlungserfolg sei. Weil Versorgungsprozesse in einer alternden Gesellschaft komplexer werden und immer häufiger Teamarbeit erfordern, sollen Hochschulen gemeinsame Lehrveran-

staltungen mit anderen Gesundheitsberufen in ihre Curricula aufnehmen.

Seine Brisanz erhält der Masterplan insbesondere durch seinen Mix von wissenschafts- und versorgungspolitischen Zielen. Ausdrücklich wird mit der Studienreform die Absicht verfolgt, die Praxisorientierung im Studienverlauf zu stärken. Das haben die Gesundheitsminister der Länder im Juni 2016 in einem Beschluss begrüßt: Aufgabe der medizinischen Hochschulen müsse es sein, eine „partielle Nejustierung des Verhältnisses von Forschung und Lehre zugunsten einer praxiszugewandten Ausbildung“ vorzunehmen. Das Studium müsse auf eine kurative Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung vorbereiten.



„Nur so kann auch der hohe finanzielle Aufwand, der für ein Medizinstudium erforderlich ist, gerechtfertigt werden.“

An Patientenbedürfnissen orientieren.

Das spiegelt sich an mehreren Stellen: So sollen alle Studierenden am Ende des Studiums anders als bisher obligatorisch auch in der Allgemeinmedizin geprüft werden. Zudem ist eine frühe „konsequente Orientierung am Patienten und seinen Bedürfnissen“ gewünscht. Medizinstudenten sollen nicht nur hochspezialisierte Fälle kennenlernen, sondern auch „ganz alltägliche Erkrankungen“. Dafür wird das Praktische Jahr (PJ), der letzte Abschnitt des Studiums, in vier Quartale anstatt wie bisher in Tertiale aufgeteilt. Innere Medizin und Chirurgie bleiben Pflichtquartale. Hinzu kommen zwei Wahlfächer, davon eines in der ambulanten Versorgung. Schon dieser Kompromiss war in den Verhandlungen heiß umstritten. Insbesondere Studierendenverbände argumentieren, die ohnehin geringen Wahlmöglichkeiten im Studium würden mit der neuen Struktur des PJ weiter eingeengt.

Keine Pflicht zur Landarztquote. Monatlang haben die Landesminister über die Landarztquote gestritten: Die Länder sollten verpflichtet werden, bis zu zehn Prozent der Studienplätze vorab an Bewerber zu vergeben, die sich für mindestens zehn Jahre verpflichten, als Landarzt in schlecht versorgten Regionen zu arbeiten. „Wirksame Sanktionen“ sollten sicherstellen, dass der Bewerber seine Verpflichtungen einhält. Jetzt ist die Landarztquote als Pflicht vom Tisch. In der Vergabeverordnung der Stiftung für Hochschulzulassung soll aber die Möglichkeit verankert werden, ein solches Quorum vorab an designierte Landärzte zu vergeben. Gegen das Vorhaben gab es sowohl praktische wie verfassungsrechtliche Vorbehalte. Kritiker bezweifeln zudem, ob Allgemeinmedizin, versehen mit einem Stigma von Zwang, tatsächlich aufgewertet wird.

Aus der Affäre gezogen haben sich die Gesundheits- und Kultusminister bei der Finanzierung der Mehrkosten für die Studienreform. Die Finanzminister der Länder hatten sich hartnäckig auf den Standpunkt gestellt, die Hochschulen



Seit Juni 2016 lag der „Masterplan Medizinstudium 2020“ auf Eis. Jetzt zeichnet sich ein Kompromiss ab.

könnten die Reform ohne eine Anschubfinanzierung stemmen. Genau so steht es jetzt im Kompromisspapier. Bund und Länder verpflichten sich, den Masterplan „soweit als möglich mit den gegebenen Mitteln und Ressourcen umzusetzen“. Der Zusammenschluss der 37 Medizinfakultäten, die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin sowie Studierendenverbände hatten im November 2016 noch genau davor gewarnt. Sie nannten es kontraproduktiv, wenn die Neustrukturierung des Medizinstudiums zu Sparmaßnahmen führen würde, die „die Lehre und das Betreuungsverhältnis verschlechtern“.

Zahl der Studienplätze nicht erhöht.

Auch bei einer anderen finanzwirksamen Frage haben sich die Autoren des Masterplans weggeduckt: Mehr Studienplätze sehen sie zunächst nicht vor. Tatsächlich hat sich die Zahl der Medizinstudierenden seit Ende der 80er Jahre kaum verän-

dert – obwohl Deutschland wiedervereinigt und die Bevölkerung gealtert ist. Im Jahr 2015 studierten bundesweit knapp 90.000 junge Menschen Medizin, 1990 waren es rund 85.000 (siehe Abbildung auf Seite 14). Nun wollen die Länder lediglich „beobachten“, wie sich die Zahl der Allgemeinärzte entwickelt. Eine Arbeitsgruppe soll dazu erstmals 2020 Bericht erstatten.

Die Bundesärztekammer hat gefordert, die Zahl der Medizinstudienplätze von bisher etwa 10.000 um mindestens 1.000 zu erhöhen. Angesichts des zeitlichen Vorlaufs für Aus- und Weiterbildung sei der „Masterplan Medizinstudium 2020“ tatsächlich ein „Versorgungsplan 2035“. Und ohne zusätzliches Geld für die Hochschulen könnte dem Masterplan ein holpriger Start beschieden sein. ■

Dr. Florian Staeck ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.
Kontakt: Florian.Staeck@springer.com

Großes Stelldichein der Pflege

Kranken- und Pflegeversicherung überschneiden sich an mehreren Stellen. Ob das zum Vor- oder zum Nachteil der Versicherten ist, diskutieren Politiker und Experten beim Deutschen Pfllegetag in Berlin. **Von Thomas Hommel**

Sie sind beide eigenständige Säulen des hiesigen Sozialstaats – und doch gibt es Überschneidungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung. Zu den Schnittstellen gehören etwa der Bereich Rehabilitation und Pflege, das Entlassmanagement, die ärztliche Versorgung im Heim, die Heilkundeübertragung auf Pflegefachkräfte, die Palliativversorgung, die häusliche Krankenpflege und die Pflegeberatung. In all diesen Bereichen ist sowohl der eine wie der andere Versicherungsweig tangiert.

Wenig effektives Nebeneinander? Das ruft Kritiker auf den Plan. Ihr Argument: Das Nebeneinander von Kranken- und Pflegeversicherung sei wenig effektiv, da ähnlich gelagerte Risiken abgesichert würden. Insbesondere bei älteren Versicherten komme es zu Überschneidungen der Ansprüche aus Kranken- und Pflegeversicherung, was es nicht immer einfach mache zu erkennen, wo welche Leistung wie wahrzunehmen ist. Auch auf die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen habe das Nebeneinander Auswirkungen, da Zuständigkeiten mitunter an der einen oder an der anderen Säule enden würden.

Schnittstelle als Herausforderung. Wie gedenkt die Politik mit der Schnittstellenthematik, aber auch anderen Herausforderungen in der Pflege nach der Bundestagswahl umzugehen? Der AOK-Bundesverband will es genauer wissen und nimmt den Deutschen Pfllegetag 2017 vom 23. bis 25. März in Berlin zum Anlass, die im Bundestag vertretenen Parteien auf einer Podiumsdiskussion Position beziehen zu lassen. Dass die Gesundheitsexperten aller vier

Aus dem Programm

■ Planen für die letzte Lebensphase

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 hat der Gesetzgeber die Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe als neue Leistung für gesetzlich Versicherte eingeführt. Inhalte der Beratungsangebote werden derzeit zwischen GKV-Spitzenverband und Vertretern der Einrichtungen verhandelt. Im Rahmen des vom AOK-Bundesverband organisierten Programms werden der Verhandlungsstand beleuchtet und erste Praxisbeispiele vorgestellt.

■ Arbeiten mit den neuen Pflegegraden

Seit Januar 2017 ersetzen fünf neue Pflegegrade die bisherigen Pflegestufen in der Pflegeversicherung. Der Wechsel ist Teil der Pflegereform. Deren Kern ist die Neudefinition von Pflegebedürftigkeit. Sie orientiert sich nicht mehr daran, wie viel Zeit ein Mensch am Tag Hilfe benötigt. Jetzt geht es im Wesentlichen darum, wie selbstständig jemand den Alltag bewältigt und wie viel Unterstützung nötig ist. Gleich zwei Veranstaltungen des AOK-Bundesverbandes beim Pfllegetag widmen sich den mit dem Paradigmenwechsel in der Pflege verbundenen Fragen und Auswirkungen in der Praxis.

■ Leben mit künstlicher Beatmung

Die Zahl künstlich beatmeter Menschen steigt stetig. Haben sich bisherige Versorgungssettings für diese Menschen bewährt? Die vom AOK-Bundesverband angebotene Veranstaltung beim Pfllegetag stellt Ergebnisse von VELA-Regio – ein Grundlagenforschungsprojekt zu Versorgungspfaden und Versorgungsqualität – sowie des Forschungsprojektes SHAPE zur Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung vor.

Informationen & Anmeldung:
www.deutscher-pflegetag.de

Fraktionen zugesagt haben, zeigt: Die Pflege steht auch auf der To-Do-Liste der nächsten Bundesregierung.

„Der Pfllegetag ist die ideale Plattform für den Austausch über die Perspektiven der Pflege“, sagt Martin Litsch, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. Der Verband ist Gründungspartner des Pfllegetages und bietet auch dieses Jahr eine eigene Programmstrecke an. Schwerpunkte bilden die Palliativ- und Intensivpflege sowie Fragen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in die Praxis (*siehe Kasten*). Die Veranstalter des Pfllegetages – der Deutsche Pfllegerat und die Schlütersche Verlagsgesellschaft – erwarten rund 10.000 Teilnehmer. Eröffnet wird die Veranstaltung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), der zugleich Schirmherr ist.

Aufregerthema im Fokus. Das Aufregerthema beim Pfllegetag dürfte der anhaltende Streit um die Reform der Pflegeausbildung sein. Das Bundeskabinett hatte das Gesetz zur Vereinheitlichung der Ausbildungswege zur Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege bereits Anfang 2016 beschlossen. Ziel der sogenannten Generalistik ist es, den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Kritiker befürchten indes, dass die Vereinheitlichung genau das Gegenteil bewirkt und die Hürden für Hauptschüler zu hoch liegen könnten.

Der Entwurf für die Reform war von Gesundheitsminister Gröhe und Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) eingebracht worden. Eine Verabschiedung im Bundestag ist wegen Widerständen vor allem aus der Unionsfraktion bislang nicht zustande gekommen. Auch Kompromissvorschläge waren auf Ablehnung gestoßen. ■

Dauerläufer sind gefragt

Effiziente Kliniken, kompetente Patienten, teamorientierte Profis – hehre Ziele brauchen nicht nur in Deutschland einen langen gesundheitspolitischen Atem, wie beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care deutlich wurde. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Geht das wirklich? Eine nachhaltige Krankenhausreform trotz wechselnder politischer Mehrheiten? Verbunden mit dem Ziel, in weniger Häusern mehr Qualität zu erreichen? Mit genügend Geld für Neu- und Umbauten? Mit zufriedenen Patienten und motiviertem Personal? Das Erstaunen unter den mehr als 500 Besuchern des Jahreskongresses des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) ist mit Händen zu greifen, als Nanna Skovgaard vom dänischen Gesundheitsministerium die krankenhauspolitische Erfolgsgeschichte ihres Landes erzählt.

In der Tat hat die Spitzenbeamtin aus Kopenhagen Botschaften mit nach Berlin gebracht, die aufhorchen lassen. So verfolgen alle dänischen Regierungen seit 2007 das Ziel, bis zum Jahr 2020 die Zahl der Kliniken im Land deutlich zu reduzieren und zugleich insgesamt 16 Neubauten und großflächige Umbauten von bestehenden Hospitälern zu verwirklichen. „Dafür stehen 5,6 Milliarden Euro zur Verfügung, 37 Prozent davon haben wir bislang ausgegeben.“ Wir liegen im Zeit- und Kostenrahmen“, betont Skovgaard und verweist zugleich darauf, dass auch in Dänemark anfangs politisch heftig über das Schließen kleiner regionaler Häuser gestritten worden ist. Doch die Orientierung an Qualitätsdaten und die Aussicht, Geld aus Kopenhagen für neue Kliniken zu bekommen, haben die Kritiker vor Ort verstummen lassen.

Arztnetze als Standard. Das lässt sich gleichfalls über die Managed-Care-Angebote in der Schweiz sagen. Gab es in den 1990er Jahren dort nur einzelne Arztnetze, nehmen heute zwei Drittel aller eidgenössischen Hausärzte an Netzen teil und betreuen dort wiederum zwei Drittel aller Patienten – für Letztere ist dies mit einem Prämiennachlass verbunden. Doch

Managed Care heißt nicht automatisch besser: Jüngste Untersuchungen legten den Schluss nahe, so Peter Berchtold vom Schweizer Forum Managed Care, dass Managed-Care-Patienten mit Diabetes nur etwas besser medizinisch betreut würden als konventionell versorgte Kranke. Berchtold: „Das ist zu wenig gut!“

Arzt zu übermitteln. „Patient Generated Data“ ist für Kathleen Frisbee ein zukunftsträchtiges Konzept.

Teamplayer ausbilden. Doch solche Wege setzen ein Mindestmaß an Gesundheitsbildung voraus: Sowohl Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe („Ich habe



Dicke Bretter muss auch Kathleen Frisbee bohren. Die Managerin der Veterans Health Administration (VHA) in den USA gehört zur Führungscrew einer Organisation, die mit landesweit mehr als 300.000 Beschäftigten in Kliniken, Praxen und Pflegeheimen jährlich 16 Millionen Patienten betreut – allesamt ehemalige Armeeeingetragene. Pflegebedürftigkeit, chronische Erkrankungen, psychische Probleme – die Ausgaben der VHA steigen zwischen 2015 und 2023 voraussichtlich um 62 Prozent.

Gegensteuern will die VHA unter anderem mit E-Health: Neben Arztvisiten per Video und Arzneiverordnungen per E-Rezept gehören dazu automatisierte Messengerdienste, die Hypertoniker per Handy daran erinnern, ihren Blutdruck zu messen und die Werte via sicherem Onlinekanal an den behandelnden

gerne die Schirmherrschaft über den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz übernommen“) als auch Dr. Eckart von Hirschhausen („Wir brauchen Gesundheitsbildung von Kindheit an“) machen sich auf dem BMC-Kongress – G+G gehört zu den Medienpartnern der Veranstaltung – für einen Ausbau der „Health Literacy“ in der Bevölkerung stark. Der Buchautor und Mediziner Hirschhausen schreibt seinen ärztlichen Kollegen zudem ins Stammbuch, künftig patienten- und teamorientierter zu agieren. Letzteres ließe sich aus Sicht von BMC-Vorstandschef Professor Volker Amelung dadurch fördern, dass Mediziner, Pflegekräfte und Therapeuten nicht mehr weitgehend getrennt, sondern möglichst viel gemeinsam lernen: „Wir können nicht Teamplayer erwarten und Einzelkämpfer ausbilden.“ ■

Armut als Pflegerisiko

Der Beginn von Pflegebedürftigkeit ist auch eine Frage des Einkommens: So erkrankten Männer mit niedriger Rente laut einer Studie der AOK Rheinland/Hamburg im Schnitt sechs Jahre früher an Altersdemenz. Von Thomas Hommel

Dass die Lebenserwartung auch vom Einkommen abhängt, ist inzwischen eine Binsenweisheit. Der kürzlich veröffentlichte Pflege-Report 2016 der AOK Rheinland/Hamburg zeigt nun: Auch der Beginn von Pflegebedürftigkeit hängt stark vom sozioökonomischen Status eines Menschen ab. So werden laut Studie der Gesundheitskasse Männer mit einem eher geringen Renteneinkommen im Schnitt sieben Jahre früher pflegebedürftig als Männer, die über ein vergleichsweise gutes Renteneinkommen verfügen.

Dasselbe lässt sich mit Blick auf eine demenzielle Erkrankung feststellen – ihr widmet sich der Report schwerpunktmäßig. Danach erkrankten weniger gut situierte Männer im Schnitt sechs Jahre früher an Demenz als Männer mit hohem Renteneinkommen. Laut Report, für den die AOK umfangreiche Regionaldaten zur Pflegesituation im Rheinland und in Hamburg auswertete, waren Männer mit einem Renteneinkommen von unter 800 Euro bei ihrer ersten Demenzdiagnose im Schnitt 75 Jahre, Männer mit einem Renteneinkommen von über 1.600 Euro dagegen rund 81 Jahre alt.

Experten erklären den Zusammenhang gemeinhin damit, dass Menschen mit besserem Einkommen mehr Wert auf gesunde Ernährung legen und öfter Sport treiben. Das habe auch auf die Gefäße im Gehirn einen positiven Effekt.

Mehr tun in der Prävention. Der Vorstandschef der AOK Rheinland/Hamburg, Günter Wältermann, rief dazu auf, Gesundheitsförderung und Prävention als gesellschaftliche „Querschnittsaufgabe“ weiter auszubauen: „Denn Pflegebedürftigkeit ist beeinflussbar.“ Die Kommunen stünden hier in einer „besonderen Verantwortung“. Gemeinsam mit Bund und Ländern müssten sie für „gesund-



Selbstständig oder hilfebedürftig? Das ist auch eine Frage der Lebensverhältnisse.

heitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen“ sorgen. Die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sei eine vielschichtige Aufgabe, die daher auch von verschiedenen Akteuren in der Gesellschaft zu lösen sei. „Krankenkassen alleine können das nicht schaffen“, so Wältermann.

Vor allem Frauen schultern Pflege. Angehörige, so eine weitere Botschaft der Studie, tragen die Hauptlast der Pflege. In Zahlen ausgedrückt heißt das laut Pflege-Report: Knapp drei Viertel der pflegebedürftigen Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg werden zu Hause versorgt – das Gros von ihnen ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes. Gut 70 Prozent der pflegenden Angehörigen sind weiblich.

Positiv vermerkt der Report, dass die Inanspruchnahme entlastender Leistungen wächst, wobei die Verhinderungspflege – also die vorübergehende Übernahme von Pflege etwa durch einen Pflegedienst oder durch Angehörige oder Nachbarn – mit Abstand am meisten

nachgefragt wird. Jede dritte zu Hause gepflegte Person im Rheinland und in Hamburg nimmt das Angebot in Anspruch. Gleichwohl fühlten sich viele Angehörige überfordert – vor allem dann, wenn sie einen Demenzkranken pflegen müssten, sagte Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg. Etwa 30 Prozent der „Hauptpflegerpersonen“ von an Demenz erkrankten Menschen äußerten sich in diesem Sinne. Der Report zeigt auch: Praktische wie moralische Entlastung bei der Herkulesaufgabe Pflege erfahren am ehesten diejenigen, die durch ein informelles Netzwerk aus Angehörigen, Freunden oder Nachbarn unterstützt werden.

Demenzsensible Versorgung stärken.

