



**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**

**Jetzt anmelden!**  
**G+G-Studienreise:**  
**Pflege in Skandinavien**  
Mehr auf Seite 7

# Kompetenz für den Körper

**Nationaler Aktionsplan:  
Wie Menschen Wissen  
über Gesundheit gewinnen**

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher (komm.): Matthias Gabriel

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

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

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

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

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

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

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Ungleichheit ist ungesund

Arm und Reich trennen hierzulande fast zehn Jahre in der Lebenserwartung, beklagt **Friedrich Schorb**. Der Gesundheitswissenschaftler fordert deshalb mehr soziale Sicherheit und einen Ausgleich der materiellen Unterschiede.

**Die Ungleichheit von Einkommen** und Vermögen erreicht dieser Tage wieder ein Niveau wie zuletzt Anfang des 20. Jahrhunderts. Großunternehmen und Hochvermögende entziehen sich zunehmend der Besteuerung. Die schichtspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung steigen in Nordamerika und Europa weiter an. In Deutschland beträgt der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Arm und Reich beinahe eine Dekade. In den USA sind die sozialen Verwerfungen mittlerweile so groß, dass die durchschnittliche Lebenserwartung dieses Jahr zum zweiten Mal in Folge signifikant gesunken ist, trotz guter Konjunktur.

Eines aber ist anders als vor einhundert Jahren. Reichtum und wirtschaftliche Macht wird nicht länger durch befrackte, mit Zylinderhut, Zigarre und Cognacgläsern ausgestaffierte, kugelbäuchige Kapitalisten repräsentiert. Nein, die nach wie vor fast immer männlichen Manager und Vorstandschefs sind heute fast durchgehend schlank und oft sogar durchtrainiert. Sie schwitzen auf Laufbändern und stöhnen unter Gewichten und Expandern. Weinbrand und Whiskey sind dem grünen Smoothie gewichen. Jeder zehnte Chef in Deutschland läuft Marathon, in der Gesamtbevölkerung ist es hingegen nur einer von 600.

Prävention versucht den Lebensstil der Eliten, jedenfalls in abgeschwächter Form, für allgemeinverbindlich zu erklären: Alle sollen ihr Gewicht kontrollieren, auf ihre Ernährung achten, sich mehr bewegen und auf Alkohol, Tabak und andere Drogen weitgehend verzichten. Zwar haben alle genannten Faktoren zweifelsohne negativen Einfluss auf die Gesundheit. Dennoch handelt es sich bei den Themen Überernährung, Bewegungsmangel und übermäßiger Tabak- und Alkoholkonsum weniger um Ursachen gesellschaftlicher Ungleichheit als um deren Symptome. Dass ärmere Menschen zum Beispiel häufiger dick sind als Wohlhabende, ist für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Arm und Reich nicht entscheidend. Wichtiger sind die

unterschiedlichen Lebensrealitäten ärmerer Menschen. Die sind oft durch hohe Verantwortung bei geringer Autonomie und fehlender gesellschaftlicher Anerkennung, wie sie für schlechtbezahlte Dienstleistungsjobs typisch sind, geprägt. Unter noch größerem negativen Stress leiden diejenigen, die nicht mehr gebraucht werden und vom regulären Erwerbsleben dauerhaft ausgeschlossen sind.

Diese sozioökonomischen Faktoren lassen sich nicht einfach individuell wegjoggen. Und auch Kampagnen der Gesundheitsförderung können daran wenig ändern. Mehr soziale Sicherheit und weniger materielle Ungleichheit hingegen schon. Schließlich weisen Länder mit vergleichsweise geringer Ungleichheit auch geringere Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Schichten

auf, wie Kate Pickett und Richard Wilkinson in ihrem Buch „Gleichheit ist Glück“ gezeigt haben. David Stuckler und Sanjay Basu haben in ihrer Studie „Sparprogramme töten“ zudem nachgewiesen, dass Kürzungen im sozialen Bereich unmittelbare Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen haben. Wohingegen Länder, die in Krisenzeiten auf Kürzungen weitgehend verzichteten, anschließend keine Verschlechterung der Bevölkerungsgesundheit zu beklagen hatten.

Auch im Kleinen kann Prävention mehr tun: Die Menschen einbeziehen und fragen, welche gesundheitlichen Probleme für sie relevant sind. Das sind oft nicht dieselben Probleme, die Expertinnen und Experten im Kopf haben. Denn dass Sitzen das neue Rauchen ist, und man sich nach Feierabend lieber bewegen sollte, statt sich auf der Couch zu fläzen, diese Ratschläge werden meist von Menschen formuliert, die nicht auf der Arbeit acht Stunden lang gestanden und gelaufen sind, sich gebückt, gestreckt und schwer gehoben haben. Und auch die gängigen Ernährungstipps haben oft weniger mit gesichertem Wissen als mit ansozialisierten Vorlieben von Beraterinnen und -beratern zu tun, die selbst fast immer Teil der Mittelschicht sind. ■

**Sozioökonomische Einflüsse auf die Gesundheit lassen sich nicht wegjoggen.**



**Dr. Friedrich Schorb**, geboren 1977, lehrt und forscht im Fachbereich Public Health an der Universität Bremen. Er studierte Soziologie und promovierte zum Thema „Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem“. Der Gesundheitswissenschaftler ist Autor des Sachbuchs „Dick, Doof und Arm? Die große Lüge vom Übergewicht und wer davon profitiert“ und Mitglied im Beirat der Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung. Aktuell hat er zusammen mit Lotte Rose den Sammelband „Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung“ herausgegeben.

**Kontakt:**  
schorb@uni-bremen.de

## Der Norden liegt vorn



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Die Richtung stimmt zwar: Union und SPD wollen eine „Konzertierte Aktion Pflege“ starten, um die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern. Mehr Gehalt, mehr Personal, mehr Gesundheitsförderung lauten dazu unter anderem die Stichworte im Koalitionsvertrag. Aber in dem 177 Seiten umfassenden Werk findet sich leider kein Hinweis darauf, der Pflege als

eigenständiger Profession künftig heilkundliche Aufgaben zu übertragen, die bislang Ärzten vorbehalten sind – schade!

Dass es auch anders geht, macht uns Skandinavien vor. Dort übernehmen Pflegekräfte mit Hochschulabschluss bereits seit Langem zentrale Aufgaben in interdisziplinären Teams. Wer darüber mehr aus erster Hand erfahren will,

sollte sich rasch bei der G+G-Studienreise „Pflege in Skandinavien: interdisziplinär versorgt besser!“ anmelden, die vom 6. bis 8. Juni 2018 mit Unterstützung des Deutschen Pflegerates stattfindet.

In Malmö und Kopenhagen lernen die Teilnehmer innovative Projekte und Konzepte kennen, in denen Pflegeprofis auf Augenhöhe gemeinsam mit Ärzten und Therapeuten Patienten betreuen. Stippvisiten bei Gesundheitszentren, Notfallambulanzen und telemedizinischen Angeboten gehören ebenso zum Programm wie Fachvorträge von einheimischen Experten zur Rolle der Pflege in Skandinavien insgesamt.

Habe ich Ihr Interesse geweckt? Nähere Informationen zur Reise und einen Anmeldecoupon finden Sie auf Seite 7 in dieser Ausgabe. Gerne gibt Ihnen auch meine KomPart-Kollegin Karin Dobberschütz Auskunft, die Sie unter [k.dobberschuetz@kompart.de](mailto:k.dobberschuetz@kompart.de) per E-Mail erreichen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

  
henkelhoving@kompart.de

### MAGAZIN

#### 14 ABSCHIED VOM ERBHOFDENKEN

Was tun gegen Hausarztmangel auf dem Land? Bei einer Diskussionsrunde in Bayern plädierten Fachleute für neue Wege, um die Versorgung sicherzustellen.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 15 SLOW MOTION BEIM DIGITALEN

Das Gesundheitswesen bewegt sich nur langsam ins digitale Zeitalter. Wo es hakt, diskutierten Experten auf dem Kongress des Bundesverbandes Managed Care.

Von Susanne Werner

#### 16 GROSSE MEHRHEIT FÜR MINDESTMENGEN

Vertrauen auf Routine: Die meisten Bundesbürger finden Mindestmengen für bestimmte Operationen richtig – auch wenn der Weg zur Klinik länger wird.

Von Ralf Metzger

#### 17 PFLEGEKRÄFTE: UNTERKÜHLTE STIMMUNG

Fehlende Anerkennung, schlechte Personalausstattung: Viele Pflegeprofis fühlen sich von der Politik im Stich gelassen. Das belegt eine Umfrage.

Von Thomas Hommel

#### 18 „DIE AGENDA STIMMT IN WEITEN TEILEN“

Union und SPD haben sich geeinigt. Doch welche Auswirkungen hat der Koalitionsvertrag auf Gesundheit und Pflege? Kai Senf gibt erste Einschätzungen aus Sicht der AOK.

### RUBRIKEN

9 **Rundruf** Ohne Numerus clausus in die Medizin?

13 **Kommentar** Alterstests: Röntgen als letztes Mittel

42 **Recht** Kein Warten bis Sankt Nimmerlein

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

46 **Service** Bücher, Termine und mehr

48 **Debatte** Ärztinnen auf der Karriereleiter

49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion

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

50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

## TITEL

### 20 WISSEN NACH PLAN

Informationen zu Gesundheit und Krankheit finden, verstehen und anwenden – der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz schließt Wissenslücken.

Von Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik

### 26 MIT ALLEN SINNEN

Lernen und erforschen, was gesund ist – das ist das Ziel von ScienceKids. Das Programm vermittelt Kindern und Jugendlichen alltagsnahe Gesundheitsbildung.

Von Thomas Hommel

## THEMEN

### 30 TRAINING FÜR DIE TEAMARBEIT

Um chronisch kranke und alte Menschen gut zu versorgen, müssen die Gesundheitsberufe kooperieren. Eine interprofessionelle Ausbildung fördert das.

Von Florian Staeck

### 36 MITEINANDER REDEN LERNEN

Den Klinikalltag meistern: Auf einer Spezialstation der Uniklinik Mannheim lernen Nachwuchskräfte, sich gemeinsam um Patienten zu kümmern.

Von Stephanie Ley

### 38 „WIR REDEN DIE KLINIKEN OFT ZU SCHLECHT“

Weniger Vorgaben und mehr Spielraum: Der neue Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gerald Gaß, bricht im G+G-Interview eine Lanze für die unternehmerische Freiheit der Krankenhäuser.



Durchblick: Was der Nationale Aktionsplan für mehr Gesundheitswissen vorsieht



Einblick: Was der neue Krankenhaus-Präsident Gerald Gaß für die Kliniken erreichen will



Ausblick: Wie die Gesundheitsberufe auf Augenhöhe agieren

## STUDIE

**Hausarbeit hält Senioren fit**

Wer im Alter regelmäßig Hausarbeit erledigt, fühlt sich gesünder. Das legt eine Studie des Bremer Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie nahe. Die Forscher befragten knapp 21.000 Frauen und über 15.000 Männer, die älter als 65 Jahre waren und in Europa und den USA lebten. Die Frauen verbringen demnach im Schnitt knapp fünf Stunden am Tag mit Hausarbeit, ältere Männer drei Stunden. „Insgesamt scheint Hausarbeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit einer besseren subjektiven Gesundheit einherzugehen“, so Nicholas Adjei, einer der Studienautoren. „Betrachten wir dies allerdings in Kombination mit der Schlafdauer, so zeigt sich für Frauen ein Optimum von ein bis drei Stunden Hausarbeit bei sieben bis acht Stunden Schlaf. Bei den Männern berichteten diejenigen über die beste Gesundheit, die mit sechs Stunden oder mehr besonders aktiv im Haushalt waren – unabhängig von der Schlafdauer.“ Gründe dafür lassen sich aus der Studie nicht sicher ableiten. „Möglicherweise spielt die Art der Aktivitäten eine große Rolle. Männer arbeiten viel im Garten, sind dabei körperlich sehr aktiv und unter freiem Himmel.“ Frauen dagegen seien teils mit monotonen Tätigkeiten beschäftigt, so Adjei. ■

## KREBSBEHANDLUNG

**Mediziner und Kliniken kooperieren**

Patienten mit urologischen Tumoren können künftig von einem interdisziplinären ambulanten Versorgungsangebot



Mehr als sechs Stunden im Haushalt aktiv – so bleiben ältere Männer gesund.

der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte profitieren. Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können in bestimmten Fällen auch Spezialuntersuchungen wie die Positronen Emissions Tomographie (PET) oder eine Kombination aus PET und Computertomographie angewendet werden. Das war so in der vertragsärztlichen Versorgung bislang nicht möglich. ■

## MEHR INFOS:

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

## FÖRDERPREIS

**Neue Ideen zur Palliativversorgung**

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) verleiht in diesem Jahr zum elften Mal den mit 10.000 Euro dotierten „Anerkennungs- und Förderpreis für Ambulante Palliativversorgung“. Ausgezeichnet werden Projekte, die einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Palliativversorgung darstellen und über den eigenen Bereich hinaus wirken. ■

## MEHR INFOS:

[www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)  
> Förderpreis

**TRANSPLANTATIONEN  
Ärzttekammer für  
Widerspruchslösung**

Die Zahl der Organspenden ist in Deutschland auf das niedrigste Niveau seit der erstmaligen Dokumentation entsprechender Daten abgesunken. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) weist für das Jahr 2017 noch 797 Organspender aus – ein Jahr zuvor waren es 857 und vor zehn Jahren 1.313 Spender. Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, forderte angesichts der sinkenden Zahl an Spenderorganen in Deutschland ein grundsätzliches Umdenken.

Windhorst verwies in diesem Zusammenhang auf andere europäische Länder, die bei der Organspende „Regelungen mit Vorbildcharakter“ gefunden hätten. In Spanien etwa gelte anders als in Deutschland die erweiterte Widerspruchslösung. Diese sieht vor, dass potenziell jeder als Organspender gilt, der einer Spende zuvor nicht ausdrücklich widersprochen hat. Angehörige haben dabei ein Vetorecht. Die Folge dieser Regelung sei, dass in Spanien die Spenderzahlen höher lägen. Dort seien es zirka 39 Organspender je Million Einwohner, in Deutschland lediglich 9,3, so Windhorst. ■

**kurz & bündig**

**+++ BERATUNG:** Kranke, Pflegebedürftige und Angehörige haben einen stetig wachsenden Bedarf an Rat und Hilfe. Insgesamt habe man 2017 mehr als 33.000 Mal Unterstützung angeboten, so die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Im Vergleich zum Jahr 2016 habe sich die Zahl der Anfragen um über 13 Prozent erhöht. **+++ ABTREIBUNGEN:** Im dritten Quartal 2017 wurden rund 24.700 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, waren das zwei Prozent mehr als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. **+++ PFLEGE:** Die Zahl der Altenpfleger in Deutschland ist zuletzt stetig angestiegen. Waren im Jahr 2012 noch 251.000 Fachkräfte in Pflegeeinrichtungen beschäftigt, sind es 2015 bereits 288.000 gewesen. Die Zahl der Altenpflegehelfer steigerte sich im gleichen Zeitraum von 239.000 auf 268.000, wie aus Zahlen des Statistischen Bundesamtes hervorgeht.



# Pflege in Skandinavien



Selbstbewusste Pflegekräfte mit Hochschulabschluss, die im Team mit Ärzten und Therapeuten Patienten betreuen: Was in Deutschland noch die Ausnahme ist, ist in Skandinavien längst die Regel. Doch wie gelingt eine gute, interdisziplinäre Versorgung im Alltag? Die **G+G-Studienreise „Pflege in Skandinavien: interdisziplinär versorgt besser!“** mit Unterstützung des Deutschen Pflegerates gibt Antworten.

**Vom 6. bis 8. Juni 2018** laden wir Sie ein, vor Ort in Malmö und Kopenhagen innovative Projekte kennenzulernen. Kommunale Gesundheitszentren, Palliativcare, Telemedizin, Notfallambulanzen – aus erster Hand erfahren die Teilnehmer mehr darüber, welche Aufgaben Pflegekräfte hier übernehmen. Vorträge von einheimischen Experten zur Rolle der Pflege in Skandinavien insgesamt runden das Programm ab.

Für Nachfragen zur G+G-Studienreise steht Ihnen **Karin Dobberschütz unter [k.dobberschuetz@kompart.de](mailto:k.dobberschuetz@kompart.de)** gerne zur Verfügung.

*„Bei der Pflege in interdisziplinären Teams hat Skandinavien die Nase vorn. Die G+G-Studienreise bietet Einblicke in innovative Projekte, die auch hierzulande passen können.“*

Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerates



## Ja, ich will teilnehmen:

an der G+G-Studienreise nach Skandinavien vom 6. bis 8. Juni 2018 zum Preis von 1.395,- Euro pro Person und melde mich hiermit verbindlich an.

(Die Zahl der Plätze ist begrenzt, Teilnahmebestätigung erfolgt in der Reihenfolge der Anmeldungen. Im Reisepreis enthalten sind zwei Hotelübernachtungen mit Frühstück, ein Mittag- und ein Abendessen, Bustransfers und Reiseunterlagen. Kosten für An- und Abreise fallen zusätzlich an.)

Vorname Name ..... Institution/Firma .....

Rechnungsanschrift: Straße/Hausnummer ..... PLZ/Ort .....

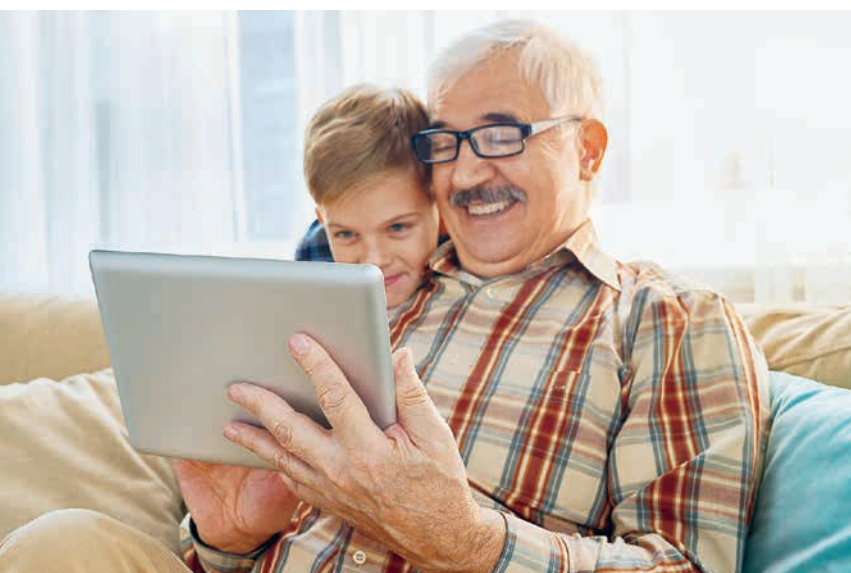
E-Mail ..... Datum, Unterschrift .....

Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldecoupon per Fax (030/22011-105) oder als Scan per E-Mail ([verlag@kompart.de](mailto:verlag@kompart.de)) senden an: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin.

## DIGITALISIERUNG

**Web ist Neuland für ältere Menschen**

Twittern, chatten, Mails versenden, online kaufen: Was für junge Menschen zum Alltag gehört, ist nach Ansicht von Professor Herbert Kubicek vom Institut für Informationsmanagement Bremen für viele ältere Menschen noch unentdecktes Land. „20 Millionen ältere Menschen in Deutschland bleiben bei der Digitalisierung auf der Strecke“, sagte Kubicek, der zur Internet-Nutzung älterer Bevölkerungsschichten forscht. Zusammen mit seiner Kollegin Barbara Lipa von der Stiftung Digitale Chancen hatte Kubicek erst kürzlich eine Studie zum Thema veröffentlicht. Von den über 70-Jährigen haben danach mehr als zehn Millionen das



Surfen mit Großpapa – laut Experten ist das in Deutschland bislang noch zu selten der Fall.

Internet noch nie genutzt. Besorgniserregend sei, dass sich der Abstand zwischen den Nutzungsquoten junger und alter Menschen seit dem Jahr 2001 nicht verringert habe, so Kubicek. ■

**Zitat des Monats**

**Eine gute Regierung ist wie eine geregelte Verdauung: Solange sie funktioniert, merkt man von ihr kaum etwas.**

**Erskine Caldwell** (1903–1987),  
US-amerikanischer Schriftsteller

## KONGRESS

**Weitere Reformen für die Pflege**

Um die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen, sind laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe weitere Anstrengungen nötig. Es sei in den vergangenen Jahren einiges für die Pflege erreicht worden, aber es sei „wahrlich noch viel zu tun“, betonte Gröhe zum Auftakt des Kon-

gresses „Pflege 2018“ in Berlin. Gröhe verwies auf die Pflegestärkungsgesetze, mit denen die Bundesregierung zuletzt wichtige Reformen auf den Weg gebracht habe. Die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundene Leistungsausweitung habe den Personalmangel in der Pflegebranche noch

offensichtlicher gemacht. Derzeit erhalten rund 3,1 Millionen Menschen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. ■

## NUTZENBEWERTUNG

**Zweifel am Arztinfosystem**

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat Zweifel am Nutzen des Arzteinformationssystems geäußert. Niemand könne bislang erklären, wie man die komplexen Informationen zu Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln in verwertbare Informationen umwandelt, so KBV-Vize Stephan Hofmeister. Hintergrund ist eine Regelung des Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetzes. Diese sieht vor, dass Informationen zum Zusatznutzen von Medikamenten künftig direkt in der Praxissoftware der Ärzte verfügbar sein müssen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist mit der konkreten Ausgestaltung des Informationssystems beauftragt. Laut Hofmeister liegen die Nutzenbewertungen derzeit in gescannten PDF-Dokumenten vor. „Das ist analog und nicht digital. Das heißt, der Arzt müsste sich durch viele, viele Seiten an Texten arbeiten.“ Zudem sei die Finanzierung des Ganzen unklar. ■

## GESUNDHEITSREPORT

**Nette Doctores gewünscht**

Junge Erwachsene erwarten von Ärzten verständliche Erklärungen und einen freundlichen Umgang. Laut „Stada-Gesundheitsreport 2017“ äußern sich acht von zehn Befragten so. Gut der Hälfte der Befragten ist ein schneller Arzttermin wichtig. Positive Bewertungen im Internet oder eine Online-Terminvergabe spielen nur für je zwölf Prozent eine Rolle. Für 71 Prozent ist es unvorstellbar, sich via Webcam beraten zu lassen. 25 Prozent hätten dabei ein komisches Gefühl, 46 Prozent möchten nicht auf den persönlichen Kontakt verzichten. 23 Prozent sagen, sie würden eine Webcam-Diagnose ausprobieren, abhängig von der Krankheit. Befragt wurden 2.000 Menschen im Alter von 18 bis 24 Jahren. ■

## GLEICHBERECHTIGUNG

**Frauenpower für globale Gesundheit**

Ein neues Netzwerk mit dem Namen „Women in Global Health – Germany“ will die Rolle von Frauen in Führungspositionen in Gesundheitseinrichtungen stärken. Gerade in dem stark von weiblichen Fachkräften geprägten Gesundheitsbereich seien die Führungspositionen noch immer überwiegend von Männern besetzt, hieß es zur Begründung. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung wurde der Aufbau des Netzwerks auch durch den World Health Summit, der German Healthcare Partnership sowie andere Organisationen unterstützt. ■



## Ohne NC in die Medizin?

Die Vergabe der Studienplätze im Fach Humanmedizin ist neu zu regeln, da der Numerus clausus (NC) teils nicht konform mit dem Grundgesetz ist, urteilt das Bundesverfassungsgericht. Überfällig?



**PROFESSOR DR. FRANK ULRICH MONTGOMERY, Präsident der Bundesärztekammer:** Das Urteil ist ein deutlicher Appell an die Politik, bei der Reform des Medizinstudiums endlich Tempo zu machen. Bund und Länder müssen die Studienzulassung gerechter und moderner gestalten. Karlsruhe fordert, neben der Abiturnote ein weiteres bundesweit einheitliches, standardisiertes und nicht notenbasiertes Zulassungskriterium anzuwenden. Damit bestätigt das

Gericht im Kern unseren Vorschlag, ein bundesweites Assessment durchzuführen. Darüber hinaus brauchen wir mindestens zehn Prozent mehr Studienplätze. Denn obwohl Ärztinnen und Ärzte händeringend gesucht werden, stehen für 45.000 Bewerber nur 9.000 Studienplätze zur Verfügung.

**PROFESSOR DR. BETTINA PFLEIDERER, Präsidentin des Weltärztinnenbundes:** Ja, längst überfällig! Es ist zu kurz gedacht, wenn man als Kriterium, ob jemand später ein guter Arzt und gute Ärztin ist, zu stark auf seine Abiturnote fixiert ist, die noch nicht einmal über Landesgrenzen hinweg fair miteinander vergleichbar ist. Mit dem Urteil allein ist es allerdings noch nicht getan, wichtig sind weitere Schritte, es zu realisieren. In dem Urteil liegt für mich die große Chance, Worten nicht nur Taten folgen zu lassen, sondern auch Diskussionen zu Ende führen, was überhaupt eine gute Ärztin oder einen guten Arzt ausmacht und das dann entsprechend im Medizinstudium umzusetzen.