Grundsätzlich stelle die steigende Zahl von Demenzkranken das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, sagte Mohrmann. „Wir müssen die Strukturen daher so weiterentwickeln, dass auf allen Versorgungsebenen die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen besser erkannt und berücksichtigt werden können.“ Als Beispiel nannte Mohrmann den Klinikbereich. Laut Pflege-Report leidet bereits jeder sechste Patient, der älter als 60 Jahre ist, an Demenz. „Ein Demenzkranker ist im Krankenhaus keine Ausnahmeerscheinung mehr.“ Die Kliniken hätten sich darauf aber noch nicht ausreichend eingestellt. Leuchtturmprojekte machten vor, wie sich die Häuser „demenzsensibel“ aufstellen könnten. ■

Lesetipp

Pflege-Report 2016. Zur Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Rheinland und in Hamburg; Herausgeber: AOK Rheinland/Hamburg. Bestellung per E-Mail an: gesundheitspolitik@rh.aok.de

Höchste Zeit für Sachlichkeit

Polemik, Schuldzuweisungen, fachlicher Unfug – die Debatte um den Risikostrukturausgleich ist aus dem Ruder gelaufen. Auf einem Symposium der AOK Bayern plädierten Experten deshalb für eine sachlichere Diskussionskultur. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Für Ivor Parvanov ist die Sache klar: Gäbe es bundesweit verbindliche Kodierrichtlinien für Kassenärzte, hätte sich „die ganze unselige Diskussion um das Thema Right-Coding und Upcoding erledigt“. Denn alle niedergelassenen Mediziner müssten dann die Schwere und die Häufigkeit der Erkrankungen ihrer Patienten nach einem einheitlichen System korrekt dokumentieren – so wie es ihre Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken schon seit Jahren tun. Doch leider mache es sich das Bundesgesundheitsministerium beim Thema ambulante Kodierrichtlinien allzu einfach, kritisierte der Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Bayern bei einer Veranstaltung der Gesundheitskasse in München.

Statt einen entsprechenden Vorschlag des Bundesrates aufzugreifen und gesetzlich verbindliche Standards zu schaffen, so Parvanov, verweise das Haus von Hermann Gröhe lieber auf die Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung für das richtige Erfassen von Diagnosen: „So kann man sich auch um die Lösung eines dringenden Problems herumdrücken!“ Der Arbeitgebervertreter unterstrich zudem die Forderung der Gesundheitskasse, künftig nicht mehr nur eine Auswahl, sondern alle Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu berücksichtigen: „Das würde die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erhöhen und die Anreize zur Risikoselektion weiter reduzieren.“

Verwaltungsaufwand geringer. Aus Sicht von Frank Plate hätte das Berücksichtigen aller Erkrankungen zumindest einen ganz praktischen Vorteil: Der Verwaltungsaufwand wäre geringer. Anders als heute, so der Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA), müsste nicht mehr Jahr für Jahr ermittelt werden, welche 80

Krankheiten im Morbi-RSA eine Rolle spielen sollten. Eindringlich warnte Plate darüber hinaus davor, die „überspitzte öffentliche Diskussion“ über die Einflussnahme von Krankenkassen auf die ärztliche Kodierung fortzusetzen. Diese schade dem Ansehen der Kassen, der Mediziner und des Morbi-RSA gleichermaßen. Plate: „Wir sollten zu einer sachlichen Atmosphäre zurückkehren.“



Für Professor Dr. Jürgen Wasem gleicht die Debatte um Schummeleien im Morbi-RSA sogar einer „Schlammschlacht“. Angesichts zahlreicher Gutachten und Gegengutachten zum Kassenausgleich zeigte sich der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA erfreut darüber, dass „die Politik rein interessengeleiteter, sachlich falscher Polemik nicht

nachgegeben“ habe und erneut den Beirat mit einer Gesamtevaluation des Morbi-RSA beauftragt hat.

Zu den interessengeleiteten Äußerungen dürfte für Wasem die Behauptung zählen, dass im RSA die Erkrankungsschwere von Erwerbsminderungsrentnern (EMR) doppelt berücksichtigt werde: „Das ist schlicht Unfug!“ Ohne gesonderte EMR-Zuschläge würden die Krankenkassen vielmehr zu wenig Geld für diese überdurchschnittlich kranke Personengruppe erhalten.

Rahmen neu setzen. Mit Blick auf eine ebenfalls diskutierte Regionalisierung des Morbi-RSA machte Professor Dr. Klaus Jacobs vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) den Vorschlag, auch für bundesweit agierende Kassen regionalspezifische Zusatzbeitragssätze zuzulassen. Jacobs betonte zugleich, dass sich nicht alle Probleme im Kassen-Wettbewerb durch eine RSA-Reform lösen ließen: „Die Politik muss den wettbewerblichen Rahmen für die Kassen insgesamt weiterentwickeln, etwa im Hinblick auf aufsichts- und haftungsrechtliche Fragen.“

Einkommensausgleich zentral. Eine Lanze für den heute bestehenden Einkommensausgleich im Rahmen des Gesundheitsfonds brach Matthias Jena. Der vollständige Ausgleich der unterschiedlich hohen Löhne und Gehälter zwischen den Krankenkassen sei so etwas wie der „siamesische Zwilling“ des Morbi-RSA. Jegliche Verringerung des Einkommensausgleichs, warnte der Verwaltungsratsvorsitzende (Versicherte) mit Blick auf entsprechende Forderungen anderer Kassen, würde Anreize zur Risikoselektion zugunsten von Gutverdienern setzen und wäre eine „eklatante Verletzung des Solidarprinzips“. ■

Gemeinsam verbindlich vorbeugen

Die AOK-Gemeinschaft hat ihr präventives Risiko- und Haftungsmanagement weiterentwickelt – verbindliche Transparenz und Prävention gewährleisten die Stabilität des Haftungsverbundes. **Von Wigbert Tocha**

Mit der Weiterentwicklung ihres Risiko- und Haftungsmanagements kann die Gesundheitskasse ein Versprechen abgeben: „Keine AOK wird zum Problemfall für die gesetzliche Krankenversicherung und für die Politik. Wir betreiben effiziente Haftungsprävention“, sagt Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Die AOK bewahrt ihre Autonomie und zeigt ihre Handlungsfähigkeit.“



Fit für den Wettbewerb: Die AOK stärkt ihr Risiko- und Haftungsmanagement.

des AOK-Bundesverbandes festgeschrieben und vom Erweiterten Vorstand (EVS) sowie vom Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes beschlossen worden ist.

„Die AOK stärkt damit ihre Gemeinschaft und gleichzeitig die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit aller AOKs, die jetzt noch besser auf mögliche Stresssituationen vorbereitet sind“, so Kathrin Hayn, Geschäftsführerin Finanzen beim AOK-Bundesverband. Konzeptionell

Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit festgestellt, greift Stufe 1, in der die betreffende Kasse vereinbarte Maßnahmen aus eigener Kraft umsetzt.

Strukturhilfen als ultima ratio. Stufe 2 leitet, wenn notwendig, die Systemunterstützung ein: Ein vom EVS eingesetzter Lenkungsausschuss begleitet mit Unterstützung von Experten der AOK-Gemeinschaft das Management der betreffenden AOK mit einem verbindlichen Umsetzungsplan. „Dabei ist es das erklärte Ziel der AOK-Gemeinschaft, durch rechtzeitiges und gemeinschaftliches Handeln die Notwendigkeit von finanziellen Hilfen gar nicht erst entstehen zu lassen“, betont Jens Martin Hoyer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Seine Empfehlung: „Alle Kassenarten als Haftungsverbünde sollten ihre Hausaufgaben machen, statt dies mit der Debatte um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu verbinden.“ Denn dessen Aufgabe sei es, so Hoyer weiter, Solidarität zwischen den Versicherten und Beitragszahlern sicherzustellen, nicht jedoch zwischen Kassen und Kassenarten.

Kann trotz aller präventiven Maßnahmen eine Notlage nicht behoben werden, können die AOKs als ultima ratio freiwillig Strukturhilfen leisten. Diese, in der Vergangenheit in der AOK-Gemeinschaft erfolgreich angewandten Regelungen wurden jetzt weiterentwickelt und insbesondere in Bezug auf die Aufbringung der erforderlichen Mittel für die Strukturhilfen und in Anlehnung an die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes konkretisiert. ■

Die Haftungsprävention wird durch eine gesellschaftsvertragliche Regelung ermöglicht, die durchweg auf einer freiwilligen Mitwirkung der Gesellschafter beruht. Hintergrund ist die Regelung nach Paragraph 265b des Fünften Sozialgesetzbuches, nach der die Mitgliedskassen einer Kassenart in einem „Haftungsverbund“ zusammengeschlossen sind. Der Paragraph soll greifen, sobald eine Krankenkasse in Schieflage gerät. Bei mangelnder kassenarteninterner Unterstützung organisiert der GKV-Spitzenverband kassenartenübergreifende Hilfen. Funktioniert auch das nicht – wie im Jahr 2011 im Fall der City BKK – wird eine Kasse geschlossen.

Standards fürs Controlling. Alle elf AOKs haben sich auf das wegweisende Regelwerk geeinigt, das im Gesellschaftsvertrag

setzt die Haftungsprävention bereits frühzeitig mit einem strukturierten und standardisierten Risikocontrolling innerhalb des AOK-Systems an. „Derzeit haben wir finanziell stabile Zeiten. Keine AOK befindet sich in einer kritischen Situation. Das ist ein optimaler Zeitpunkt, um vorzusorgen und das Regelwerk sowie die erforderlichen Strukturen einzuführen“, betont Hayn.

Stufenmodell findet Anwendung. Das Regelwerk ist ein Stufenmodell, das auf Transparenz und gegenseitigem Vertrauen beruht. Und so funktioniert es: Stufe 0 sieht die kontinuierliche Sicherstellung einer umfassenden Transparenz auf der Grundlage von Kennzahlen vor. Wird nach einem abgestimmten Verfahren durch den EVS die Gefährdung der Leis-

Wigbert Tocha ist Chef vom Dienst bei der AOK-Mitarbeiterzeitung :intro.

„Krieg und Flucht verarbeiten“

Viele Kinder und Jugendliche, die aus Kriegsgebieten geflüchtet sind, haben psychische Störungen, weiß **Birgit Möller**. Die Psychologin leitet eine Spezialambulanz am Uniklinikum Münster, wo traumatisierte Mädchen und Jungen Hilfe bekommen.

Frau Dr. Möller, wie verbreitet sind psychische Erkrankungen unter geflüchteten Kindern und Jugendlichen?

Möller: Rund ein Drittel bis die Hälfte der unbegleiteten Kinder, die neu im Fluchtland ankommen, hat nach Ergebnissen einer Studie von 2016 eine Posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS. Sie leiden unter wiederkehrenden Erinnerungen, die zu hoher Erregung führen, und vermeiden deshalb bestimmte Situationen. Wenn beispielsweise zu Silvester die Böller knallen, kann das die Kinder an Schießereien erinnern. Kinder, die gemeinsam mit ihren Eltern flüchten, haben ebenfalls hohe Level von traumatischem Stress, emotionale Symptome oder PTBS. Studien weisen daraufhin, dass 40 bis 50 Prozent der Kinder Alpträume und Schlafstörungen haben.

Wer kommt in die psychotherapeutische Spezialambulanz?

Möller: Zu uns kommen überwiegend minderjährige unbegleitete Flüchtlinge, da ihre Betreuer geschult darin sind, psychische Symptome zu erkennen. Wir hatten kurz nach Öffnung unserer Sprechstunde im August 2016 über 100 Anmeldungen. Mit der Förderung vom Bundesgesundheitsministerium bauen wir ein Netzwerk auf, das wir nutzen, um unser Angebot vorzustellen. Wir kooperieren beispielsweise mit Jugendämtern oder Schulen, um möglichst frühzeitig Wege zu finden, belasteten Kindern und Jugendlichen Unterstützung zukommen zu lassen.

Wie helfen Sie den Kindern?

Möller: Unser Angebot reicht von Diagnostik über Krisenintervention, ambu-

lante Psychotherapie bis hin zu teilstationärer und stationärer Behandlung. Für einen 17-jährigen unbegleiteten Jungen aus Afghanistan, der psychisch zusammenbricht, weil er Angst hat, abgeschoben zu werden, würde beispielsweise eine Krisenintervention helfen, ihn zu stabilisieren und aufzufangen. Bei Familien,

chen kreative Ansätze in der Therapie: Bei einem afghanischen Kind arbeite ich möglicherweise mit einer Großfamilie zusammen, weil ich deren Lebensart Rechnung tragen möchte. Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge haben vielleicht ein gefühltes familiäres Umfeld – dann sitzen hier Onkel oder Vettern.



Wir müssen wissen, wie es ist, in einer Sammelunterkunft zu leben.

Birgit Möller

die nach ihrer Flucht kaum in der Lage sind, über das Geschehene zu reden, geht es darum, ein Gespräch in Gang zu bringen. Wenn jemand dauernd traumatische Erlebnisse vor Augen hat, bieten wir eine psychotherapeutische Behandlung an.

Inwiefern unterscheidet sich die Spezialambulanz von anderen psychotherapeutischen Angeboten?

Möller: Wir brauchen Dolmetscher. Eine gute Übersetzung ist Grundlage unserer Arbeit. Wir tauschen uns mit den Dolmetschern auch über kulturelle Besonderheiten aus. Wir müssen uns mit der Bedeutung von Flucht und Migration auskennen: was es heißt, die Heimat zu verlieren und in der Fremde Bedingungen vorzufinden, die extrem schwierig sind. Wir müssen wissen, wie es ist, in einer Sammelunterkunft zu leben. Wir brau-

Woher nehmen Sie Ihre Motivation?

Möller: Es bereichert mich, so viele Menschen unterschiedlicher Herkunft kennenzulernen. Wir leisten einen kleinen Beitrag zur Friedensbereitschaft, wenn wir geschützte Räume zur Verarbeitung von Krieg und Flucht bieten. Wenn sich Menschen ihren Gefühlen stellen, wenn sie Krieg und Flucht in die Biografie integrieren, können sie friedlichere Wege des Umgangs miteinander finden. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Dr. **Birgit Möller** ist leitende Psychologin der psychotherapeutischen Spezialambulanz für Flüchtlingskinder in Münster, die sie mit Prof. Georg Romer initiiert hat. Das Bundesgesundheitsministerium fördert das Projekt mit 104.000 Euro. [Birgit.Moeller@ukmuenster.de](mailto:birgit.moeller@ukmuenster.de)



Reformen in der Reifeprüfung

Schwarz-Rot hat schweren Boden beackert und will zur Wahl die Ernte einfahren.

Kai Senf schaut auf den Ertrag der Reformen: Ein gutes Gewicht hat der Risikostrukturausgleich, die Vorgaben zur Klinikqualität müssen nachreifen und das Feld der Digitalisierung sieht der AOK-Experte brachliegen.

Die Legislaturperiode neigt sich dem Ende zu – Zeit, die gesetzgeberische Arbeit der vergangenen vier Jahre zu bilanzieren. In der Gesundheitspolitik hat die Große Koalition keinen Bereich ausgelassen: Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen, Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Prävention und Pflegeversicherung – Fleiß hat der Gesetzgeber bewiesen. Je nach Betrachter fallen die Noten für die Reformen aber höchst unterschiedlich aus. Die Koalition wird sich für ihre Gesundheitspolitik das Prädikat „besonders wertvoll“ geben. Die Opposition und die Interessengruppen gehen mit den Gesetzesänderungen hart ins Gericht. Schließlich geht es um rund 230 Milliarden Euro (2017), die die GKV für

medizinische Leistungen und Infrastruktur jährlich zur Verfügung stellt. Alle Beteiligten wollen ein möglichst großes Stück vom Kuchen abhaben. Mancher Reform geben sie deshalb nicht einmal ein „zufriedenstellend“. Aber welches Zeugnis hat die Große Koalition für ihre Gesundheitspolitik wirklich verdient?

Das Gesundheitswesen ist kein Feld für Radikalreformen. Schrittinnovationen sind auch im Sinne von Planbarkeit und Versorgungssicherheit angezeigt. Entscheidend sind deshalb die großen Linien – sie müssen zielgerichtet auf mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit zulaufen. Die Große Koalition hat fast jedes ihrer Reformwerke mit den Zusätzen „Stärkung“ oder „Weiterentwicklung“ versehen. Sind die Reformen ihren Namen wert? Und vor allem: Welche Vorteile haben Versicherte, Patienten und Beitragszahler davon?

Überschuss ist auf Sand gebaut. Das Jahr 2016 endete mit einer guten Nachricht für Gesundheitsminister Hermann Gröhe und die Große Koalition: Die GKV verzeichnete in den ersten drei Quartalen einen Überschuss von rund 1,55 Milliarden Euro. Der Gesamtüberschuss für das Jahr 2016 wird, wenn im März die Jahresbilanz vorliegt, wohl in einer ähnlichen Größenordnung liegen. Für das Wahljahr 2017 rechnet das Bundesgesundheitsministerium mit einem ausgeglichenen Wachstum von Ausgaben und Einnahmen und hat den von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrag unverändert bei 1,1 Prozent belassen.

Die gute Kassenlage entpuppt sich bei genauerem Hinsehen jedoch als auf Sand gebaut. Die strukturelle Lücke zwischen den Einnahmen und den Ausgaben in der GKV ist nach wie vor eine Baustelle. Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben wird zwar in diesem Jahr wegen der guten Arbeitsmarktlage nicht weiter auseinanderdriften. Zudem werden die teuren Reformen der Großen Koalition erst in den Folgejahren wirksam. Spätestens 2018 wird aber eine vollkommen andere Situation eintreten: Dann schlagen die Mehrausgaben für Ärzte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Kliniken vollständig durch. Für das Wahljahr hat sich die Koalition außerdem an den Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds bedient. Auch diese 1,5 Milliarden Euro werden 2018 nicht mehr zur Abmilderung des Preisdrucks zur Verfügung stehen.

Die Große Koalition hinterlässt den Beitragszahlern also eine gewaltige Hypothek. Die Leistungsausgaben sind in der laufenden Wahlperiode um rund 40 Milliarden Euro gestiegen. Die Rücklagen des Gesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenkassen sind seit 2013 um mehr als zehn Milliarden Euro geschrumpft. Die Reformgesetze enthalten kaum Instrumente, die dem Ausgabenanstieg entgegenwirken. Auch bei gleichbleibend guter Konjunktur- und Arbeitsmarktlage läuft die GKV

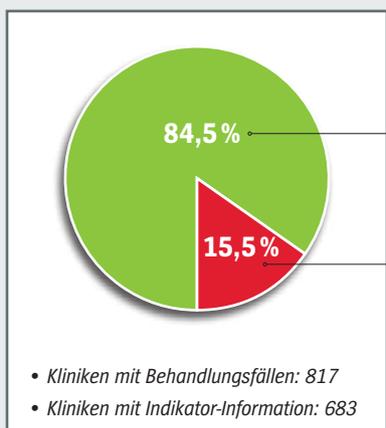
zum Antritt der neuen Bundesregierung in ein Bilanzdefizit, dass die Versicherten über höhere Zusatzbeiträge gegenfinanzieren müssen – wenn die neue Bundesregierung nicht gegensteuert.

Wettbewerb in sozialpolitisch erwünschten Bahnen. Probates Mittel gegen Ineffizienzen im Gesundheitswesen ist der Wettbewerb. Mehr Wahlfreiheit für Versicherte, mehr Beitragsgerechtigkeit und mehr Wirtschaftlichkeit durch Wettbewerb in der GKV war schon das Ziel des Lahnstein-Kompromisses, den CDU/CSU und SPD Anfang der 1990er Jahre geschlossen hatten. Solidarsystem und Wettbewerb – das klingt zunächst nach unüberbrückbaren Gegensätzen. Um sie zu vereinen, muss der Gesetzgeber den Wettbewerb der Krankenkassen in sozialpolitisch gewünschte Bahnen lenken. Krankenkassen dürfen keine Anreize haben, ihre Wettbewerbsposition durch Risiko-selektion zulasten einzelner Versichertengruppen zu verbessern. Gleichzeitig muss die Politik Impulse für effizientes Handeln der Krankenkassen setzen, um die Kraft des Wettbewerbs für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsangebote zu nutzen. Kosten- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen muss sich lohnen.