**PROFESSOR DR. FERDINAND M. GERLACH, Vorsitzender des Gesundheits-Sachverständigenrates:** Das Urteil weist auf bestehende Missstände hin und eröffnet eine willkommene Chance zur Neuordnung der Vergabe von Studienplätzen. Die Kritik an Wartezeitenquote, Ortspräferenzen und nicht korrigierten Länderunterschieden bei den Abiturnoten sowie die Forderung nach zusätzlichen, eignungsrelevanten Kriterien sind mehr als berechtigt. Der für die Neuregelung gesetzte Zeitrahmen ist ambitioniert und muss für alle Beteiligten zusätzlicher Ansporn sein. Argumente zur Schaffung neuer Studienplätze liefert das Urteil auch angesichts bestehender Überkapazitäten und Fehlverteilungen aber nicht.

**DR. ANDREAS GASSEN, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:** Ich begrüße die Entscheidung. Gute Noten sind wichtig als Auswahlkriterium und werden es weiterhin bleiben. Aber es gibt auch andere Faktoren, die eine Rolle spielen. Die Tatsache, dass jemand gut und schnell lernt, sagt zum Beispiel noch nichts darüber aus, ob er auch gut mit Menschen umgehen kann. Und dieser Aspekt ist für einen Arzt nun mal nicht zu vernachlässigen. Bund und Länder sind jetzt aufgefordert, zügig einen Rahmen für die Reform der Studienplatzvergabe zu schaffen. Die Auswahlverfahren werden aufwendiger. Dass solche Verfahren möglich sind, zeigen die Modellvorhaben in Witten und Brandenburg. Deshalb ist es wichtig, die Hochschulen mit den nötigen Ressourcen auszustatten.



## ERNÄHRUNG Deutsche essen viel Schweinefleisch

Knapp 60 Kilogramm Fleisch verzehrt der Bundesbürger im Schnitt pro Jahr. Mehr als die Hälfte davon ist Schweinefleisch, wie aus dem „Fleischatlas 2018“ des Bundes für Umwelt und Naturschutz (BUND) hervorgeht. Laut BUND fällt der Fleischkonsum der Bundesbürger deutlich zu hoch aus. Nicht nur



seltenen Erkrankungen austauschen. In der EU wird eine Erkrankung als „selten“ definiert, wenn von ihr maximal fünf von 10.000 Menschen betroffen sind. „In keinem anderen Bereich kann man so gut zeigen, wie sinnvoll es ist, dass Europa beim Thema Gesundheit zusammenarbeitet“, sagte Gesundheits-Staatssekretär Lutz Stroppe mit Blick auf seltene Erkrankungen. Experten zufolge befindet sich in diesem Bereich aber noch einiges im Aufbau. So erfülle Deutschland noch nicht die Standards bei der Versorgung von Patienten mit seltenen Lungenkrankheiten. ■

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

## ÄRZTEKAMMER Deutsches Examen für alle Mediziner

Zugewanderte Ärzte sollten laut Ärztekammer Niedersachsen das deutsche Staatsexamen nachholen. Um die Qualität der Versorgung sicherzustellen, müsse das hiesige Staatsexamen für alle Mediziner gelten – seien es „deutsche Staatsbürger oder zugewanderte Mitbürger aus Drittstaaten beziehungsweise Nicht-EU-Ländern“, so Kammer-Präsidentin Dr. Martina Wenker. Bislang sei die Anerkennung ausländischer Ausbildungsnachweise in den Bundesländern nicht einheitlich geregelt, so Wenker. Die Approbationsbehörden müssten jeden Vorgang als Einzelfall behandeln. Bei jedem Bewerber müssten sie prüfen, ob die im Heimatland absolvierte Ausbildung mit dem deutschen Staatsexamen vergleichbar ist. Das sei im Blick auf den Patientenschutz „nicht ausreichend“. ■

mit Blick auf die eigene Gesundheit, sondern auch aus Gründen des Tier- und Naturschutzes seien höchstens 30 Kilogramm Fleisch pro Jahr ratsam. ■

## SELTENE ERKRANKUNGEN Referenznetzwerke stellen sich vor

EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis hat sich an der Berliner Charité über den Beitrag Deutschlands für die Europäischen Referenznetzwerke zu seltenen Erkrankungen (ERN) informiert. Das ERN besteht aus 24 Netzwerken zu verschiedenen Fachbereichen. 300 Kliniken nehmen teil. Sie sollen sich über das „Clinical Patient Management System“ europaweit zu

## PFLEGE

## Hilfe und Beratung bei Gewalt

Mit einem neuen Internetportal will das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) Gewalt im Pflegebereich vorbeugen und Betroffene beraten. Gewalt in der Pflege sei kein Einzelfall, teilte die Stiftung mit und verwies auf eine aktuelle Untersuchung. Danach gibt etwa ein Drittel der Befragten mit Pflegeerfahrung an, sich schon einmal unangemessen in der Pflege verhalten zu haben. 40 Prozent berichten, mit aggressivem Verhalten von Pflegebedürftigen konfrontiert gewesen zu sein. Von den interviewten Pflegekräften gaben 47 Prozent an, dass Pflegeheime durch Gewalt und Aggression vor besondere Herausforderungen gestellt sind. „Wir haben es mit einem immensen Problemfeld zu tun, über das ungern gesprochen wird“, so ZQP-Vorstandschef Dr. Ralf Suhr. Viele gewalttätige Vorfälle in der Pflege ließen sich verhindern, „wenn die notwendige Sensibilität und das Wissen über das Thema stärker ausgeprägt wären“. ■

## MEHR INFOS:

[www.zqp.de](http://www.zqp.de) > Presse

## HYGIENE

## Fernsehköche missachten Regeln

TV-Fernsehköchen unterläuft im Schnitt alle 50 Sekunden ein Hygienefehler. Das schreibt das Bundesinstitut für Risikobewertung in einem aktuellen Bericht. Die Experten hatten sich 100 Folgen verschiedener TV-Formate angeschaut und besonders auf mangelnde Küchenhygiene geachtet.

## Köpfe und Karrieren



+++ **BEATE HARTINGER-KLEIN**, 58, ist neue österreichische Sozialministerin. Die Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin gehört der rechts-konservativen Freiheitlichen Partei Österreichs (FPÖ) an. Nach ersten beruflichen Stationen etwa als leitende Controllerin bei der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH sowie Lektoren-Tätigkeiten an diversen Universitäten kam sie über die FPÖ in die steirische Landespolitik. Von 1996 bis 1999 war sie Mitglied des Landtags und errang dann ein Mandat für den österreichischen Nationalrat. Im August 2003 übernahm sie die Geschäftsführung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2005 stieg sie zur stellvertretenden Generaldirektorin dieses Verbandes auf und war bis 2009 unter anderem für das Vertragsgeschäft der Kassen mit Leistungserbringern zuständig. Anschließend arbeitete sie als Geschäftsführerin bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Health Care Consulting Deloitte. Seit 2011 hat sie ein eigenes Beratungsunternehmen.



+++ **VOLKER HANSEN**, 63 (links), und **UWE KLEMENS**, 62, sind erneut zu alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes gewählt worden. Der promovierte Volkswirt Hansen, der zudem alternierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes ist und dem Verwaltungsrat der AOK Nordost angehört, vertritt die Arbeitgeberseite. Hauptberuflich leitet er die Abteilung „Soziale Sicherung“ der



Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Der Versichertenvertreter und langjährige und ehemalige Landesbezirksleiter der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Uwe Klemens, gehört dem Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse an.

+++ **ULRIKE GEPPERT-ORTHOFFER**, 48, steht für die kommenden vier Jahre als neue Präsidentin an der Spitze des Deutschen Hebammenverbandes (DHV). Sie löste Martina Klenk ab, die das Amt seit 2009 ausübte. Ulrike Geppert-Orthofer war von 2004 bis 2012 Vorsitzende des Hebammenverbandes Baden-Württemberg. Seit 2013 ist sie akademische Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement und Marketing an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, an der sie auch seit 2017 die Geschäftsführung des Prüfungsamtes des volkswirtschaftlichen Prüfungsausschusses innehat. Dem DHV gehören nach eigenen Angaben rund 20.000 Hebammen an.



+++ **MARTIN PIN**, 53, Chefarzt der Zentralen interdisziplinären Notaufnahme am Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf, leitet als neuer Präsident die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA). Er trat die Nachfolge von Professor Christoph Dodt an, der seit 2011 die DGINA führte. Martin Pin ist Facharzt für innere Medizin und seit vielen Jahren in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin tätig, unter anderem als Leitender Notarzt im Intensivtransport und in der Luftrettung auf dem Christoph Rheinland.

Dabei stellten sie sehr oft fest, dass dreckige Hände am Geschirrtuch abgewischt wurden und mit den Fingern gesalzen oder gewürzt wurde. Zu den häufigsten Fehlern gehörte zudem, dass keine Zwischenreinigung des Schneidebretts erfolgte und sich die Köche nach dem Niesen oder Husten nicht

die Hände reinigten. Das Institut geht davon aus, dass mangelnde Küchenhygiene im Fernsehen auf die Zuschauer abfärbt: Menschen, die Kochvideos mit einwandfreier Küchenhygiene sehen würden, machten beim Nachkochen weniger Hygienefehler als diejenigen, die fehlerhafte Kochvideos

sehen. Laut BfR werden pro Jahr mehr als 100.000 Erkrankungen in Deutschland gemeldet, die sehr wahrscheinlich auf lebensmittelbedingte Infektionen mit Bakterien, Viren oder Parasiten zurückzuführen sind. ■

## MEHR INFOS:

[www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de) > Presse



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



# DEUTSCHER PFLEGETAG 2018

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

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

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

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

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

**Verpassen Sie keine aktuellen News mehr!**



/deutscherpfelegetag



#pfelegetag

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

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

Eine Veranstaltung von



schlütersche

## GEBURTEN

## Der Storch ist ein Tempelhofer

Nirgendwo in Deutschland erblicken so viele Kinder das Licht der Welt wie in der Klinik für Geburtshilfe des St.-Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof. Mit über 4.150 Entbindungen blieb die Klinik auch 2017 das Krankenhaus mit den bundesweit meisten Geburten. Die Klinik gehört zu den Perinatalzentren der Level-1-Stufe. In diesen Häusern gelten für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen die höchsten Anforderungen. Zudem trägt das St. Joseph das von WHO und UNICEF verliehene Zertifikat „Babyfreundlich“. „Trotz der angespannten Situation hat es unser Team geschafft, auch abgewiesene Frauen aus anderen Häusern zu übernehmen“, so Klinik-Chefarzt Professor Michael Abou-Dakn. Zuletzt verzeichnete Berlin einen Babyboom. Allein 2017 kamen gut 41.000 Kinder in den Kreißsälen Berlins zur Welt. ■



Neu-Berliner: Die Hauptstadt erlebte zuletzt einen Babyboom.

### RICHTLINIE Qualitätsprüfungen bei Zahnärzten

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden künftig bei den Zahnärzten die Qualität der Versorgung prüfen. Eine entsprechende Richtlinie hat der Gemein-

same Bundesausschuss Ende 2017 beschlossen. Damit werden die im vertragsärztlichen Bereich bereits etablierten Qualitätsprüfungen auf die zahnärztliche Versorgung ausgedehnt. ■

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

## PSYCHE

## Strategien gegen Vereinsamung

Nach Großbritannien will sich auch Deutschland stärker im Kampf gegen die Vereinsamung engagieren. SPD-Gesundheitsexperte Professor Karl Lauterbach sagte, es müsse für das Thema einen Verantwortlichen geben – vorzugsweise im Gesundheitsministerium. Dieser habe Strategien gegen Einsamkeit zu koordinieren. Der „Bild“-Zeitung sagte er: „Die Einsamkeit in der Lebensphase über 60 erhöht die Sterblichkeit so sehr wie starkes Rauchen.“ CDU-Politiker Marcus Weinberg sprach sich für eine „Enttabuisierung“ des Themas aus. Die britische Premierministerin Theresa May hatte kürzlich erklärt, dass sich die Staatssekretärin für Sport und Zivilgesellschaft mit dem Thema Einsamkeit befassen solle. Laut einer Umfrage des Britischen Roten Kreuzes fühlen sich von 65 Millionen Briten gut neun Millionen „einsam“. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Erwirtschaftetes Geld kommt den Menschen spürbar zugute“

Solides Wirtschaften, gute Angebote und ein besonderes Jubiläum – die AOK Baden-Württemberg blickt zufrieden in die Zukunft. Dazu Fragen an **Peer-Michael Dick**, Verwaltungsratsvorsitzender der Kasse.



**G+G:** Herr Dick, drei Kassentests haben der AOK Baden-Württemberg zuletzt attestiert, dass sie einen guten Job macht. Wird das auch von den Versicherten goutiert?

**DICK:** Natürlich. Das sehr gute Wirtschaften, die Qualität wie auch die Breite des Leistungsspektrums der AOK Baden-Württemberg spiegeln sich in den konstant wachsenden Versicherungszahlen wider. Sie sind aktuell auf einen Höchststand von über 4,33 Millionen geklettert.

**G+G:** Grundlage dafür, eine aktive Rolle als Gestalter von Versorgung zu spielen, ist ein solider Haushalt. Was sagen die aktuellen Zahlen?

**DICK:** Mit dem seit zwei Jahren stabilen Satz von 15,6 Prozent sind wir auch ins neue Jahr 2018 gegangen. Außerdem gibt das Plus von

rund 230 Millionen Euro aus dem vergangenen Jahr zusätzlichen Spielraum für wirkungsvolle Investitionen in bessere Versorgungsstrukturen.

**G+G:** Ein Blick nach vorne: Was steht dieses Jahr an?

**DICK:** Das erwirtschaftete Geld kommt den Menschen spürbar zugute, wie das beispielsweise bei der gemeinsam mit den Ärztepartnern erfolgreich organisierten alternativen Regelversorgung der Fall ist. Das AOK-Hausarztprogramm feiert 2018 sein zehnjähriges Bestehen. Es ist mit aktuell mehr als 1,5 Millionen Teilnehmerinnen und Teilnehmern das bundesweit erfolgreichste Programm. Die im Hausarztprogramm eingeschriebenen Versicherten profitieren dabei in mehrfacher Hinsicht. Darauf wollen wir weiter aufbauen.

## Röntgen als letztes Mittel

Die Diskussion über generelle Alterstests bei Flüchtlingen hält an. Die Tests seien in der Tat problematisch, meint Rainer Woratschka – und schlägt einen anderen Weg vor.



**MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE**, die ohne Eltern nach Deutschland kommen, stehen unter besonderem Schutz. Zu Recht. Sie benötigen eine aufwendigere Betreuung, Schulbildung, psychologische Hilfe. Sie leben in speziellen Unterkünften oder bekommen einen Vormund. Sie müssen keinen Asylantrag stellen. Und sie haben eine deutlich höhere Chance, auch als Volljährige im Land bleiben zu dürfen.

Kein Wunder, dass das ausgenutzt wird. Schätzungen zufolge machen bis zu 40 Prozent der angeblich Minderjährigen falsche Angaben zu ihrem Alter. Sie sind bereits volljährig, erschwindeln sich also Vorteile, die ihnen nicht zustehen.

Wer Vergünstigungen aufgrund seines Alters haben möchte, hat dafür – das gilt für alle Bürger – einen Nachweis zu erbringen. Warum also nicht, wenn man schon um den vielfachen Missbrauch weiß, von allen angeblich Minderjährigen ohne Ausweis einen anderweitigen Beleg verlangen? Die moderne Medizin macht's möglich: Mittels Röntgen von Zähnen, Handwurzelknochen und Schlüsselbein lässt sich das Alter wenn nicht auf den Tag genau, so doch in Korridoren verlässlich bestimmen. Die hohen Kosten relativieren sich angesichts des Unterbringungsaufwandes schnell. Und wenn man dann auch noch in allen nicht auszuräumenden Zweifelsfällen auf Minderjährigkeit entscheidet – wo liegt das Problem?

Es liegt im Recht auf körperliche Unversehrtheit. Im Verdachtsfall können Jugendämter ihre Schützlinge schon jetzt zu Altersdiagnostikern schicken. Dass sie dabei zurückhaltend sind, ist verständlich: Für Heranwachsende, deren Knochen noch wachsen, ist die Strahlenbelastung nicht ohne. Es kann nicht angehen, ausgerechnet den besonders Schutzbedürftigen einen Zugang zu Leistungen nur noch um den Preis gesundheitlicher Risiken zu gewähren.

Röntgen ohne medizinische Indikation darf nicht zum Routine-Beweisverfahren werden, es muss letztes Mittel bleiben. Damit das nicht als Einladung für Falschangaben verstanden wird, sollten angeblich Minderjährige bei starkem Zweifel auch ohne letztgültigen Nachweis zu Erwachsenen erklärt werden können. Dagegen könnten Betroffene dann Rechtsmittel einlegen – und ihrerseits eine Altersfeststellung beantragen. Der körperliche Eingriff würde dann nicht von Staates wegen, sondern auf eigenen Wunsch hin erfolgen. Bedingung dafür wäre aber in jedem Fall: umfassende Aufklärung. ■

Rainer Woratschka ist Redakteur beim „Tagesspiegel“ aus Berlin.

Das Problem liegt im Recht auf körperliche Unversehrtheit.

### MIGRANTEN AfD besteht auf Alterstests

Nach dem Willen der AfD-Bundestagsfraktion sollen jugendliche Ausländer, die in Deutschland einen Asylantrag stellen oder von Jugendämtern in Obhut genommen werden, einer verpflichtenden Altersuntersuchung unterzogen werden, wenn deren behauptete Minderjährigkeit augenscheinlich nicht gegeben ist. Dies sieht ein Gesetzentwurf der Fraktion zur Änderung des Asyl- und des Aufenthaltsgesetzes vor. Laut AfD entstehen durch „mehrere zehntausend Ausländer“, die angeblich minderjährig, tatsächlich aber volljährig seien, Kosten von rund 3,5 Milliarden Euro pro Jahr. Die Bundesärztekammer hatte Alterstests als Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit eines Menschen abgelehnt. ■  
*Siehe auch Kommentar.*

### QUALITÄTSMANAGEMENT Arzthelferinnen in Schlüsselrolle

Der Verband medizinischer Fachberufe sieht die Medizinischen Fachangestellten (MFA) beim Qualitätsmanagement in Arztpraxen in einer zentralen Rolle. „Seit mehr als 20 Jahren beschäftigen wir uns intensiv mit Fragen des Qualitätsmanagements“, sagte Hannelore König, 1. Vorsitzende des geschäftsführenden Vorstandes, bei einer Podiumsdiskussion zum 55. Gründungsjubiläum des Verbandes in Bochum. Inzwischen gebe es etliche Qualitätszirkel und „Camps“, in denen die zu Qualitätsmanagementbeauftragten weitergebildeten MFA Erfahrungen austauschen würden. ■

### QUALITÄTSBERICHT Licht und Schatten in der Pflege

Viele Pflegeheime und Pflegedienste erfüllen die Anforderungen an gute Pflege. Dennoch gibt es Verbesserungsbedarf. Das ist das Ergebnis des fünften „Pflege-Qualitätsberichtes“ des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Mängel in Heimen gibt es danach bei der Schmerzerfassung und der Wundversorgung. In der ambulanten Pflege sind Intensivpflege und Beratung otimierungsbedürftig. Verbesserungen sind unter anderem bei der Dekubitusprophylaxe zu verzeichnen. ■

### FRANKREICH 30 Jahre Verdienst ohne Arbeit

Die „Ärzte Zeitung“ berichtet über einen kuriosen Fall, der in Frankreich für Empörung sorgt. Der Chefarzt eines Kreiskrankenhauses in der westbretonischen Kleinstadt Quimperlé erhielt dem Bericht zufolge 30 Jahre lang rund 7.400 Euro im Monat von der Klinik, ohne auch nur einmal dort zu erscheinen. Erst kürzlich hätten Finanzbehörden die Verwaltung des Krankenhauses aufgefordert, den Vorgang zu begründen, schreibt die Zeitung weiter. Der Arzt trat 1984 im Kreiskrankenhaus seine Beschäftigung an und wurde zwei Jahre später Chefarzt. Schon bald wurden bei Kollegen Zweifel an seinen beruflichen Fähigkeiten laut, hinzu kam Streit mit Patienten sowie Mitarbeitern. Der Arzt wurde gebeten, sich einige Wochen zu Hause zu erholen, wo er bei vollen Bezügen bis Ende 2016 auch blieb. ■

# Abschied vom Erbhofdenken

Was tun gegen Hausarztmangel und Apothekenschließungen auf dem Land? Bei einer Diskussionsrunde in Bayern plädierten Experten für neue Wege, um die Versorgung fernab der Städte sicherzustellen. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Wenn Emmi Zeulner** über Probleme bei der medizinischen Versorgung auf dem Land spricht, bevorzugt die junge CSU-Bundestagsabgeordnete Klartext: „Das Thema brennt den Leuten unter den Nägeln.“ Dieser Diagnose schließen sich im Verlauf des zweiten Bayerischen Gesundheitsgesprächs in Baierbrunn bei München die anderen Diskutanten durchaus an. Doch während der Veranstaltung des Wort & Bild Verlages, der AOK Bayern und der Deutschen Journalistenschule wird zugleich deutlich, dass sich über die richtige Therapie gegen Hausarztmangel und Apothekenschließungen trefflich streiten lässt.

**Allgemeinmedizin stärken.** So macht sich die frühere Krankenschwester Emmi Zeulner nicht nur für mehr Medizinstudienplätze und mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten stark. Die 30-Jährige wirbt auch dafür, die Zulassung zum Medizinstudium nicht nur von der Abiturnote abhängig zu machen: „Warum soll jemand, der sich mehrere Jahre ehrenamtlich beim Roten Kreuz engagiert hat, nicht ebenfalls eine Chance bekommen?“ Zugleich bricht die Christosoziale eine Lanze für freiberuflich tätige Ärzte und Apotheker: Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit angestellten Ärzten in der Hand von Kliniken oder Investorengruppen steht sie ebenso skeptisch gegenüber wie Preisnachlässen für verschreibungspflichtige Medikamente im Online-Versandhandel. Die Preisbindung für diese Arzneien sei im Interesse der Patienten zu Recht ein „besonders geschützter Bereich“.

Während Siegfried Hasenbein von der bayerischen Krankenhausgesellschaft die rhetorische Frage stellt, was denn „so schlecht“ an angestellten Ärzten in MVZ sei („Für Patienten ist das völlig okay“),

unterstreicht Thomas Benkert, Präsident der bayerischen Apothekerkammer, die Bedeutung der Apotheken für die Versorgung im ländlichen Raum: Nachts suchten circa 50 Prozent aller Notfallpatienten die diensthabende Apotheke ohne Rezept auf – eine Online-Apotheke könne die dann notwendige Beratung vor Ort nicht leisten.



Idylle pur – doch viele ländliche Regionen suchen nach Lösungen für die Gesundheitsversorgung.

## Hausärzte durch Kooperation entlasten.

Professor Dr. Jochen Gensichen von der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München wiederum warnt davor, die Startbedingungen für ein Medizinstudium aufzuweichen: „Wir haben die niedrigste Abbrecherquote aller Studienfächer.“ Um mehr junge Mediziner für die Tätigkeit als Hausarzt zu begeistern – derzeit sind es nur etwa zehn Prozent aller Absolventen –, plädiert Gensichen zum einen dafür, Studenten möglichst früh „Arbeitserfahrungen auf dem Land“

sammeln zu lassen. Zum anderen setzt der Leiter des LMU-Instituts für Allgemeinmedizin darauf, Hausärzte künftig durch die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und digitale Anwendungen stärker zu entlasten. In den Niederlanden etwa bezuschussten die Krankenkassen Hausarztpraxen, die akademisch ausgebildete Pflegekräfte in der Wundversorgung einsetzen.

In eine ähnliche Richtung gehen die Lösungsansätze des bayerischen Hausärzterverbandes. Dessen Vorsitzender Dr. Dieter Geis setzt auf weitergebildete Arzthelferinnen, die bei Hausbesuchen künftig per Tablet-Computer den Arzt dazuschalten können („Tele-VERAH“). Der 66-Jährige hält angesichts der Alterspyramide bayerischer Hausärzte – ein Drittel ist über 60 Jahre alt – zudem mehr Medizinstudienplätze für unumgänglich und plädiert für Teilzeit-Niederlassungen: „Junge Ärztinnen und Ärzte wollen – anders als meine Generation – nicht mehr nur Ärzte sein.“

**Gesundheitszentren ausbauen.** Der Vorstandschef der AOK Bayern, Dr. Helmut Platzer, wirbt in Baierbrunn dafür, bei der Suche nach Rezepten für die ländliche Versorgung von morgen auf „Erbhofdenken und Ideologie“ zu verzichten. Für ihn gehört dazu etwa der Widerstand gegen den Online-Versandhandel von Medikamenten: „Ich halte nichts davon, gegenüber Kunden mit Verboten zu operieren.“ Und dem drohenden Hausarztmangel auf dem Land – in vielen Städten herrsche dagegen Überversorgung – lasse sich durchaus mit einem Ausbau von Gesundheitszentren oder dem stärkeren Einbeziehen von Landkrankenhäusern in die ambulante Versorgung begegnen. Platzer: „An radikalen Strukturveränderungen führt kein Weg vorbei.“ ■

# Slow Motion beim Digitalen

Roboter, Apps, Telemedizin – die Technik ist da, doch das Gesundheitswesen bewegt sich nur langsam ins digitale Zeitalter. Wo es hakt, machten Experten auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care deutlich. Von Susanne Werner

**Überholte Strukturen**, wenig Transparenz, geringer finanzieller Handlungsdruck – dies sind für Professor Dr. Volker Amelung die zentralen Hürden, die einer Digitalisierung im Gesundheitswesen entgegenstehen. Die elektronische Patientenakte etwa, so der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Managed Care (BMC), steht seit 2003 auf der gesundheitspolitischen Agenda. Ein Teil der Regelversorgung ist sie bis heute nicht. Amelung forderte, das Verbot von Fernbehandlungen endlich aufzuheben. „Dass diese eine zusätzliche Option sein können, ist längst klar“, sagte er zum Auftakt des BMC-Jahreskongresses „Managed Care im digitalen Zeitalter“ Ende Januar in Berlin. G+G gehört zu den Medienpartnern der Veranstaltung.