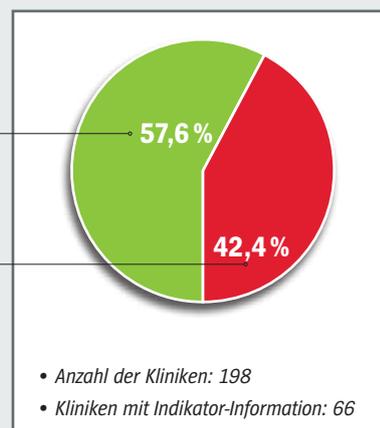
Der Risikostrukturausgleich (RSA) und der vollständige Einkommensausgleich sind die Grundvoraussetzungen für die Symbiose von Solidarsystem und Wettbewerb. Auch wenn einzelne Krankenkassen oder Verbände, die noch bis vor wenigen Jahren von ungleichen Ausgangsbedingungen im Wettbewerb profitiert haben, die historischen Fakten umdeuten: Es geht nicht um ein „fares“ Ergebnis im Wettbewerb der Krankenkassen, indem unterschiedliche Geschäftsmodelle über einen Finanzausgleich nivelliert werden. Zentrale normative Ziele des Risikostrukturausgleichs sind gleiche und damit faire Ausgangs-

Brustkrebs-Operationen: Fallzahl beeinflusst die Qualität

Alle Kliniken mit Brustkrebs-OPs



Kliniken mit weniger als acht Brustkrebs-OPs pro Jahr



Beim Thema Klinikqualität müssen dringend weitere Reformschritte folgen, wie das Beispiel Brustkrebs zeigt: Die Qualität von Brustkrebs-Operationen lässt sich unter anderem daran ablesen, ob die Diagnose bei mindestens 90 Prozent der Patientinnen vor dem Eingriff über eine Gewebeprobe gesichert wird („prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“). Nur 60 Prozent der Kliniken mit weniger als acht Brustkrebs-Operationen pro Jahr erreichen dieses Qualitätsziel – im Durchschnitt aller Kliniken sind es hingegen 85 Prozent.

Quelle: Qualitätsmonitor 2017/AOK-Mediendienst

bedingungen für wettbewerblich handelnde Krankenkassen und ein funktionierender Wettbewerb, der Risikoselektion zulasten der Versicherten ausschließt.

Risikostrukturausgleich funktioniert so gut wie nie zuvor. Gemessen an dieser Funktion erfüllen RSA und vollständiger Einkommensausgleich heute die sozialpolitische Zielsetzung so zielgenau wie zu keiner Zeit davor. Seit Lahnstein wurde der RSA kontinuierlich verbessert. Auch die Große Koalition hat mit ihrer Finanzreform 2014 an dieser systematischen Weiterentwicklung gearbeitet. Die Überleitung des vollständigen Einkommensausgleichs auf den neuen, prozentualen Zusatzbeitrag und die Beseitigung des Konstruktionsfehlers bei der Berechnung der Morbiditätszuschläge für alte und schwerkranke Menschen hat die Zielgenauigkeit der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhöht. Der Gesetzgeber hat die Anreize für Risikoselektion weiter abgebaut und die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenkassen gestärkt. Ein dickes Plus auf der Habenseite – nicht nur für die politisch Verantwortlichen, sondern auch für die gesetzlich Versicherten.

Dennoch steht außer Frage, dass der RSA kontinuierlich weiterentwickelt und seine Zielgenauigkeit auf Versichertenebene weiter verfeinert werden muss. Die Begrenzung der Zahl der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten beispielsweise ist ein Relikt aus der Übergangszeit zum morbiditätsorientierten Ausgleich. Auch flankierende Maßnahmen, wie verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Diagnosen in der ambulant ärztlichen Versorgung sind notwendig, um die Datengrundlage für die RSA-Zuweisungen zu verbessern. Alle Schritte zur RSA-Weiterentwicklung müssen allerdings auf Basis wissenschaftlich belastbarer Erkenntnisse erfolgen, mit dem Ziel, die Krankheitslast auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen noch besser als bisher abzubilden und gleichzeitig die Anreize für wirtschaftliches Handeln der Krankenkassen zu stärken.

Die Große Koalition war klug beraten, auf diesem Reformpfad weiterzugehen. Bundesgesundheitsministerium und Regierungskoalition haben Weitsicht bewiesen, indem sie ein Sondergutachten in Auftrag gegeben haben, dass im Herbst 2017 die wissenschaftliche Grundlage für die Weiterentwicklung des RSA liefern wird. Mit dem Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt hat sie jene Instanz beauftragt, die die höchste wissenschaftliche Reputation hat. Dieses Gutachten und das klare politische Ziel, Risikoselektion zulasten von Versichertengruppen auszuschließen und gleichzeitig den Wettbewerb der Krankenkassen zu fördern, sind eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung des RSA in der kommenden Legislaturperiode.

Im Versorgungswettbewerb mehrere Schritte zurück. So konsequent die Große Koalition die Anreize für wettbewerbliches Handeln der Krankenkassen gestärkt hat, so kraftlos waren ihre Aktivitäten, die damit gesetzten Impulse auch im Versorgungsalltag ankommen zu lassen. Statt wirkungsvolle Ansätze für mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung weiter auszubauen, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen wichtige kollektiv- und selektivvertragliche Instru-



Der Gesetzgeber hat die Anreize für Risikoselektion weiter abgebaut.

mente aus der Hand geschlagen oder bis zu Funktionslosigkeit beschnitten. Die Schwächung der Verhandlungsposition der Krankenkassen in der Arzneimittel-Nutzenbewertung, die Abschaffung der Zytostatika- und Impfstoffausschreibungen, Einschränkungen bei Rabattverträgen für generische Arzneimittel, im Hilfsmittelvertragsrecht und bei Heilmittelpreisverhandlungen sprechen nicht für ein konsequentes ordnungspolitisches Leitbild. Hier steht altes Denken vor sinnvoller Weiterentwicklung von Wettbewerbsstrukturen. Jüngster Beleg ist die Diskussion um den Arzneimittelversandhandel und die reflexhaften Verbotspläne, sobald nur Ansätze von Wettbewerb die festgefahrenen Anbieterstrukturen aufzubrechen drohen.

Auch der mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeführte und mit zusätzlichen Beitragsgeldern finanzierte Innovationsfonds ändert nichts Wesentliches an der Tatsache: Die wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens stößt in der Politik an Akzeptanzgrenzen, wenn innovative Ideen zu qualitativ hochwertigeren oder kostengünstigeren Versorgungsangeboten führen – und in der Folge Leistungsanbieter ausschließen, die diese Standards nicht erreichen. Die vergangenen vier Jahre waren hier kein Fortschritt, sondern mehrere Schritte zurück.

Qualitätsdefizite sind inakzeptabel und skandalös. Der Qualitätsmonitor 2017, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK und dem Verein Gesundheitsstadt Berlin, deckte deutliche Mängel in der stationären Versorgung auf. So zeigte er, dass in etwa 40 Prozent der Kliniken, die Herzinfarktpatienten versorgen, kein Linksherzkatheterplatz zur Verfügung steht, obwohl dies Behandlungsstandard bei akuten Infarkten ist. Rund zehn Prozent aller Herzinfarkte pro Jahr, also knapp 22.000 Patienten werden damit nicht optimal versorgt. Auch

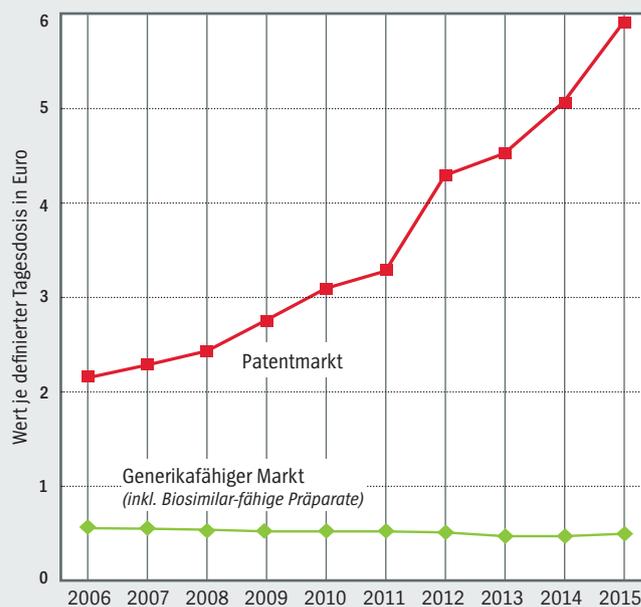
bei der Qualität von Brustkrebs-Operationen belegt der Monitor Defizite: Ein Viertel der deutschen Kliniken versorgte 2014 demnach weniger als acht Brustkrebspatientinnen (siehe Abbildung „Brustkrebs-Operationen: Fallzahl beeinflusst die Qualität“ auf Seite 24). Die Deutsche Krebsgesellschaft empfiehlt jedoch, dass ein Krankenhaus mindestens 100 Patientinnen pro Jahr versorgen sollte, um über ausreichende Erfahrung zu verfügen. Beide Ergebnisse stehen exemplarisch für viele Bereiche des Gesundheitswesens. Derartige Qualitätsdefizite in einem milliarden schweren Medizinbetrieb sind nicht nur aus Sicht der individuell betroffenen Patienten inakzeptabel und skandalös.

Klinikumbau eingeleitet. Die Große Koalition hat auf diese Mängel reagiert und mit der 2015 verabschiedeten Krankenhausreform erste Schritte für einen qualitätsorientierten Umbau der Klinikstrukturen eingeleitet. Zwar ist die Reform mit Strukturfonds, Pflegestellenförderprogramm und Zusatzlastungen bei der Betriebskostenfinanzierung zunächst ein gigantisches Klinikförderprogramm, dass der GKV jährlich rund zwei Milliarden Euro Mehrkosten beschert. Doch birgt sie einiges an Potenzial, die Kliniklandschaft qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Entscheidend wird sein, wie Bund, Länder und Selbstverwaltung die gesetzlichen Vorgaben zu den Mindestmengen für ausgewählte Indikationen, die Entwicklung qualitätsorientierter Zu- und Abschläge bei der Krankenhausvergütung sowie von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung in den kommenden Monaten konkret ausgestalten und in der Praxis umsetzen. Sollten hier gesetzliche Vorgaben verwässert und Fristen nicht eingehalten werden, muss die kommende Regierung hart eingreifen. Die verbindliche Umsteuerung darf nicht am Widerstand einzelner Interessengruppen scheitern.

Reformbedarf bei Medizinprodukten. Keine Vergütung ohne die Einhaltung verbindlicher Versorgungsstandards – dieses Primat von Qualität und nachgewiesenem Nutzen von Behandlungsmethoden muss in allen Leistungssektoren gelten. Mit neuen Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie mit der Neuausrichtung des Hilfsmittelverzeichnisses auf Qualitätskriterien hat die Große Koalition in zwei anderen wichtigen Bereichen des Gesundheitswesens einen Reformprozess eingeleitet, der Hoffnung macht. Auch hier gilt es, die Umsetzung in der kommenden Wahlperiode genau zu beobachten. Die Politik muss ihren Umsetzungswillen gegebenenfalls manifestieren.

Reformbedarf für die künftige Bundesregierung zeichnet sich allerdings schon heute bei Arzneimitteln und Medizinprodukten ab. Hochrisiko-Medizinprodukte wie beispielsweise künstliche Hüftgelenke bergen nicht weniger potenzielle Gefahren als Arzneimittel, Flugzeuge oder Autos. Dennoch dürfen sie in Deutschland ohne belastbare Studien und ohne Zulassung zum Einsatz kommen. Auch die im vergangenen Jahr beschlossene EU-Verordnung ändert daran nichts. Nach den Brüsseler Vorgaben ist künftig weder eine zentrale und unabhängige Zulassungsstelle vorgesehen, noch müssen sich Medizinprodukte einer Nutzenbewertung vor Markteintritt unterziehen. Bei der EU-Verordnung für Medizinprodukte haben sich die Patienten-

Patent-Arzneien werden immer teurer



Während der Wert der Tagesdosis von Nachahmerpräparaten (Generikafähiger Markt) von 2006 bis 2015 nahezu gleich geblieben ist, veränderten sich die Preise im Patentmarkt rasant: Der Wert einer Tagesdosis hat sich hier im gleichen Zeitraum mehr als verdoppelt. Ohne weitere Reformschritte droht eine Kostenlawine.

Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2016/WIdO

interessen nur an wenigen Stellen wirksam durchsetzen können. Mit Blick auf die Patientensicherheit sind weitere vier Jahre nutzlos vergangen, denn der deutsche Gesetzgeber hätte hier in nationaler Kompetenz handeln können. In der kommenden Wahlperiode muss daher eine Reform, zusätzlich zur EU-Regelung, auf die Agenda und eine generelle Nutzenbewertung für Medizinprodukte als Zugangsvoraussetzung für die Erstattungsfähigkeit in der GKV eingeführt werden.

Arzneireform bleibt hinter den Möglichkeiten zurück. Blaupause dafür ist das etablierte Verfahren zur Nutzenbewertung für neue Arzneimittel. Sechs Jahre nach der Einführung hat sich das Qualitätssicherungsinstrument für neue, patentgeschützte Arzneimittel bewährt. In mehr als 200 Bewertungsverfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bei rund jedem zweiten Arzneimittel (57 Prozent) einen Therapiefortschritt gegenüber bestehenden Behandlungsalternativen festgestellt. Insofern ist es zu begrüßen, dass die GBA-Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung nach dem aktuell im Parlament beratenen Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz in die Praxissoftware der Vertragsärzte überführt werden sollen. Noch immer verschreiben Ärzte aufgrund mangelnder Informationen häufig neuartige Arzneimittel, obwohl diese gegenüber Alternativpräparaten kaum oder keinen Zusatznutzen für die Patienten haben.

Umso unverständlicher ist es, dass das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz an dieser Stelle stehen bleibt, und die

Nutzenorientierung der Arzneimittelversorgung – trotz rasanter Kostenschübe, insbesondere bei neuen und teuren Arzneimitteln – sogar in die entgegengesetzte Richtung zurückdreht (siehe Abbildung „Patent-Arzneien werden immer teurer“ auf Seite 26). Die Zytostatika-Belieferung über Direktverträge mit den Krankenkassen wird abgeschafft. Damit gehen die darin verbindlich vereinbarten, im Vergleich zur Regelversorgung höheren Qualitätsstandards in der Lieferkette verloren. Die Erstattungsbeträge für Arzneimittel ohne Zusatznutzen müssen sich künftig nicht mehr zwingend an den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientieren. Das verursacht Mehrkosten ohne einen Mehrnutzen für Patienten. Im laufenden Gesetzgebungsverfahren drohen weitere Regelungen, die das Nutzenbewertungsverfahren aufweichen. Das zeigt die Debatte im Bundesrat um die Einführung einer Clearingstelle in der frühen Nutzenbewertung oder die verpflichtende Einführung von Mehrfachvergäben bei den Generika-Rabattverträgen.

Den Grundstein für das Gesetz haben Vereinbarungen zwischen Bundesregierung und Pharmaindustrie gelegt. Wesentlich gravierendere Forderungen zulasten der GKV standen in diesem sogenannten Pharmadialog im Raum. Auch wenn diese Wunschliste nicht vollständig umgesetzt wurde, hat die Koalition durch die einseitige Ausrichtung auf Industrieinteressen die große Chance vertan, die Arzneimittelversorgung nutzenorientiert weiterzuentwickeln. Um den Marktzugang und das Verordnungsgeschehen noch stärker als bisher auf den unmittelbaren Patientennutzen auszurichten, wären zumindest alle neuen Arzneimittel für seltene Erkrankungen und patentgeschützte Präparate des Bestandsmarktes einer frühen Nutzenbewertung zu unterziehen. Darüber hinaus hätten Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren behoben werden können, um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu gewährleisten. Unbeantwortet ist auch weiterhin die Frage, welcher Preis für Arzneimitteln ohne Mehrnutzen für die Patienten angemessen ist und ob diese überhaupt durch die GKV erstattet werden sollten.

Gesetze bleiben teures Stückwerk. Die Große Koalition hat in den vergangenen vier Jahren in der Gesundheits- und Pflegepolitik einige dicke Bretter gebohrt. Versicherte und Patienten profitieren in wichtigen Versorgungsbereichen von besseren und umfangreicheren Leistungen. Mit dem Pflegereformpaket hat der Gesetzgeber eine Gerechtigkeitslücke für viele Pflegebedürftige und deren Angehörige geschlossen. Weitere Beispiele für einen echten Mehrnutzen sind bessere Leistungen in der Hospiz- und Palliativversorgung, das verpflichtende Entlassmanagement im Krankenhaus, das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung und die Terminservicestellen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Große Koalition hat mit dem RSA das Fundament für den Kassenwettbewerb gestärkt, mit dem Rückbau von Vertragsinstrumenten aber die Potenziale des Versorgungswettbewerbs nicht genutzt. Sie hat erste Pflöcke für mehr Qualität und mehr Transparenz im Krankenhaus, in der Pflege und in der Hilfsmittelversorgung eingeschlagen. Ob diese Pflöcke halten, wird die Umsetzung in den kommenden Monaten zeigen.

Insgesamt aber bleiben die Reformen teures Stückwerk, weil ein Großteil der damit verbundenen Mehrkosten von drei bis vier Milliarden Euro pro Jahr ohne Mehrwert für die GKV-Versicherten in den Versorgungsstrukturen versickern wird. Der Großen Koalition ist es in den vergangenen vier Jahren nicht ausreichend gelungen, sich vom Dogma „Wer kann, der darf“ zu lösen. Die Untergangsrhetorik der Leistungsanbieter ist immer noch ein erfolgreiches Stilmittel in der politischen Auseinandersetzung, wenn es darum geht, Strukturveränderungen zu verhindern. Politische Entscheidungsträger reagieren darauf zu oft mit finanziellen Beruhigungspillen, wie die Krankenhausreform zeigt.

Die künftige Bundesregierung steht vor der Aufgabe, die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen in der GKV zu schließen. Ein einfaches Durchreichen an die Versicherten über den Zusatzbeitrag oder durch Kompensation aus dem Gesundheitsfonds ist nicht mehr möglich, denn das angesparte Geld ist bereits ausgegeben. Chancen eröffnet die Stärkung des Wettbewerbs um die bestmögliche Qualität in der Versorgung.

Klare Regeln für digitale Innovationen. Eine weitere große Baustelle ist die digitale Transformation im Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber hat hier wertvolle Zeit verstreichen lassen. Daran ändert auch das eHealth-Gesetz nichts, das den Entwicklungen in der digitalen Welt hilflos hinterherläuft. Mit einem eHealth-Gesetz 2.0 muss der Gesetzgeber die Gestaltungshoheit wieder an sich ziehen. Die Entscheidungsstrukturen bei der Einführung einer sicheren und für alle verbindlichen Telematikinfrastruktur müssen reformiert werden. Notfalls muss der Gesetzgeber die Umsetzung vollständig in staatliche Obhut nehmen, um die Blockaden in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu beenden.

Als Medizinprodukte ausgewiesene digitale Anwendungen (etwa Apps) müssen sicher sein und genau definierte Kriterien erfüllen. Sie sollten sich daher wie Arzneimittel einer Nutzenbewertung durch den GBA unterziehen. Die Möglichkeit der massenhaften Datensammlung auf dem zweiten Gesundheitsmarkt bedarf neuer nationaler wie internationaler Grundlagen, die eine Nutzung zum Schaden der Menschen verhindert. Weiterhin brauchen die Versicherten eine gesetzlich garantierte Datensouveränität, die das Selbstbestimmungsrecht schützt. Und schlussendlich darf die Nutzung anonymisierter Daten keinem Patentschutz unterliegen. Wenn die künftige Bundesregierung hier klare ordnungspolitische Regeln formuliert, sind digitale Innovationen kein Teufelswerk – und der Wettbewerb kann auch hier gute Früchte tragen. ■

Kai Senf ist Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Kai.Senf@bv.aok.de**

Lese- und Webtipps

- Kai Senf, Dirk Bürger: **Reformen gehen ans Eingemachte.** In: G+G 2/2016, S. 18–23
- www.reform-aktuell.de Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik
- Franz Dormann, Jürgen Klauber (Hrsg): **Qualitätsmonitor 2017.** Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Berlin).

Welche Note verdient die Gesundheitspolitik

Gäbe es eine Kopfnote für Fleißarbeit, wäre der Großen Koalition eine gute Beurteilung für ihre Gesundheitspolitik sicher. Sie hat konsequent ihre Agenda abgearbeitet. Ein regelrechter Paukenschlag für die Kliniken in Deutschland war das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2015. Der Ansatz, medizinische Qualität verstärkt in den Fokus zu rücken, ist dabei



„Klinikreform lässt viele Fragen offen“

Dr. Andrea Grebe,
*Vorsitzende der Geschäftsführung der
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH*

erstmal zu begrüßen. Allerdings soll das KHSG die Versorgungsqualität in den Kliniken durch finanzielle Zuschläge für gute Qualität und Abschläge für schlechte Qualität verbessern – ein Paradigmenwechsel, der viele Fragen offen lässt. Wie genau und nach welchen Kriterien soll Qualität definiert und gemessen werden? Außerdem berücksichtigt das Gesetz trotz nachträglicher Korrekturen nicht genügend die Belange von Krankenhäusern in wachsenden Regionen wie Berlin. Der Fixkostendegressionsabschlag soll bundesweit den Zuwachs bei den stationären medizinischen Leistungen begrenzen. In Berlin nimmt die Bevölkerung jedoch rasant zu, was allein schon den Bedarf an medizinischer Versorgung erhöhen wird. Warum sollen auch hier Kliniken durch Abschläge bei der Kostenerstattung bestraft werden, wenn sie mehr Patienten behandeln als in den Vorjahren? Es ist äußerst fraglich, ob dieser zusätzliche finanzielle Druck zu einer Qualitätsverbesserung führt. Das gilt umso mehr für ländliche Regionen. Hier wird das KHSG voraussichtlich eine Strukturbereinigung bewirken, das heißt etliche Kreiskrankenhäuser werden sich wirtschaftlich wohl nicht auf Dauer halten können, wenn das Gesetz in diesem Jahr seine volle Wirkung entfaltet. So werden Kliniken nicht aufgrund einer Bedarfsanalyse, sondern aufgrund von wirtschaftlichen Zwängen schließen. Für die Note „befriedigend“ reicht das leider nicht. ■

Selten war eine Bundesregierung im Pflegebereich so aktiv. Zahlreiche Baustellen vergangener Legislaturperioden hat sie geschlossen. Hierzu zählt die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Es war zudem gut und wichtig, dass die Bundesregierung erstmalig einen Pflegebevollmächtigten eingesetzt hat. Die Pflege hat mit Karl-Josef Laumann einen wichtigen Fürsprecher. Federführend hat er in seinem Bereich mit der neuen Pflegedokumentation ein weiteres langjähriges Projekt umgesetzt. Endlich konnte somit ein Teil der Bürokratie abgebaut werden. Ein deutliches Zeichen für eine bessere Entlohnung der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen hat der Gesetzgeber mit der Anerkennung von Tariflöhnen in den Pflegesatzverhandlungen gesetzt. All dies löst jedoch nicht den bestehenden Personalmangel. Das im Krankenhausstrukturgesetz verankerte Pflegestellenprogramm ist wichtig, bleibt jedoch ein Tropfen auf den heißen Stein. Optimistisch stimmt dagegen die Berücksichtigung von Pflegebedarfsfaktoren in die DRG-Kalkulation. Die pflegerischen Leistungen werden dadurch besser abgebildet. Auf den Weg gebracht wurde die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Sie wird die Richtung für „mehr Personal“ weisen müssen. Ein richtiger Schritt war das PsychVVG. Es koppelt das Entgeltsystem an die Einhaltung von Personal-



„In der Pflege zahlreiche Baustellen geschlossen“

Andreas Westerfellhaus,
Präsident des Deutschen Pflegeverbandes

mindestvorgaben. Das für das Jahr 2020 geplante Personalbemessungssystem kommt zu spät. Gleiches gilt für das Versprechen der Bundesregierung, eine neue, moderne Pflegeausbildung auf den Weg zu bringen. Für die professionell Pflegenden ist das Pflegeberufereformgesetz das wichtigste Gesetz in dieser Legislaturperiode. Ein Scheitern dieses Vorhabens hätte weitreichende Folgen. ■

der Großen Koalition?

Die Gesundheitspolitik der aktuellen Regierung war geprägt von dem Wunsch nach Qualität und leistungsgerechter Vergütung. Wesentliche Vorhaben wurden umgesetzt – nicht zuletzt durch das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Zahlreiche Projekte sind aber erst im Entstehen. Der politisch vorgesehene Sektorenübergreif ist



„Geprägt vom Wunsch nach Qualität“

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller,
Vizepräsident des Berufsverbandes für
Orthopädie und Unfallchirurgie,
Generalsekretär der AE – Deutschen
Gesellschaft für Endoprothetik

noch nicht gelungen. Prinzipiell ist es begrüßenswert, Qualität risikoadjustiert zu erfassen. Der Qualitätswettbewerb bedarf verlässlicher politischer Rahmenbedingungen. In Zeiten der notwendigen Rationierung bedürfen Strukturveränderungen politischen Mutes und sollten nicht rein ökonomisch erwirkt werden. Die Mindestmengendiskussion wurde wieder aufgenommen, was für die orthopädischen Bereiche für bestimmte Indikationen zu begrüßen ist. Eine Blaupause für das von der Regierung angedachte Implantateregister ist das EPRD – Endoprothesenregister Deutschland, das auf eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) zurückgeht. Auch das Vorhaben, Zertifikate zu bewerten und einzuordnen, ist sinnvoll. Die Erfahrungen aus den Zertifizierungssystemen EndoCert® der DGOOC und TraumaNetzwerk DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie können möglicherweise übergreifend genutzt werden. Wie gut gemeinter politischer Wille seitens der Selbstverwaltungspartner inkonsequent umgesetzt wird, zeigt die aktuelle Abwertung und Absenkung von orthopädischen DRGS. Statt durch hohe Qualitätsstandards sollen nun durch ökonomischen Druck hohe Fallzahlen sanktioniert werden – ein Paradigmenwechsel, der besonders den spezialisierten Fachkliniken aus Orthopädie und Unfallchirurgie schaden wird. ■

Ich unterscheide hier: befriedigend in der Problemerkennung, mangelhaft in der Problemlösung. Dabei sah es bis zum Abschluss des Pharmadialogs recht hoffnungsvoll aus. Im Pharmadialog mit der Bundesregierung konnte die Industrie viele Probleme der Arzneimittelversorgung deutlich machen, zum Beispiel den Zusammenhang zwischen Rabattverträgen und Lieferengpässen. Dass chronische Indikationen im Rahmen der Nutzenbewertung ohne Chance sind und viele Innovationen aus rein formalen Gründen abgewertet werden und vom Markt verschwinden, wurde erkannt. Wir haben davon überzeugen können, wie wichtig bewährte Wirkstoffe für den Fortschritt sind und dass es an Kinderarzneimitteln fehlt. Wir waren uns einig, dass der Produktions- und Forschungsstandort Deutschland zukunftsfest gemacht werden muss, um eine gute und nachhaltige Versorgungsqualität für die Menschen zu sichern. Was den Lippenbekenntnissen dann als Entwurf zum „Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz“ folgte, wird die Probleme nicht lösen. Es institutionalisiert folgenschwere Steuerungsinstrumente wie das Preismoratorium bis 2022 oder den Ausschluss von Innovationen aus der Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Eine rein kostenorientierte Steuerung der Arzneimittelversorgung



„Arzneimittelreform löst die Probleme nicht“

Dr. Martin Zentgraf,
Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes
der Pharmazeutischen Industrie

durch ein Arzteinformationssystem oder fehlende Rahmenbedingungen bei der Nutzenbewertung von Antibiotika gefährden eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung ebenfalls. Im Sozialzeugnis bescheinige ich der Großen Koalition, die vorgegebenen Ziele der Gesundheitspolitik „im Allgemeinen ordnungsgemäß erledigt“ zu haben. Am Ende hat es der ihr an der nötigen Einsatzbereitschaft und dem Mut zur Durchsetzung wirksamer Reformen gefehlt. Gesamtnote leider nur vier. ■



Liebe kennt kein Alter

Auch pflegebedürftige Menschen
sehnen sich nach Nähe und Zärtlichkeit.
Manches Heim tut sich schwer damit.
Doch immer stärker setzt sich die Erkenntnis
durch: Sexualität im Alter ist ein Zeichen
von Lebensfreude und der Umgang damit
gelebte Pflegequalität. Von Daniela Noack

Tagein, tagaus steht Veronika am Fenster und beobachtet die Männer, die unten auf der Straße vorübergehen. Sie hofft, dass der Richtige dabei ist. Veronika ist kein junges Mädchen, sondern eine an Demenz erkrankte Bewohnerin eines Pflegeheimes. Das allerdings hindert sie nicht daran, sich nach einem Partner zu sehnen. Mit ihrem Zukünftigen will die Endsechzigerin nicht nur kuscheln, sondern auch zur Sache kommen. Zwar ist Veronika alt, und ihr Gedächtnis spielt auch nicht mehr richtig mit. Das heißt aber nicht, dass sie keine Gefühle oder körperlichen Bedürfnisse mehr hat.

Die Lust vergeht nicht mit den Jahren. Veronika ist kein Einzelfall: Dass sich Menschen auch im Alter nach Berührung, Zärtlichkeit und Sexualität sehnen und die Lust nicht mit den Jahren vergeht, zeigen Forschungsergebnisse. Laut einer im Jahr 2014 in der internationalen Online-Fachzeitschrift „Plos One“ veröffentlichten Studie der Universität Rostock beispielsweise räumen 91 Prozent der 74-jährigen Männer und 81 Prozent der gleichaltrigen Frauen dem Thema Zärtlichkeit einen wichtigen Platz in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen ein. Sex spielt in der genannten Altersgruppe immerhin bei 61 Prozent der Männer und bei 21 Prozent der Frauen eine bedeutende Rolle.

Mit der 1993 an der Universität Heidelberg gestarteten, über zwölf Jahre laufenden Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) haben die Gerontologen Ursula Lehr und Hans Thomae die Bedingungen des gesunden Alterns untersucht. Aus der ILSE-Studie geht ebenfalls hervor, dass es selbst dann, wenn im Leben einschränkende Faktoren wie Gesundheitsprobleme, der Tod eines Partners oder aber Pflegebedürftigkeit hinzukommen, es ein Irrtum ist zu glauben, damit ginge notwendigerweise jedwedes Interesse an Liebe und Leidenschaft verloren.

Lange vernachlässigtes Thema. Die US-amerikanische Psychologin Jennifer Hillman wiederum spricht in ihrem 2012 erschienenen Buch „Sexuality and Aging“ von Stigma und Diskriminierung, wenn es um die sexuellen Bedürfnisse älterer Pflegeheimbewohner geht – insbesondere dann, wenn sie unter Demenz leiden oder an Bett oder Rollstuhl gefesselt sind.

Das Thema Sexualität im Alter, schreibt Hillman, sei von der Wissenschaft lange vernachlässigt worden. Die Beschäftigung damit sei als verlorene Zeit angesehen worden, da man offenbar davon ausging, Zärtlichkeit, Lust und Sexualität seien jüngeren Jahrgängen vorbehalten. Dabei zeigten Befragungen von Seniorinnen und Senioren, dass Sexualität für sie zwar nicht prioritär, aber immer noch zumindest von gemäßigttem Interesse ist. Das gelte sogar für Patienten im Hospiz, so Hillman. Am Ende ihres Lebens suchten viele Menschen noch Nähe zu ihrem Partner. Berührung und Sexualität gehörten definitiv dazu. Die positiven Auswirkungen dieser körperlichen Bedürfnisse seien Entspannung, Wohlfühl und ein besserer Schlaf.

Klischee vom alten Lüstling. Doch offenbar ist diese Erkenntnis noch nicht überall angekommen. „Der Mythos der Asexualität pflegebedürftiger Menschen hält sich hartnäckig“, sagt Detlef Rüsing, Leiter des Dialog- und Transferzentrums Demenz an der Universität Witten/Herdecke. Der Altenpfleger und Pflegewissenschaftler wünscht sich eine intensivere Auseinandersetzung sowie fundierte Studien – insbesondere zum Thema Sexualität und Demenz. Oft würde über Sexualität im Alter noch immer mit negativem Unterton gesprochen – als einem unangemessenen, peinlichen oder gar aggressiven Verhalten. Bewohner in Pflegeheimen, die Lustgefühle spürten und diesen offen nachgingen, würden in unpassenden Momenten „erwischt“. Mitunter komme es vor, dass die Heimbewohner als „alte Lüstlinge“ belächelt würden.

Der wenig wertschätzende Umgang mit dem Thema Sexualität im Alter rühre vor allem daher, so Rüsing, dass Heimbewohner häufig vergleichsweise wenig Privatsphäre hätten oder den öffentlichen Raum – etwa bei einer Demenzerkrankung – nicht als solchen wahrnehmen könnten. Gleichzeitig reagiere das Personal in Pflegeeinrichtungen gegenüber den Lustgefühlen hilfsbedürftiger Bewohner mitunter überfordert.

Zeichen von Vitalität. So erging es auch Christine Sowinski vom Kuratorium Deutsche Altershilfe als junger Krankenschwester. Als sie im Speisesaal ein älteres Paar bei sexuellen Handlungen überraschte, ließ sie vor Schreck das Tablett fallen. Das turteln-

de Paar war durch die Reaktion der jungen Pflegekraft verstört. Das war Anfang der 1980er Jahre. Seitdem habe sich einiges getan, ist Sowinski überzeugt. Gelebte Sexualität werde mehr und mehr als ein Zeichen von Gesundheit und Vitalität wahrgenommen (siehe auch Interview auf Seite 35).

Wenn im Pflegeheim Menschen auf ihre alten Tage zueinander fänden, gehöre es zum modernen Pflegealltag dazu, ihnen dieses Leben als Liebespaar zu ermöglichen und nicht aus Angst vor der Reaktion Angehöriger davor zurückzuschrecken, sagt Sowinski. So könne das Heim das Paar zusammen wohnen lassen oder die Betten der beiden zusammenschieben. Manchmal gäbe es natürlich Probleme mit den Angehörigen der Bewohner, die das nicht wollen, weil es nicht dem Bild entspricht, das sie von ihren betagten Eltern haben. Aber: „Wenn keiner den anderen nötig hat, hat keiner das Recht, das zu verhindern.“

Sexualität im Alter verlässt ihr Nischendasein.

Zärtlichkeit als ein Menschenrecht. Das bestätigt auch Theo Kienzle. Der Jurist und Autor des Buches „Das Recht in der Heilerziehungs- und Altenpflege“ unterrichtet seit mehr als 20 Jahren Alten- und Krankenpflegekräfte im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen zu rechtlichen Fragen rund um das Thema Sexualität. „Jeder Mensch“, sagt Kienzle, „hat ein Recht auf Ausübung seiner Sexualität.“ Das gelte natürlich auch im Alter.

Da mit Blick auf das Thema Sexualität im Pflegeheimbereich nur wenig Rechtsprechung existiere, müsse auf das allgemeine bürgerliche Recht zurückgegriffen werden. Danach kann und muss ein Pflegeheim das Ausleben der Sexualität seiner Bewohner im „öffentlichen Bereich“ zwar nicht dulden. „Findet die Sexualität jedoch im privaten Bereich – etwa im Zimmer des Bewohners statt –, dann sollten Bedenken der Heimleitung wegen der möglichen Belästigung anderer Bewohner keine Rolle spielen. Gegebenenfalls muss das Pflegeheim angemessene räumliche Möglichkeiten schaffen.“

Belästigung als Kehrseite der Medaille. Das Thema Sexualität im Alter hat aber noch einen ganz anderen Aspekt: Wer alte oder kranke Menschen pflegt, hat oft engen Körperkontakt mit ihnen. Mancher Patient missversteht diese Nähe. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege weist deshalb regelmäßig darauf hin, dass es gerade in der Pflegebranche zu sexuellen Belästigungen bis hin zu Übergriffen kommt. Gerade

Berufsanfänger wüssten in solchen Situationen häufig nicht, wie sie reagieren sollten. Daher seien sowohl Führungskräfte als auch ältere Kolleginnen und Kollegen mit ihrer Erfahrung und Unterstützung gefragt. Auch sollten für die Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter regelmäßig Schulungen angeboten werden, in denen sie lernen, sich professionell – sprich klar und unmissverständlich – zu verhalten, wenn ihnen ein Patient körperlich zu nahe komme.

waltungen insbesondere – erlebt hätten. Nicht selten komme es daher zu für Außenstehende unerklärlichen Reaktionen, wenn sie sich bei der Körperpflege durch Pflegemitarbeiter wehren und um sich schlagen, kratzen oder beißen. Für Pflegekräfte, so Ensink, sei es wichtig, etwas über die Familiengeschichte der Bewohner zu erfahren und diese in einen zeitgeschichtlichen Kontext zu stellen. „Das sexuelle Verhalten eines Bewohners lässt sich nicht völlig losgelöst von diesen Faktoren betrachten.“



Schimpfen hilft nicht. Dr. Gabriele Ensink, Diplom-Pflegepädagogin am Institut für Gerontologie der Heidelberger Ruprecht-Karls-Universität, beschäftigt sich schon seit vielen Jahren mit dem Thema Gewalt und Pflege. Auch sie berichtet von Studien, die davon ausgehen, „dass Pflegekräfte in der Langzeitpflege etwa drei bis vier Mal pro Woche in ihrer Arbeit Gewalt erfahren, auch sexualisierte Gewalt“. Die Pflegekräfte erhielten von den Pflegebedürftigen eindeutige Angebote oder es komme zu körperlichen Übergriffen. Auch gebe es Situationen, in denen ein Bewohner eine Pflegekraft für seine Partnerin hält. Ensink: „Demenziell erkrankte Menschen interpretieren Situationen falsch und verletzen Normen. Schimpfen hilft da nicht. Wichtiger ist es, den Bewohner und seine Erkrankung zu verstehen.“

Auch Traumata spielen eine Rolle. Umgekehrt fühlen sich Bewohner manchmal von einer Pflegekraft körperlich bedroht, auch wenn diese nur ganz normalen pflegerischen Tätigkeiten nachgeht. Pflegeexpertin Ensink erklärt das so: „Jeder Mensch bringt seine eigene Biografie mit. Demenzkranke, die früher sexualisierte Gewalterfahrungen gemacht haben, ordnen mitunter Pflegesituationen falsch ein.“ Das betreffe vor allem Frauen, die etwa während des Krieges traumatische Dinge – Verge-

Im Pflegealltag bedeutet Sexualität immer auch eine Herausforderung, bestätigt Bettina Stange. Zwölf Jahre arbeitete sie als Heimleiterin in Berlin. Derzeit studiert sie Gerontologie und berät Sozialstationen in Fragen des Qualitätsmanagements. Stange berichtet von Situationen, in denen sich Pflegebedürftige bei sexuellen Handlungen verletzen – beispielsweise dann, wenn sie bei der Umarmung das Gleichgewicht verlieren und hinfallen. In solchen Situationen sollte das Pflegepersonal dem Paar helfen, sich sicher hinzulegen, rät Stange.

Sexualassistenz als Lösung? Auch ein anderer Fall ist Bettina Stange gut in Erinnerung: Ein kognitiv eingeschränkter, ansonsten aber pfiffiger älterer Herr fand im Pflegeheim seine demenzkranke Freundin. Eine Zeit lang funktionierte es. Die beiden wohnten zusammen. Dann verschlimmerte sich die Krankheit der Freundin – sie wurde von Tag zu Tag unglücklicher. Stange: „Wir merkten, dass er keine Rücksicht auf sie nahm und sich einfach weiter seine Befriedigung holte.“ Der Entscheidungsprozess mit der Tochter ergab, dass es besser war, beide zu trennen.