**Kein Ersatz für Menschlichkeit.** Als „Querdenker“ war der Zukunftsforscher Matthias Horx eingeladen worden. Er bemängelte, dass die Versorgung eher die Krankheiten im Blick habe und weniger auf Gesundheit abziele. Medizin sei eine „soziale Disziplin“ und Gesundheit eine Fähigkeit, die sich nicht aus Daten ergibt. Benötigt werde daher eine „Heilungsarchitektur“, die menschliche Beziehungen mithilfe digitaler Technik stärke. „Ohne Beziehung gibt es keine Heilung“, sagte Horx. Die Idee aus Holland, Ärzte zu bezahlen, wenn ihre Patienten gesund bleiben, zählte er ebenso zu den Zukunftsszenarien wie das finnische Modell, mit staatlichen Mitteln Sport und Bewegung intensiv zu fördern.

Eine zukunftssträchtige Weiterentwicklung sieht er auch in der „Concierge Medizin“. In diesem Modell zahlt der Patient dem Arzt ein Jahreshonorar und erhält dafür – unterstützt durch digitale Technik – einen umfassenderen Zugang zu den ärztlichen Leistungen. „Sie haben



Schneckentempo statt Highspeed: Die Digitalisierung schmeckt nicht jedem.

mit einer App auf dem Smartphone ihren Doktor immer an der Leine“, sagte Horx.

Nicht die Massen an Daten, sondern deren kluge Verknüpfung ist entscheidend, betonte Professor Dr. Christian Lovis vom Uniklinikum Genf. Gesundheit umfasse alles – Verhalten, Gene, Umwelt. Daher seien die Quellen dafür kaum auf einzelne Daten rückführbar.

Nuria Toro Polanco von der Weltgesundheitsorganisation empfahl, Patienten bei der Digitalisierung intensiv einzubinden und zu beteiligen. Zuvor hatte bereits Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, vor einer „kalten Digitalisierung“ gewarnt und den Praktikern eine „Digitalisierung mit Zuwendung“ empfohlen. Kriterien für die Zertifizierung von Apps sollen, so Stroppe, im Frühjahr festgeschrieben werden. Damit stünden zusätzliche Daten für die ärztliche Behandlung bereit.

Die Patientenorientierung als „Leitgedanken“ der Digitalisierung festzulegen, sieht Martin Litsch als den wichtigsten nächsten Schritt. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes ist überzeugt, dass sich Projekte wie die elektronische Patientenakte erst mit die-

ser Ausrichtung beschleunigen lassen. Irene Maier, Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerates, mahnte, die Beschäftigten bei den Veränderungen mitzunehmen. „Technische Insellösungen“ entstünden vor allem dort, wo das Management keine entsprechende Strategie entwickelt habe.

**Standards fehlen.** Professor Dr. Frank Montgomery erlebt, dass Kliniken als Körperschaften öffentlichen Rechts wenig Handlungsspielraum haben. So dürften sie beispielsweise bestehende Datenbanken nicht verknüpfen. Der Präsident der Bundesärztekammer forderte daher „klare Standards“ zur Interoperabilität. Wie bereits jetzt Diagnostik und Therapie verbessert werden können, erklärte Stephan Holzinger, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG. Vorliegende Patientendaten werden in seiner Klinikette mithilfe einer Software gescannt und liefern sekundenschnell zusätzliche, wertvolle Infos. ■

Susanne Werner ist freie Journalistin in Berlin.  
Kontakt: Susanne.Werner@komm-gesund-netz.de

# Große Mehrheit für Mindestmengen

Anspruchsvolle Operationen gehören in die Hände erfahrener Teams. Deshalb müssen Kliniken für bestimmte Eingriffe Mindestmengen erfüllen. Die Mehrheit der Bevölkerung findet das richtig, wie eine Umfrage zeigt. **Von Ralf Metzger**

**Mit der Routine steigt die Qualität** in der stationären Versorgung. In Deutschland gelten deshalb in sieben Leistungsbereichen Mindestmengen. Dazu zählen etwa schwierige Eingriffe an der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse sowie Leber- und Nierentransplantationen. Das Konzept, nachdem Kliniken bei komplizierten Eingriffen eine bestimmte Anzahl nicht unterschreiten dürfen, wird immer wieder heiß diskutiert. Doch in der Bevölkerung findet es breite Zustimmung: Nach Ergebnissen einer aktuellen Befragung begrüßen 86 Prozent der Deutschen die Mindestmengenregelungen in Krankenhäusern.

tionen zu besseren Behandlungsergebnissen führt. 67 Prozent gehen davon aus, dass sich eine optimale Qualität nur durch gut eingespielte Abläufe erzielen lässt. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen stimmen sogar 79 Prozent dieser Aussage zu. Steht eine größere Operation an, schauen Patienten vor allem auf die Spezialisierung des Krankenhauses im relevanten Fachgebiet (69 Prozent) und auf eine besonders gute Qualifikation der Ärzte (64 Prozent). Interessant ist eine gesonderte Betrachtung nach Alter und Geschlecht: Die Befragung zeigt, dass sich vor allem Frauen und Senioren intensiv Gedanken um einen bevorstehen-

wanderung von Fachärzten aus weniger spezialisierten Häusern für möglich. Letztlich würden sich jedoch fast alle Befragten eher für eine Klinik entscheiden, die eine Mindestzahl an Operationen und Behandlungen in dem fraglichen Gebiet nachweisen kann. Drei Viertel der Befragten würden für einen Eingriff einen weiteren Weg in Kauf nehmen, wenn sie dadurch eine bessere Behandlungsqualität erwarten können. Eine Entfernung von im Schnitt bis 132 Kilometern wäre dabei für die Deutschen hinnehmbar. Die Wohnortnähe ist für die Auswahl eines Krankenhauses also deutlich weniger relevant als die Behandlungsqualität.

## Ausgewählte Umfrageergebnisse: Qualität hat Vorrang vor Nähe

**86 Prozent** der Deutschen begrüßen Mindestmengenregelungen in Krankenhäusern.

**52 Prozent** der Befragten haben die Sorge, dass für viele der Weg zum Krankenhaus weiter wird.

**94 Prozent** der Befragten würden sich eher für eine Klinik entscheiden, die eine Mindestzahl an Operationen und Behandlungen nachweisen kann.

**75 Prozent** der Befragten würden für einen Eingriff einen weiteren Weg in eine Klinik in Kauf nehmen, wenn sie dadurch eine nachweislich bessere Behandlungsqualität erwarten können. Im Schnitt 132 Kilometer.

**Patienten achten auf Spezialisierung.** Die AOK Hessen hatte im Oktober 2017 das Marktforschungsinstitut Toluna mit der Bevölkerungsbefragung „Qualität in der stationären Versorgung 2017“ beauftragt. Die Forscher wählten 1.000 Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet sowie 200 aus Hessen repräsentativ aus und stellten ihnen Fragen zur Mindestmengenregelung. 80 Prozent der Befragten sind davon überzeugt, dass mehr Routine bei komplizierten Opera-

den Eingriff machen und hohe Ansprüche an die Behandlungsqualität und die Erfahrung der Mediziner stellen.

Die Befragten sehen aber auch kritische Punkte bei der Mindestmengenregelung. Sie sorgen dafür, dass für viele der Weg zum Krankenhaus weiter wird, meinen 52 Prozent der Bürger. Jeder Zweite befürchtet, künftig nicht mehr in seiner Wunschklinik behandelt werden zu können. Fast genauso viele halten die Schließung von Kliniken oder die Ab-

**Regelung ausweiten.** Die Ergebnisse zeigen, dass die Menschen Mindestmengen mit großer Mehrheit positiv gegenüberstehen. Detlef Lamm, Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen, bekräftigt daher: „Die Mindestmengenregelungen für die Krankenhäuser müssen ausgeweitet und die aktuellen Vorgaben konsequent umgesetzt und umfassend transparent dargelegt werden. So wird die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert und kommt vor allem dem Wohle der Patienten zugute.“ Die Mindestmengen sollten daher auch für komplizierte Lungen- und Brustkrebsoperationen eingeführt werden.

Dass die Regelungen medizinisch sinnvoll sind, belegte jüngst auch der AOK-Qualitätsmonitor 2018. Die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK ergab, dass die Sterblichkeitsrate in spezialisierten Krebszentren mit höheren Fallzahlen niedriger ist als in Kliniken mit wenig Routine bei Krebsoperationen. ■

**Ralf Metzger** leitet die Hauptabteilung Unternehmenspolitik/-kommunikation der AOK Hessen. **Kontakt: Ralf.Metzger@he.aok.de**



# Unterkühlte Stimmung

Reformfrust, fehlende Wertschätzung und schlechte Personalausstattung: Viele Pflegeprofis fühlen sich von der Politik im Stich gelassen, wie der erste Care Klima-Index Deutschland zeigt. **Von Thomas Hommel**

**Manche Stationsschwester** dürfte sich derzeit verwundert die Augen reiben: Da treten nahezu täglich Politiker vor die Kameras und verkünden unisono, etwas für den Pflegeberuf tun zu wollen. Sonderprogramme für neue Stellen, Personaluntergrenzen gegen eine Pflege im Laufschritt, Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie – die Pralinen-schachtel ist gut gefüllt.

Doch das Gros der Pflegeprofis reagiert auf solche Sympathiebekundungen eher mit Skepsis denn mit Wohlwollen. So zeigt der kürzlich in Berlin vorgestellte erste Care Klima-Index, dass die Enttäuschung in der Branche tief sitzt.

Die Umfrage wurde im Herbst 2017 vom Marktforschungs-Institut Psyma Health & Care in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat und der Schlüterschen Verlagsgesellschaft als Veranstalter des Deutschen Pflegetages erstellt. Befragt wurden rund 2.000 Repräsentanten der Gesundheits- und Pflegebranche – überwiegend Pflegefachkräfte, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, aber auch Ärzte, Apotheker sowie Vertreter der Kostenträger.



**Wie ein Stiefkind.** Ähnlich wie der ifo-Geschäftsklimaindex soll die Umfrage künftig regelmäßig die Befindlichkeit in der Pflegebranche ermitteln. Aktuell, so Stephanie Hollhaus, Projektverantwortliche des Care Klima-Index, herrsche eine „unterkühlte Stimmung“. So stufen laut der Studie 80 Prozent der Pflegeprofis die Personalausstattung in Kliniken, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten als mangelhaft ein. Auch 72 Prozent der Ärzte, die mit Pflegekräften zusammenarbeiten, geben an, es fehle Personal.

Knapp 60 Prozent der Pflegeprofis sind der Ansicht, Verbesserungen im Zuge der letzten Pflegereformen seien in ihrem Berufsalltag bislang kaum zu spü-

ren. Besonders negativ fällt die Einschätzung der eigenen Arbeit aus: Die Hälfte der Befragten stuft die Qualität der Pflege als mittelmäßig ein, gut ein Viertel (28 Prozent) sogar als mangelhaft. Lediglich 15 Prozent beurteilen die Versorgung als hochwertig.

**Krankenstand als Warnsignal.** Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerates, mahnte angesichts der Ergebnisse der Umfrage eine „bessere Personalausstattung in allen Versorgungsbereichen“ an. Die Anforderungen an die Pflege stiegen ständig. „Es wird aber nicht der Rahmen geschaffen, in dem Pflegenden gut und zufrieden arbeiten können.“ Der hohe Krankenstand in der Branche und der Exodus aus dem Beruf seien „deutliche Signale“, so Wagner. Mit gut gemeinten Ankündigungen ließen sich seine Kolleginnen und Kollegen nicht länger abspesen. Sie erwarteten endlich „Taten“.

Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann sagte, er setze sich für bessere Personalschlüssel in der Kranken- und Altenpflege ein. Er fügte aber hinzu: „Über Personalschlüssel entscheidet nicht die Politik.“ Die seien Gegenstand der Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Pflegeanbietern. ■

## Deutscher Pflegetag 2018

Unter dem Motto **Teamarbeit – Pflege interdisziplinär** findet in Berlin vom 15. bis 17. März der Deutsche Pflegetag 2018 statt. Die AOK ist als Gründungspartner der Leitveranstaltung für die Pflege wieder mit einem eigenen Veranstaltungsangebot vertreten. So soll am Beispiel der Polypharmazie die Notwendigkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit unterstrichen werden. Weiteres Thema ist die **qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung** in Einrichtungen der Pflege sowie Eingliederungshilfe. Dabei werden Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes zur Qualitätssicherung und Qualitätsstärkung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in diesen Einrichtungen vorgestellt, das der AOK-Bundesverband im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums umsetzt. Vorgestellt wird zudem der **Modellstudiengang Evidenzbasierte Pflege**. Die Ausbildung erfolgt auf Hochschulniveau – teilweise gemeinsam mit Medizinstudenten. Als größte Pflegekasse Deutschlands widmet sich die AOK beim Deutschen Pflegetag auch der häuslichen Pflege. Dabei geht es um neue Anforderungen an Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen, und um Fragen der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. **Anmeldung: [www.deutscher-pflegetag.de](http://www.deutscher-pflegetag.de)**

### MEHR INFOS:

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

# „Die Agenda stimmt in weiten Teilen“

Union und SPD haben sich auf einen Koalitionsvertrag geeinigt. Doch welche Auswirkungen haben die Beschlüsse auf die gesetzliche Krankenversicherung?

**Kai Senf** gibt im G+G-Interview Antworten aus Sicht der AOK.

**Herr Senf, wie bewerten Sie als Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes die Koalitionspläne von Union und SPD im Bereich Pflege und Gesundheit? Stimmt die Richtung?**

**Kai Senf:** Zunächst stehen alle Vereinbarungen unter dem Vorbehalt, dass die SPD-Parteibasis dem Koalitionsvertrag zustimmt. Insofern ist jede Bewertung vorläufig. Die Agenda aber stimmt in weiten Teilen. CDU/CSU und SPD haben mit der Verbesserung der Personalsituation in der Kranken- und Altenpflege, dem Abbau der Sektorengrenzen, der Qualitätsoffensive im Krankenhaus und der Beschleunigung der Digitalisierung die Megathemen im Gesundheitswesen richtig erkannt. Entscheidend wird aber die genaue gesetzliche Ausgestaltung sein. Dabei wirken die ordnungspolitischen Vorstellungen der Koalitionspartner, wie Veränderungen im Gesundheitswesen umgesetzt werden sollen, antiquiert.

**Warum?**

**Senf:** Eine Steuerungs- und Gestaltungsfunktion der gesetzlichen Krankenkassen oder wettbewerbliche Elemente als Impuls für innovative Ansätze, mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sind im Vertragstext nicht zu finden. Im Gegenteil, Bund und Länder schaffen sich mehr Möglichkeiten zur direkten politischen Einflussnahme in die Entscheidungsprozesse.

**Werfen wir einen Blick auf die Einzelheiten. Ist die paritätische Finanzierung im Sinne der AOK?**

**Senf:** Aus Sicht der Versicherten ist die paritätische Finanzierung natürlich erst

einmal positiv. Die Arbeitgeberseite sieht dies anders. Doch auch hier steckt der Teufel im Detail. Der Gesetzgeber muss die Parität technisch so ausgestalten, dass es nicht zu einer Umverteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu Lasten einkommensschwacher Versicherter kommt. Eine Abkehr vom vollständigen Einkommensausgleich öffnet Tür und Tor für Risiko-selektion und schadet Versicherten mit niedrigerem Einkommen und damit letztlich auch ihren Arbeitgebern. Hier werden wir als AOK die weitere Entwicklung aufmerksam beobachten.

**Reizwort „Bürgerversicherung“. Wie steht die AOK dazu?**

**Senf:** Die Debatte um die Bürgerversicherung war schon vor den Verhandlungen nur eine Schimäre. De facto drehte sich alles nur noch um ein einheitliches Honorarsystem. Am Ende der Koalitionsverhandlungen blieben davon sogar nur noch die angeblich ungerechten Honorare in der gesetzlichen Krankenversicherung übrig, die Ärzte am Ende eines Quartals in die Honorarferien zwingen. Man muss froh sein, dass es hierzu keine Einigung gegeben hat, denn das wäre für die GKV-Versicherten nicht nur teuer geworden, es hätte auch nichts an der Fehlallokation von Arztpraxen, Medizintechnik sowie Sprechstundenzeiten geändert. Ärgerlich war aber insbesondere, wie in der Diskussion die GKV schlecht geredet wurde. In Wirklichkeit liegt der größte Reformbedarf in der privaten Krankenversicherung selbst. Bei der Refinanzierung der Gesundheitsausgaben, bei der Steuerung des Kosten- und Leistungsgeschehens, bei der Weiterentwicklung der Qualität und beim Thema Gerechtigkeit ist die GKV das überlegene und damit das zukunftsfähigere System.

**Und die Verbesserungen für GKV-Versicherte auf der Leistungsseite?**

**Senf:** Die Nachbesserungen bei den Terminalservicestellen, die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten, die Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz sind aus Sicht der Versicherten zu begrüßen. Ob diese Maßnahmen allerdings auch ausreichend praktische Relevanz bekommen, bleibt abzuwarten. Beim Zahnersatz wäre es zum Beispiel sinnvoller, wenn man die Steigerungssätze der privaten Gebührenordnung begrenzt, um Versicherte bei privaten Zuzahlungen spürbar zu entlasten.

**Stichwort Umbau der Krankenhaus-Landschaft: Der Strukturfonds soll auf Neue gefüllt werden, um Standorte zu schließen oder in Gesundheitszentren umzuwidmen. Ein guter Schritt?**

**Senf:** Wer die Krankenhaus-Landschaft mit Blick auf mehr Qualität umbauen will, muss nicht nur Geld in die Hand nehmen, er muss auch Mut zu Entscheidungen haben. Entscheidungen, die die Krankenhausstruktur wirklich zukunftsfähig verändern, sind nur durch Zentralisierung und Spezialisierung zu erreichen. Dies schafft eine optimale Patientenversorgung und gewährleistet darüber hinaus auch die bestmögliche Berufsausübung für Pflegekräfte und Ärzte.

**Pflege hat sich zu einem „der“ Themen in der Gesundheitspolitik gemauert. Kann der Koalitionsvertrag hier überzeugen?**

**Senf:** Zunächst ist es einmal richtig, dass im Koalitionsvertrag ein ganzes Maßnahmenbündel geschnürt wurde, um den Fachkräftemangel in der Kranken- und

Altenpflege zu begegnen. Aber eine bessere Bezahlung allein ist noch keine Lösung. Insofern ist es zu begrüßen, dass verschiedene Ansatzpunkte wie verpflichtende Mindestpersonalzahlen, die Nachweispflicht für Personalkosten, arbeits- und tarifrechtliche Regelungen sowie Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen gewählt wurden, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Auch die zusätzlichen Unterstützungsleistungen für Angehörige werden dazu beitragen, die Situation in der Pflege zu verbessern.

die Krankenkassen abgewälzt werden können – welchen Anreiz gibt es dann noch, Arbeitsabläufe und Strukturen wirtschaftlicher auszugestalten?

**Im Kassenlager wird ein erbitterter Streit um die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs geführt. Was sieht der Koalitionsvertrag dazu vor und wie findet das die AOK?**

**Senf:** Union und SPD haben sich darauf verständigt, den Morbi-RSA auf Basis der

**Senf:** Das ist eine schwierige Frage. Ordnungspolitisch ist der Innovationsfonds eine fragwürdige Konstruktion, weil er letztlich nur Geld der Krankenkassen umverteilt, ohne dass die einzelnen Kassen darauf direkten Einfluss haben. Ohne Zweifel hat der Fonds jedoch eine ganze Reihe von innovativen Projekten angestoßen. Allerdings ist es noch zu früh, um zu sagen, wie nachhaltig diese Projekte dann letztlich sind. Von daher wäre es besser gewesen, erst einmal die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation des Innova-



8.000 Fachkraftstellen in der Altenpflege lassen sich nicht auf die Schnelle schnitzen.

Kai Senf

Das hört sich doch gut an.

**Senf:** Ja, aber ich bin skeptisch, ob die mit dem Sofortprogramm angekündigten 8.000 zusätzlichen Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen sich tatsächlich so schnell schnitzen lassen. Hier muss man angesichts der bereits heute großen Schwierigkeiten, frei gewordene Fachkräftestellen in der Altenpflege wieder zu besetzen, die Erwartung dämpfen. Richtig kritisch ist im Übrigen die Abspaltung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen und die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus. Das kommt einem Frontalangriff auf das Vergütungssystem der Fallpauschalen und der Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips durch die Hintertür gleich. Wenn Klinikmanager sicher sein können, dass Ausgabesteigerungen auf

Gutachten des Expertenbeirats beim Bundesversicherungsamt weiterzuentwickeln. Das ist aus unserer Sicht sachlich richtig und politisch wohl der einzige Weg, den Streit endgültig zu beenden. Was andere Kassen und Verbände zum Kassenwettbewerb und zur Wirkung des RSA gerade in die Welt setzen, grenzt an „alternative Fakten“ und geht an der wirklich guten Finanzsituation in der GKV komplett vorbei. Die Politik hat sich davon aber nicht aufs Glatteis führen lassen und setzt auf wissenschaftliche Expertise und evidente Daten und Fakten.

**Mittel aus dem Gesundheitsfonds fließen auch wieder in den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesauschuss. Er soll nach nur zwei Jahren künftig auf Dauer eingerichtet werden. Gut so?**

tionsfonds abzuwarten, bevor man ihn auf Dauer etabliert. So macht die Politik den zweiten Schritt vor dem ersten.

**Zum Schluss: Haben Union und SPD wichtige Bereiche ausgeklammert?**

**Senf:** Das kann man wohl sagen. Zu den Mondpreisen bei neuen Arzneimitteln enthält der Koalitionsvertrag kein Wort, stattdessen soll der Pharmadialog mit der Industrie fortgesetzt werden. Auch die Aussagen zum Thema Digitalisierung und elektronische Gesundheitskarte sind eher verhalten und setzen keine neuen Akzente. Aber die Vergangenheit lehrt, dass viele kluge Vorhaben zunächst gar nicht in Koalitionsverträgen standen. Es bleibt also spannend! ■

Das Interview führte Hans-B. Henkel-Hoving.



**WAS?**

**WANN?**

**WO?**

**WIE?**

# Wissen nach Plan

Wie lebe ich gesund? Wer hilft mir, wenn ich krank bin? Was kann ich für meine Genesung tun? Und wo finde ich die dazu nötigen Informationen? Vielen Bürgern fallen Antworten auf diese Fragen schwer. Der nun vorgelegte Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz zeigt Wege auf, wie sich das ändern lässt. Hintergründe von **Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik**

**J**ulia Vogt hatte sich eigentlich schon für eine Grippe-schutzimpfung entschieden. Als Erzieherin in einer Kita ist ihr Risiko, sich selbst oder andere anzustecken, besonders hoch. Doch dann weckt eine Kollegin Zweifel: Der verwendete Impfstoff biete nur einen sehr geringen Schutz. Am Abend recherchiert Julia Vogt auf verschiedenen Internetseiten. Dort liest sie eine Menge über verschiedene Influenzatyphen, über Drei- und Vierfachimpfstoffe und deren unterschiedliche Schutzwirkung. Ihre Unsicherheit wächst. Genügt der allgemein empfohlene Wirkstoff, den die Krankenkassen und ihr Arbeitgeber bezahlen? Oder soll sie einen teureren Wirkstoff aus eigener Tasche bezahlen?

Mit solchen Fragen steht Julia nicht alleine da. So ergab eine Umfrage des AOK-Bundesverbandes zur Gesundheits- und Medienkompetenz Anfang dieses Jahres, dass jeder vierte Befragte bei seinen Internet-Recherchen Schwierigkeiten damit hat, seriöse von unseriösen Gesundheitsinformationen zu unter-

scheiden. Dies fällt besonders jungen Menschen bis 24 Jahren schwer. Aber auch mit zunehmendem Alter nimmt die Unsicherheit tendenziell zu. Eine paradoxe Situation: Einerseits stehen so viele Gesundheitsinformationen zur Verfügung wie nie zuvor. Andererseits können ratsuchende Menschen das, was sie lesen oder hören, sei es im Internet, beim Arzt oder in der Apotheke, auf Beipackzetteln und Formularen, im Fernsehen oder in Zeitschriften nicht oder nur schwer verstehen, einordnen und auf die eigene Situation übertragen. Es mangelt ihnen an ausreichender Gesundheitskompetenz (Health Literacy).

Um aber die eigene Gesundheit zu erhalten, mit gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten umzugehen und informiert die nötigen Entscheidungen zu treffen, müssen Menschen relevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden können. Eine repräsentative Studie der Universität Bielefeld zur Gesundheitskompetenz in Deutschland aus dem Jahr 2016 (Health Literacy Survey Germany) zeigt jedoch, dass über die

Hälfte der Bevölkerung (54,3 Prozent) nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt und Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen hat. In besonderem Maße betrifft dies Menschen mit geringer Bildung und niedrigem sozialen Status, Menschen mit chronischen Erkrankungen, junge Menschen, Senioren und Menschen mit Migrationshintergrund. Gerade einmal sieben Prozent der Befragten verfügen über eine sehr gute und 38 Prozent über eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Einige Jahre zuvor hatte das Thema bereits durch den „European Health Literacy Survey“ an Bedeutung gewonnen. Diese Umfrage von 2011 erob die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bulgarien, Deutschland (Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, den Niederlanden, Österreich, Polen und Spanien. Sie attestierte den deutschen Teilnehmern mehrheitlich eine unzureichende Gesundheitskompetenz – auch im Vergleich zu den Teilnehmern anderer Länder. Eine erstmals bundesweit repräsentative Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des AOK-Bundesverbandes bei gesetzlich Krankenversicherten bestätigten diese Ergebnisse 2014 wie auch die eingangs erwähnte Studie der Universität Bielefeld.

**Faktenboxen helfen weiter.** Auf diesen offensichtlichen Mangel an Gesundheitskompetenz hatte der AOK-Bundesverband im Jahr 2015 bereits mit der Entwicklung seiner Faktenboxen reagiert. Diese vermitteln medizinische Inhalte prägnant, verständlich und wissenschaftlich fundiert (siehe *Kasten „So stärkt die AOK die Gesundheitskompetenz“ auf dieser Seite*).

Aus Sicht der Universität Bielefeld und des AOK-Bundesverbandes waren darüber hinaus eine systematische Vorgehensweise und ein umfassendes Programm notwendig, um die Gesundheitskompetenz der Bürger zu stärken. Zudem bedurfte es strukturierter Lösungsansätze, um die vielen bereits bestehenden Einzelaktivitäten zu bündeln. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP), den ein Expertenkreis von 15 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern nach gut eineinhalb Jahren intensiver Beratung nun vorgelegt hat, erfüllt diese Anforderungen. Finanziert und gefördert wurde er von der Robert Bosch Stiftung und dem AOK-Bundesverband.

Als Anregung dienten dabei auch die bereits bestehenden Aktionspläne anderer Länder, vor allem der USA und Australiens, aber auch Schottlands, Irlands, Kanadas und Neuseelands. Während in diesen Staaten der Anstoß für eine Strategie zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz aus der Politik kam, gab hierzulande die Wissenschaft diesen Impuls. Beim Bundesgesundheitsministerium stieß dies auf offene Ohren: Die Schirmherrschaft des NAP übernahm Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

**Mangelnde Health Literacy kostet Milliarden.** Damit wird der deutsche NAP der politischen Bedeutung gerecht, die das Thema auf internationaler Ebene bereits erlangt hat: Die Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Shanghai über Gesundheitsförderung aus dem Jahr 2016 benennt Gesundheitskompetenz als eins von drei besonders wichtigen Handlungszielen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (siehe

## So stärkt die AOK die Gesundheitskompetenz

- Die bislang **20 Faktenboxen** der AOK beantworten im Internet komplexe Fragen zu Nutzen und Risiken medizinischer Behandlungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Nahrungsergänzungsmitteln. Dabei vermitteln sie laienverständlich den aktuellen Stand der medizinischen Forschung.
- Mit den **Online-Navigatoren** der AOK finden Nutzer Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime und Pflegedienste in ihrer Region. Die Navigatoren bieten dabei auch Informationen zur Qualität dieser Leistungserbringer.
- Für medizinische Themen wie etwa die Organspende bietet die AOK **Entscheidungshilfen** an, die es den Patienten ermöglichen, auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse gemeinsam mit ihrem Arzt Entscheidungen zu treffen.
- Im **medizinischen Informationsservice** der AOK beantwortet ein Team aus Fachärzten, Krankenschwestern und Pharmakologen telefonisch die Fragen der AOK-Versicherten zum Thema Gesundheit.

*Kasten „WHO setzt auf Gesundheitskompetenz“ auf Seite 23*). Die WHO schätzt, dass unzureichende Gesundheitskompetenz zwischen drei und fünf Prozent der weltweiten Gesundheitsausgaben verursacht. Für das deutsche Gesundheitssystem wären das zwischen neun und 15 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Ursachen für mangelnde Gesundheitskompetenz liegen nicht nur in fehlendem Wissen oder mangelnder Motivation des Einzelnen. Auch gesellschaftliche und soziale Bedingungen prägen die Gesundheitskompetenz. Entsprechend betrifft ihre Förderung viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens und fordert das Engagement zahlreicher Beteiligter: im Gesundheitswesen ebenso wie in den Lebenswelten Erziehung, Bildung, Arbeit, Kommune, Forschung und Medien.

**Selbstmanagement stärken.** Mehrere gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen haben dazu beigetragen, dass Gesundheitskompetenz eine immer wichtigere Rolle spielt. So ist die Lebenserwartung in Deutschland in den vergangenen 100 Jahren um 30 Jahre gestiegen. Zugleich hat der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung zugenommen. Beide Entwicklungen werden sich weiter fortsetzen. Damit ältere Menschen die gewonnenen Lebensjahre möglichst gesund und in guter Lebensqualität verbringen können, brauchen sie eine gute Gesundheitskompetenz. Gleiches gilt für Menschen mit chronischen Erkrankungen, deren Anteil an der Bevölkerung ebenfalls gestiegen ist. Hier geht es vor allem darum, ihre Fähigkeit zum Selbstmanagement der Erkrankung zu stärken. Zugleich gibt es Anzeichen, dass die soziale Ungleichheit in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen hat. Das wirkt sich auch auf die Gesundheit ärmerer Menschen aus: Sie haben eine niedrigere Lebenserwartung und leiden früher und öfter an chronischen Erkrankungen.

Verändert hat sich auch die Rolle der Patienten, die nicht mehr bloß Leistungen empfangen und medizinische Anordnungen befolgen, sondern viele Möglichkeiten haben, um an der Behandlung mitzuwirken und Entscheidungen zu treffen. Gleichzeitig sehen sie sich einem unübersichtlichen Gesundheitswesen mit zahlreichen, oft zersplitterten Instanzen gegenüber. Unter

dieser mangelnden Nutzerfreundlichkeit leiden vor allem gesellschaftliche Gruppen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz. So haben ärmere Menschen häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen; Menschen mit Migrationshintergrund wiederum haben oft große Probleme, den für sie passenden Zugang zum Gesundheitssystem zu finden.

Um all diesen Erkenntnissen Rechnung zu tragen und die Gesundheitskompetenz nachhaltig zu fördern, konzentriert sich der NAP auf vier Handlungsfelder: die alltäglichen Lebenswelten wie Kita, Schule, Wohnort oder Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem, das Leben mit chronischen Erkrankungen und die Forschung. 15 aufeinander abgestimmte Empfehlungen zeigen, wie sich in diesen vier Handlungsfeldern die Gesundheitskompetenz stärken lässt.

**Im Kindesalter beginnen.** Vor allem in ihren alltäglichen Lebenswelten fällt es Menschen schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und auf die eigene Situation zu übertragen. Das belegt die Studie der Universität Bielefeld zur Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ziel muss es deshalb sein, in Kitas und Schulen, am Arbeitsplatz und in Freizeitstätten Zugang zu verständlichen Gesundheitsinformationen zu schaffen. Eine der fünf Empfehlungen im Handlungsfeld „alltägliche Lebenswelten“ lautet daher: „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, mit der Förderung der Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen“. Ein best-practice Beispiel hierfür stellt das handlungsorientierte Präventionsprojekt „ScienceKids“ der AOK Baden-Württemberg dar (siehe dazu Seite 26–29).

**Lebensmittelampel muss her.** Vier weitere Empfehlungen zum Handlungsfeld „Lebenswelten“ zielen darauf ab, die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz sowie im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten zu stärken, den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien zu erleichtern und die Kommunen zu befähigen, die Gesundheitskompetenz der Bewohner zu verbessern. Bestandteile dieser Emp-



fehlungen sind beispielsweise die Einführung einer Lebensmittelampel, die Verbraucher über den Gehalt von Zucker, Salz und Fett in einem Produkt informiert, und ein Verbot des Marketings für ungesunde Lebensmittel, das sich speziell an Kinder richtet. Beides fordert die AOK schon seit Längerem.

**Gesundheitssystem transparent gestalten.** Das zweite Handlungsfeld hat zum Ziel, das Gesundheitswesen nutzerfreundlich zu gestalten. Hier enthält der NAP fünf Empfehlungen, die es Versicherten, Patienten und allgemein ratsuchenden Menschen leichter machen sollen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren, informierte Entscheidungen zu treffen und sich aktiv an der Behandlung und Versorgung zu beteiligen. Dazu zählt auch eine verständliche Kommunikation etwa zwischen Arzt und Patient. Ein Praxisbeispiel in diesem Bereich ist die Gesprächsführungstechnik „Teach back“, zu deutsch „zurückklären“, der American Medical Association ([www.teachbacktraining.org](http://www.teachbacktraining.org)). Sie dient der Rückversicherung darüber, ob Patienten die vermittelten Inhalte verstanden haben. Dazu gehört unter anderem, dass sie das Besprochene mit eigenen Worten wiedergeben. Gleichzeitig sollen Angehörige der Gesundheitsberufe mit dieser Methode ihre Kommunikation überprüfen können.

Vier weitere Empfehlungen richten sich darauf, die Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen zu verankern, durch mehr Transparenz und den Abbau administrativer Hürden das Zurechtfinden im Gesundheitswesen zu erleichtern, Informationen nutzerfreundlich zu gestalten und Patienten die Teilhabe zu erleichtern.

**Chronisch Kranke gezielt unterstützen.** Um die Gesundheitskompetenz zu stärken, sind weitere Themen bedeutend. So haben chronische Krankheiten in den vergangenen Jahren

## WHO setzt auf Gesundheitskompetenz

In der 1986 verabschiedeten **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung** rief die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Handeln auf, um das Ziel „Gesundheit für alle“ zu erreichen. In der Charta heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Die **WHO-Erklärung von Shanghai**, die 2016 im Rahmen der Globalen Konferenz der WHO verabschiedet wurde, betont die Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die Chancengleichheit. Die Mitgliedstaaten verpflichten sich mit dieser Erklärung dazu, „Gesundheitskompetenz als wesentliche Gesundheitsdeterminante anzuerkennen“, „in ihre Entwicklung zu investieren“ sowie „nationale und kommunale Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in allen Bevölkerungsgruppen und in allen Bildungseinrichtungen zu entwickeln, umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirkung zu überprüfen.“

G+G-Redaktion

weltweit zugenommen und betreffen in Deutschland fast ein Drittel der Bevölkerung. Mit ihren vielfältigen körperlichen, seelischen und sozialen Folgen wirken sich diese Erkrankungen auf die gesamte Lebensführung der Betroffenen aus und stellen sie im Alltag vor zahlreiche Herausforderungen. Deshalb benötigen Menschen mit chronischen Erkrankungen über die bisher genannten Handlungsfelder und Empfehlungen hinaus gezielte Unterstützung. „Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben“ heißt deshalb das dritte Handlungsfeld des NAP. Eine der dazugehörigen vier Empfehlungen zielt darauf, die Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung zu fördern.

Als Praxisbeispiel nennt der NAP hier „Mental First Aid“, ein Erste-Hilfe-Programm für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dieses Programm ist im Jahr 2000 in Australien entwickelt worden ([www.mentalhealthfirstaid.org](http://www.mentalhealthfirstaid.org)). Mittlerweile haben 22 Länder den Ansatz übernommen. Zu dem Programm gehören evidenzbasierte Kurse, die Informationen und Strategien zum Umgang mit psychischen Problemen vermitteln. Dies soll Betroffene bei der Krankheitsbewältigung und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten unterstützen. Außerdem richtet sich „Mental First Aid“ an Multiplikatoren verschiedener Berufsgruppen, die die Kursinhalte im Alltagsleben und am Arbeitsplatz vermitteln.

Die weiteren Empfehlungen in diesem Handlungsfeld lauten: die Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Krankheit integrieren, einen gesundheitskom-

petenten Umgang mit der Erkrankung und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen sowie die Fähigkeit der Betroffenen und ihrer Familien zum Selbstmanagement zu stärken.

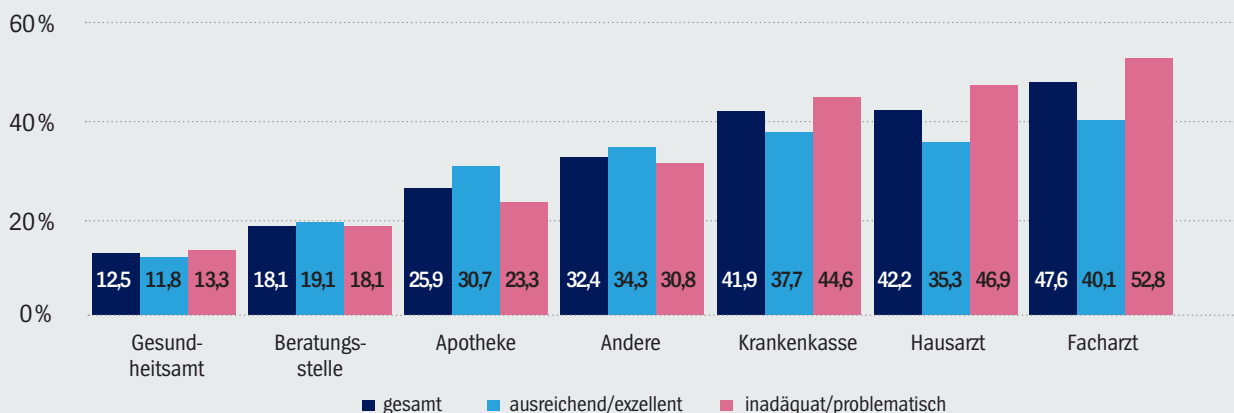
**Systematische Forschung notwendig.** Entstehung, Verbreitung und Förderung der Gesundheitskompetenz wurde in Deutschland, anders als etwa im anglo-amerikanischen Raum, bisher nur vereinzelt und noch nicht systematisch erforscht. Die Empfehlung des vierten Handlungsfelds heißt deshalb „Gesundheitskompetenz systematisch erforschen“. Dazu ist es auch erforderlich, die Gesundheitskompetenz nicht nur punktuell zu messen, sondern in regelmäßigen Abständen. Ein solches systematisches Vorgehen ermöglicht es, Problem- und Interventionsfelder zu identifizieren und

Einblick in die Entwicklung der Gesundheitskompetenz zu erhalten – beides sind Voraussetzungen, um wirkungsvolle Interventionsstrategien zu entwickeln.

**Ungleichheiten verringern.** Um den NAP erfolgreich umzusetzen und die Gesundheitskompetenz allgemein zu fördern, gilt es fünf Prinzipien zu beachten. Zunächst einmal müssen alle Schritte und Maßnahmen dazu beitragen, bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung zu verringern. Des Weiteren sollte es immer darum gehen, nicht nur die individuellen Lebensbedingungen und persönlichen Fähigkeiten des Einzelnen zu verändern und zu verbessern, sondern auch die strukturellen Bedingungen, unter denen Menschen

Bei der Forschung zur Gesundheitskompetenz liegen die USA und Großbritannien vorn.

### Patienten verstehen ihren Arzt nicht



Eine wissenschaftliche Befragung belegt: Haus- und Fachärzte sind eine wichtige Informationsquelle. Der Anteil derer, die Erklärungen ihres Haus- oder Facharztes schon einmal nicht verstanden haben, ist jedoch hoch. Mehr als 40 Prozent der Befragten hatten bereits einmal Schwierigkeiten, den Ausführungen ihres Hausarztes zu folgen. Fachärzte werden noch häufiger nicht richtig verstanden. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt dieser Anteil noch höher. 53 Prozent verstanden ihren Facharzt und 47 Prozent den Hausarzt nicht. Informationen von Krankenkassen werden ebenfalls häufig schlecht verstanden.

Quelle: Schaeffer/Vogt/Berens/Hurrelmann (2016)



leben. Eine weitere wichtige Voraussetzung, damit Initiativen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz Erfolg haben, besteht darin, Menschen Partizipation und Teilhabe zu ermöglichen. Dieses Prinzip sollte alle Phasen eines Projekts prägen – von der Situationsanalyse bis hin zur Evaluation.

Darüber hinaus sollten alle Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz die Chancen der Digitalisierung nutzen. Digitale Angebote können das Selbstmanagement unterstützen, räumliche Distanzen überbrücken und den Zugang zum Gesundheitswesen erleichtern. Zudem bedarf es der Kooperation von Beteiligten aus allen Bereichen der Gesellschaft, um die Zeile des NAP umzusetzen und die vielen bereits bestehenden Einzelinitiativen für mehr Gesundheitskompetenz zu bündeln.

**Koordinierungsstelle eingerichtet.** Ein wesentlicher Baustein dafür ist die Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz, die 2017 an der Hertie School of Governance in Berlin eingerichtet worden ist und die der AOK-Bundesverband finanziell fördert. Unter der Leitung der Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Dominique Vogt wird die Koordinierungsstelle den NAP vorantreiben. Zu ihren Aufgaben gehört es dabei, vorhandene Studien und Projekte zur Gesundheitskompetenz zu bündeln und zu vernetzen, weitere Forschung anzuregen, die Beteiligten in den Dialog zu bringen und Konzepte für mehr Gesundheitskompetenz koordiniert und multidisziplinär voranzutreiben. Die Nationale Koordinierungsstelle versteht sich als Anlaufstelle für alle, die mit dem Thema Gesundheitskompetenz zu tun haben. Das sind Akteure und Organisationen aus Wissenschaft und Forschung, aus Politik und Praxis, also Gesundheitswissenschaftler, Mediziner, Pflegekräfte, Apotheker, Patienten- und Selbsthilfeverbände sowie Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens.

Eine verbesserte Gesundheitskompetenz ist nur möglich, wenn die Politik die entsprechenden Voraussetzungen, Ressourcen und Anreize schafft. Hier scheint Deutschland auf einem guten Weg zu sein. Mehrere Ministerien haben das Thema auf ihre Agenda gesetzt und werden so dem „Health in all Policies“-Ansatz der WHO gerecht, der in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 verankert ist. Dieses Konzept sieht vor, dass die Politik in allen Sektoren darum bemüht sein soll, die Gesundheit der Bevölkerung und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

**Nationales Gesundheitsportal geplant.** Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will im Rahmen der von ihm initiierten „Allianz für Gesundheitskompetenz“ bis Ende 2018 ein „Nationales Gesundheitsportal“ einrichten, das vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte und unabhängige Gesundheitsinformationen verständlich aufbereitet. Daneben soll die Informationskompetenz der Bevölkerungsgruppen gestärkt werden, die sich nicht ausreichend um Informationen über ihre Gesundheit oder Krankheit kümmern. Darüber hinaus will das Bundesgesundheitsministerium weitere Forschung zur Gesundheitskompetenz fördern. Bereits jetzt steht fest, dass der „European Health Literacy Survey“ aus dem Jahr 2012 wiederholt und sukzessive in ein regelmäßiges Monitoring überführt wird. So

können Daten gewonnen werden, mit denen sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beobachten lässt und die eine Evaluation von Fördermaßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz erlauben.

**Internationales Interesse an deutschem Konzept.** Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung verkündeten „Nationalen Dekade für Alphabetisierung“ planen die Stiftung Lesen und der AOK-Bundesverband im Mai dieses Jahres eine Fachtagung „Gesundheitskompetenz“. Bei einer Folgeveranstaltung im November geht es dann um „Food Literacy“, also Bildungsgrundlagen speziell im Bereich der Ernährung. Auf große Resonanz stoßen auch die Faktenboxen des AOK-Bundesverbandes. Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz und der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen empfehlen sie. Das österreichische Gesundheitswesen hat das Konzept der Faktenboxen übernommen. Auch der NAP stößt im Ausland auf reges Interesse und ist bereits auf der fünften UK Health Literacy Conference in Belfast vorgestellt worden. Insgesamt gesehen ist Deutschland also auf einem guten Weg, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. ■

**Prof. Dr. Doris Schaeffer** lehrt Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und leitet dort das Institut für Pflegewissenschaft.


**Prof. Dr. Klaus Hurrelmann** ist Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin. **Prof. Dr. Ullrich Bauer** leitet das Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter der Universität Bielefeld. **Dr. med. Kai Kolpatzik**, MPH, EMPH, leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.

**Kontakt: Doris.Schaeffer@uni-bielefeld.de, Kai.Kolpatzik@bv.aok.de**

#### Lese- und Webtipps

- Kickbusch, I./Pelikan, J./Haslbeck, J./Apfel, F./Tsouros, A. D.: **Gesundheitskompetenz. Die Fakten 2016.** Im Internet: [http://www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB\\_WHO\\_Gesundheitskompetenz\\_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edfd4db1db](http://www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB_WHO_Gesundheitskompetenz_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edfd4db1db)
- Kolpatzik, K./Zok, K. (2017): **Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten – Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage unter GKV-Versicherten.** In: Schaeffer D, Pelikan JM. (Hrsg.) Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe: Bern, Seite 145–155
- Quenzel, G./Schaeffer, D.: **Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen 2016.** Kostenloser Download unter [www.uni-bielefeld.de](http://www.uni-bielefeld.de) > Fakultäten > Fakultät für Gesundheitswissenschaften > Suchbegriff „Gesundheitskompetenz“
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (Hrsg.): **Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.** Berlin: KomPart 2018.
- Schaeffer, D./Quenzel, G.: **Rätselraten in Gesundheitsfragen.** In: G+G 5/2016, Seite 22–27
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K.: **Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.** Ergebnisbericht 2016. Kostenloser Download unter [www.uni-bielefeld.de](http://www.uni-bielefeld.de) > Fakultäten > Fakultät für Gesundheitswissenschaften > Suchbegriff „HLS-GER“
- Zok, K.: **Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten.** WldO-monitor 2/2014

# Mit allen Sinnen



Berührungängste abbauen:  
Schülerinnen und Schüler des  
Anna-Essinger-Gymnasiums  
in Ulm beim Warm-up mit  
Sportlehrer Christian Rettich.

Lernen und erforschen, was gesund ist. So lautet das Ziel von „ScienceKids: Gesundheit entdecken“. Das Programm der AOK Baden-Württemberg vermittelt Kindern und Jugendlichen alltagsnahe Gesundheitsbildung. 1.000 Schulen machen bereits mit – so auch das Anna-Essinger-Gymnasium in Ulm. **Thomas Hommel** (Text) und **Michael Meyer** (Fotos) waren beim Sportunterricht dabei.

**D**a laufen sie: Franziska, Pia, Jonas, Maike, Hanna, Julius, Fynn und all die anderen Schülerinnen und Schüler der sechsten Klasse des Anna-Essinger-Gymnasiums oben auf dem Ulmer Kuhberg. Ein paar Mal geht es für die Mädchen und Jungen durch die hell erleuchtete Sporthalle im Kreis herum. Die Schüler lassen beim Laufen ihre Arme durch die Luft fliegen. Es wird laut in der Halle. Wangen färben sich rot. Der Atem gewinnt an Fahrt – das Warm-up beginnt zu wirken. „Kommt, noch eine Runde“, hört man Sportlehrer Christian Rettich rufen.

Als nächstes ist eine der Lieblingsübungen der Schüler dran. Sie hat mit „Hamburger“, „Cheeseburger“ und einem „Sechser-Chicken“ zu tun und geht so: Die Kinder laufen in der Sporthalle dicht beisammen umher – so lange, bis der Lehrer eine der genannten „Figuren“ ansagt. Blitzartig müssen sich die Mädchen und Jungen über- oder nebeneinander legen. Erst sind es zwei, dann drei, schließlich sechs Kinder, die wie die Schichten eines „Burgers“ übereinander liegen.