Doch die Geschichte geht noch weiter: Per Zufall bekam das Pflegepersonal mit, dass der Mann nach der Trennung bei verschiedenen anderen Bewohnerinnen unter die Bettdecke guck-

te und ansonsten apathisch herumlag. „Wir haben überlegt, wie wir dem Mann helfen können“, berichtet Stange. „Beschäftigungstherapie interessierte ihn nicht, eine Sexpuppe auch nicht. Wohl aber eine Sexualassistentin.“ Der gesetzliche Betreuer reagierte aufgeschlossen. Wichtig war auch die Einbindung der Pflegemitarbeiter. In Dienstbesprechungen wurde ausführlich über den Umgang mit der Situation gesprochen und eine Fortbildung zum Thema Sexualität in der Pflege organisiert. Als Bettina Stange dem Bewohner Kaffee und Kuchen hinstellte und ihm erzählte, „dass sie Liebe für ihn eingekauft habe“, war er sichtlich glücklich. Seine gute Laune hielt noch lange an.

Trend in der Pflege. Die Sexualassistentin, die in diesem Fall als Lösung funktionierte, ist seit ein paar Jahren vermehrt ein Thema in der Pflege. Die Idee dahinter: Weibliche oder männliche Sexualassistenten – die Bezeichnung ist bislang ungeschützt – bieten in Pflegeheimen ihre Dienste an, wobei das Spektrum der Angebote von zärtlichen Berührungen bis hin zum Geschlechtsverkehr reicht. Unumstritten ist die Sexualassistentin jedoch nicht. So bezeichnet etwa der Pflegeforscher Wilhelm Frieling-Sonnenberg, Professor an der Hochschule Nordhausen, die Sexualassistentin laut „Bild“-Zeitung als „menschenverachtend“. Dabei gehe es allenfalls darum, ältere Menschen durch sexuellen Druckabbau wieder funktionsfähig machen zu wollen.

Ausdruck von Pflegequalität. Bettina Stanges Erfahrungen mit dem Thema Sexualassistentin sind dagegen positiv. Das Konzept umfasse auch den Bereich Hilfe zur Selbsthilfe, betont die Pflegeexpertin. So werde Frauen gezeigt, wie man einen Dildo benutzt, damit sich diese nicht mit für die Selbstbefriedigung ungeeigneten oder sogar gefährlichen Gegenständen verletzen können. Oft sind die Wünsche eher unspektakulär und manchmal sogar anrührend. In einem Heim sorgten „Busenkissen“ aus dem Discounter bei Bewohnern für ein Gefühl der Geborgenheit.

Wichtig ist für Bettina Stange vor allem die Wertschätzung aller Beteiligten. Als Leiterin eines Pflegeheims habe sie immer versucht herauszufinden, woran es liegt, dass ein Bewohner aggressiv, übergriffig, unruhig oder unausgeglichen ist und ob dahinter möglicherweise ein unbefriedigtes Bedürfnis nach Sexualität, Nähe oder Zärtlichkeit steckt, welches oftmals nicht mehr von den Betroffenen geäußert werden kann. Insofern sei der offene Umgang mit dem Thema Sexualität und Zärtlichkeit auch ein Ausdruck von Empathie und gelebter Pflegequalität in den Einrichtungen. Das Heim sollte aber nicht aktiv eine Sexualassistentin „verkaufen“, sondern zunächst einmal die Situation beobachten, um dann im Bedarfsfall zu vermitteln.

Bestandteil der Pflegeausbildung. So gesehen verwundert es nicht, dass das Thema Sexualität im Alter mittlerweile auch Standard in der Pflegeausbildung ist. „Das Interesse daran ist

groß, die Berührungsängste sind es bisweilen aber auch“, sagt die Dozentin für Pflegeberufe Sabine Veigel von der curAcad, einer Weiterbildungsstätte des Berliner Pflegeverbandes. Die Expertin für Demenz und Palliativpflege bietet Weiterbildungskurse für Pflegefachkräfte zum Thema Sexualität an. Zur Einstimmung zeigt Sabine Veigel ihren Teilnehmern meist einen Fotoband mit erotischen Fotos älterer Menschen. Einige der Lehrlinge reagierten darauf mit großer Abwehr – bis hin zu Ekel, erzählt Veigel. „Insbesondere die Jüngeren haben Schwierigkeiten sich vorzustellen, dass Menschen ‚jenseits der Verfallgrenze‘ noch sexuelle Bedürfnisse haben.“

Liebesglück auf dem Stundenplan. Wie sie mit sexuellen Wünschen der Heimbewohner umgehen können, wird anhand von verschiedenen Fallbeispielen erarbeitet. Da ist zum Beispiel die

alte Dame, die dem jungen Auszubildenden immer Küsschen auf die Wange gibt. Der hat „Enkelgefühle“ ihr gegenüber und ist dann erstaunt, als sie ihn eines Abends bittet, sich zu ihm ins Bett zu legen. Begründung der alten Dame: Sie habe Sehnsucht nach einem Mann. Ein anderer Heimbewohner bekommt Lust, wenn er von der Pflegekraft gewaschen wird. Oder das Paar, das sich im

Heim gefunden hat und vom Pflegepersonal leicht bekleidet überrascht wird. Aber auch Gespräche mit den vom neuen Liebesglück des Pflegebedürftigen manchmal wenig begeisterten Angehörigen stehen auf dem Stundenplan.

Die 2014 verstorbene Gerontologin Nicole Richard wusste, wie sich eine sexualisierte Situation im Pflegealltag auf liebevolle Weise entschärfen lässt. Sie arbeitete mit ihrer Methode der Integrativen Validation. Dabei geht es primär um den wertschätzenden Umgang mit demenzkranken Menschen. Richards Ansatz: „Wenn ein Bewohner beispielsweise versucht, mir an die Brust zu fassen, kann ich seine Hand nehmen, sie unterhaken und dicht neben der Person gehend Begleitung anbieten und zu ihr sagen: Es ist schön, einen Menschen im Arm zu halten. Wer ist schon gern allein?“ Wichtig für Demenzkranke war Richard „ein geschützter Raum – auch im Hinblick auf die Sexualität.“

Aufschub wäre die falsche Antwort. Sabine Veigel wiederum wundert sich, dass trotz des gesellschaftlichen Umdenkens und mittlerweile speziellen Alterssitzen für Lesben und Schwule, manche Pflegeeinrichtung das Thema Sexualität noch vor sich herschiebe. Die falsche Entscheidung, findet die Pflegeexpertin, denn: „Die 1968er-Generation kommt jetzt ins pflegebedürftige Alter. Diese neue Klientel will ihre Sexualität nicht an der Türschwelle lassen. Mit dem Generationenwechsel verlässt Sexualität endgültig ihr Nischendasein und wird zu einer immer größeren Herausforderung in der Altenpflege.“ ■

Daniela Noack arbeitet als freie Journalistin in Berlin.

Kontakt: info@danielanoack.com

„Menschen sind liebesfähig bis zum letzten Atemzug“

Alt, pflegebedürftig und prüde? Das ist ein Klischee, das den Bedürfnissen älterer Menschen nicht gerecht wird, sagt **Christine Sowinski**. Seit über 25 Jahren berät die gelernte Krankenschwester Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen sowie Forschungseinrichtungen und Ministerien.

Frau Sowinski, haben Pflegeheimbewohner wirklich noch Lust auf Nähe, Zärtlichkeit und Sex?

Christine Sowinski: Sexuelles Selbstverständnis endet nicht im hohen Alter. Im Übrigen ist das Thema nicht neu. Schon Anfang der 1980er Jahre – zu Beginn meiner Berufslaufbahn als Krankenschwester – wurde unter der Hand vom Pflegepersonal angedacht, Prostituierte ins Heim kommen zu lassen. Das scheiterte meist am nicht ausreichenden Taschengeld der Bewohner. Aber vereinzelt wurden ältere Männer ins Bordell gefahren.

Was hat sich in den vergangenen Jahren geändert?

Sowinski: Die Haltung der Gesellschaft hat sich verändert. Viele begreifen, dass auch Pflegebedürftige, Hochaltrige und Menschen mit Demenz noch sexuelle Gefühle haben können. Sie erkennen: Menschen sind liebesfähig bis zum letzten Atemzug. Pflegeeinrichtungen öffnen sich dem Thema Sexualassistenz. Einige agieren aktiv. Das heißt, die Einrichtung arbeitet mit professionellen Sexualassistenten zusammen. Andere haben eher eine passive Herangehensweise und tolerieren oder fördern, dass Menschen sich ungestört sexuell stimulieren können – etwa mithilfe von Bildern oder Filmen.

Wie ist Ihre Haltung zur Sexualassistenz?

Sowinski: Ich war sehr kritisch anfänglich. Inzwischen bin ich überzeugt, dass die Sexualassistenten einen liebevollen Umgang mit Sexualität haben. Es geht eher um erotisches Wohlfühlen als um Geschlechtsverkehr. Duftkerzen werden angezündet, es gibt Massagen. Es geht aber auch um Nacktsein und darum, einen Menschen zum Orgasmus zu bringen. Hätte ich einen pflegebedürftigen Angehörigen in einer vergleichbaren Situation, würde ich diese Form der Zuwendung befürworten.

Ist Sexualassistenz die einzige Möglichkeit, Lust zu leben?

Sowinski: Nein. Besser wäre es, natürlichere Möglichkeiten der Begegnung zu schaffen – ihnen also beispielsweise zu ermöglichen, sich über einen Tanztee kennenzulernen. Manchmal

finden auch in den Einrichtungen Paare zusammen. In einigen Einrichtungen wird auch schon mal im Bedarfsfall für die Bewohner Sexspielzeug eingekauft. Manche Betreiber sind hier ziemlich kreativ. Alles ist recht, was die Lebensgeister weckt.

Welche Konflikte treten im Umgang mit dem Thema Sexualität auf und wie werden sie gelöst?



Christine Sowinski (59) leitet den Bereich Beratung von Einrichtungen und Diensten beim Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln.

Sowinski: Völlig problemlos ist der Umgang mit Sexualität natürlich nicht. So gibt es etwa immer wieder Diskussionen darüber, ob ein Bewohner eines christlichen Hauses in seinem Zimmer pornografische Bilder aufhängen darf. Da ist man in Skandinavien und Holland fortschrittlicher. Wichtig ist es, Pflegeaufgaben und Sexualität auseinanderzuhalten. Pflegekräfte sollten nicht noch die Aufgaben von Sexualberatern übernehmen.

Warum ist der Umgang mit Sexualität in der Pflege so schwer?

Sowinski: Weil der Umgang mit Sexualität immer eine Herausforderung ist. Pflegebedürftigkeit macht das Ganze nicht einfacher. Nirgendwo anders sind wir so empfindlich, so nackt wie in der Pflege. Das erfordert viel Empathie. ■

Die Fragen stellte Daniela Noack.



Patienten mit Standpunkt

Medikamente, Operation oder abwarten – die meisten Menschen wollen mitreden, wenn es um ihre Gesundheit geht. Doch sie brauchen eine solide Basis für medizinische Entscheidungen, betonen [Anke Steckelberg](#), [Gabriele Meyer](#) und [Sascha Köpke](#). Helfen können Gespräche mit „Decision Coaches“.

Diagnose Brustkrebs – nach dem ersten Schock steht die Patientin vor einer Reihe von Entscheidungen: Brust erhalten oder entfernen, Strahlentherapie oder krebshemmende Arzneimittel? Sie fragt sich, welche Aussichten sie hat, gesund zu werden und welche Nebenwirkungen die Therapie hat. Ihre Ärztin erläutert das Für und Wider der Behandlungsmöglichkeiten auf dem aktuellen Stand des Wissens. Zusätzlich kann die Patientin auf fachlich fundierte und laienverständliche schriftliche Informationen zurückgreifen. Diesen Informationsstand bespricht sie gegebenenfalls mit einer speziell geschulten Pflegekraft (Decision Coach). Schließlich entscheidet sie gemeinsam mit ihrer Ärztin, den Tumor brusterhaltend operieren zu lassen und sich anschließend einer Strahlentherapie zu unterziehen. Sie fühlt sich gut vorbereitet und vertraut auf die nächsten medizinischen Schritte. So der Idealfall – doch die

Realität sieht meist anders aus. Zwar wollen viele Patientinnen und Patienten gefragt werden, wenn es um ihre medizinische Behandlung geht, aber für ein Shared Decision Making, die gemeinsame Entscheidungsfindung, fehlt es in Deutschland meist noch an Gesundheitskompetenz, geeigneten Patienteninformationen und Beratungsstrukturen.

Mehr als die Hälfte der Patienten will mitentscheiden. Mehrere aktuelle Studien belegen, dass sich Patientinnen und Patienten ausführliche, verständliche Informationen und eine gemeinsame Entscheidung über die medizinische Behandlung wünschen. Laut Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2014 wollen mehr als die Hälfte (52 Prozent) der Menschen medizinische Entscheidungen gemeinsam mit dem Arzt treffen, 18 Prozent der Befragten wollen sogar allein entscheiden. Lediglich ein Viertel der im Gesundheitsmonitor Befragten möchte die Entscheidung

über eine medizinische Behandlung ganz der Ärztin oder dem Arzt überlassen.

Letztendlich entscheiden sowieso die Patientinnen und Patienten immer selbst, ob sie beispielsweise verordnete Medikamente einnehmen oder nicht. Wie informiert diese Entscheidungen sind, ist aber fraglich. Wissenschaftler bezeichnen eine Entscheidung als informiert, wenn Menschen die angebotene evidenzbasierte Information verstanden haben und sich im Einklang mit ihren persönlichen Präferenzen für oder gegen beispielsweise eine Operation, eine Arzneitherapie, ein Diagnoseverfahren oder eine Vorsorgeuntersuchung entscheiden.

Merkblätter ersetzen kein Aufklärungsgespräch. Seit etwa 20 Jahren beschäftigen sich weltweit verschiedene Arbeitsgruppen mit der Frage, wie Informationen zu Gesundheits- und Krankheitsthemen so präsentiert werden können, dass sie den Patientinnen und Patienten informierte Entscheidungen ermöglichen. Kriterien für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen existieren bereits seit einigen Jahren. Sie beziehen sich auf die Inhalte, deren Präsentation und auf den Prozess der Informationserstellung. Die Umsetzung in die konkreten Gesundheitsinformationen gelingt derzeit jedoch kaum. Das zeigen auch einige Gerichtsurteile. So klagte beispielsweise am Oberlandesgericht Hamm ein Patient, weil er vor einer Darmspiegelung nicht ordnungsgemäß über das Risiko einer Bauchfellentzündung und über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden sei. Im Urteil hat das Oberlandesgericht Hamm im September 2013 unter anderem auf Urteile des Bundesgerichtshofes verwiesen

und festgestellt: „... beweist die Unterzeichnung derartiger Schriftstücke (Aufklärungsbögen) nicht, dass der Patient sie auch gelesen und verstanden hat, geschweige denn, dass der Inhalt mit ihm erörtert worden ist. Aushändigung und Unterzeichnung von Formularen und Merkblättern ersetzen nicht das erforderliche Aufklärungsgespräch, und erst recht kann ihnen nicht entnommen werden, dass der Patient über ein nicht ausdrücklich erwähntes Risiko informiert worden ist.“

Gesetzgeber stärkt Patientenrechte. Das Patientenrechtegesetz von 2013 hat das Recht auf evidenzbasierte Gesundheitsinformationen bekräftigt. Weitere Initiativen unterstützen die Umsetzung: So hat etwa der Nationale Krebsplan 2015 eine „Roadmap – informierte und partizipative Entscheidungsfindung bis 2020“ entwickelt. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EBM), Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung, hat 2016 die zweite Version „Gute Praxis Gesundheitsinformationen“ publiziert. Im Oktober 2016 ist zudem die Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation erschienen, die das EBM-Netzwerk und die Fachwissenschaft Gesundheit der Universität Hamburg entwickelt haben (www.leitlinie-gesundheitsinformation.de). Demnach müssen evidenzbasierte Gesundheitsinformationen auf folgende Aspekte eingehen: Ziel der Maßnahme, Diagnoseverfahren, Prognose bei Nichtintervention, Behandlungsoptionen (inklusive Nichtbehandlung), objektive Daten bezüglich patientenorientierter Ergebnisse, Informationen zu Unsicherheiten und zu fehlender Evidenz, Wahrscheinlichkeiten für Erfolg, Misserfolg und Nebenwirkungen der Maßnahme und der Behandlungsoptionen, Wahrscheinlichkeiten für falsch negative/falsch positive Ergebnisse, medizinische, psychosoziale oder finanzielle Folgen, Planung des weiteren Vorgehens, Beratungs- und Unterstützungsangebote, Offenlegen von Interessenkonflikten.

Patientinnen und Patienten sind nicht verpflichtet, auf diese Informationen zurückzugreifen, sie müssen sie aber angeboten bekommen. Die Informationen müssen für Patienten verständlich sein. Zudem ist sicherzustellen, dass für die Entscheidung ausreichend Zeit vorhanden ist. Die Möglichkeit, dass Patienten ein Therapie- oder Diagnoseverfahren ablehnen, darf kein Grund sein, ihnen die Information vorzuenthalten.

Zahlen sorgen für Klarheit. Die Leitlinie Gesundheitsinformation gibt Empfehlungen zur Darstellung von Häufigkeiten, zum Einsatz von Grafiken, Bildern und Zeichnungen, Narrativen (Erfahrungsberichte), Formaten von Gesundheitsinformationen, Instrumenten zur Klärung der Präferenzen sowie zur Einbeziehung der Zielgruppe in die Entwicklung der Unterlagen. Wie häufig Nutzen, Schaden oder Nebenwirkungen von Behandlungen sind, umschreiben viele Patienteninformationen sprachlich (etwa: selten, gelegentlich, häufig, sicher oder wahrscheinlich). Studien zeigen allerdings, dass Laien wie auch Gesundheitsprofis solche Angaben unterschiedlich interpretieren. Die sprachlichen Umschreibungen führen dazu, dass Patientinnen und Patienten die Häufigkeit von Nebenwirkungen erheblich überschätzen. Die Leitlinie empfiehlt daher, Risiken, Nutzen und Schaden nicht ausschließlich verbal darzustellen. Statt also

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz (englisch: Health Literacy) werden im Allgemeinen Fähigkeiten von Individuen verstanden, mit Gesundheitsinformationen umzugehen und sich im Gesundheitssystem bewegen zu können. Nach Ergebnissen verschiedener aktueller Studien hat in Deutschland rund die Hälfte der Bevölkerung eine begrenzte Health Literacy/Gesundheitskompetenz. Das heißt, diese Gruppe hat Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland reichen Einzelmaßnahmen nicht aus. Benötigt wird ein ganzes Maßnahmenbündel und eine aufeinander abgestimmte Strategie. Deshalb ist ein Nationaler Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz erforderlich, mit dem eine solche Gesamtstrategie entwickelt wird.

An der Universität Bielefeld wurde gemeinsam mit der Hertie School of Governance und dem AOK-Bundesverband eine Initiative zur Erarbeitung eines solchen Nationalen Aktionsplans gestartet, der dem Thema Gesundheitskompetenz in Deutschland zu größerer Resonanz verhelfen und Impulse für die Politik, die Verbände, die Forschung und die Interventionsentwicklung setzen soll.

Der Aktionsplan wird bis 2018 nach dem Vorbild anderer Länder von einer Gruppe anerkannter Expertinnen und Experten erarbeitet. Das Vorhaben wird durch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe als Schirmherrn unterstützt und von der Robert Bosch Stiftung sowie dem AOK-Bundesverband gefördert.