„Gerade in gemischten Klassen, die anfänglich noch Berührungängste haben, ist das immer eine spaßige Angelegenheit, wenn unter Zeitdruck plötzlich Jungs zwischen Mädels liegen und umgekehrt“, sagt Christian Rettich. Wer dem smarten, hochgewachsenen Lehrer, der neben Sport noch Biologie unterrichtet, zuhört, merkt schnell: Sport ist mehr als Drill auf Kommando. „Die Schüler sollen spielerisch lernen, wie sich ihr Bewegungsapparat durch gezieltes Training kontrollieren und formen lässt.“ Der Umgang mit dem eigenen Körper, seinen Möglichkeiten und Grenzen sei schließlich eine „zentrale Entwicklungsaufgabe im Jugendalter“, ist Rettich überzeugt. „Und dieses Wunder namens Körper lasse ich die Kinder im Unterricht erfahren und für sich entdecken.“

**Erforschen, entdecken, erlernen.** Anregungen und Ideen, wie das gelingen kann, holt sich Christian Rettich auch bei „Science Kids: Gesundheit entdecken“. Das 2006 von der AOK Baden-Württemberg gemeinsam mit dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport sowie dem Landesinstitut für Schulsport, Schulmusik und Schulkunst und unter Beteiligung von Wissenschaftlern, Studierenden, Lehrkräften sowie Schülern aus der Taufe gehobene Programm versteht sich als „innovatives Projekt zur hand-

lungsorientierten Gesundheitsbildung“ und bietet Schulen Lehr- und Lernmaterialien zu den Themenschwerpunkten Ernährung und Bewegung. Die Idee: Kinder und Jugendliche erlernen durch eigenes Experimentieren und Erforschen wichtige Funktionsweisen ihres Körpers, um so die Grundlagen für einen gesunden Lebensstil zu entwickeln.

**Was steckt drin in Obst und Gemüse?** Zu Beginn richtete sich ScienceKids ausschließlich an Grundschulen. Seit 2011 kommt das Programm auch in der Sekundarstufe 1 – der „mittleren Schulbildung“ zwischen der fünften und zehnten Klasse – zum Einsatz. Mal testen die Schüler, wie lange sie seilhüpfen müssen, um die Nährwerte eines halben Apfels oder eines Stückchens

Schokolade zu verbrennen. Im Rahmen der Ernährungsbildung untersuchen sie Obst und Gemüse auf „farbige“ Vitamine und erfahren unter anderem, warum Milch ihre Knochen stark macht. In der Sekundarstufe erfahren sie, aus wie vielen Einzelmuskeln der Körper besteht, wie es sich anfühlt, blind zu sein und wofür ein wohl dosiertes Krafttraining gut ist. Laut AOK Baden-Württemberg nutzen inzwischen etwa 1.000 Schulen die ScienceKids-Unterlagen. Das ist knapp jede vierte Schule im Land. Das Programm, sagt Baden-Württembergs Kultusministerin Dr. Susanne Eisenmann, greife „die gesundheitlich relevanten The-

men“ auf und liefere „anschauliche und motivierende Angebote“ für die Umsetzung der Leitperspektive „Prävention und Gesundheitsförderung“, die 2016 neu in die Landesbildungspläne aufgenommen worden sei (siehe auch Interview auf Seite 28).

**Seelisches Wohlbefinden im Fokus.** Im Februar 2017 wurden die Lehr- und Lernmaterialien von ScienceKids um den Themenschwerpunkt „Seelisches Wohlbefinden“ erweitert. „Die Kinder und Jugendlichen sollen dabei lernen, ihre eigenen Emotionen besser wahrzunehmen und auch in stressigen Situationen handlungsfähig zu bleiben“, sagt Jutta Ommer-Hohl, Fachbereichsleiterin Gesundheitsförderung der AOK Baden-Württemberg.

Wie wichtig diese frühe Kompetenz in puncto seelischer Gesundheit sei, belegten auch aktuelle Studien wie die KiGGs-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des Berliner Robert-Koch-Instituts. Danach leidet in Deutschland





## „Motivierende Angebote“

**Dr. Susanne Eisenmann**, Ministerin für Kultus, Jugend und Sport des Landes Baden-Württemberg, über Schule als einem idealen Lernort für Gesundheit und den Charme der ScienceKids.

**Frau Ministerin, Schule und Gesundheit – wie passt das zusammen?**

**Susanne Eisenmann:** Zentrale Aufgabe unserer Schulen in Baden-Württemberg ist es, Schülerinnen und Schülern das Wissen und die Fähigkeiten zu vermitteln, die ihnen ein erfülltes Leben ermöglichen. Dazu gehört auch, schon frühzeitig Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Das wiederum schließt eine gesundheitsbewusste und nachhaltige Lebensweise ein. Hier bieten Schulen – neben dem Elternhaus als unerlässlichem Partner – einen idealen Lernort. In unserem Bildungsplan 2016 gibt es erstmals die neu geschaffenen Leitperspektiven. Sie sprechen Fähigkeitsbereiche an, die sich nicht einem einzigen Fach zuordnen lassen, sondern übergreifend in verschiedenen Fächern entwickelt werden sollen. Die Leitperspektive „Prävention und Gesundheitsförderung“ hat eine gesundheitsfördernde Schule zum Ziel. Konkret bedeutet das: Themen wie etwa Ernährung, Körper und Hygiene, Bewegung und Entspannung, aber auch Suchtgefahren werden fächerübergreifend behandelt.

**Inwiefern geht ScienceKids darauf ein?**

**Eisenmann:** ScienceKids greift die gesundheitlich relevanten Themen auf. Die Lehr- und Lernmaterialien für die Primar- und Sekundarstufe zu Ernährung, Bewegung und zum seelischen Wohlbefinden sind an die aktuellen Bildungspläne angepasst. Sie liefern anschauliche und motivierende Angebote für den Unterricht, für Projekttag und -wochen sowie die Umsetzung der Leitperspektive „Prävention und Gesundheitsförderung“. Lehrkräfte berichten, dass sich das Thema Gesundheit mit ScienceKids im Unterricht sehr praktisch und alltagsnah vermitteln lässt und bei den Schülern viel Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Lernfreude erzeugt.

**ScienceKids soll Kindern helfen, ihre eigene Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Warum ist das wichtig in diesem Alter?**

**Eisenmann:** Grundlagen und Bewusstsein für lebenslange Gesundheit müssen so früh wie möglich gelegt werden. Unsere hochtechnisierte Zeit bringt eine bewegungsarme Lebensweise und einen zu oft schon für Kinder eng getakteten Alltag mit sich. Die Folge sind vermehrt übergewichtige Kinder, die Entstehung neuer Krankheitsformen und psychische Belastungen im Kindes- und Jugendalter. Deshalb ist es unverzichtbar, bereits im Schulalter die Funktionen und Reaktionen des eigenen Körpers besser zu verstehen und verantwortungsvoll damit umzugehen. ScienceKids kann hierzu einen wertvollen Beitrag leisten. ■

fast jedes vierte Kind (23,1 Prozent) im Alter zwischen sieben und zehn Jahren unter psychischen Auffälligkeiten wie Ängsten oder Wutanfällen. „Je früher und besser wir Kindern also helfen, eine gefestigte Persönlichkeit zu entwickeln, desto größer sind die Chancen auf psychische Gesundheit im Jugendlichen- und Erwachsenenalter. Auch die Anfälligkeit für Suchtverhalten sinkt damit“, betont Ommer-Hohl.

„Wir wollen dazu beitragen, dass junge Menschen eine gesunde Lebensweise entwickeln und eine innere Stärke durch mehr Lebenskompetenz gewinnen“, begründet Siegmund Nesch, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, das Engagement für ScienceKids. Ein gesunder Lebensstil setze voraus, die Zusammenhänge von Ernährung, Bewegung und seelischem Wohlbefinden zu kennen und zu wissen, wie sich diese auf den Körper auswirkten. Durch Erleben, Ausprobieren, Erkennen und Verstehen könnten Kinder ihre „ganz persönliche Gesundheitskompetenz“ entwickeln, betont Nesch.

Damit ScienceKids die Schulen erreicht, gehe die AOK Baden-Württemberg „mehrere Wege“, erläutert Projektleiterin Sabine Drexler. „Zum einen wurden allen Schulen im Land die entsprechenden Unterrichtsmaterialien zur Verfügung gestellt, sodass jede Einrichtung die Lehr- und Lernunterlagen einsetzen kann. Zum anderen informieren unsere Präventionsfachkräfte vor Ort über das Programm und unterstützen die Lehrkräfte bei der Umsetzung.“ Darüber hinaus begleite die Kasse die Schulen auf dem Weg hin zu „ganzheitlich gesunden Schulen“. Dazu gehöre der Bau eines bewegungsfreundlichen Schulhofes, die Einführung regelmäßiger Bewegungspausen, ein gesundes Verpflegungsangebot oder die Vernetzung mit lokalen Sportvereinen.

**Geschick im Spinnengang.** In der Sporthalle auf dem Ulmer Kuhberg hat Christian Rettich das Warm-up beendet. Verschiedene Bewegungsaufgaben stehen jetzt auf dem Programm. Die Schüler teilen sich dafür in gleich große Gruppen auf und stellen



Jeden Muskel spüren: Lehrer Christian Rettich und seine Klasse machen Liegestütze am Mittelkreis der Sporthalle.



Lehrübung mit Handbällen: Geschicklichkeit und Konzentration sind gefragt.

sechs rote Hütchen im Abstand von sechs Metern auf – ebenso auf der jeweils gegenüberliegenden Seite. Auf allen Vieren müssen sich die Mädchen und Jungen von der einen zur anderen Seite bewegen. „Kraft alleine ist nicht entscheidend bei dieser Aufgabe“, erklärt Christian Rettich die Kunst des Spinnengangs. „Es hat auch mit Geschicklichkeit zu tun.“ Die will geübt sein. Manche der Schüler robben sich durch die Halle, andere kriechen. Einige aber laufen auf Antrieb wie Spinne Thekla aus der „Biene Maja“. Und alle haben sichtlich großen Spaß.

Gefragt ist der Lehrerrat auch bei den Übungen mit Handbällen. Die runden Utensilien sollen von den Schülern mit den Händen abwechselnd geprellt und vor sich getragen, dann sanft über den Hallenboden geschoben werden. Auch wenn einige Bälle ein Eigenleben führen, gelingt die Übung von Runde zu Runde besser. Christian Rettich gibt den Schülern Hinweise, ermuntert sie, zu überprüfen, ob sie ihren Körper richtig einsetzen. „Korrigiert, wenn ihr korrigieren müsst.“

**Experten in eigener Sache.** „Wer Dinge selbst hinterfragt und ausprobiert, kann sich Zusammenhänge besser merken und Einstellungen und Gewohnheiten verändern“, ist Rettich überzeugt. Bei ScienceKids dürften sich die Schüler mit Experimenten selbst Antworten auf ihre Fragen zu Ernährung, Bewegung, Gesundheit, Körper und seelisches Wohlbefinden erarbeiten. Das gefalle ihm an dem Programm. „Außerdem habe ich hier alles beisammen, was ich brauche: Sinn und Zweck der einzelnen Übungen, Handlungsanleitungen, Arbeitsblätter.“ Auch ließen sich die Angebote von ScienceKids bequem in den Unterricht integrieren. Diese Argumente hätten auch den Rektor der Schule und viele Kolleginnen und Kollegen überzeugt. „Gute Lehrmaterialien gewinnen ihre Lehrer von alleine“, sagt Rettich.

Genau das sei auch beabsichtigt gewesen, betont Ulla Seitz, stellvertretende Leiterin des Landesinstituts für Schulsport, Schulkunst und Schulmusik. So biete man Fortbildungen und Fachtagung rund um ScienceKids an. „Lehrkräfte werden so in die Lage versetzt selbst zu erkennen, welche Materialien für ihre Schülerinnen und Schüler geeignet sind, die im Bildungsplan geforderten Gesundheitskompetenzen zu erreichen.“ So etwas, weiß Seitz als ehemalige Lehrerin und Schulleiterin, geschieht nicht über Nacht. „Das braucht einen langen Atem.“ Nach mittlerweile über zehn Jahren Laufzeit zeige sich aber: „Mit dem handlungsorientierten Ansatz, den ScienceKids verfolgt, lässt



Alle Viere ausgestreckt, die Augen geschlossen: Zum Abschluss des Sportunterrichts gibt es eine Entspannungsübung.

sich das Thema Gesundheit Kindern und Jugendlichen sehr praktisch und alltagsnah vermitteln.“ Dieser Ansatz würde von vielen Lehrkräften goutiert, betont Seitz.

**Wissen kommt im Alltag an.** Mehrere Evaluationen, die das Programm inzwischen durchlaufen hat, stützen den Befund der Schulexpertin. So begleitete die Pädagogische Hochschule Heidelberg die Erprobungsphase von ScienceKids an 18 Modellschulen in Baden-Württemberg und wies dabei einen deutlichen Wissenszuwachs bei den Schülern in Sachen Gesundheit und eine große Akzeptanz der Lernmaterialien bei den Lehrkräften nach. In einer weiteren Auswertung durch die Pädagogische Hochschule Ludwigsburg an 23 Schulen zeigte sich: Zwei Drittel der Schüler können sich vorstellen, das im Rahmen von ScienceKids Gelernte im Alltag umzusetzen. Zudem geben die Jugendlichen an, dass sie sich in der Freizeit mehr bewegen und mit dem Thema Ernährung bewusster umgehen.

**Entspannung auf bunten Turnmatten.** In der Sporthalle des Anna-Essinger-Gymnasiums haben es sich Franziska, Pia, Jonas, Maike, Hanna, Julius, Fynn und die anderen Schülerinnen und Schüler der sechsten Klasse auf grünen und blauen Turnmatten bequem gemacht. Mit einer Entspannungsübung will Christian Rettich den Unterricht beenden. „Dadurch“, sagt der Lehrer, „lässt sich der Körper bewusst zur Ruhe bringen.“

Die Mädchen und Jungen liegen – je nachdem, wie es sich am besten für sie anfühlt – mit dem Rücken oder dem Bauch auf den Matten. Arme und Beine sind ausgestreckt, die Augen geschlossen. Ein Ghettoblaster umrahmt die Übung mit sanfter Musik. Christian Rettich bittet die Schüler, bewusst in ihre Körper „hineinzuspüren“. Sie sollten versuchen, sich vorzustellen, dass sie auf einer Wiese liegen und der Wind ihre Haut streichelt. Einige der Schüler tuscheln und kichern. Doch dann, ganz plötzlich, ist es mucksmäuschenstill in der großen Halle. ■



# Training für die Teamarbeit

Die Gesundheitsberufe müssen zusammenwirken, um chronisch kranke und alte Menschen gut zu versorgen. Deshalb sollte der Nachwuchs in Medizin, Pflege, Ergo- oder Physiotherapie an den Universitäten gemeinsam lernen. Doch die Politik tut sich mit entsprechenden Konzepten noch schwer, wie [Florian Staeck](#) deutlich macht.

**M**ehr Kooperation wagen – Hermann Gröhe, der Bundesgesundheitsminister der vergangenen Legislaturperiode, hat in seinen Reden selten diese Botschaft außen vor gelassen: Aus den „guten, ja Spitzenleistungen des deutschen Gesundheitswesens muss eine Mannschaftsleistung werden“, forderte Gröhe bei vielen Gelegenheiten. Systematisch die Grundlagen gelegt für mehr Kooperation zwischen Ärzten und Gesundheitsberufen hat Gröhe indes nicht. Hier warten wichtige Weichenstellungen auf die nächste Regierung.

Dabei ist die Forderung nach mehr Kooperation zwischen ärztlichen und den sogenannten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen nicht neu. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung

der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2007 in seinem Gutachten eine neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen angemahnt. Seine Begründung: Die Institutionen und Berufe des Gesundheitssystems seien bisher „zu wenig auf eine strukturierte Langzeitversorgung chronisch Kranker und alter Patienten vorbereitet“. Mehr Zusammenarbeit sei, so der Rat damals, nicht nur wegen des sich verändernden Krankheitspanoramas notwendig. Die Begründungen für eine neue Aufgabenverteilung müssten aus dem Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und aus einer erhöhten Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung hergeleitet werden. Die Gesundheitsweisen forderten zudem, die veränderten Berufsbilder sollten die „realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilung zu verbessern“.

**Auszubildende in Gesundheitsberufen bleiben unter sich.** Eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen, so prognostizierte vor mehr als zehn Jahren der Sachverständigenrat, ist „mit einem Umdenken der verschiedenen Akteure verbunden und erfordert einen langsamen Umgestaltungsprozess“. Weit gekommen sind Bund und Länder in diesem Prozess in der vergangenen Dekade aber nicht. Studiengänge und Ausbildungen sind nach wie vor fast ausschließlich monoprofessionell ausgerichtet. Studierende der Humanmedizin bleiben in ihrer Ausbildung weitgehend unter sich, angehende Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden ebenso.

Diese „Bildungssilos“ gehören nach Ansicht von Dr. Heidi Höppner, Professorin für Physiotherapie an der Alice Salomon Hochschule in Berlin, zu den größten Bremsen für ein interprofessionelles Denken und Handeln. Es gebe in Deutschland keine „selbstverständlichen Korridore systematisierten und strukturierten gemeinsamen Lernens“, beklagt die Wissenschaftlerin. Es fehle eine gemeinsame Sprache und ein reflektierter Wissensfundus der an der Patientenversorgung beteiligten Professionen. Kooperationsdefizite, so ihre Schlussfolgerung, entstehen nicht zuletzt durch Unterschiede in der Entwicklung der verschiedenen Gesundheitsberufe. Eine professionelle Kooperation sei aber insbesondere dann wichtig, „wenn Koordinierungsaufgaben nicht mehr durch den Patienten, die Familienangehörigen oder einen Hausarzt übernommen werden und wenn die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung nicht gesichert sind“, sagt Höppner.

**Kooperation hängt oft vom Engagement Einzelner ab.** Dabei ist es einsichtig, dass eine gute Kooperation dann größere Aussichten auf Erfolg hat, wenn sie bereits in der Ausbildung gelernt wird. Verbunden damit ist die Forderung nach mehr Interprofessionalität: Während Interdisziplinarität die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen oder Fachrichtungen adressiert, meint Interprofessionalität die Kooperation verschiedener Berufe. Experten der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften haben ihren Erwartungsrahmen so abgesteckt: Interprofessionalität löse zwar nicht alle Probleme, „ist aber eine zwingende Voraussetzung, um den Herausforderungen professionell begegnen zu können“.

Bislang ist in Deutschland die effektive Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen in der Regel vom Engagement einzelner Personen und Teams abhängig. Insbesondere bei Wissenschafts- und Bildungspolitikern ist die 2007 vom Sachverständigenrat angestoßene Diskussion indes auf fruchtbaren Boden gefallen. So hat beispielsweise der Wissenschaftsrat das Thema im Jahr 2012 in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ aufgegriffen.

Der Rat betonte, dass der „sektorenübergreifenden (...) Versorgung an den Schnittstellen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe entscheidende Bedeutung zukommt“. Das wirke sich auf künftige Qualifikationserfordernisse und -wege aus. Die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe müssten in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Handeln in der Gesundheitsversorgung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren. Die bisherige Ausbildung an berufsbildenden Schulen sei dafür nicht ausreichend. Der Wissenschaftsrat regte daher bereits 2012 je Ausbildungsjahrgang eine Quote von zehn bis 20 Prozent an akademisch qualifizierten Absolventen in jeder Gruppe der Gesundheitsfachberufe an und empfahl den Ausbau entsprechender Studiengänge.

Die bisherige Ausbildung an berufsbildenden Schulen sei dafür nicht ausreichend. Der Wissenschaftsrat regte daher bereits 2012 je Ausbildungsjahrgang eine Quote von zehn bis 20 Prozent an akademisch qualifizierten Absolventen in jeder Gruppe der Gesundheitsfachberufe an und empfahl den Ausbau entsprechender Studiengänge.

#### **Akademisierung bleibt eine Hängepartie.**

Im November 2017 hat sich die Hochschulrektorenkonferenz dieses Plädoyer für eine Teilakademisierung beispielsweise von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden ausdrücklich zu eigen gemacht. So sei zwar im neuen

Pflegeberufegesetz die Ausbildung an Hochschulen im vergangenen Jahr erstmals grundsätzlich geregelt worden. Doch das könne nur „ein erster Schritt“ sein, mahnen die Hochschulrektoren. Denn die Akademisierung in den weiteren Gesundheitsfachberufen ist bislang eine Hängepartie. Bereits 2009 wurden in den Berufsgesetzen der Ergo- und Physiotherapie, Logopädie und Hebammenkunde den Ländern die Möglichkeit gegeben, eine Ausbildung in Hochschulen zu erproben. Sieben Jahre später legte das Bundesgesundheitsministerium eine Evaluation

Die „Bildungssilos“  
bremsen das  
interprofessionelle  
Denken und Handeln.

#### **Modellstudiengänge auf der langen Bank**

Im Oktober 2009 hat der Gesetzgeber in Deutschland die Möglichkeit geschaffen, bis Ende 2017 in der Ergo- und Physiotherapie sowie der Logopädie und Hebammenkunde akademische Erstausbildungen zu erproben. Im August 2016 veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Evaluation der Modellstudiengänge. Für den „Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten“ standen Auswertungen von 25 Modellstudiengängen aus acht Bundesländern zur Verfügung. **Das Ministerium erklärt, die Ergebnisse der Evaluation bestätigten „im Kern einen Mehrwert einer akademischen Qualifikation im Vergleich zu der bisherigen fachschulischen Qualifikation“.** Es sei dauerhaft wünschenswert und machbar, primärqualifizierende Studiengänge für die beteiligten Berufsgruppen einzurichten. Allerdings fehlten „valide Erkenntnisse“ zu den langfristigen finanziellen Auswirkungen und dem dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikationen. Dies ist auch der Tenor in der **per Gesetz festgelegten Verlängerung der Modellklausel um vier Jahre.** Eine finanzielle Unterstützung der Hochschulen bei der Evaluation sieht der Gesetzgeber nicht vor.

Florian Staeck



dieser Modellklausel vor. In diesem Bericht kommt das Ministerium zum Schluss, dass die Studiengänge sich bewährt haben und daher auf Dauer wünschenswert und machbar sind (siehe Kasten „Modellstudiengänge auf der langen Bank“ auf Seite 32).

Um so größer war die Empörung in den Hochschulen, als das Bundeskabinett im August 2016 entschied, die Ende 2017 auslaufende Modellphase um weitere zehn Jahre zu verlängern. So bezeichneten etwa die im Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe zusammengeschlossenen Einrichtungen die Verlängerung der Modellklausel angesichts der Ergebnisse der Evaluation als „vollkommen rätselhaft“. Sie forderten die sofortige Überführung der Modellstudiengänge in den Regelbetrieb. Denn die nachholende Entwicklung einer hochschulischen Ausbildung von Gesundheitsfachberufen „fördert das Selbstbewusstsein und die Professionalisierung der Disziplinen“, konstatiert Physiotherapie-Professorin Heidi Höppner. Doch statt diese Entwicklung zu fördern, bremste die Große Koalition die Akteure in den Hochschulen. Als eigentlicher Grund gilt: Die Evaluation kam für die Regierung zu früh – man hatte im Bundesgesundheitsministerium kein Konzept für novellierte Berufsgesetze in der Schublade.

**Regierung verlängert Erprobung um vier Jahre.** Zwar verlängerte die Große Koalition nach langen Diskussionen die Modellphase statt um zehn nur um vier Jahre – also bis Ende 2021. Jede weitere Reform der Berufsgesetze ist jedoch unterblieben. Die Modellklausel wird sich somit seit ihrem Start 2009 über zwölf Jahre erstrecken. Damit werde die Erprobungsphase der Akademisierung in den Gesundheitsberufen „so in die Länge gezogen, dass der Impuls für Veränderung nur von wenigen getragen wird“, bemängelt Höppner diesen Innovationsstau. Die Pioniere in den Modellstudiengängen, klagt die Wissenschaftlerin, „müssen sich lange in alten Strukturen erklären“.

Mit dieser Ansicht steht Höppner nicht allein. Nach Darstellung von Susanne Klotz, bis 2017 Sprecherin des Bundesstudierendenrats des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK), sind die Studierenden „enttäuscht von der zögerlichen Entwicklung, die die akademische Ausbildung von Physiotherapeuten hierzulande hat“. Die Modellstudiengänge befänden sich in einem Schwebezustand, sodass Studierende, aber auch die Institutionen, „im Unklaren über den Stellenwert des akademischen Abschlusses gelassen werden“. Das wirke sich auf die Attraktivität der Studiengänge für Schulabgänger aus. Nachbarländer wie etwa die Schweiz seien deutlich mutiger gewesen und haben „ohne Modellphase die gesamte physiotherapeutische Ausbildung auf Hochschulniveau gehoben“, erläutert Klotz.

**Fachkräftemangel treibt die Landesminister um.** In Deutschland ist die Akademisierungsquote beispielsweise in der Physiotherapie noch weit von der Empfehlung des Wissenschaftsrats (zehn bis 20 Prozent) entfernt. In einer Hochschulbefragung hat der ZVK im Frühjahr 2017 versucht zu ermitteln, wie viele akademische Abschlüsse in der Physiotherapie bisher erfolgt sind. Danach haben zwischen Mitte 2013 und Ende 2016 bundesweit 757 Studierende einen Bachelor-Abschluss erzielt, 72 Studierende erreichten einen Master-Abschluss. Nach Schätzungen des

## Akademikerquote liegt unter dem Zielwert

Im Jahr neun nach dem Start der Modellklausel (siehe Kasten „Modellstudiengänge auf der langen Bank“ auf Seite 32) ist der Anteil der Studierenden und Absolventen in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie unterschiedlich. Bei den beiden erstgenannten Berufen liegt die Quote weit unter dem Anteil von zehn bis 20 Prozent, die der Wissenschaftsrat im Jahr 2012 empfohlen hatte. Bei den **Physiotherapeuten** belief sich die Schülerzahl in den bundesweit 259 Fachschulen 2016/2017 auf 21.812. Im Jahr 2016 machten 5.305 Physiotherapeuten ihren Abschluss. Laut der jüngsten Hochschulumfrage des Deutschen Verbands für Physiotherapie sind von Mitte 2013 bis Ende 2016 insgesamt 757 Bachelorabschlüsse in Physiotherapie gemeldet worden. Zudem machten 72 Studierende an vier Hochschulen einen Masterabschluss. Für den Zeitraum 2003 bis 2016 schätzt der Verband die Zahl der Absolventen auf rund 5.200. Das entspricht bei 189.000 beschäftigten Physiotherapeuten einer Quote von 2,75 Prozent.

In der **Ergotherapie** streben bundesweit rund 10.000 Auszubildende an einer der 188 Berufsfachschulen ihren Abschluss an, jährlich sind es rund 2.700 Absolventen. Nach Angaben des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten (DVE) gibt es aktuell acht primärqualifizierende Bachelor- und zwölf ausbildungsintegrierende Studiengänge. Hinzu kommen drei ergotherapiespezifische Masterstudiengänge. Kein fachspezifischer Studiengang wird bisher an einer Universität angeboten, berichtet der DVE. Gemessen an den bundesweit 59.000 beschäftigten Ergotherapeuten werden nur vier Prozent eines Jahrgangs hochschulisch ausgebildet.

In der **Logopädie** startete 1991 der erste Modellstudiengang „Lehr- und Forschungslogopädie“ an der RWTH Aachen. Sogar schon seit 1969 gibt es den ersten Studiengang mit dem Schwerpunkt Sprachheil- und Sprachbehindertenpädagogik. Deshalb sind aktuell mehr als ein Drittel der Sprachtherapeuten/Logopäden akademisch qualifiziert. Ihre Ausbildung erhalten die angehenden Logopäden an zwölf Hochschulen und 87 Fachschulen. Bundesweit sind rund 20.000 Logopäden beschäftigt.

Florian Staeck

ZVK – die Abschlüsse werden nicht separat vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen – beendeten seit 2003 insgesamt 5.200 Frauen und Männer ihr Studium mit einem Abschluss auf Bachelor-Niveau. Bei rund 189.000 beschäftigten Physiotherapeuten in Deutschland ergibt sich so eine Akademisierungsquote von rund 2,75 Prozent (siehe Kasten „Akademikerquote liegt unter dem Zielwert“ auf dieser Seite).

Ergänzend zur innerakademischen Diskussion treibt die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe und die zunehmend schwierige Fachkräftegewinnung – insbesondere in der Pflege –, Landespolitiker immer stärker um. In einem gemeinsamen Papier warnten Gesundheitsminister- (GMK) und Kultusministerkonferenz Mitte 2015 angesichts der demografischen Entwicklung vor Fachkräfte-Engpässen. Beide Gremien erkennen einen „großen fachlichen und rechtlichen Reformstau“ und sehen es als „unabdingbar“ an, das Berufsrecht in den Gesundheitsfachberufen fortzuentwickeln. Mitte vergangenen Jahres wiederholten die Gesundheitsminister der Länder ihr Plädoyer. Sie forderten in einem Beschluss der 90. GMK einen „Aktionsplan für (...) eine Neustrukturierung der Aufgaben- und Kompetenzprofile“ in den Gesundheitsberufen sowie eine „Revision der Berufsgesetze“.

**Überarbeitung der Berufsgesetze ist überfällig.** Darauf hat auch die Hochschulrektorenkonferenz im November 2017 gedrängt. Denn bei den Studiengängen ergebe sich das besondere Problem, dass „es zu Konflikten zwischen dem akademischen Selbstverständnis der Hochschulen und engeführten berufrechtlichen Vorgaben kommt“. Die Überarbeitung der Berufsgesetze, die teilweise aus den 1970er Jahren stammten und die auf eine berufsfachschulische Ausbildung zugeschnitten sind, sei daher „überfällig“. Weil Ausbildungs- und Hochschulrecht nicht zueinander passen, ziehen die Studierenden den Kürzeren. So wird etwa durch Vorgaben der Berufsgesetze das Selbststudium nicht vollständig auf die Ausbildungszeit angerechnet. Gleiches gilt umgekehrt für Praxisphasen, die teilweise nicht im Studium berücksichtigt werden. Weitere Probleme kommen hinzu: So erfolgt etwa die Ausbildung vor allem im stationären Setting, die Absolventen sind später hingegen überwiegend in der ambulanten Versorgung tätig.

Ungeachtet der praktischen Abstimmungsprobleme zeigen sich die Hochschulrektoren vom Mehrwert der akademischen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen überzeugt. Die Absolventen seien „komplexeren und anspruchsvolleren beruflichen Anforderungen gewachsen“. Und: „Ihre Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Möglichkeiten der Kooperation tragen zur Sicherung und evidenzbasierten Verbesserung der Gesundheitsversorgung und ihrer Qualität bei.“

**Stiftung fördert Projekte.** Doch weil politische Leitplanken und Reformvorgaben bisher fehlen, kann das Potenzial einer stärker interprofessionellen Gesundheitsversorgung bisher nur in Modellversuchen erkundet werden. So hat die Robert Bosch Stiftung mit ihrem Programm zum „Interprofessionellen Lernen in den Gesundheitsberufen“ seit 2013 insgesamt 17 Projekte unterstützt.

## Die Schweiz fördert die Interprofessionalität

Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen ist in Deutschland bisher nicht als Ziel einer Bundesregierung verbriefte. Anders in der Schweiz: Dort läuft unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit seit 2017 noch bis 2020 ein Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“, das Herausforderungen und Potenziale interprofessioneller Zusammenarbeit untersuchen soll. Dies gilt etwa für veränderte Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten bei der Patientenbehandlung. Zudem soll das mit jährlich einer Million Franken (rund 850.000 Euro) finanzierte Programm Modelle guter interprofessioneller Praxis dokumentieren. Dass Interprofessionalität notwendig mit einem Neuzuschnitt der Berufsbilder einhergeht, steht dabei für die Eidgenossen außer Frage. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften unterstützt diesen Prozess. Ende 2017 wurde in Bern beim 2. Symposium zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen erörtert, wie eine interprofessionelle (Aus-)Bildungspraxis aussehen sollte. Auch über Ausbildungsinitiativen im Ausland wurde referiert – Deutschland kam dabei nicht vor. *Florian Staack*

Mehr Infos: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Strategien & Politik > Nationale Gesundheitspolitik > Förderprogramme der Fachkräfteinitiative plus > Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“

Dazu gehört das Projekt INTERMEPP (Interprofessionelles Lehren und Lernen von Studierenden der Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege) in Berlin. Ziel war es, Lehrveranstaltungen für die verschiedenen Professionen zu entwickeln und zu erproben. Beteiligt waren daran neben der Charité die Alice Salomon Hochschule und die Evangelische Hochschule Berlin. Thema von gemeinsamen Lehrveranstaltungen waren beispielsweise Fragen rund um die Rehabilitation von Patienten oder der Umgang mit Konflikten im Team. In der Projektlaufzeit über zwei Jahre konnten insgesamt 700 Studierende erreicht werden, pro Semester rund 300 Medizinstudierende, 35 Pflegestudierende und 40 Studierende aus den anderen Gesundheitsberufen.

Physiotherapeutin Susanne Klotz kennt aus ihrem eigenen Studium den Wert interprofessioneller Ausbildungssequenzen zusammen mit Medizinstudierenden: „Wenn ich weiß, was die einzelnen Berufsgruppen mit dem Patienten machen, kann ich mich und meine Arbeit selber besser einordnen und gemeinsam auf die Ziele des Patienten hinarbeiten“, berichtet sie.

**Teamarbeit als Lernziel definiert.** Der Medizinische Fakultätentag (MFT), der Verband der Medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätten Deutschlands, stützt diese positive Wahrnehmung interprofessionellen Lernens aus der Sicht der Medizinfakultäten. „Auch wenn es die Approbationsordnung bislang nicht vorsieht, werden an den meisten Fakultäten bereits interprofessionelle Ansätze in der Lehre umgesetzt“, sagt Dr. Frank Wissing, Generalsekretär des MFT. Einen Schub habe dieser Entwicklung die Veröffentlichung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin im Jahr 2015 gegeben. Darin wird die Rolle des Arztes als Mitglied in einem Team umfassend dargestellt, erläutert Wissing. Auch seien die Erfahrungen mit gemeinsamen Ausbildungssequenzen, die dem MFT aus den Medizinfakultäten zurückgespiegelt wurden, „grundsätzlich positiv“.

**Gemeinsame Lehrpläne erfordern Aufwand.** Die Umsetzung solcher gemeinsamen Curricula erfordere aber einen „erheblichen Aufwand“ – Projektpartner wie Hochschulen für Gesundheit müssten eingebunden und Curricula abgestimmt werden. „Verschiedene Institutionen müssen sich aufeinanderzubewegen, was trotz des großen persönlichen Engagements der Lehrenden und Lernenden nicht immer einfach ist“, berichtet Wissing. Projekte gemeinsamen Lernens sind also kein Selbstläufer. Diese Erfahrungen bestätigt Heidi Höppner von der Alice Salomon Hochschule, die mit zwei weiteren Kollegen die Projektleitung bei INTERMEPP inne hatte: „Es braucht professionelles Projektmanagement und viel guten Willen, sich dieser Mammutaufgabe zu widmen“, sagt sie. Nötig sei dabei finanzielle und personelle Unterstützung durch die Verantwortlichen in den Hochschulen. Es gebe nach wie vor eine „Barriere in den Köpfen“, die interprofessionelles Lehren und Lernen bremse, findet Physiotherapeutin Susanne Klotz: „Wenn die Verantwortlichen in den Dekanaten und Institutionen nicht den Wert von gemeinsamen Lehrveranstaltungen erkennen, ist es schwer, so etwas zu etablieren.“

**Medizin und Pflege lernen gemeinsam.** Auch das gemeinsame Lernen von Medizin- und Pflegestudierenden sollte forciert werden. Davon zeigen sich die Verantwortlichen der Bildungsclusterstudie in Greifswald und Neubrandenburg überzeugt. Im Rahmen eines vom Stifterverband geförderten Projekts versorgten Studierende beider Professionen gemeinsam Patienten auf der Palliativbildungsstation der Universitätsmedizin Greifswald. Dem vorausgegangen waren gemeinsame Vorlesungen, Tutorien und das Arbeiten mit Simulationspatienten. Die Studienleiter empfehlen als Konsequenz die „Aufnahme des interprofessionellen Lernens in die Regelcurricula beider Professionen“, sagt Professor Dr. Wolfgang Hoffmann, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald. Besonders geeignet für das gemeinsame Lernen seien Stationen mit einem hohen pflegerischen Anteil, „wo also die Kernexpertise in der Pflege besonders zum Tragen kommt“ – das gelte etwa auf Palliativstationen.

**Internationale Studien belegen positive Effekte.** Langzeitauswertungen zu den Auswirkungen interprofessionellen Lernens und Arbeitens liegen für Deutschland zwar noch nicht vor. „Internationale Studien deuten aber darauf hin, dass gemeinsames Lernen sowohl positive Effekte auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, als auch auf die Qualität der Versorgung der Patienten hat“, berichtet Hoffmann. Beides habe die Bildungsclusterstudie bestätigen können. Mit Ausnahme der Förderprogramme des Stifterverbandes und der Robert Bosch Stiftung gebe es bisher aber „wenig umfassende Unterstützung“ für Hochschulen, die eigene interprofessionelle Konzepte und die dafür notwendigen Strukturen etablieren wollen, resümiert Frank Wissing vom MFT. Die derzeitigen Pilotprojekte könnten nur dann breit ausgerollt werden, „wenn die Länder für die Umsetzung der Konzepte (...) eine nachhaltige Finanzierung bereitstellen“.

Die umfassende Studienreform, die im vergangenen Jahr zwischen Bund und Ländern vereinbart wurde – der Masterplan Medizinstudium 2020 – böte eine gute Ausgangsbasis. Darin wird ausdrücklich gefordert, dass die Zusammenarbeit von Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen „noch stärkeres Gewicht“ erhalten soll. Doch die Umsetzung der Studienreform ist konfliktbeladen: „Der bisherige Prozess des Masterplans leidet darunter, dass zentrale Vorgaben am grünen Tisch geplant und eng vorgegeben werden, ohne deren Umsetzbarkeit im Blick zu behalten“, zeigt sich Wissing skeptisch. Gesundheits- und Wissenschaftspolitiker in Bund und Ländern sollten sich davor hüten, „durch zentrale Vorgaben oder zu kleinteilige Festlegungen, zum Beispiel in der Approbationsordnung, einzelne Konzepte festzulegen, die in bestimmten Ländern oder aufgrund von spezifischen Standortprofilen möglicherweise nicht umgesetzt werden können – ohne dass dies einen Qualitätsmangel bedeuten muss“, sagt der MFT-Generalsekretär.

**Absolventen brauchen berufliche Perspektiven.** Im europäischen Vergleich hat Deutschland in Sachen interprofessionellen Lernens und Lehrens viel aufzuholen, resümiert die studierte Physiotherapeutin Susanne Klotz. In Schweden beispielsweise gebe es



gemeinsame Ausbildungsstationen, in denen sich Studierende der Medizin, Pflege und Therapie unter Begleitung erfahrener Ausbilder um Patienten kümmern. Ein ähnliches Projekt läuft zwar derzeit auch am Uniklinikum Mannheim (*siehe Bericht auf Seite 36–37*). „Es sieht aber nicht so aus, dass solche Ausbildungsstationen in naher Zukunft flächendeckend Realität werden“, konstatiert Klotz. Denn mit der Modernisierung einzelner Berufsgesetze ist es nicht getan. Die Herausforderung, interprofessionelle Lehr- und Lernkonzepte zu etablieren, schließt auch die Aufgabe mit ein, der wachsenden Zahl akademisch qualifizierter Absolventen in der Pflege und den Gesundheitsfachberufen „klare berufliche Perspektiven“ geben, fordert Bildungsclusterstudien-Experte Wolfgang Hoffmann.

Viel Arbeit also für die künftige Bundesregierung – der Weg zu einer Mannschaftsleistung der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen, die Hermann Gröhe sich wünscht, ist in Deutschland noch weit. ■

**Dr. Florian Staeck** ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

**Kontakt: Florian.Staeck@springer.com**

#### Web- und Lesetipps

- [www.bosch-stiftung.de](http://www.bosch-stiftung.de) > Förderung > Wie wir fördern > Fördergebiete > Gesundheit > Qualifizierung in den Gesundheitsberufen > **Operation Team – Interprofessionelles Lernen**
- Hochschulrektorenkonferenz: **Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften**. Entschließung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14. November 2017 in Potsdam. Download: [www.hrk.de](http://www.hrk.de) > Positionen
- [https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/\\_userHome/82\\_hoepfnerh/Berliner\\_Aufruf\\_interprofessionelle\\_Ausbildung\\_und\\_Kooperation-2.pdf](https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/82_hoepfnerh/Berliner_Aufruf_interprofessionelle_Ausbildung_und_Kooperation-2.pdf)
- [www.stifterverband.org/bildungscluster](http://www.stifterverband.org/bildungscluster)

# Miteinander reden lernen

Auf einer Ausbildungsstation am Uniklinikum Mannheim lernen Nachwuchskräfte aus drei Gesundheitsberufen gemeinsam den Krankenhausalltag kennen. Der Clou dabei: Medizinstudierende, Pflege- und Physiotherapieschüler kümmern sich unter Aufsicht von Fachkräften eigenverantwortlich um die Patienten. **Von Stephanie Ley**

**E**in unscheinbares Gebäude am Rande des Mannheimer Uniklinikums. Kaum einer weiß, dass hinter der weißen Fassade eine ganz besondere Station anzutreffen ist. „Willkommen auf der MIA“ informiert ein Schriftzug an der Wand im zweiten Obergeschoss. Das Kürzel steht für „Mannheimer Interprofessionelle Ausbildungsstation“. Auf den Fluren das übliche Krankenhausszenario: Menschen in weißen Kitteln diskutieren miteinander, Frühstückstablets stapeln sich in Rollcontainern. Vor Zimmer Nummer 10 macht sich gerade die morgendliche Visite bereit. Das dreiköpfige Team streift Gummi-Handschuhe und dunkelrote Schutzkittel über. Der Patient, ein 69-jähriger Senior aus dem Odenwald, muss wegen Ansteckungsgefahr isoliert liegen. Sein Sohn hatte ihn vor 14 Tagen mit hohem Fieber in die Klinik gebracht – eine präzise Diagnose steht noch aus. Seit Wochenbeginn sind nun Angela Cyganok, Sylvia Sadikaj und Dominik Wenz für das Wohlergehen des Rentners verantwortlich. Das Besondere: Keiner von ihnen hat seine Ausbildung bislang abgeschlossen. Angela ist Medizinstudentin im 5. Studienjahr. Eine Woche lang schlüpft die 26-Jährige mit den wachen, braunen Augen in die Rolle der Ärztin – und das, obwohl ihre Approbation noch in weiter Ferne liegt. Krankenpflegeschülerin Sylvia, 23, und der angehende Physiotherapeut Dominik, 19, stehen ihr zur Seite. Beide befinden sich in der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung.

**Patienten schätzen die intensive Betreuung.** Der Patient in Zimmer 10 reagiert hocherfreut, als sich das junge Team um sein Krankenbett gruppiert. Dass er auf einer Ausbildungsstation liege, habe er gar nicht gewusst, sagt er. „Aber ich habe schon registriert, dass hier ungewöhnlich viele junge Menschen auf den Beinen sind“, schmunzelt der Rentner. Ein Problem hat er damit nicht. „Als KFZ-Meister habe ich selbst Lehrlinge ausgebildet“, berichtet er. „Es muss ja irgendwie weitergehen.“ Während Angela einen Blick auf die Fieberkurve wirft, entfernt Sylvia ein Pflaster vom Arm des Mannes. Danach erhält Dominik einen Wink von Medizinstudentin Angela – der 19-Jährige soll mit den Atemübungen beginnen. „Um Ihre Lunge zu kräftigen“, erklärt der angehende Physiotherapeut seinem Patienten. Nach



Drei von jährlich rund 300: Svenja Holderbach (li.), Joanna Gryś und Andre Louis absolvieren ein Praktikum auf der Mannheimer Interprofessionellen Ausbildungsstation (MIA).

der Nachwuchs-Visite zeigt sich der Patient zufrieden mit der „intensiven Betreuung“.

**Ausbildungsstation ist Pflicht.** Kein Wunder: Ein Medizinstudent ist auf MIA für maximal drei Patienten zuständig. Ein erfahrener Klinikarzt versorge normalerweise fünf Mal so viele Erkrankte, informiert Oberärztin Dr. Christina Baur. Auch der Betreuungsschlüssel für die angehenden Pflegekräfte und Physiotherapeuten sei auf der Station deutlich besser. Den jungen Menschen fehle ja noch die Routine. Seit September leitet die Internistin die Ausbildungsstation mit zwölf Betten, in denen vor allem Menschen mit Infektions- und gastroenterologischen Erkrankungen liegen. Gearbeitet wird im Zwei-Schicht-System. Über ein Dutzend angehende Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten sind täglich im Dienst. Jährlich fast 300 Nachwuchskräfte sammeln so wichtige Praxiserfahrungen. In allen drei Berufsgruppen ist der Arbeitseinsatz auf der MIA Pflicht und fester Bestandteil der Ausbildung. Auch das Curriculum



## Der Weg zur MIA

Im intensiven Austausch mit anderen Berufsgruppen: Auf der MIA arbeiten Auszubildende aus Pflege und Physiotherapie mit Medizinstudierenden auf Augenhöhe.

der Medizinischen Fakultät wurde für die Studierenden in Mannheim extra angepasst. Die meisten seien „hochmotiviert“, hat Oberärztin Baur beobachtet. „Je geschickter sich ein Student anstellt, desto mehr kann er hier machen.“

**Raum für Feedback.** Einziges Tabu: Krebsdiagnosen und Gespräche mit Sterbenden sowie deren Angehörigen. Das übernimmt die erfahrene Ärztin lieber selbst. Interessanterweise würden den Auszubildenden nur selten Fehler unterlaufen, ergänzt Baur. So stimme etwa mal die Medikamentendosierung nicht, oder aber der Medizinstudent findet beim Blutabnehmen die Vene nicht auf Anhieb. „Dann sind wir gefragt, denn die Patientenversorgung darf auf keinen Fall leiden“, erklärt die Oberärztin. Deshalb seien speziell geschulte Fachkräfte aus den verschiedenen Berufsgruppen überall auf der Station präsent und schauten ihren Schützlingen stets über die Schulter. So könnten Fehler von den Nachwuchskräften aufgefangen und daraus gelernt werden. Regelmäßige Besprechungen, Reflexionen, Visiten und Übergeben bieten Raum für den interprofessionellen Austausch und fachliches Feedback durch die Supervisoren.

Und wie beurteilen die jungen Männer und Frauen selbst ihren ein- bis dreiwöchigen Praxiseinsatz auf der Ausbildungsstation? Er habe den Klinikalltag als überaus „intensiv“ und „spannend“ erlebt, resümiert Fachschüler Dominik Wenz. Besonders gefallen hat dem 19-Jährigen der intensive Austausch mit den anderen Berufsgruppen: „Das war ein Arbeiten auf Augenhöhe.“ Medizinstudentin Angela Cyganok gibt zu, dass sie anfangs „Bammel“ vor der großen Verantwortung hatte. „Doch mit der Zeit bin ich immer sicherer geworden und habe

Seit Mitte September 2017 lernen Nachwuchskräfte der Medizin, Pflege und Physiotherapie am Universitätsklinikum Mannheim gemeinsam auf der MIA (Mannheimer Interprofessionelle Ausbildungsstation). Das Konzept fußt auf einem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt, in dem Medizinstudierende mit Physiotherapieschülern gemeinsame Lerneinheiten absolvieren („In Kooperation Be-Greifen“). Die Medizinische Fakultät Mannheim hat die Praxiseinheiten auf der MIA verpflichtend in das Curriculum des Medizin-Modellstudiengangs MaReCuM integriert.

Anregungen für die MIA bekamen eine Lehrkraft der Physiotherapieschule und drei Mitarbeiter vom „Studiendekanat – Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung“ der Fakultät in Schweden. Sie reisten im November 2015 mit Förderung durch die Robert Bosch Stiftung nach Stockholm, wo sie drei Ausbildungsstationen in Lehrkrankenhäusern des Karolinska-Instituts besuchten. Die Ausbildungsstationen existieren dort seit etwa 20 Jahren. Besonders eindrucksvoll fand Reiseteilnehmerin Dr. Elisabeth Narciß, Referentin Kompetenzzentrum Praktisches Jahr an der Medizinischen Fakultät Mannheim, die „gelungene Interaktion zwischen den Berufsgruppen, die Supervision und die Selbstverständlichkeit, mit der Patienten gemeinsam versorgt werden.“

[www.umm.uni-heidelberg.de](http://www.umm.uni-heidelberg.de) > Studium > Lehrprojekte & Lehrforschung > Interprofessionelles Lernen > MIA

mich schnell an die Tagesstruktur gewöhnt.“ Alles in allem sei sie noch nie „so nah“ am Patienten „dran gewesen“.

Einziges Manko: die kurze Einsatzdauer. Doch hier bemüht sich die Fakultät langfristig nachzubessern. Und was nimmt die Ärztin in spe als wichtigste Erfahrung für die Zukunft mit? „Team-Working ist das A und O“, sagt Angela. „Wenn alle an einem Strang ziehen, dann profitiert vor allem einer: der Patient im Krankenbett.“ ■

**Stephanie Ley** arbeitet als freie Hörfunk-Journalistin im SWR Landesstudio Mannheim. **Kontakt: [Stephanie.Ley@swr.de](mailto:Stephanie.Ley@swr.de)**



## Zur Person

**Dr. Gerald Gaß** (54) ist seit November 2017 Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als Dachverband aller Krankenhausträger in Deutschland. Er trat die Nachfolge von Landrat Thomas Reumann an. Gerald Gaß ist Diplom-Volkswirt und Diplom-Soziologe. Seit 2008 ist er Geschäftsführer des Landeskrankenhauses im rheinland-pfälzischen Andernach, das mit insgesamt 17 Standorten über rund 2.200 Betten verfügt und etwa 4.000 Mitarbeiter beschäftigt. Von 2001 bis 2008 war Gerald Gaß Leiter der Abteilung „Gesundheit“ im Ministerium des Landes Rheinland-Pfalz für Arbeit und Soziales, Gesundheit und Frauen. In seiner Freizeit spielt er am liebsten Tennis oder unternimmt mit Freunden eine Motorradtour.

# „Wir reden die Kliniken zu oft schlecht“

Weniger Vorgaben, mehr Spielraum: Der neue Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, **Gerald Gaß**, fordert im G+G-Interview mehr unternehmerische Freiheit für die Kliniken. Zugleich plädiert er dafür, die stationäre Versorgung nicht über Gebühr auf Effizienz zu trimmen, sondern als Teil der Daseinsvorsorge zu begreifen.