Quelle: www.nap-gesundheitskompetenz.de

beispielsweise die Risiken der Darmspiegelung rein sprachlich zu beschreiben („Komplikationen können in Ausnahmefällen auftreten“), sollten sie anhand absoluter Zahlen veranschaulicht werden, etwa so: „Von 10.000 Teilnehmern einer Darmspiegelung erleiden 24 eine schwere Blutung, drei einen Darmdurchbruch und sechs schwere Störungen von Herz und Atmung.“

Prozentangaben stiften Verwirrung. Nutzen und Schaden sind durch absolute Risikomaße darzustellen, lautet eine weitere Empfehlung der Leitlinie Gesundheitsinformation. Das hilft Patientinnen und Patienten, die Risikoreduktion nicht zu überschätzen. Folgendes Beispiel soll das verdeutlichen: Die Aussage „Der Hämokkulttest (Test auf Blut im Stuhl) verringert die Darmkrebssterblichkeit um 20 Prozent“ vergleicht zwei Studiengruppen. In der Gruppe von 1.000 Personen, die an der Früherkennung alle zwei Jahre teilgenommen haben, starben innerhalb von zehn Jahren sechs an Darmkrebs. In der Vergleichsgruppe mit 1.000 Probanden, die nicht zur Früherkennung gingen, starben sieben. Vergleicht man nur die Zahl der Todesfälle, beträgt der Unterschied gerundet 20 Prozent (sechs versus sieben). Bezogen auf die Gesamtgruppe von 1.000 ist die Sterblichkeit durch die Früherkennung jedoch lediglich um 0,1 Prozent gesunken – ein Vergleich, der für die Entscheidung der Patienten relevant und nachvollziehbar ist.

Von persönlichen Erfahrungsberichten (Narrative) rät die Leitlinie Gesundheitsinformation ab. Narrative können Verhaltensweisen, Bewältigungsstrategien oder Entscheidungsprozesse beschreiben. Bestimmte Formen von Erfahrungsberichten wirken jedoch überredend. Das ist nicht mit den Zielen von evidenzbasierter Gesundheitsinformation vereinbar. Da sich Narrative derzeit noch nicht in überredende und neutrale unterteilen lassen, empfiehlt die Leitlinie, ganz auf Erfahrungsberichte zu verzichten.

Gesundheitsinformationen sollen zudem zielgruppenorientiert sein. Informationen, die Gesundheitsprofis als weniger wichtig einstufen, können für Laien von hoher Relevanz sein. Die Leitlinie rät deshalb, die Zielgruppen in die Entwicklung von Gesundheitsinformationen einzubeziehen.

Ärztliche Leitlinien für Patienteninformation nutzen. Mit der Leitlinie des Deutschen EBM-Netzwerks liegt nun also ein Konzept für die Entwicklung guter Gesundheitsinformationen vor. Dies sollte möglichst zügig in der Praxis Anwendung finden, denn für die meisten medizinischen Fragestellungen fehlen heute noch evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen. Damit sind die Voraussetzungen für partizipative, informierte Entscheidungen nicht gegeben. Eine Initiative des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin, gestartet 2016, zielt darauf auf die Implementierung von Strukturen zur kontinuierlichen und nachhaltigen Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen und Entscheidungshilfen. Ansatzpunkt der Initiative ist die Entwicklung von S3-Leitlinien (höchste Evidenzstufe). Die Leitlinienprozesse sollen so modifiziert werden, dass die Leitlinien als Datenbasis für die Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen und Entscheidungshilfen genutzt werden können.

Interview



„Wir schaffen Zeit für die Entscheidung“

Birte Berger-Höger ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte in der Fachwissenschaft Gesundheit an der Universität Hamburg.

Sie schulen Pflegende zu Decision Coaches. Worin besteht deren Arbeit?

Berger-Höger: Decision Coaches unterstützen Patientinnen und Patienten dabei, über ihre medizinische Behandlung zu entscheiden. Die Patienten wollen wissen, wo sie stehen, was sie haben, welche Folgen eine Behandlung hat. Alle Möglichkeiten sind mit Unsicherheiten verbunden. Selbst wenn der Nutzen einer Behandlung statistisch belegt ist, lässt er sich nicht für jede Patientin und jeden Patienten individuell beziffern und vorhersagen. Der Decision Coach unterstützt die Patienten, die Informationen für sich individuell zu bewerten und hilft, eine Entscheidung zu treffen. Wir testen das Konzept in 16 Brustzentren mit insgesamt 192 Frauen mit Brustkrebs. Dazu schulen wir Breast Care Nurses und onkologisch Fachpflegende.

Bitte beschreiben Sie den Ablauf des Decision Coaching in Ihrem Projekt etwas genauer.

Berger-Höger: Nach der Diagnosemitteilung in einem Arztgespräch bekommt die Patientin eine Broschüre. Wir haben speziell für das Krankheitsbild in unserem Projekt eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe entwickelt, auf deren Basis das Decision Coaching erfolgt. Die Patientin trifft sich, eventuell begleitet von Angehörigen, mit dem Decision Coach. Dieser stellt sicher, dass die Patientin die Informationen des Arztes und aus der Entscheidungshilfe verstanden hat. Hat die Patientin weitere Fragen, beispielsweise zur Operationstechnik, kann sie sich nochmal mit dem Arzt zusammensetzen, gegebenenfalls mit dem Decision Coach. Dann folgt eine Entscheidung, die Arzt und Patientin gemeinsam tragen.

Warum ist das Decision Coaching wichtig?

Berger-Höger: Wir schaffen damit Zeit für den Entscheidungsprozess, entzerren ihn. Der Decision Coach bietet einen niedrigschwelligen Zugang. Er steht als Ansprechpartner kontinuierlich bis zur Entscheidung zur Verfügung. Patientinnen trauen sich, mit ihm auch kritische Fragen zu erörtern, die sie den Ärzten nicht stellen würden.

Wie messen Sie, ob die Patientinnen informiert entscheiden?

Berger-Höger: Wir haben einen Wissenstest entwickelt, in dem die Patientin im Nachgang Fragen beantwortet. Wir schauen, ob sie verstanden hat, welche Krebserkrankung sie genau hat und ob sie die Risiken der Behandlungsoptionen richtig einschätzen kann. Zur informierten Entscheidung gehört aber auch, dass die Wertvorstellungen der Patientin eingeflossen sind. ■

Das Interview führte Karola Schulte.

Gesundheitskompetenz bei Profis und Laien stärken. Die Patientenaufklärung, wie sie das Patientenrechtegesetz fordert, hängt aber nicht nur von geeigneten Gesundheitsinformationen ab. Vielmehr muss ein Mindestmaß an Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in der Bevölkerung vorhanden sein. Gesundheitskompetenz umfasst die Fähigkeit, Informationen zu beschaffen, kritisch zu bewerten und angemessen zu nutzen, um reflektiert, informiert und verantwortungsbewusst zu entscheiden. Studien haben gezeigt, dass auch Akademikerinnen und Akademiker (darunter Ärzte, Apotheker, Sozialarbeiter und Lehrer) häufig nicht über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen. Sie können dann nicht als Multiplikatoren wirken, die Patientinnen und Patienten mit korrekten Informationen versorgen. Nach Ergebnissen einer aktuellen Studie der Universität Bielefeld unter Leitung von Doris Schaeffer weisen rund 44 Prozent der Befragten in Deutschland eine eingeschränkte und weitere zehn Prozent sogar eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Experten fordern daher, die Gesundheitsbildung bereits im Schulalter zu fördern. Auch die Kultusministerkonferenz hat 2013 explizit dafür plädiert, Verbraucherbildung – die eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz einschließt – in Schulen zu verankern.

Konzept für Schulen. Schon Jugendliche und junge Erwachsene müssen eigenständig Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit treffen. Sie nutzen als Patienten das Gesundheitssystem und

sind Zielgruppe für Präventionskampagnen. Umso wichtiger ist es, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Einen Beitrag dazu soll das Kompetenztraining „ebm@school“ leisten. Das Projekt der Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg richtet sich an Schülerinnen und Schüler der Klassen 10 bis 13. Sie sollen Gesundheitsfragen bearbeiten können, also in der Lage sein, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und kritisch zu bewerten.

Wenn die Jugendlichen die Trainingseinheit „Bewertung von Gesundheitsinformationen“ durchlaufen haben, sollen sie beispielsweise die Anbieter evidenzbasierter Gesundheitsinformationen kennen sowie den Nutzen von Gütesiegeln erläutern können. Die Schülerinnen und Schüler sollen die Möglichkeiten und Grenzen gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnis reflektieren und eine kritische Haltung gegenüber Gesundheitsinformationen zeigen. Eine Implementierung solcher und ähnlicher Trainingsangebote in das Gesundheits- und Bildungssystem steht aus. Das kürzlich gestartete Projekt „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ wird bis 2018 eine Strategie dazu erarbeiten, wie Gesundheitskompetenz in Deutschland verbessert werden kann (siehe Kasten „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ auf Seite 38).

Decision Coaches im Test. Für wichtige medizinische Entscheidungen erscheint es sinnvoll, Patientinnen und Patienten außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung zusätzlich Unterstützung anzubieten. Dies kann im Rahmen von Zweitmeinungsgesprächen, durch Patientenberatungsstellen, Krankenkassen oder die ärztliche Selbstverwaltung stattfinden. Wie gut diese Ansätze zu informierten Entscheidungen beitragen, bleibt zu prüfen.

Eine weitere Möglichkeit der Unterstützung zur informierten Entscheidung ist der Einsatz sogenannter Entscheidungscoaches (Decision Coaches). Diese in der Regel nicht-ärztlichen Fachkräfte begleiten den Entscheidungsprozess und besprechen die Behandlungsoptionen mit den Patientinnen und Patienten auf Basis von evidenzbasierten Informationen und Entscheidungshilfen vor und nach dem Arztgespräch (siehe Interview auf S. 39). Sie vergewissern sich, dass die Patientinnen und Patienten die Informationen verstanden haben. Decision Coaches beraten Menschen bei besonders relevanten Entscheidungen, die mit komplexen Informationen verbunden sind, die im Arzt-Patienten-Gespräch häufig nicht angemessen thematisiert werden können.

Breast Care Nurses beraten Krebspatientinnen. Zurzeit evaluieren Arbeitsgruppen der Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg zwei Decision Coaching-Interventionen. Das Projekt „Spezialisierte Pflegefachpersonen zur Unterstützung partizipativer Entscheidungsfindung in der Onkologie (SPU-PEO)“ bietet Frauen mit neu-diagnostiziertem duktalem Karzinom in situ (krankhafte Wucherung in den Milchgängen der Brust) direkt nach der Diagnosestellung die Möglichkeit der Unterstützung auf dem Weg zu einer informierten Entscheidung. Der Nationale Krebsplan des Bundesgesundheitsministeriums fordert zwar, für Menschen mit Krebs evidenzbasierte Patientinneninformationen als Entscheidungshilfe bereitzustellen. Es gibt jedoch bislang keine überzeugenden Belege, dass dies in der

Online-Service für eine informierte Entscheidung

Die AOK unterstützt Patientinnen und Patienten dabei, informierte medizinische Entscheidungen zu treffen. Dazu hat sie sogenannte **Faktenboxen** entwickelt (aok.de/faktenboxen). Zu bisher zwanzig Themen wie beispielsweise Grippe-Impfung für Ältere, Nahrungsergänzungsmittel oder Röntgen bei Rückenschmerzen fassen die Faktenboxen medizinische Informationen auf dem aktuellen Stand des Wissens zusammen. Eine einfache grafische oder tabellarische Darstellung erleichtert den Zugang. Binnen sehr kurzer Zeit können Patientinnen und Patienten so einen Überblick über die wichtigsten Fakten gewinnen und informiert ins Gespräch mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt gehen. „Damit bieten wir Menschen die Möglichkeit, ihre eigene Präferenz herauszuarbeiten. Wir nehmen ihnen die Entscheidung nicht ab, sondern geben ihr ein wissenschaftlich gesichertes Fundament“, erläutert Dr. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband.

Etwas mehr zeitlichen Aufwand erfordern die **AOK-Entscheidungshilfen**. Sie stehen zu bisher sieben Themen zur Verfügung (aok.de/entscheidungshilfen): PSA-Test auf Prostatakrebs, Organspende, Brusterhaltung oder Brustentfernung bei Krebs, Brustentfernung – was kommt danach, HPV-Impfung, Impfungen gegen Kinderkrankheiten, künstliche Ernährung im Alter. In rund 20 Minuten können sich Patientinnen und Patienten mit den AOK-Entscheidungshilfen über das Pro und Kontra bestimmter medizinischer Interventionen informieren.

Bei der Suche nach geeigneten Ärzten, Krankenhäusern oder Pflegeanbietern helfen zudem AOK-Navigatoren (aok-pflegeheimnavigator.de, aok.de/krankenhausnavigator, aok-arztnavi.de).

Zusammenstellung: G+G



Klare Informationen sind für die Gesundheit genau so wichtig wie sauberes Wasser.

Praxis tatsächlich breit umgesetzt wird. Das Projekt SPUPEO kann vor diesem Hintergrund als prototypisch angesehen werden, da es sich um eine Entscheidungssituation mit weitreichenden Konsequenzen für Gesundheit und Lebensqualität handelt. Außerdem bieten die zertifizierten Brustzentren mit den dort beschäftigten spezialisierten Pflegenden (Breast Care Nurses oder onkologisch Fachpflegende) bereits eine Struktur, die die Einführung einer solchen Intervention eher erlaubt als die Standardversorgung ohne spezialisierte Pflegenden. Das Projekt sieht vor, dass nach der Diagnose im Rahmen eines ersten Arztkontakts die Patientinnen evidenzbasierte Informationen erhalten. Diese reflektieren sie in mindestens einem Termin mit dem Decision Coach, bevor sie in einem weiteren Arztgespräch eine Entscheidung über die Behandlung treffen.

Entscheidungshilfen bei Multipler Sklerose. Entscheidungen über eine Immuntherapie bei Multipler Sklerose (MS) erscheinen ebenfalls für ein Decision Coaching geeignet. Vor allem zu Beginn der Erkrankung stehen inzwischen eine Reihe unterschiedlicher Immuntherapien zur Verfügung, allerdings mit begrenzter Wirksamkeit und häufigen, zum Teil schweren Nebenwirkungen. Da es sich um eine Dauerbehandlung bei einer chronischen Erkrankung handelt, besteht anders als beispielsweise bei Krebs kein Grund für besonders schnelle und damit gegebenenfalls nicht-informierte, unreflektierte Entscheidungen. Um die Therapietreue bei MS-Patienten zu erhöhen, ist vielmehr wichtig, dass die Entscheidung nicht überstürzt erfolgt. Die Betroffenen müssen wissen, wofür sie sich entscheiden und was sie zu erwarten haben. Die Begleitung im Projekt „Decision Coaches bei Multipler Sklerose (DECIMS)“ läuft ähnlich wie bei SPUPEO. Auch hier werden Pflegenden geschult, wenn möglich sind dies speziell weitergebildete MS-Nurses aus Klinikambulanzen oder MS-Schwerpunktpraxen. Anders als

SPUPEO greift DECIMS auf bereits vorliegende evidenzbasierte Informationen und Entscheidungshilfen zurück, die in Form eines interaktiven „Wiki“ online zur Verfügung stehen.

Beide Projekte sind noch nicht abgeschlossen, aber es zeigt sich bereits, dass einerseits fast alle teilnehmenden Patienten mit dem Angebot der Entscheidungsbegleitung und -unterstützung sehr zufrieden sind. Andererseits gibt es von Seiten der Professionellen beziehungsweise des Versorgungssystems verschiedentlich Vorbehalte. Das hat zu einer erschwerten Implementierung und deutlich verlängerten Laufzeiten geführt. Die Ergebnisse der beiden Projekte werden im Laufe des Jahres 2017 vorliegen.

Informationen haben revolutionäres Potenzial. Nachdem sauberes Wasser und bessere Hygiene eine Revolution für die Gesundheit der Menschen bedeutete, folgte im 20. Jahrhundert die zweite Revolution mit großen wissenschaftlichen Fortschritten in der Medizin. Die dritte Revolution erwarten Muir Gray, der frühere Chef des National Health Services Großbritanniens, und Gerd Gigerenzer, Bildungsforscher am Max-Planck-Institut in Berlin, von klaren Informationen für Patientinnen und Patienten. Diese Revolution wird vorangetrieben von den Bürgerinnen und Bürgern, den Informationstechnologien und den zunehmenden Wissensbeständen. Heute haben Menschen grundsätzlich Zugang zu wissenschaftlichen Quellen. Sie erwarten eine bessere Gesundheitsversorgung und transparentere Entscheidungsprozesse. Wissensmanagement wird im 21. Jahrhundert eine der Hauptaufgaben der Gesundheitsversorgung sein. Zusammen mit der Entwicklung der Informationstechnologien kann eine effektive Kommunikation dieses Wissens zwischen Arzt und Patient realisiert werden – und das von Gray und Gigerenzer postulierte „Jahrhundert des Patienten“ beginnen. ■

Prof. Dr. Anke Steckelberg und **Prof. Dr. Gabriele Meyer** lehren an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. **Prof. Dr. Sascha Köpke** lehrt an der Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege. **Kontakt: Anke.Steckelberg@medizin.uni-halle.de**

Literatur bei den Verfassern

Web- und Lesetipps

- www.ebm-netzwerk.de > Was wir tun > DNEBM Fachbereiche > Patienteninformation und -beteiligung
- www.leitlinie-gesundheitsinformation.de
- Martina Albrecht, Florian Isenbeck, Jürgen Kasper, Ingrid Mühlhauser, Anke Steckelberg: **Evidenzbasiertheit von Telefonberatungen zu medizinischen und zahnmedizinischen Themen.** In: Deutsches Ärzteblatt International, Juni 2016, S. 389–395
- Talya Miron-Shatz, Ingrid Mühlhauser, Bruce Bower, Michael Diefenbach, Ben Goldacre, Richard S.W. Smith, David Spiegelhalter, Odette Wegwarth: **Warum medizinische Information oft nicht genutzt wird (...).** In: Gerd Gigerenzer, Muir Gray (Hrsg.): **Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin.** Strüngmann Forum Reports. MWV, 2013
- Ingrid Mühlhauser: **Unter-, Über- und Fehlinformation im Gesundheitswesen.** In: G+G-Wissenschaft 4/2016, S. 23–30

Keine Ländergrenze für die Prüfung

Nach dem Grundgesetz ist die Prüfungskompetenz des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung örtlich nicht begrenzt. Das hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt und wies die Verfassungsbeschwerde einer Krankenhausbetreiberin aus Nordrhein-Westfalen ab. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 8. November 2016
– 1 BvR 935/14 –
Bundesverfassungsgericht

Ist bei Klinikabrechnungen beispielsweise nicht klar, ob die stationäre Behandlung eines Versicherten medizinisch erforderlich war, beauftragen Krankenkassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit gutachterlichen Stellungnahmen (Paragraf 275 Sozialgesetzbuch V). Doch diese Prüfung stößt häufig auf Unmut. Denn sie kann im Ergebnis auch zu Kürzungen der Vergütungsansprüche führen. Ob aber eine Krankenkasse in einem Bundesland den MDK in einem anderen Bundesland, also länderübergreifend beauftragen darf, war umstritten. Nun hat das Bundesverfassungsgericht für Klarheit gesorgt.

Klinik will Unterlagen nicht aushändigen. Vorausgegangen war ein Rechtsstreit durch alle sozialgerichtlichen Instanzen. Die in Nordrhein-Westfalen gelegene Klinik hatte einen gesetzlich versicherten Patienten vom 16. Oktober bis 10. November 2009 stationär behandelt. Sie berechnete der Kasse dafür 3.953 Euro (Diagnosis Related Group E65C: Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere Komplikationen). Die Kasse beglich zunächst die Rechnung. Anschließend beauftragte sie den MDK Rheinland-Pfalz zu prüfen, ob der stationäre Aufenthalt und insbesondere die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer – sie beträgt 16 Tage – medizinisch begründet gewesen sei. Für die Abrechnungsprüfung forderten erst der MDK und dann die Kasse die vollständigen Krankenakte und die Pflegedokumentation an. Die Klinik aber weigerte

sich. Ihrer Ansicht nach dürfe ausschließlich der MDK Nordrhein-Westfalen Behandlungsfälle in diesem Bundesland begutachten. Alle Prüfungen des MDK seien wegen der gesetzlich vorgegebenen föderalen Strukturen länderbezogen wahrzunehmen. Schließlich klagte die Kasse und bekam in allen sozialgerichtlichen Instanzen Recht, zuletzt vor dem

Länderübergreifende Regelungen für die Krankenversicherung sind verfassungskonform.