**Herr Dr. Gaß, ein Blick auf die Ergebnisse der Koalitionsgespräche zwischen Union und SPD lässt Sie sicherlich aufatmen, wenn nicht gar jubeln, oder?**

**Gerald Gaß:** Gejubelt habe ich nicht, aber erleichtert bin ich. Mit dem Bekenntnis zu einer besseren Finanzierung der Personalkosten sind wir auf einem guten Weg. Insgesamt stehen die Krankenhäuser diesmal nicht so sehr im kritischen Fokus der Politik wie 2013. Damals konnte man ja fast den Eindruck bekommen, als hätten wir Krankenhäuser uns noch nie ernsthaft mit Qualitätsfragen beschäftigt. Jetzt geht es der Politik ganz offensichtlich darum, die Rahmenbedingungen zu verbessern. Das macht uns natürlich ein Stück weit zufrieden.

**Qualität ist aber auch eine Rahmenbedingung.**

**Gaß:** Ja, doch die haben wir ausreichend bearbeitet. Die Politik sollte den neuen Instrumenten jetzt auch mal Zeit geben, um zu wirken. Und sie sollte in Ruhe evaluieren, wie sie wirken.

**Union und SPD hätten sich auch darauf verständigen können, die Zahl der Krankenhäuser unter Bedarfs- und Qualitätsaspekten drastisch zu reduzieren.**

**Gaß:** Theoretisch ja, praktisch nein. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass Politiker – vor allem die vor Ort – immer auch vor der Frage stehen: Wie wohnortnah will ich die Gesundheitsversorgung gestalten? Für einen radikalen Umbau der Kliniklandschaft gibt es keinen Grund. Außerdem bedarf ein solcher Schritt eines langen Entscheidungsprozesses. So etwas lässt sich nicht über Nacht in irgendeinen Koalitionsvertrag hineinschreiben.

**In einem Thesenpapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina heißt es, 300 bis 400 Krankenhäuser reichen für eine hochwertige stationäre Versorgung aus. Deutschland leistet sich derzeit etwa 2.000 Kliniken.**

**Gaß:** Solche wissenschaftlichen Analysen und Vorschläge nehme ich mit Interesse zur Kenntnis.

**Und legen sie dann ad acta?**

**Gaß:** Nein, ich lese sie, um mir Hintergrundinformationen einzuholen: Was sind die Argumente? Wie begründet man fachlich, was man da vorschlägt? Aber noch einmal: Auch eine wohnortnahe Versorgung ist ein Qualitätsaspekt und ein Wert für die Bürgerinnen und Bürger. Wir wären daher gut beraten, den



„Krankenhausplanung gehört weder in die Hände der Kassen noch in die Hände der Krankenhausgesellschaft.“

Faktor Nähe nicht einfach zu den Akten zu legen und zu sagen: Jetzt machen wir Klinikstrukturplanung vom grünen Tisch aus, denken alles neu und werfen alle Traditionen über den Haufen.

**Aber was habe ich von einem Krankenhaus um die Ecke, wenn die Qualität der Leistungen dort nicht gut ist?**

**Gaß:** Wir reden unsere Kliniken zu oft schlecht. Im Übrigen: Im Fokus solcher Analysen wie der der Leopoldina Akademie stehen zumeist nicht die großen Maximalversorger, sondern kleinere Standorte. Aber diese Standorte sind ja nicht nur Akutversorger. An diesen Kliniken ist auch der Notarztwagen angesiedelt, und dort befindet sich oft auch die Infrastruktur für umliegende Gesundheitsdienstleister. Insofern sind kleinere Krankenhausstandorte auch Gesundheitszentren im ländlichen Raum. Wollen wir die einfach alle dicht machen?

**Lieber zu viele Kliniken als zu wenige – läuft es darauf hinaus?**

**Gaß:** Wenn Sie die Definition „zu wenig“ damit gleichsetzen, dass wir den medizinischen Bedarf nicht mehr decken können, dann ist es vernünftig, Überkapazität in Kauf zu nehmen. Das ist jedenfalls besser als eine Situation, in der Menschen lange, womöglich zu lange auf Operationen warten müssen.

**Wenn das Angebot größer sein soll als die Nachfrage, dann sollte es den Krankenkassen nach marktwirtschaftlicher Logik auch erlaubt sein, Versorgungsverträge mit den Kliniken zu schließen, die es für die Versorgung tatsächlich braucht. Gehen Sie da mit?**

**Gaß:** Nein. Ich bin selbst Geschäftsführer mehrerer Krankenhäuser, darunter befinden sich auch Rehakliniken. Im Rehabereich haben die Kassen mehr Kontrahierungsspielräume als im Akutbereich. Die Ergebnisse sind überschaubar. Kranken-

hausstruktur, Krankenhausplanung wie auch Versorgungskapazitäten sind hoheitliche Aufgaben. Das ist Daseinsvorsorge. Und die gehört weder in die Hände der Krankenkassen noch in die Hände der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das ist Aufgabe der Politik, die dafür gewählt und demokratisch legitimiert ist. Die Politik trägt die Verantwortung, das gut zu machen – im Zusammenspiel mit der Selbstverwaltung.

**Ein Evergreen der Diskussion um Deutschlands Kliniken ist die sinkende Bereitschaft der Bundesländer, ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten nachzukommen. Ist das duale System der Klinikfinanzierung an die Wand gefahren?**

**Gaß:** Ja. Das Geld, das die Länder bereitstellen, reicht bei Weitem nicht aus, um die Investitionsbedarfe zu befriedigen. Wir gehen von bundesweit rund sechs Milliarden Euro aus, die die Länder jährlich an Investitionen aufbringen müssten. Wir liegen aktuell bei der Hälfte. Insofern klappt da eine Lücke von drei Milliarden Euro. Diese Lücke ist zu schließen. Ansonsten können die Kliniken überfällige Modernisierungen etwa bei der Digitalisierung oder im Bereich der Hygiene nicht realisieren. Das ist auch nicht irgendein Wunsch Katalog, den wir da formulieren. Das sind wissenschaftlich begründete Notwendigkeiten.

**Wenn eine Klinikfinanzierung aus Kassenhand kein Weg für Sie ist und es bei der dualen Finanzierung klemmt, wie wäre es dann mit einem dritten Weg: Die Länder zeichnen für die Investitionskostenfinanzierung in der Notfallversorgung als Teil der Daseinsvorsorge verantwortlich und die Kassen für den Bereich der planbaren Eingriffe?**

**Gaß:** Instrumente sollten immer so ausgestaltet sein, dass sie ein Stück weit Flexibilität beinhalten. Wenn ich jetzt aber hergehe und bilde beim Thema Investitionsförderung zu viele Töpfe, die nicht miteinander korrespondieren können, dann habe ich im Unternehmen Krankenhaus eventuell das Problem, dass bei mir gerade der Bedarf in dem einen Topf größer ist als in dem anderen. Dann fangen wir wieder von vorne an und fragen, wie wir die Finanzmittel hin- und hergeschoben bekommen.

**Wie lautet Ihr Lösungsvorschlag?**

**Gaß:** Wichtig ist, dass die unternehmerische Verantwortung im Bereich der Investitionen bei den Krankenhäusern liegt – das heißt bei den Geschäftsführern. Die müssen am Ende auch den



Kopfhinhalten, wenn die Dinge nicht gut funktionieren. Insofern sollte man den Klinikmanagern mit einer angemessenen Mittelausstattung die Möglichkeit an die Hand geben, unternehmerisch zu entscheiden, welche Notwendigkeiten an den Standorten jeweils bestehen. Die Geschäftsführer gehen damit vernünftig um. Warum sollten sie es auch nicht tun? In allen Wirtschaftsbranchen ist es üblich, dass die Unternehmensleitung über die Investitionen entscheidet. Natürlich geht da auch mal etwas schief, das ist normal. Aber kein Mensch kommt deswegen auf die Idee, das Prinzip grundsätzlich zu hinterfragen.

möglicherweise zur weiteren Versorgung nach A, B oder C. Das halte ich für ein vernünftiges Verfahren.

### Gelingt die überfällige Reform der Notfallversorgung?

**Gaß:** Das muss was werden. Wobei für uns klar ist: Bei der stationären Notfallversorgung haben die Kliniken den Hut auf. Aber wir reden ja zurzeit in der Selbstverwaltung intensiv über die ambulante Notfallversorgung. Die Frage hier ist: Was bleibt an Sicherstellungsauftrag und Verantwortung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen? Was übernehmen die Kliniken? Wir



Die Politik peilt eine Reform der Notfallversorgung in Deutschland an. Was Details und vor allem Zuständigkeiten betrifft, besteht noch Klärungsbedarf. Aber können wir uns heute schon darauf einigen, dass echte Notfälle – Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma – nur an den Kliniken behandelt werden sollten, die das wirklich können, also an höchstens 300 Häusern?

**Gaß:** Verständnisfrage: Wie kommen Sie auf die Zahl 300?

265 Krankenhäuser verfügen über 500 Betten und damit die Ausstattung, um schwere Notfälle sofort und gut zu versorgen. Hinzu kommen noch Spezialkliniken wie Trauma- oder Herzzentren und Kinderkliniken, die für bestimmte Notfälle gut aufgestellt sind. Addiert ergibt das etwa 300 Krankenhäuser.

**Gaß:** Der Aussage, dass nur Kliniken Notfälle behandeln sollten, die dazu in der Lage sind, kann niemand widersprechen. Zu definieren, wer zu diesen Kliniken gehört, ist weniger einfach. Ich jedenfalls wehre mich gegen pauschale Festlegungen, wonach 150- oder 200-Betten-Häuser nicht in der Lage sein sollen, einen stationären Notfall zu versorgen. Würden wir dergestalt verfahren, müssten drei Viertel der Kliniken aus der Notfallversorgung ausscheiden. In diese Richtung darf es nicht gehen. Vernünftiger wäre ein gestuftes Verfahren der stationären Notfallversorgung.

Erklären Sie uns das bitte genauer?

**Gaß:** Wenn ich einen Patienten habe, bei dem ein vitaler Notfall zu behandeln ist, fahre ich diesen Patienten nicht erst eine Stunde in das Zentrum, wo er vielleicht langfristig versorgt werden kann. Dann bringe ich ihn vernünftigerweise erst einmal dorthin, wo seine Situation stabilisiert wird und verlege ihn dann

haben gute Erfahrungen gemacht, dass es vernünftig ist, sich da zusammenzutun. In Rheinland-Pfalz gibt es nahezu flächendeckend Bereitschaftsdienstzentralen der Kassenärztlichen Vereinigung, die in vielen Fällen an den Krankenhäusern angesiedelt sind. Das funktioniert gut. Wir hätten es aber nicht so gerne – und ich glaube, das kann man verstehen –, wenn die Kassenärztliche Vereinigung bei uns Herr im Haus wäre.

Herr Dr. Gaß, kein Mensch geht gerne ins Krankenhaus. Viele aber fragen sich inzwischen, ob die Menschlichkeit im Klinikalltag verloren gegangen ist und Monetik vor Ethik rangiert. Wie gehen Sie mit solchen besorgten Stimmen um?

**Gaß:** Das nehme ich ernst. Ich lasse mir auch alle Beschwerden zukommen, um sie zu lesen und Defizite abzustellen. Natürlich gibt es da auch die Wahrnehmung, dass es an menschlicher Zuwendung im Krankenhaus fehlt. Dass das Sich-Kümmern um Patienten mitunter zu kurz kommt, liegt aber auch an einem System, das mittlerweile sehr auf Effizienz getrimmt ist.

Sie schieben den Schwarzen Peter weiter?

**Gaß:** Nein. Aber die Kliniken sehen sich nun einmal Rahmenbedingungen gegenüber, die ihnen höchste Effizienz abverlangen. Die Kassen erwarten das von uns, die Politik auch. Uns dann vorzuwerfen, dass unsere Ärzte und Pflegekräfte von Krankenzimmer zu Krankenzimmer rennen, ist unfair. Da müssten wir uns alle mal zusammensetzen und überlegen: Haben wir den Bogen womöglich ein wenig überspannt? ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.

# Kein Warten bis Sankt Nimmerlein

Der Numerus clausus im Studienfach Humanmedizin ist mit dem Grundrecht auf freie Wahl der Ausbildung nur bedingt vereinbar. Dies entschied das Bundesverfassungsgericht und gab damit der Klage zweier Studienbewerber teilweise recht. Bund und Länder müssen bis Ende 2019 das Zulassungsverfahren ändern. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 19. Dezember 2017  
– 1 BvL 3/14 und 1 BvL 4/14 –  
Bundesverfassungsgericht

**Im Fach Medizin** gibt es sehr viel mehr Bewerber als Studienplätze. Und die Chancen für Abiturienten, Medizin zu studieren, verschlechtern sich. Gab es vor 13 Jahren etwa doppelt so viele Bewerber wie Studienplätze, so war zum Wintersemester 2017/2018 die Zahl der Bewerber nach Angaben der Stiftung Hochschulzulassung nahezu fünfmal höher als die der Studienplätze. Konkret wollten 43.184 junge Menschen Medizin studieren, es gab aber nur 9.176 Plätze. Die Folgen: ein extrem hoher Numerus clausus und ein kompliziertes Zulassungssystem. Die Studienplatzvergabe regeln das Hochschulrahmengesetz des Bundes und der zwischen den Ländern geschlossene Staatsvertrag von 2008 über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung vor. Nach Abzug einer bestimmten Platzzahl für Auslandsstudenten und Härtefälle vergibt die Stiftung für Hochschulzulassung 20 Prozent der Plätze an die Bewerber mit den besten Abiturnoten. Weitere 20 Prozent der Plätze werden nach der Wartezeit verteilt. Sie lag im Wintersemester 2017/2018 im Durchschnitt bei 14 Semestern und damit zwei Semester über der Regelstudienzeit. 60 Prozent der Studienplätze erhalten Bewerber im Auswahlverfahren der Hochschulen.

**Platzvergabe auf dem Prüfstand.** Kläger waren zwei Studienbewerber mit einer Abiturnote von 2,0 beziehungsweise 2,6. Sie erhielten auch nach acht beziehungsweise sechs Jahren Wartezeit keinen Medizinstudienplatz. Ihre zwischenzeitlich

erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zur Krankenpflegerin beziehungsweise zum Rettungsanwärtler änderte daran nichts. Das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen hatte Zweifel, ob das Zulassungssystem verfassungsgemäß ist. Denn nach Artikel 12 des Grundgesetzes hat jeder das Recht, seinen Beruf und seinen Ausbildungsort frei zu wählen.

**Studienbewerber allein nach der Abiturnote auszuwählen, ist nicht zulässig, so die Karlsruher Verfassungsrichter.**

Die Karlsruher Richter urteilten, dass sich aus der Ausbildungs- und der Berufswahlfreiheit sowie dem allgemeinen Grundsatz der Gleichbehandlung (Artikel 3 des Grundgesetzes) ein Recht auf Teilhabe an den Studienangeboten ergebe, die der Staat mit öffentlichen Mitteln geschaffen habe. Damit hätten jene, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllten, einen Anspruch auf gleichberechtigte Zulassung zum Studium ihrer Wahl. Das Recht auf chancengleichen Zugang zum Studium bestehe jedoch nur im Rahmen der vorhandenen Ausbildungs-

plätze. Diese müssten chancengerecht vergeben werden.

Dass die Hochschulen 60 Prozent der Medizinstudienplätze vergeben, ist für Karlsruhe kein Stein des Anstoßes. Allerdings müsse der Staat deren Vergabekriterien strenger regulieren und standardisieren. Die Hochschulen dürften ihre Auswahl nicht ausschließlich nach der Abiturnote treffen. Künftig müsse es mindestens ein weiteres Kriterium geben. Welches das ist, überlassen die Verfassungsrichter dem Gesetzgeber. Wegen des Rechts auf freie Forschung müssten die Universitäten aber einen gewissen Spielraum haben.

## **Berufsausbildung ist zu berücksichtigen.**

Ferner fordern die Karlsruher Richter, dass sich die Regeln über die Studienplatzvergabe grundsätzlich an der Eignung orientieren. Maßstab dafür seien die Erfordernisse des Studienfachs und die sich typischerweise anschließende berufliche Tätigkeit. Deshalb sei eine fachlich nahe Berufsausbildung oder -ausübung, die Bewerber höher qualifizieren, stärker zu berücksichtigen.

Grundsätzlich akzeptiert das Bundesverfassungsgericht, die Eignung eines Bewerbers vom Notendurchschnitt abhängig zu machen. Die Studienplatzvergabe dürfe aber „nicht allein und nicht ganz überwiegend“ nach der Abiturnote erfolgen. Vielmehr sei ein nicht schulnotenbasiertes Kriterium heranzuziehen.

## TIPP FÜR JURISTEN



Pflege durch Angehörige aus arbeits-, sozial- und steuerrechtlicher Sicht, Demenz – ein Krankheitsbild oder viele? Diese und weitere Themen behandelt der „9. Deutsche Seniorenrechtstag 2018“. Er findet am 12. und 13. April in Berlin statt. Veranstalter ist die Deutsche Anwaltakademie. Mehr Informationen unter [www.anwaltakademie.de](http://www.anwaltakademie.de)  
> Veranstaltungen > Fachtagungen

Weil die Schulausbildung von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und deshalb die Abiturnoten nicht vergleichbar seien, müsse ein länderspezifischer Ausgleich bei den Abiturdurchschnittsnoten erfolgen. Dafür seien Landesquoten erforderlich.

**Einfluss der Ortswahl zu groß.** Verfassungswidrig sind laut Karlsruher Richter zudem die bisherigen Vorschriften zur Ortswahl. Bisher dürfen Bewerber maximal sechs Hochschulorte angeben, an denen sie studieren möchten. Auch die Universitäten verlangen bisher in ihren Auswahlverfahren, dass der Bewerber seine Präferenzen nennt. Manche Hochschulen sortieren aber alle Bewerber aus, die deren Fakultät nicht favorisieren. Karlsruhe wertet die Ortspräferenz als

ein Kriterium, das nicht an die Eignung für Studium und Beruf anknüpft. Dadurch könnten sich die Chancen auf einen Studienplatz erheblich verringern. Die Ortswahl dürfe nur dann ein Kriterium sein, wenn die Universität eigene Auswahlgespräche anbietet. Dies sei deshalb sachgerecht, weil in kurzer Zeit eine Vielzahl von Bewerbern ausgewählt werden müssten. Die Hochschulen dürften aber keine eigenen Aufnahmekriterien entwickeln. Dies obliege allein dem Gesetzgeber.

**Wartezeit ist zu begrenzen.** Bei der Vergabe nach der Wartezeit fordert Karlsruhe, eine Höchstdauer einzuführen. Nach Ablauf dieser Zeit soll eine Bewerbung nicht mehr möglich sein. Dass der Gesetzgeber die Wartezeit bislang nicht

angemessen begrenze, verstoße gegen das Grundgesetz. Denn ein zu langes Warten beeinträchtigte erheblich die Erfolgchancen im Studium und damit die Möglichkeit, die Berufswahl zu verwirklichen. Auch dürften nicht mehr als 20 Prozent der Studienplätze nach der Wartezeit vergeben werden. ■

**Kommentar:** Bundes- und Landesgesetzgeber müssen nun das Zulassungsverfahren verfassungsgemäß ausgestalten. Das bietet die Chance, soziale und empathische Kompetenzen bei der Auswahl späterer Ärztinnen und Ärzte angemessen zu berücksichtigen.

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

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

Anzeige

# DKMS

WIR BESIEGEN BLUTKREBS

## „MEIN BLUT WAR KAPUTT.“

Marlon, geheilter Blutkrebspatient

Dank eines passenden Stammzellspenders konnte Marlon den Kampf gegen den Blutkrebs gewinnen. Heute führt Marlon wieder ein normales Leben. Viele Blutkrebspatienten haben dieses Glück leider nicht.

Sie können helfen: Registrieren Sie sich jetzt als Stammzellspender und schenken Sie Patienten wie Marlon so neue Hoffnung auf Leben!

**Jetzt registrieren auf [dkms.de](http://dkms.de)**

**Mund auf. Stäbchen rein. Spender sein!**

Mehr Geschichten auf     

## BUNDESVERBAND

## Jedes dritte Kind bei der AOK versichert

Die Gesundheitskasse bleibt Klassen-Primus: Knapp 26,3 Millionen Menschen betreute die AOK-Gemeinschaft im Dezember 2017 – das seien knapp ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland, wie der AOK-Bundesverband jetzt mitteilte. Den Angaben zufolge ist jedes dritte Kind in Deutschland bei der Gesundheitskasse versichert. Der Marktanteil der AOK nach Versicherten betrage 36,2 Prozent, hieß es weiter. Um deren Belange kümmerten sich in bundesweit 1.380 Geschäftsstellen mehr als 61.500 Beschäftigte. In einer jährlich aktualisierten Fassung gibt der AOK-Bundesverband eine Übersicht über die Basisdaten und Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der AOK-Gemeinschaft. Die Angaben sind nach den wichtigsten Ausgabenbereichen aufgeschlüsselt. Ergänzt werden sie durch internationale Vergleichsdaten. ■

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse



Grün ist gesund: Die AOK ist weiter auf Wachstumskurs.

## RHEINLAND/HAMBURG

## Ferienfreizeit für Geschwisterkinder

Auch in diesem Jahr lädt die AOK Rheinland/Hamburg zu einer LICHTBLICK-Ferienfreizeit für Kinder ein, die schwerstkranken Geschwister haben. Vom 3. bis 7. April 2018 können Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren zur Aktion „Osterspaß für Geschwister“ nach Hürtgenwald in die Eifel fahren. Ziel der

fünftägigen Osterfreizeit ist, dass sich Geschwister von schwerstkranken Kindern von dem oft schwierigen Alltagsleben in der Familie erholen. Fünf Tage Naturerleben mit Waldabenteuer und Spaß stärken die Kinder auf ihrem Lebensweg. Fernab vom Alltag können sie Neues erleben. Mit dem Angebot LICHTBLICK setzt sich die AOK Rheinland/Hamburg bereits seit 1996 für Familien mit schwerstkranken Kindern und Jugendlichen ein. ■

## NORDWEST

## Stärkung der Selbsthilfe

Die gesetzlichen Kassen in Schleswig-Holstein – darunter die AOK NORDWEST – haben die gesundheitsbezogene Selbsthilfe 2017 mit einem Rekordbetrag von gut 2,6 Millionen Euro gestärkt. Knapp die Hälfte kommt den Selbsthilfegruppen, den Landesorganisationen der Selbsthilfe sowie den Selbsthilfekontaktstellen in Schleswig-Holstein im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zugute. Mehr als 360.000 Euro gehen an die Selbsthilfegruppen im nördlichsten Bundesland. Hierbei schließen sich Betroffene und ihre Angehörigen in Eigeninitiative zusammen, um durch gegenseitige Hilfe die Folgen chronischer Erkrankungen zu meistern. Für die vielfältigen Aufgaben der Landesorganisationen der Selbsthilfe stellten die Kassen 2017 weitere 240.000 Euro bereit. Zusätzlich zu den Selbsthilfegruppen und den Landesorganisationen der Selbsthilfe erhielten die 14 Selbsthilfekontaktstellen in Schleswig-Holstein rund 557.000 Euro. ■

## AOK aktuell

### Passgenaue Angebote für ein gesundes Leben

Die AOK PLUS hat ihre therapiebegleitenden Präventionsprogramme gemeinsam mit Wissenschaftlern weiterentwickelt. Wer sie künftig anbietet – ob Sport-, Ernährungs- oder Rehasentrum – musste dabei ein Ausschreibungsverfahren erfolgreich absolvieren. „Auf diese Weise garantieren wir eine hohe Qualität“, sagte Heiko Kotte, Bereichsleiter Gesundheitsförderung der Gesundheitskasse. In etwa 80 Orten Sachsens und Thüringens können Versicherte der AOK PLUS entsprechende Programme etwa zu Rücken- und Herz-Kreislauf-Beschwerden, zu Übergewicht oder zu ernährungsbedingten Erkrankungen nutzen. Ziel der Angebote sei es, „Chronifizierungen zu vermeiden und den Medikamentenkon-

sum zu reduzieren“, betonte Kotte. Als bisher einzigartig und innovativ lobte Professor Dr. Peter Schwarz, Experte für Prävention, Stoffwechselerkrankungen und Qualitätsmanagement am Dresdner Uniklinikum, die neu strukturierten Präventionsprogramme der AOK PLUS. Diese basieren auf neuesten wissenschaftlichen Standards. So flossen auch moderne Erkenntnisse aus der Verhaltenstherapie ein. Die Kursleiter wurden in mehrtägigen Seminaren trainiert, um moderne Interventionsstrategien intuitiv umsetzen zu können. Infos: <https://plus.aok.de/inhalt/gesundheitskurse-der-aok-plus/> ■



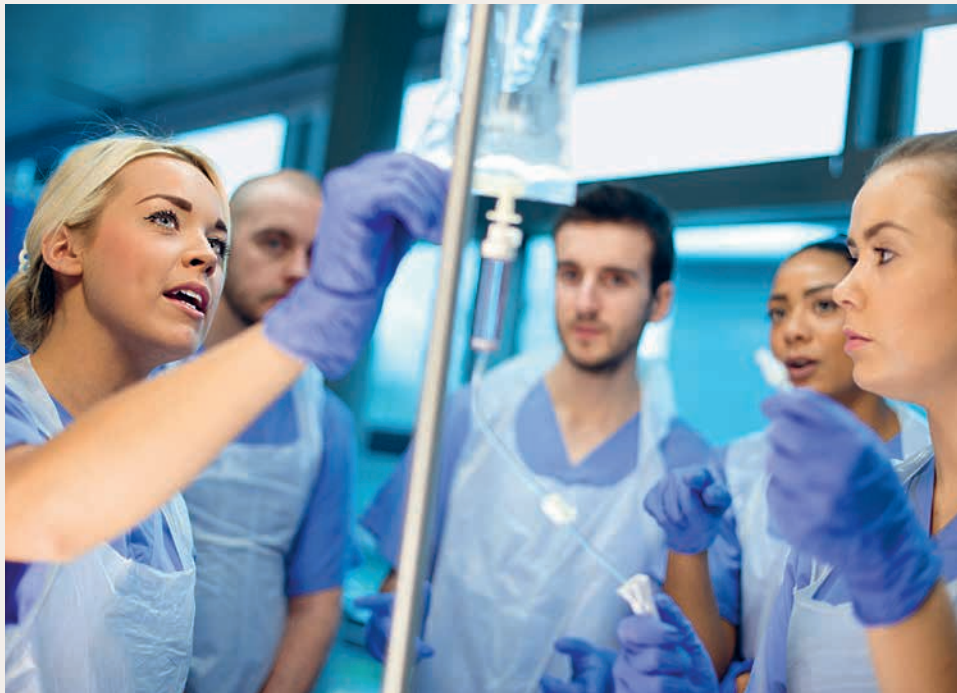
## Investitionen in Klinik-Nachwuchs

Gute Nachrichten für die Kliniken in Baden-Württemberg: 2018 wird es mehr Nachwuchs bei den nichtärztlichen Berufen an Krankenhäusern geben: „Es können rund 700 Ausbildungsplätze mehr als im vergangenen Jahr angeboten und aus dem durch die Krankenkassen gefüllten Ausbildungsfonds finanziert werden. Mit über 121 Millionen Euro tragen wir wieder den Löwenanteil und werden unseren Finanzierungsbeitrag sogar noch um 8,6 Millionen Euro erhöhen“, sagte **Nadia Mussa**, Fachbereichsleiterin Krankenhausversorgung bei der AOK Baden-Württemberg. Insgesamt ermöglichen es die von den Kassen bezahlten Fördermittel des Ausbildungsfonds, dieses Jahr 11.900 Ausbildungsplätze an Kliniken kostendeckend zu finanzieren. „Das ist ein Höchststand an Ausbildungsangeboten, die auch dringend gebraucht werden. Denn der Bedarf an Fachkräften in Krankenpflege, Geburtshilfe und weiteren Gesundheitsberufen steigt weiter.“ Laut AOK werden die Kassen den Kliniken 2018 knapp 270 Millionen Euro und damit über 7,6 Prozent mehr als im Jahr 2017 für die Ausbildung bereitstellen. Knapp die Hälfte der Mittel kommt von der AOK Baden-Württemberg. ■

### NORDOST

## Gute Noten für Funktionstraining

Bei rheumatischen Erkrankungen kann Funktionstraining Beweglichkeit und Muskelkraft erhalten oder verbessern,



Neue Kräfte: Die Kassen im Südwesten finanzieren 700 zusätzliche Ausbildungsplätze in Kliniken.