Bundessozialgericht (BSG-Urteil vom 17. Dezember 2013, Aktenzeichen B 1 KR 52/12 R; siehe *G+G 5/2014, Seite 38–39*). Daraufhin legte die Krankenhausträgerin Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe ein. Sie rügte die Verletzung der Grundrechte aus Artikel 2 des Grundgesetzes (persönliche Freiheitsrechte) in Verbindung mit dem Rechtsstaats- und Bundesstaatsprinzip sowie aus Artikel 3 des Grundgesetzes (Grundsatz der Gleichbehandlung). Patienten stehe es zu, dass ihre Intims- und Privatsphäre sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gewahrt werde. Sie selbst müsse diese Rechte res-

pektieren und beim Umgang mit Patientendaten beachten. Das BSG habe die Bedeutung dieser Grundrechte verkannt. Verfassungsrechtlich sei eine landesbezogene Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste wegen der föderalen Organisation vorgegeben (Artikel 83 des Grundgesetzes).

Die Karlsruher Richter wiesen die Verfassungsbeschwerde als unzulässig ab. Die Klinikträgerin habe sich allein auf die Persönlichkeitsrechte des Patienten gestützt und nicht dargelegt, selbst und unmittelbar in ihren Grundrechten (Handlungsfreiheit) verletzt zu sein. Rüge ein Beschwerdeführer den Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz, müsse er Vergleichsgruppen bilden und vortragen, dass bei den gewählten Gruppen im Wesentlichen gleiche Sachverhalte vorlägen. Wer in Bezug auf wen in welcher Weise benachteiligt werde und worin konkret ein individueller Nachteil liege, müsse plausibel dargelegt sein. Dies habe die Klinikträgerin aber nicht getan. Aus ihrer Beschwerde ergebe sich keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung im Prüfverfahren durch den Einsatz des überörtlichen MDK.

Bundessozialgerichtsurteil bestätigt.

Im Übrigen hielten die Karlsruher Richter die Beschwerde für unbegründet. Das BSG-Urteil sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Das oberste Sozialgericht hätte die einschlägigen Vorschriften (Pa-

TIPP FÜR JURISTEN



Übertherapien am Lebensende, Auswirkungen des Strukturfonds für Krankenhäuser, Entlassmanagement, Antikorruptionsgesetz – diese und weitere Themen behandelt die „17. Frühjahrstagung Medizinrecht“ der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein. Sie findet vom 31. März bis 1. April in Leipzig statt. Mehr Informationen unter www.arge-medizinrecht.de

ragrafen 275 ff. SGB V) im Sinne des Gesetzes ausgelegt. Zurecht habe es festgestellt, dass weder Wortlaut noch Systematik, Entstehungsgeschichte und Zielsetzung der gesetzlichen Regelungen Anhaltspunkte für die Annahme böten, dass die dem Medizinischen Dienst zugewiesenen Aufgaben ausschließlich nach räumlichen Wirkungskreisen wahrzunehmen seien. Das Sozialrecht gebe zwar vor, dass die Organisationsstruktur und die Finanzierung der Medizinischen Dienste grundsätzlich landesbezogen seien. Ansonsten aber sei ihre Zuständigkeit örtlich nicht eingeschränkt. Länderübergreifende Regelungen seien durchaus möglich (Paragraf 281 Absatz 1 SGB V).

Bund darf Organisation vorgeben. Darüber hinaus hielten die Karlsruher Richter die von der Beschwerdeführerin beehrte einschränkende Auslegung verfassungsrechtlich für nicht geboten. Nach Artikel 83 des Grundgesetzes führten die Länder Bundesgesetze als eigene Angelegenheit aus. Welchen Spielraum der Bund habe, gebe das Grundgesetz vor: Artikel 87 Absatz 2 (Sachgebiete) lasse dem Gesetzgeber großen Handlungsspielraum für die Krankenversicherung. Abgesehen vom körperschaftsrechtlichen Status der Sozialversicherungsträger mache die Verfassung keine inhaltlichen Vorgaben, wie die Krankenversicherung zu organisieren ist. Der Bundesgesetzgeber sei berechtigt, Verbindungen zwischen Sozialversicherungsträgern herzustellen oder länderüberschreitende Leistungsbeziehungen zu regeln. Die Verfassung verbiete es dem Gesetzgeber nicht, ein länderübergreifendes Zusammenwirken in der Krankenversicherung bundesweit zu regeln. ■

Kommentar: Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts dürfte für viele vorhersehbar gewesen sein. Denn bereits die Sozialgerichte hatten in ihren Entscheidungen deutlich gemacht, dass es weder sachliche noch rechtliche Gründe gegen eine länderübergreifende Beauftragung von Medizinischen Diensten gibt.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
ARZNEIMITTEL		
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) Bundestags-Drucksache 18/10208	Freie Preisbildung für Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung künftig bis zum Erreichen eines Schwellenwerts in Höhe von 250 Millionen Euro; keine öffentliche Listung der vereinbarten Erstattungsbeträge für Arzneimittel; in medizinisch begründeten Einzelfällen Abkehr von der Vorgabe, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Vergleichstherapie; Verlängerung des Preismoratoriums bis 2022; Rabattverträge für Krebspräparate (Zytostatika) zwischen Kassen und Pharmaherstellern möglich; Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeit der Kassen mit Apotheken über Zytostatika.	Erste Lesung im Bundestag war am 10.11.2016. Der Bundesrat hat am 25.11.2016 Stellung genommen.
HEIL- UND HILFSMITTEL		
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG) Bundestags-Drucksache 18/10186	Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses durch GKV-Spitzenverband bis Ende 2018; bei Ausschreibungsverträgen Preis und Qualitätsanforderungen als Kriterium; Pflicht der Leistungserbringer, bei der Abrechnung mit Kassen Aufzahlungen offenzulegen; Möglichkeit der Kassen und Heilmittel-erbringer-Verbände, von 2017 bis 2019 Vergütungen oberhalb der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder zu vereinbaren; Modellvorhaben zur Blankoverordnung von Hilfsmitteln.	Der Bundesrat hat am 14.10.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 10.11.2016.
INFEKTIONSSCHUTZ		
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten Bundestags-Drucksache 18/10938	Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten durch das Robert Koch-Institut; Erweiterung der Meldepflichten bei Krankenhausinfektionen (z. B. Fälle von Besiedlung der Haut mit Erregern von nosokomialen Infektionen; Auftreten von Krätze in Pflegeheimen künftig meldepflichtig.	Erste Lesung im Bundestag war am 26.1.2017.
SELBSTVERWALTUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) Bundestags-Drucksache 18/10605	Erweiterung der Einsichts- und Prüfrechte der Selbstverwaltung; Verpflichtung der Organisationen, interne Kontrollmechanismen (Innenrevision) einzurichten; Präzision der Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten der hauptamtlichen Vorstände gegenüber den Aufsichtsgremien; Möglichkeit der Selbstverwaltung, den Vorstand mit einfacher Mehrheit abzuwählen bei gleichzeitiger Wahl eines neuen.	Der Bundesrat hat am 16.12.2016 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 26.1.2017.

Stand: 3.2.2017



Web-Tipp

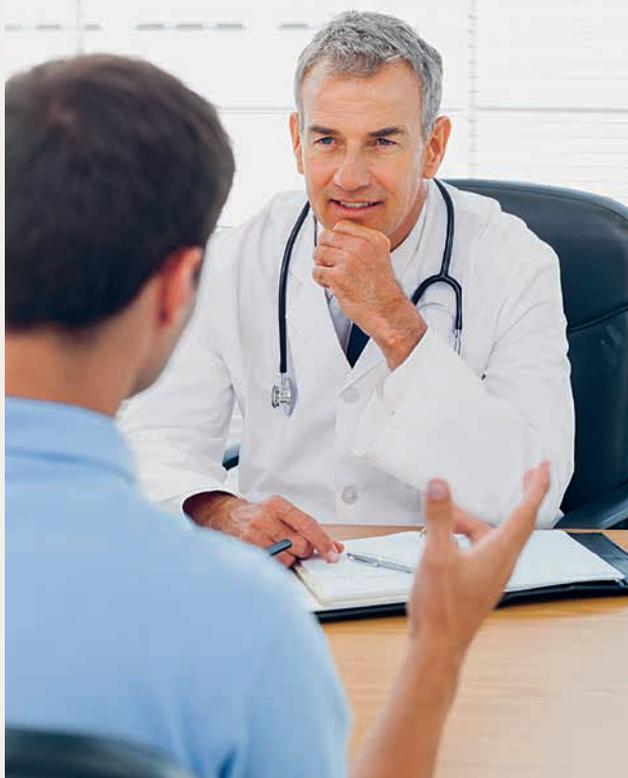
<http://dipbt.bundestag.de/dip21.web/bt>

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

BADEN-WÜRTTEMBERG

Spitzenplatz bei
HZV-Patienten

In Deutschland ist die Zahl der an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmenden Versicherten um etwa zehn Prozent gestiegen – sie liegt inzwischen bei 4,3 Millionen. Einen Spitzenplatz nimmt das „Ländle“ ein: Alleine bei der AOK Baden-Württemberg nehmen 1,45 Millionen Versicherte an der HZV teil – das entspricht einem Anteil von mehr als einem Drittel. Im Südwesten, der seit neun Jahren die HZV flächendeckend umsetzt, betrug die Steigerungsrate 2016 etwas mehr als fünf Prozent. Der Hausarzt ist in der HZV erster Ansprechpartner bei medizinischen Fragen und Lotse für die Patienten. Er koordiniert bei Bedarf die Behandlungen durch weitere Fachärzte. Bei der AOK Baden-Württemberg sind fünf weitere Facharztverträge abgeschlossen: Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie), Orthopädie sowie Urologie.



Erster Ansprechpartner für den Patienten: Die Zahl der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte steigt.

Wissenschaftliche Evaluationen zeigen regelmäßig, dass die Versicherten in der HZV von einer qualitativ besseren Versorgung profitieren. Bundesweit liegt die Zahl der an der HZV teilnehmenden Hausärzte bei knapp 17.000. In Baden-Württemberg sind es nahezu 4.000 Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte. ■

NIEDERSACHSEN

Engagement für
Pflegerbetriebe

Der Pflegeberuf ist körperlich und seelisch anstrengend. Zugleich steigt der Pflegebedarf in einer alternden Gesellschaft. Die Fluktuation der Beschäftigten in Pflegeheimen und

ambulanten Diensten ist entsprechend hoch, vielerorts werden Fachkräfte gesucht. Um die Arbeitsbedingungen in der Branche zu verbessern, bietet die AOK Niedersachsen seit Kurzem spezielle Beratungsmodule an. Unter dem Titel „Gesunde Pflegeeinrichtungen“ soll es künftig leichter sein, betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege zu etablieren. Die AOK baut dabei auf Erfahrungen aus einem vierjährigen Projekt, das vom Landessozialministerium unterstützt wird. Knapp 2.000 Pflegekräfte aus 20 Betrieben konnten davon bereits profitieren. „Wir können gar nicht genug Anstrengungen unternehmen, um Pflegekräfte zu stärken“, erklärte Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin **Cornelia Rundt** beim Besuch eines Pflegeheimes in Badenstedt. Der Vorstandsvorsitzende der AOK Niedersachsen, **Dr. Jürgen Peter**, sagte, gesunde und zufriedene Pflegefachkräfte sorgen für eine gute Unternehmenskultur. „Davon profitieren auch die Pflegebedürftigen und der Arbeitgeber.“ ■

AOK aktuell

Jedes vierte Schulkind in Nordost ist Allergiker

Das Gesundheitswissenschaftliche Institut der AOK Nordost (GeWINO) erstellt derzeit den ersten Kinderreport für die Region Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Die Expertise widmet sich auch dem Thema Allergien bei Schulkindern. Eine erste Auswertung der Daten der bei der Gesundheitskasse versicherten Schulklassler zeigt: Fast jedes vierte Kind im Alter von sechs bis 16 Jahren im Nordosten war im Jahr 2015 von Allergien betroffen. Rund 23 Prozent der Schulkinder sind Allergiker. An der Spitze liegt Mecklenburg-Vorpommern mit 24 Prozent, gefolgt von 23 Prozent in Brandenburg. In Berlin leiden immerhin noch 22 Prozent der Schulkinder an allergischen Erkrankungen. „In den vergangenen zehn Jahre mussten wir eine Zunahme der Allergiehäufigkeit insbesondere außerhalb der Ballungsräume feststellen“, sagte GeWINO-Geschäftsführer **Professor Dr.-Ing. Thomas P. Zahn**. Seit 2006 sei der Anteil von

Schulkindern mit Allergien in Mecklenburg-Vorpommern um 3,2 Prozent und in Brandenburg um 0,8 Prozent gestiegen. In Berlin sei ihr Anteil hingegen um 1,4 Prozent gesunken. „Eine Allergie ist eine ernst zu nehmende Erkrankung, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken kann“, sagte **Frank Michalak**, Vorstand der AOK Nordost. „In unserer Gesellschaft fehlt teilweise leider immer noch ein ausreichendes Bewusstsein und die nötige Rücksichtnahme auf Allergiker.“ Länder wie etwa Schweden seien in diesem Punkt schon weiter. Dort gebe es beispielsweise spezielle Regelungen, die Luftfilter vorschreiben und Duftstoffe in Schulen und Krankenhäusern untersagen würden, so Michalak. ■



Mehr Geld für Hospizarbeit

Vergangenes Jahr hat die AOK Hessen 72 Hospizdienste mit knapp 1,6 Millionen Euro gefördert. Das sei der bislang höchste Betrag, der in diesem Versorgungsfeld von Seiten der Gesundheitskasse geflossen ist, teilte die AOK mit. Im Jahr 2015 seien es knapp 1,2 Millionen Euro gewesen. Der Bedarf an qualifizierter Begleitung in der letzten Lebensphase ist in Hessen nach wie vor hoch. Im Jahr 2016 wurden von diesem Geld über 3.000 Sterbegleitungen mitfinanziert, davon etwa die Hälfte in Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Insgesamt 1.579 von ihnen finden im privaten Umfeld des Patienten statt. Die Zahl der Ambulanten Hospizdienste wächst zudem weiterhin: 2015 waren es noch 69 hessische Einrichtungen, die eine Förderung beantragt hatten. ■

SACHSEN-ANHALT

Pflege wird 2017 großes Thema

Mehr Präventionsangebote speziell für professionell Pflegende hat die AOK Sachsen-Anhalt gefordert. „Ich würde mir wünschen, dass der Gesetzgeber stärker an diejenigen denkt, ohne die die gesamte Pflegeversicherung nicht funktioniert: an die Pflegekräfte“, sagte **Traudel Gemmer**, alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates der AOK Sachsen-Anhalt, anlässlich des Neujahrsempfangs der Gesundheitskasse in Halle. Gemmer betonte, die AOK wolle weiter „erster Ansprechpartner“ sein, wenn es um das Thema Pflege gehe. Nach An-



Zuwendung in den letzten Stunden: Der Bedarf an qualifizierter Sterbehilfe ist ungebrochen hoch.

gaben der Gesundheitskasse sind in Sachsen-Anhalt derzeit 90.000 Menschen pflegebedürftig. Davon sind 63.000 bei der AOK versichert, 40.000 Pflegebedürftige werden zu Hause gepflegt. „Sie und ihre Angehörigen zu unterstützen – dafür stehen über hundert speziell qualifizierte Pflegeberater der AOK Sachsen-Anhalt“, so Gemmer. Im kommenden Mai veranstaltet die AOK wieder mehrere Pflegeforen für Betroffene und Angehörige. Im Frühjahr ist die Kasse erstmals mit einer Info-Tour zum Thema Pflege in Kommunen und Rathäusern unterwegs. Diskutiert wurden beim Neujahrsempfang auch die Herausforderungen des demografischen Wandels in der Ärzteschaft. Mehr Studierende für die Allgemeinmedizin zu begeistern, sei deshalb gemeinsames Ziel der von der Landesregierung, den Krankenkassen, Ärzten, Universitäten und Kommunen gegründeten „Allianz für Allgemeinmedizin“, hieß es. Die AOK bringt sich bei der Finanzierung der Initiative auf besondere Weise ein. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Schulungsangebote für die Selbsthilfe

Etwa 30.000 Menschen in Thüringen sind derzeit in etwa 1.500 Selbsthilfegruppen aktiv. Um diese ehrenamtliche Arbeit auszubauen und zu vernetzen, ist das dreijährige Modellprojekt „Selbsthilfe im Dialog – miteinander lernen, erfahren und austauschen“ gestartet. Das Vorhaben, das in Kooperation von AOK PLUS, dem Paritätischen Thüringen und der Landesarbeitsgemeinschaft Thüringer Selbsthilfepforum entstanden ist und unter anderem Schulungen vorsieht, soll der Selbsthilfearbeit im Freistaat neue Impulse geben. „Wir fördern die Selbsthilfe, weil sie neben der ärztlichen Betreuung eine wesentliche Säule für Betroffene und Angehörige ist. 2016 haben wir insgesamt 634 Initiativen unterstützt. Das neue Modellprojekt ermöglicht den Austausch über das eigene Thema hinaus“, sagte **Heiko Kotte**, Bereichsleiter Gesundheitsförderung der AOK PLUS. Die

Schulungsangebote seien „eine gute Grundlage für den Austausch der Selbsthilfegruppen“, betonte auch **Stefan Werner**, Landesgeschäftsführer des Paritätischen Thüringen. ■

Telegramm

+++ Gleich zweimal ist die AOK Rheinland/Hamburg 2016 mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet worden. Der Preis wird jährlich im Rahmen der **Initiative Gesundes Land Nordrhein-Westfalen** vergeben. Bewertet wird – neben dem Innovationscharakter – auch die wissenschaftliche Fundierung eines Projektes und die breite Umsetzbarkeit. Günter Wältermann, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, und Rolf Buchwitz, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, nahmen im Landtag die Preise von Gesundheitsministerin Babara Steffens entgegen. +++ Das Land Mecklenburg-Vorpommern finanziert auch 2017 die **Verkehrssicherheitsinitiative Fifty-Fifty-Taxi** mit bis zu 80.000 Euro. Einen entsprechenden Bescheid übergab Infrastrukturminister Christian Pegel an die Taxi-genossenschaft. Mit den Tickets, die von der AOK Nordost unterstützt werden, können Jugendliche an Wochenenden, gesetzlichen Feiertagen und deren Vorabenden die Hälfte des Taxi-Preises sparen. +++

Inklusion Familienleben mit Behinderungen

Mareice Kaiser erwartet ein Wunschkind und bekommt die mehrfach behinderte Greta. Ein Genfehler ist es, der die kindliche Entwicklung ausbremst, sie taub und stark sehbehindert sein lässt und eine schwere Stoffwechsell- störung mit sich bringt. Greta



braucht Pflege und Unterstützung – jeden Tag, rund um die Uhr, über Jahre hinweg. Wie sehr sich Mareice Kaiser und ihr Mann Thorben auf diese Herausforderung einlassen, erzählt die Journalistin in ihrem Buch. Die Eltern geben

ihren bis dato geregelten Alltag auf, um ihrem Kind das Überleben zu sichern. Und sie sind von Anfang an verliebt in das kleine Mädchen – und oft auch ungemein stolz. Zum Beispiel als Greta aus eigener Kraft für einen Moment auf beiden Beinen steht. Diese Liebe trägt sie über viele Auswüchse von mangelndem Respekt, behindernder Bürokratie und struktureller Diskriminierung im Alltag hinweg. Zum Beispiel über die Angst und den Stress, die mit den vielen Krankenhausaufenthalten verbunden sind. Zum Beispiel über den Ärger, dass jeder Antrag bei der Krankenkasse ein zweites Mal gestellt werden muss, bevor die Hilfen gewährt werden. Greta ist der Mittelpunkt, um den sich das Paar dreht. Das bleibt auch so, als ihre zweite Tochter geboren wird. Die Beschreibung vom allzu kurzen Leben mit Greta ist mutig, beglückend und bietet „alles inklusive“.

Mareice Kaiser: Alles inklusive. Aus dem Leben mit meiner behinderten Tochter. 2016. 288 Seiten. 14,99 Euro. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Schweiz Prävention unter Stiftungsdach

Die Prävention ist ein gesundheitspolitisches Feld, an dessen Ausbau sich viele Akteure beteiligen sollen. Dies sorgt mitunter dafür, dass Interventionen erfolglos verpuffen, nebeneinander herlaufen oder wenig Wirkung zeigen. Herbert Rebscher, bis Ende 2106 DAK-Chef, und Stefan Kaufmann, Vize der schweizerischen EGK-Gesundheitskasse, haben namhafte Autoren dafür gewonnen, Unterschiede der Präventionspolitik in Deutschland und der Schweiz aufzuzeigen. Politiker hierzulande setzen auf die Kooperation der Sozialversicherungen. Neu geschaffene Gremien mit allen Beteiligten sollen verbindliche Ziele definieren, um die Leistungen koordinieren und abstimmen zu können. Die Finanzmittel fließen über die Krankenkassen, die untereinander im Wettbewerb stehen. Zwar erheben auch in der Alpenrepublik die Kassen einen einheitlichen Prämienzuschlag für Prävention. Über die Verwendung des Geldes entscheidet bereits



seit 1996 die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“. War sie zunächst als Vergabestiftung gedacht, hat sie sich seit 2007 zu einer „Umsetzungsorganisation“ entwickelt. Mit den meisten Kantonen wurden große Programme zur Ernährung und Bewegung erarbeitet. Jetzt stellen sich erste Erfolge ein. So liegt der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen heute gut 2,6 Prozent unter dem Wert von vor zehn Jahren.

Herbert Rebscher/Stefan Kaufmann (Hrsg.): Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen. 2016. 425 Seiten. 69,99 Euro. medhochzwei Verlag, Heidelberg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ DATENSCHUTZ IN DER KRANKENVERSICHERUNG	IT-Sicherheitsgesetz, Datenschutz Grundverordnung, Nutzung von Routinedaten, Patientenschutz	9.–10.3.2017 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–339 Fax: 03 41/9 89 88–9301 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz
■ KONGRESS „ARMUT UND GESUNDHEIT 2017“	Inklusion, Migration, Qualitätsmessung, E-Mental-Health, Digitalisierung, Gesundheitskompetenz	16.–17.3.2017 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 73 Fax: 0 30/44 31 90 63 kongress@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de
■ DEUTSCHER PFLEGETAG 2017	Personalbemessung, neuer Pflegebegriff, Schnittstelle Kranken- und Pflegeversicherung, Pflegeausbildung	23.–25.3.2017 Berlin	Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover	Tel.: 05 11/85 50–2640 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de
■ 12. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER	Digitalisierung, Sicherheit Arzneitherapie, Nutzen medizinischer Daten, elektronische Patientenakte	29.–30.3.2017 Berlin	Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31/–32 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de
■ HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Rehabilitation, Ärzteforum, Pflegekongress	20.–22.6.2017 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de

Medizingeschichte NS-Ärzte ohne Menschlichkeit

Das Anliegen ist bedeutend fürs „Reich“: Wie gelingt es, deutsche Flieger zu retten, wenn sie ins Meer abstürzen? Das Problem, für das „SS-Reichsführer“ Heinrich Himmler rasch eine Lösung wünscht, ist: Die Piloten verdursten, denn Meerwasser können sie nicht trinken. 1944 wird der Internist Wilhelm Beiglböck mit der Sache betraut. Er begleitet zwei Versuchsreihen. Die „Freiwilligen“ dafür sind Zigeuner, die ins KZ Dachau verfrachtet werden. Einige bekommen Meerwasser zu trinken, andere



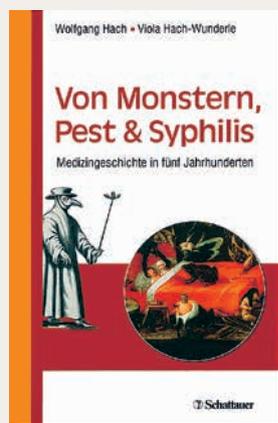
nichts. Nach kurzer Zeit winden sie sich vor Schmerzen. Sie flehen, Durst und Hunger zu beenden. Doch ihr Peiniger kennt keine Gnade. Nachzulesen ist die Geschichte in Michel Cymes Buch „Hippokrates in der Hölle“. Der französische Medizinjournalist fragt, was Ärzte dazu brachte, den Eid des Hippokrates zu brechen und Menschen die Beine zu brechen oder sie in Eiswasser zu töten. Einfach dürfe man sich die Antwort nicht machen. Die „Ärzte des Grauens“ seien nicht allesamt verrückt gewesen. Angestachelt von Himmler („Nur zu, experimentieren Sie!“) wollten sie teilhaben am Wahn, das

deutsche Volk zum „gesündesten Volk“ zu machen. Dafür töteten sie. Und stahlen sich später mit dem Argument, „geforscht“ zu haben, aus der Verantwortung. Teils mit Erfolg. Beiglböck bekam 15 Jahre Haft, nur knapp die Hälfte saß er ein. 1951 praktizierte er wieder – als Chefarzt. (hom)

Michael Cymes: Hippokrates in der Hölle. Die Verbrechen der KZ-Ärzte. 2016. 208 Seiten. 19,95 Euro. Konrad Theiss Verlag, Darmstadt.

Zeitreise Von der Pest bis hin zur Vene

In Zeiten der Pest waren die Zuständigkeiten klar: Hatte ein Arzt die Krankheit diagnostiziert, verordnete er allenfalls eine Arznei und überlies alles Weitere dem Pestarzt. Dieser bekam sein Geld von der Stadt und versorgte Reiche und Arme. Der Patient musste zu festgelegten Uhrzeiten zu Hause zu sein. Der Pestarzt kam im langen Gewand, das ihn völlig einhüllte. Sein Gesicht war hinter einer Maske mit einem langen Schnabel versteckt. Darin lagen Duftstoffe und Kräuter, die ihn vor üblen Gerüchen und Ansteckung schützen sollten. Der Peststab, mit dem er den Patienten untersuchte, ohne ihn zu



berühren, war sein wichtigstes Werkzeug. Er konzentrierte sich darauf, die krankmachenden Giftstoffe aus dem Körper zu leiten. Mussten Pestbeulen aufgeschnitten werden, kamen spezielle Pest-Barbiere. Mit Blick auf die Erkrankungen der venösen Zirkulation führen die beiden Berliner Phlebologen (Gefäßspezialisten) durch fünf Jahrhunderte der Medizin-

geschichte. Die Behandlung der Pest steht am Anfang, am Ende geht es um die Entdeckung des venösen Kompartimentsyndroms (verminderte Gewebedurchblutung).

Wolfgang Hach/Viola Hach-Wunderle: Von Monstern, Pest und Syphilis. 2016. 288 Seiten. 19,99 Euro. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Zeitschriftenschau

■ Osteopathische Behandlung: Einheitliche Standards fehlen

Der Markt für osteopathische Behandlungen wächst stetig. Patienten empfinden sie als besonders sanft. Inzwischen übernehmen einige Krankenkassen anteilig die Behandlungskosten. Die Hamburger Fachanwältin für Medizinrecht, Dr. Birgit Schröder, weist auf gravierende Rechtsprobleme hin: Für Osteopathen gäbe es weder allgemeingültige Berufsregeln noch Ausbildungsanforderungen oder Behandlungsstandards. Ohne Approbation oder Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz dürften sie jedenfalls nicht behandeln. **ZMGR – Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht 6/2016, Seite 354–356**

■ Nichtprofessionelle Pflege: Qualität unter die Lupe nehmen

Bei den Debatten um Pflegemissstände stand bisher die stationäre Pflege im Fokus. Der Büroleiter des Beauftragten der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Dr. Marko Urban, zeigt gravierende Defizite bei der ambulanten Pflege auf. Sehr kritisch sei es um die Qualitätsstandards auf dem „grauen Pflegemarkt“ bestellt, also wenn nicht Angehörige, sondern sonstige Personen gegen Entgelt pflegen. Während die Standards bei der professionellen Pflege wissenschaftsbasiert ständig weiterentwickelt würden, beschränke sich die nichtprofessionelle Pflege auf einen starren Mindeststandard. Die Nichtregulierung des grauen Pflegemarktes sei unverständlich. **Gesundheit und Pflege 6/2016, Seite 212–218**

■ Bundessozialgericht: Wirtschaftlichkeitsgebot ins Blickfeld genommen

Seit 2015 ist beim Bundessozialgericht (BSG) nur noch der Erste Senat für das Krankenhausrecht zuständig. Ob es seitdem in der Rechtsprechung einen Paradigmenwechsel im Verhältnis zwischen Kliniken und Krankenkassen gab, beleuchtet Dr. Hartmut Münzel. Nach Ansicht des Fachanwalts für Medizinrecht stellt seither das BSG das Wirtschaftlichkeitsgebot in den Mittelpunkt seiner Argumentation – für ihn ein einseitiger Ansatz, der zu einer Waffenungleichheit führe und juristisch nicht überzeuge. Der Gesetzgeber oder das Bundesverfassungsgericht müssten Abhilfe schaffen. **MedR – Medizinrecht 2016, Seite 778–786**

■ Medizinprodukte: Ärztliche Empfehlungen unzulässig

Die Rechtsprechung zu Medizinprodukten analysieren Professorin Dr. Sandra Hobusch von der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften und der Münchener Rechtsanwalt Sebastian Ochs. Unter anderem dürften nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) Ärzte ihre Patienten nicht an einen bestimmten Leistungserbringer verweisen und ihnen auch keinen empfehlen. Patienten dürften in ihrer Wahlfreiheit nicht beeinflusst werden. Im Haftungsrecht habe sich der BGH dem Europäischen Gerichtshofs angeschlossen. Im Schadensfall müssten Patienten einen Fehler am konkreten Medizinprodukt nicht mehr nachweisen, wenn feststeht, dass die gesamte Produktserie fehlerhaft war. **MedR – Medizinrecht 2016, Seite 786–791**

Kliniken müssen Demenz beachten

Sie ziehen sich Schläuche aus den Venen, belasten frisch operierte Brüche oder laufen weg: Menschen mit Demenz brauchen im Krankenhaus besondere Aufmerksamkeit, meint **Winfried Teschauer**. Screenings, Schulungen und Betreuungskräfte könnten die Situation verbessern.

Wenn Menschen sich zur Behandlung ins Krankenhaus begeben, vertrauen sie darauf, medizinisch rundum gut versorgt zu werden. Allerdings erreichen die Deutsche Alzheimer Gesellschaft immer wieder Berichte, die daran teils massive Zweifel aufkommen lassen. Bei Menschen mit Demenz sind körpernahe Fixierungen und Ruhigstellung mit Medikamenten keine Ausnahme, sondern oft die Notlösung im Akutkrankenhaus. Das betrifft keine kleine Gruppe: Deutsche Krankenhäuser behandeln täglich 47.000 Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in somatischen Stationen, etwa die Hälfte davon mit einer manifesten Demenz. Das zeigt die General Hospital Studie (GhoSt), eine repräsentative Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern aus den Jahren 2013 bis 2015. Demnach leiden knapp 20 Prozent der über 65-jährigen Krankenhauspatienten an einer Demenz – Tendenz steigend.

Oft fehlt die Diagnose. Eines der Probleme besteht darin, dass die Demenz in der Regel keine erlösrelevante Diagnose darstellt und deshalb meist nicht codiert wird. Insofern ist manchen Geschäftsführern die Problematik nicht bewusst. Die GhoSt-Studie hat ergeben, dass in 60 Prozent der Fälle die Demenz nicht bekannt oder nicht diagnostiziert ist. Krankenhäuser müssen sich darauf einstellen, Menschen mit kognitiven Risiken selbst zu identifizieren. Nicht jede Verwirrtheit – auch nicht in der Altersgruppe der über 65-Jährigen – ist auf eine Demenz zurückzuführen. Screening- und Assessmentverfahren sind daher für die Qualität der Versorgung unabdingbar.

Ist das kognitive Risiko erkannt, müssen alle Beteiligten wissen, wie weiter zu verfahren ist. Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen und in allen Berufs-

gruppen im Krankenhaus sind notwendig. Krankenhäuser in Großbritannien machen uns das vor. Sie setzen auf drei Ebenen an: Eine etwa zweistündige Basisschulung zu den Grundlagen zur Demenz für ausnahmslos jeden Klinik-Mitarbeiter, eine etwa zweitägige Schulung für Mitarbeiter auf Stationen (alle Berufsgruppen, auch Ärzte) und eine umfassende Schulung zum Demenzspezialisten.

Zwei Themen seien beispielhaft herausgegriffen: Delir bei Demenz und herausforderndes Verhalten. Letzteres umschreibt eine Reihe von Verhaltensweisen: beispielsweise Aggressionen, Bettflucht, das Ziehen von Schläuchen oder das Belasten von frisch versorgten Brüchen oder Endoprothesen. Oft sind Ängste, die unbekannt Umgebung oder Schmerzen die Auslöser. Zugrunde liegen kann ebenso das Delir (bei Demenz, ICD F 5.1), das vor allem auf demenziell bedingte Veränderungen im Hirnstoffwechsel beruht und meist verharmlosend als „Durchgangssyndrom“ bezeichnet wird. Delirien verschlechtern die Prognose oder führen sogar zum Tod. Die Liste der Themen für Fortbildungen ließe sich umfangreich weiterführen: Ernährung etwa oder Schmerzerkennung, Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sind Stichworte, die zumeist der Pflege bekannt sind.

Die Haltung ändern. Demenz wird in den nächsten Jahrzehnten, wenn die Babyboomer-Generation in das entsprechende Alter kommt, einen zunehmend großen Anteil an der Versorgung im Akutkrankenhaus einnehmen. Darauf muss die Krankenhauslandschaft mit Schulungen, Screenings, Prozessanpassungen, Anpassen der Architektur und Milieugestaltung und vor allem mit einer Änderung der Haltung reagieren. Häufig, und nicht zu Unrecht, erfolgt der Ruf nach einer Veränderung der Erlössituation bei der Behandlung von Menschen mit Demenz. Diese brauchen im Krankenhaus Tagesstrukturen, auch zur Delirprävention. Bürgerschaftliches Engagement und ehrenamtliche Helfer sind ein wichtiger Beitrag. Möglicherweise wird man aber auch ein System mit zusätzlichen Betreuungskräften, ähnlich wie in Pflegeeinrichtungen, in Erwägung ziehen müssen. Die Kommunikation an Schnittstellen ist eine große Herausforderung, aber auch eine bessere Information von Ärzten zum Thema Delir- und Schmerzmedikation. ■

Dr. Winfried Teschauer ist Mitglied des Vorstandes der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und Wissenschaftlicher Leiter der Ingenium Stiftung für Menschen mit Demenz.

Kontakt: Winfried.Teschauer@dalzg.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 1/2017

Armes krankes Griechenland

Ein Vorbild an Solidarität

Vielen Dank für den Beitrag über Griechenland in der Januarausgabe. Bewegt hat mich das Engagement von Christos Sideris von der Sozialklinik Elliniko sowie die Solidarität und Hilfe nicht nur gegenüber den Landsleuten, sondern auch den vielen Flüchtlingen, denen das arg gebeutelte Land Zuflucht gibt. Hiesige Rechtspopulisten sollten sich erinnern, dass unser Land selbst einmal viele Flüchtlingsbewegungen erlebte: Ende des Zweiten Weltkriegs kamen bis zu 14 Millionen Menschen aus den deutschen Ostgebieten, und aus der DDR flohen mehrere Millionen in den Westen. Wer dafür plädiert, die Schotten dicht zu machen, leidet unter einer Wahrnehmungsstörung. Denn in einem sicheren und reichen Land wie Deutschland zu leben, ist ein Privileg, keine Leistung. Wir haben nichts dafür getan, hier geboren zu sein. Wir haben einfach Glück gehabt.
A. W., Bonn

G+G 12/2016

Interview mit Professor Dr. Thomas Mansky zum Qualitätsmonitor

Hohe Fallzahlen sind kein Garant für hohe Qualität

Ihre Dezemberausgabe enthält ein Interview mit Professor Dr. Thomas Mansky, dem Mitherausgeber des Qualitätsmonitors 2017. Dessen Aussage „Die Fallzahl

ist ein Ausdruck von Behandlungserfahrung“ ist akzeptabel. Sie ist allerdings weder ehrlich noch realitätsbezogen. Qualität wird suggeriert, aber nicht belegt! Sie unterschlägt somit, dass hohe Fallzahlen keinesfalls uneingeschränkt hohe Qualität sichern können. Vielerorts ist dies auch gar nicht das Ziel. Insbesondere dort nicht, wo unnötigerweise Operationen mit dem primären Ziel der Gewinnmaximierung (zulasten von Patienten) durchgeführt werden. Dies gilt auch für einzelne private Klinikkettenbetreiber, wie derzeit die Verhältnisse in einem Krankenhaus in Hamburg erschreckend deutlich machen. Hohe Fallzahlen nützen der Behandlungsqualität vor allem dann nicht, wenn massive strukturelle und Managementdefizite Patienten vor Infektionen nicht schützen können. Zu Recht steht manche private Klinikette im Zielfeuer der Kritik. Patienten werden gezielt aufgefordert, in Krankenhäuser anderer Träger zu wechseln, da Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann. Neu ist das alles aber nicht. Es ist auch nachvollziehbar, dass Protagonisten und Lobbyisten von privaten Klinikketten und Krankenkassen einseitig argumentieren. Dies gilt für den Interviewpartner und die AOK gleichermaßen. Dennoch die Bitte: Massive Augenwischerei führt nicht weiter. Es geht ausschließlich um Strukturbereinigungen zugunsten von Großkonzernen und Krankenkassen. Daran ändert die Schönfärberei (mit Alibifunktion) des Qualitätsmonitors 2017 nichts.
Professor Dr. W. H., Wissenschaftlicher Leiter
Studienprogramm Medical Hospital Management
(Hochschulen Hannover, Neu-Ulm, Osnabrück)

BECKs Betrachtungen



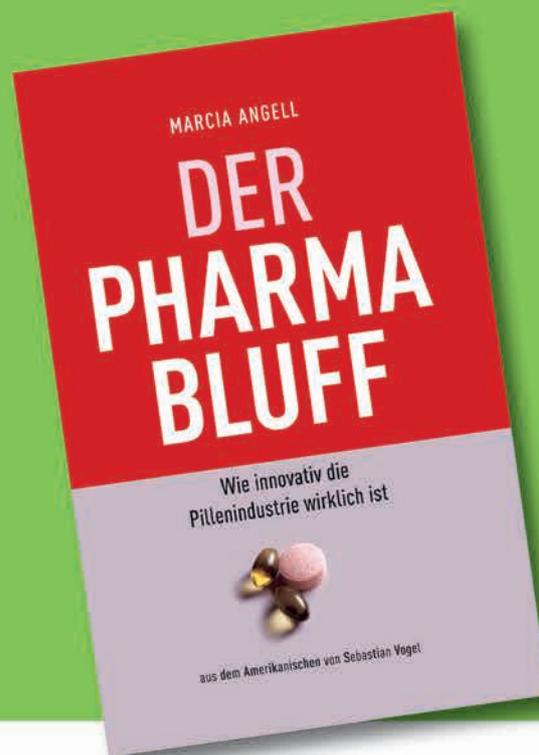
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

Wir wissen, was wichtig ist: Ihre Gesundheit. Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon über 25 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de