Fehlstellungen vermeiden und für Schmerzlinderung sorgen. Um die Angebote zu verbessern, hat die AOK Nordost ihre Versicherten befragt. Zufriedenheit mit dem Angebot und der damit verbundenen Betreuung sowie Hinweise zu Therapieeinheiten waren dabei wichtige Punkte. Im Service, Fachkompetenz und Mitarbeiterfreundlichkeit habe die AOK Nordost „Bestnoten“ von den Befragten erhalten, so **Marina Otte**, Bereichsleiterin Rehabilitation bei der AOK Nordost. Entwicklungspotenzial sieht die Kasse bei der Empfehlung von Gesundheitsmaßnahmen nach Beendigung des Funktionstrainings. Mit einem wichtigen Kooperationspartner, wurden bereits Ergebnisse ausgetauscht. **Werner Dau**, Vorstandsmitglied und Präsident der Rheumaliga Brandenburg, betont: „Wir bekommen wertvolle Hinweise zur Qualitätsverbesserung unserer Angebote. Versichertenbedürfnisse ändern sich, daran müssen wir uns ausrichten.“ ■

### SACHSEN-ANHALT

## Neue Wege in der Pflege

Pflegepolitische Themen haben den Neujahrsempfang der AOK Sachsen-Anhalt in Halle bestimmt. Eine der größten Herausforderungen liege darin, für die Pflege genügend gut ausgebildete Fachkräfte zu gewinnen, sagte Sozialministerin **Petra Grimm-Benne** vor rund 350 Gästen aus Gesundheitswesen, Politik und Wirtschaft. Das neue Gesetz zur Reform der Pflegeberufe sei ein erster Schritt, um dem Nachwuchsmangel in der Branche entgegenzuwirken. Wer aber eine kostenlose Altenpflegeausbildung wolle und zugleich eine angemessene Bezahlung von Pflegeprofis anstrebe, der müsse auch sagen, woher das Geld dafür kommen solle. Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen seien Mehrbelastungen nicht zuzumuten, stellte die Sozialdemo-

kratin klar. Die Pflegewissenschaftlerin **Professor Dr. Gabriele Meyer** betonte, die Jahrhundertaufgabe Pflege bedürfe auch der weiteren Professionalisierung der Pflege. Pflegeprofis sollten auf Augenhöhe mit den Ärzten arbeiten, wie das beispielsweise mit dem Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ an der Universität Halle-Wittenberg bereits praktiziert werde. Die Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Sachsen-Anhalt, **Traudel Gemmer**, sagte, im Jahr 2030 würden in Sachsen-Anhalt 120.000 Pflegebedürftige leben. Schon heute stelle die Gesundheitskasse im Land „die Weichen für diese Herausforderung“. Als Beispiel nannte Gemmer ein gemeinsames Projekt mit der Universität Halle-Wittenberg. Dort untersuchen Wissenschaftler die Situation pflegender Angehöriger, die oft als sehr belastend beschrieben wird. Analysiert werden sollen die Ursachen der Belastungen, um Lösungen zu entwickeln. ■

## Pflegeausbildung Verbesserung im Schneckentempo

Nahezu drei Millionen Menschen werden aktuell pflegerisch versorgt. Ihre Zahl wird in Zukunft weiter steigen. Seit Jahren mangelt es jedoch an Fachkräften, die in ambulanten Diensten, in der stationären Krankenpflege sowie in Altenheimen tätig werden wol-



len. Die Arbeit am Patientenbett soll durch eine generalistische Pflegeausbildung in Zukunft aufgewertet werden. Vor diesem Hintergrund geht es auch um die Akademisierung in der Pflegeausbildung. Dazu bieten hiesige Hochschulen in-

zwischen rund 90 Studiengänge an. Dennoch gilt Deutschland bei der Pflegeausbildung als Entwicklungsland. In anderen europäischen Staaten gibt es längst eine akademische Ausbildung. Im Moment lässt sich kaum vorhersagen, ob es gelingt, die professionelle Pflege hierzulande qualitativ aufzuwerten. Trotz der akademischen Angebote und einer hohen intrinsischen Motivation der Fachkräfte bietet der Arbeitsmarkt kaum adäquate, entsprechend bezahlte Arbeitsplätze an. Vielmehr werde offensichtlich, so heißt es in einem Beitrag des Sammelbandes, dass eine flächendeckende Akademisierung der Pflege weder ökonomisch noch organisatorisch gewünscht ist. Selbst von einer zehn- bis 20-prozentigen Akademikerquote, wie es der Wissenschaftsrat 2012 vorgeschlagen hat, sei die Pflege in der Praxis weit entfernt. Ein bitteres Fazit.

*Tobias Sander,  
Sarah Dangendorf (Hrsg.):  
Akademisierung der Pflege.  
2017. 278 Seiten. 34,95 Euro.  
Verlagsgruppe Beltz, Weinheim.*

## Digitalisierung Neue Technik braucht neue Kultur

Stellen wir uns das doch einmal vor: Das eigene Smartphone überbringt nicht nur Nachrichten aus dem Familien- und Freundeskreis, sondern versorgt seinen Besitzer auch mit wertvollen Gesundheitsinfos. Reisende zum Beispiel werden per SMS gewarnt, wenn sich gefährliche Infektionskrankheiten in den besuchten Ländern ausbreiten. Patienten mit schweren Erkrankungen informieren sich in einer App über Operationsmethoden oder niedergelassene Ärzte. Chronisch Kranke erhalten mit einem Wischen auf dem Display den Zuspruch eines virtuellen Coachs oder lassen sich an Arzttermine erinnern. Solche und ähnliche Serviceangebote sind längst keine Zukunftsmusik mehr, sondern werden von Versicherten und Patienten mehr und mehr genutzt. An der Digitalisierung in Medizin und Gesundheitsversorgung führt kein Weg vorbei. Neben dem verstärkten Einsatz von Wearables und Apps setzen die Ex-



perten vor allem auf Big Data. Gelingt es die riesigen Datenbanken zu vernetzen, werden Algorithmen bei der ärztlichen Therapieentscheidung bald ein entscheidendes Wörtchen mitreden. Das Buch, herausgegeben von Herbert Rebscher und Stefan Kaufmann, macht deutlich, dass die Chancen der Digitalisierung nur dann aufgehen werden, wenn sich die Akteure auf die dadurch veränderten Prozesse, Strukturen und Kulturen einlassen.

*Herbert Rebscher,  
Stefan Kaufmann:  
Digitalisierungsmanagement  
in Gesundheitssystemen.  
2017. 412 Seiten. 69,99 Euro.  
medhochzwei Verlag, Heidelberg.*

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>DEUTSCHER PFLEGETAG 2018</b></p>	<p>Personalgewinnung in strukturschwachen Gebieten, Gesundheitskompetenz, IT in der Pflege</p>	<p>15.–17.3.2018 Berlin</p>	<p>Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7 30173 Hannover</p>	<p>Tel.: 05 11/85 50-2640 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de</p>
<p>■ <b>ZENTRALE NOTAUFNAHME IM FOKUS</b></p>	<p>Rahmenbedingungen, sektorenübergreifende Notfallversorgung, Prozessmanagement</p>	<p>10.4.2018 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de &gt; Health</p>
<p>■ <b>6. INTERPROFESSIONELLER GESUNDHEITSKONGRESS</b></p>	<p>Interprofessionelle Ausbildung, Patientensicherheit, Digitalisierung, Palliative Care</p>	<p>20.–21.4.2018 Dresden</p>	<p>Springer Medizin Verlag GmbH Kongressorganisation Heidelberger Platz 3 14197 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/8 27 87-5514 info@gesundheitskongresse.de www.gesundheitskongresse.de</p>
<p>■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS 2018 MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b></p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Ärzteforum, Pflegekongress, Krankenhaus, Rehabilitation, Tag der Versicherungen</p>	<p>6.–8.6.2018 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de</p>
<p>■ <b>FACHSYMPOSIUM „GESUNDHEIT &amp; VERSORGUNG“</b></p>	<p>E-Health-Lösungen im Versorgungsmanagement, Überwindung von Sektorengrenzen</p>	<p>12.–13.6.2018 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88-331 kunzmann@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net &gt; Veranstaltungen &gt; Fachsymposien und Kongresse</p>

## Klinikqualität Der Weg zum lernenden System

Das Krankenhausstrukturgesetz von 2015 sieht vor, dass qualitativ gute Leistungen mit Zuschlägen belohnt, schlechte dagegen mit Abschlägen bestraft werden. Für Kliniken wird es daher zum Wettbewerbs- und Überlebensfaktor, im Qualitätsmanagement und bei der Patientensicherheit zu punkten. Was ist dafür zu tun? Nils Löber, der in diesem Feld an der Berliner Charité tätig ist, stellt einzelne Instrumente vor, mit denen sich die Qualität und Sicherheit im Krankenhaus gewährleisten lässt. Die Basis dabei ist, intern eine



andere Fehlerkultur aufzubauen und die Patientensicherheit als Organisationsziel festzuschreiben. So können Fehler als Impulse zum Lernen aufgenommen und das Wissen für alle Beschäftigten erweitert werden. Die Befragung von Patienten und Angehörigen sind weitere wertvolle Analysemethoden, um Abläufe zu verbessern, Veränderungen auf den Weg zu bringen oder um die eigene Wahrnehmung zu prüfen. Laut Löber sollten sich Ziele und Inhalte von Befragungen eher auf wenige Aspekte konzentrieren, um zum einen die Chancen auf eine gute Rücklaufquote zu stärken und zum anderen eine Aus-

wertung zu erleichtern. Jedes Krankenhaus sollte zudem ein Beschwerdemanagement, Meldesysteme von kritischen Ereignissen sowie Checklisten vorhalten.

**Nils Löber: Patientensicherheit im Krankenhaus.** 2017. 228 Seiten. 44,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

## Hirnforschung Das Gehirn als Jungbrunnen

Das menschliche Gehirn gleicht keineswegs einem solide arbeitenden Computer, der die gestellten Aufgaben nach einem Programm abarbeitet. Vielmehr steht das Hauptorgan des menschlichen zentralen Nervensystems in ständiger Interaktion mit der Umwelt. Hirnforscher sprechen von der „Plastizität“ des Gehirns, denn es verändert sich, wenn wir es benutzen, und es wird schwach, wenn es keine Impulse erhält. Wenn wir die Welt aktiv entdecken und erforschen, sorgen wir also auch dafür, dass Nervenzellen nachwachsen. Dieser Erneuerungsprozess findet insbesondere im Hippocampus statt. Diese Hirnregion, die für das Lernen und das Gedächtnis zuständig ist, besitzt eigene Stammzellen, aus denen sich bei Gehirnakti-



vitäten neue Nervenzellen bilden. Dieser Entwicklungsprozess hört nicht mit einem bestimmten Alter auf, sondern kann bis ins hohe Alter fortlaufend stimuliert werden. Zu den effektivsten Impulsen für die Hirnregion zählen körperliche Bewegung und geistige Aktivität. Jedes Training verändert die Struktur des Gehirns bis auf die Ebene der Neurone.

Das Gehirn am Lebensende ist somit ein völlig anderes als zu Lebensbeginn. Gerd Kempermann, Professor in Dresden, fasst in seinem Buch neue Erkenntnisse der Hirnforschung zusammen.

**Gerd Kempermann: Die Revolution im Kopf.** 2017. 320 Seiten. 22,99 Euro. Droemer Knauer, München.

# Zeitschriftenschau

## ■ Diabetes: Heilmittel Gewichtsabnahme

Diabetiker, die abnehmen, ihre Ernährung umstellen und sich mehr bewegen, können erfolgreich etwas gegen die Krankheit tun. Dies belegt die britische Studie Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT) mit rund 300 stark übergewichtigen Typ-2-Diabetikern im Alter von 20 bis 65 Jahren. Die Teilnehmer im Interventionsarm verloren im Schnitt zehn Kilo Körpergewicht. Bei den Probanden der Kontrollgruppe war es nur ein Kilo. 46 Prozent der Patienten aus der Interventionsgruppe erreichten eine klinische Remission: Ihr Blutzuckerwert HbA1c lag unter 6,5 Prozent. In der Kontrollgruppe gelang eine Remission nur vier Prozent der Teilnehmer.

*The Lancet* 2017, online 5. Dezember ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1))

## ■ Suizidgefahr: Bi- und Homosexuelle besonders betroffen

Nach einer US-amerikanischen Studie haben 40 Prozent der Highschool-Schüler, die einer sexuellen Minderheit angehören, darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen. Unter heterosexuellen Schülern lag der Anteil bei 15 Prozent. 35 Prozent der homo- und bisexuellen Neunt- bis Zwölftklässler hatten sogar einen Suizid geplant (Heterosexuelle: zwölf Prozent). Eine Selbsttötung versucht haben 25 Prozent der bi- und homosexuellen Jugendlichen (Heterosexuelle: sechs Prozent). Diese Ergebnisse basieren auf einer Umfrage unter rund 16.000 Jugendlichen, die eine Highschool besuchen.

*Journal of the American Medical Association* 2017; 318 (23): 2349-2351

## ■ Herzinfarkt: Ältere Frauen zu spät in der Notaufnahme

Bei Frauen über 65 Jahren dauert es am längsten, bis sie nach den ersten Herzinfarkt-Symptomen in die Notaufnahme gelangen. Das ergab die MEDEA-Studie (Munich Examination of Delay in Patients Experiencing Acute Myocardial Infarction) des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung, des Helmholtz Zentrums München und der TU München. Danach vergehen bei älteren Frauen im Schnitt über viereinhalb Stunden, bis sie in die Notaufnahme kommen (junge Frauen: knapp zweieinhalb Stunden). Bei über 65-jährigen Männern sind es dreieinhalb Stunden (junge Männer: drei Stunden). Die Gründe für die Zeitunterschiede sehen die Forscher unter anderem in der Zurückhaltung der älteren Frauen.

*The American Journal of Cardiology* 2017; 120 (12): 2128-2134

## ■ Ernährung: Fettleber durch zu viel Süßes

Cola in der Zwei-Liter-Flasche, Schokolade als 300-Gramm-Tafel: Zu viel Zuckerhaltiges begünstigt die Entstehung einer Fettleber. Die Zahlen der Patienten, die eine nicht-alkoholische Fettleber entwickeln, sind laut Deutscher Leberstiftung alarmierend. Eine zuckerbedingte Fettleber hat mittlerweile jedes dritte übergewichtige Kind. Unbedingt verzichten sollten Betroffene auf zuckerreiche Snacks und Softdrinks in XXL-Packungen. Deutsche Leberstiftung, Presseinformation vom 29. Dezember 2017

# Ärztinnen auf der Karriereleiter

Während Frauen zu Beginn des Studiums in der Medizin die Mehrheit stellen, sinkt ihr Anteil im weiteren Berufsleben. Damit Ärztinnen bessere Chancen auf Führungspositionen haben, müssen sich die organisatorischen Strukturen ändern, meint Personalberater **Fritz Grupe**.

**In den medizinischen Studiengängen** liegt die Frauenquote in Deutschland bei fast 70 Prozent. Frauen haben häufig bessere Abiturnoten als Männer, und die Noten spielen bei der Vergabe der Studienplätze eine wichtige Rolle. Zum Ende des Medizinstudiums reduziert sich der Frauenanteil allerdings auf rund 55 Prozent. Und im Beruf, bei weiteren Schritten auf der Karriereleiter, verändert sich das Geschlechterverhältnis wiederum: Bei Chefarztpositionen beträgt der Frauenanteil gerade einmal zehn Prozent. Wie aber lässt sich angesichts der aktuell rund 10.000 unbesetzten Arztstellen das große weibliche Potenzial in der Medizin besser nutzen?

**Flexible Bedingungen für die Weiterbildung.** Wichtig sind die organisatorischen Rahmenbedingungen. Hier ist bereits einiges in Bewegung: Die zunehmende fachärztliche Spezialisierung führt zur weiteren Untergliederung großer klinischer Fachbereiche. Sektorenübergreifende Kooperationsformen werden künftig ausgebaut. Hier arbeiten die Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung und betreuen ihre Patienten auch im stationären Kontext. Diese neuen Strukturen bieten gerade Frauen flexible Arbeitsbedingungen für ihre Facharztausbildung, die Voraussetzung für weitere Karriereschritte ist.

Große Bedeutung für das berufliche Fortkommen von Ärztinnen hat zudem ihre familiäre Situation. Die klassische Aufgabenverteilung innerhalb der Familie hat sich in den vergangenen Jahren verändert. Beide Partner streben gleichberechtigt neben ihren familiären Aufgaben auch berufliche Erfüllung an. In den USA ist es mittlerweile üblich, dass die großen Kliniken integrierte Kindertagesstätten haben, die rund um die Uhr und die ganze Woche über geöffnet sind. Außerdem werden dort Ferienbetreuung und die Vermittlung von Tages-

müttern mit täglicher Hotlinefunktion angeboten. Im Vergleich dazu herrscht in Deutschland ein enormer Nachholbedarf.

**Führung mit kontinuierlichem Feedback.** In den nächsten Jahren werden außerdem Doppelspitzen, fachärztliche Aufgaben mit Leitungsfunktion, adäquate Teilzeitbeschäftigungen aber auch temporär begrenzte Springer-Einsätze eine immer größere Rolle in der klinischen Organisation spielen. Das Management muss deshalb moderne, transparente Arbeitszeitmodelle und Vergütungsstrukturen entwickeln. Außerdem ist ein Führungsstil gefragt, der kontinuierlich Feedback gewährleistet.

Doch nicht jede und jeder strebt eine Chefarztposition an, denn wer sie übernimmt, ist heute zu 50 Prozent Unternehmer und nur noch zu 50 Prozent Arzt am Patienten. Ich hatte kürzlich einen persönlich überzeugenden und fachlich kompetenten Kandidaten für eine Chefarztposition. Nachdem ihm die Anforderungen deutlich wurden, brachte er zum Ausdruck, dass er zu gerne Arzt sei, um Chefarzt zu werden. Diese Haltung beobachte ich bei Ärztinnen schon seit mehreren Jahren.

**Traditionelle Umgangsformen aufbrechen.** In den vergangenen zehn Jahren habe ich mehr als 200 Chefarztpositionen neu besetzen können. Hierbei spielte es meist keine Rolle, ob eine Ärztin oder ein Arzt die Stelle übernimmt. Krankenhausmanagement und Aufsichtsgremien sympathisierten immer mit dem Gedanken, die bestehende männliche Chefarzttrunde mit ihrer etwas tradierten Gesprächs- und Umgangskultur durch kompetente Chefärztinnen aufzubrechen und aufzufrischen. Auch die nicht offen ausgesprochenen Überlegungen zu möglichen Schwangerschaften haben im Auswahlverfahren keine Bedeutung, da Chefarztpositionen und leitende Arztpositionen aufgrund von fachlicher Qualifikation und Erfahrung mehrheitlich erst in einem Alter ab 45 Jahren erreicht werden können.

Schwierig wird es, wenn der Ehemann selbst Chefarzt ist und seine Frau sich in einem 100 Kilometer entfernten Krankenhaus gegen fünf männliche Mitbewerber als Chefärztin durchgesetzt hat. Nachdem sie ihrem Mann den Arbeitsvertrag gezeigt hatte, erlitt er einen Kreislaufzusammenbruch und musste notärztlich im Krankenhaus behandelt werden. Die Folge: Die Frau zog ihre Ernennung zur Chefärztin zurück. ■

**Fritz Grupe**, Personalberater, hat am Themendossier „Mehr Frauen in ärztlichen Führungspositionen dringend benötigt“ mitgearbeitet, das der Bundesverband Deutscher Unternehmensberater herausgegeben hat (Download: [www.bdu.de](http://www.bdu.de)). **Kontakt: [f.grupe@intersearch-executive.de](mailto:f.grupe@intersearch-executive.de)**

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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





# Impressum

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	Änne Töpfer
Titel Verlag	iStockphoto/solidcolours 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 Lindenberger Telefon: -160 Verantwortlich für den Anzeigenteil: Werner Mahlau
Beilagenhinweis	Diese Ausgabe enthält eine Beilage der Geschäftsstelle Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz  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. 20 vom 1.1.2018 ISSN 1436-1728

G+G 1/2018

## Ein Auge auf die Schwachen

### Selbstbewusstsein der Pflegenden stärken

Es ist gut, die Aufmerksamkeit auf die dunklen Ecken eines doch grundsätzlich mit dem Helfen und Sorgen verbundenen Berufsfeldes zu lenken. Transparenz ist ein erster Schritt hin zur Prävention von Gewalt in der Pflege. Was die weiteren Möglichkeiten angeht, klingt manches plausibel, ist aber in der Praxis schwer zu beachten. So empfiehlt etwa Professor Jürgen Osterbrink im G+G-Interview, darauf zu achten, ob Bewerberinnen und Bewerber wirklich für die Pflege geeignet sind. Die meisten Pflegedienstleitungen haben vermutlich durchaus ein Gespür und die Professionalität, um zu erkennen, wer die nötigen Kompetenzen, auch die menschlichen Qualitäten mitbringt und wer nicht. Aber verzichten können sie häufig auf die weniger geeigneten Kandidaten nicht, denn auf Stellenausschreibungen hin rennen ihnen die Bewerber nicht gerade die Bude ein. Sie müssen also vermutlich häufig nehmen, wen sie bekommen können und verdrängen eventuelle Zweifel an der Eignung. Wichtig ist dann, dass beobachtetes Fehlverhalten sofort zur Sprache kommt und im Team keine Chance zur Entfaltung hat. Das ist auch und vor allem eine Führungsfrage. Zudem lässt sich, wie Sie im Artikel richtig feststellen, auch systematisch vorbeugen, etwa mit in Kliniken schon verbreiteten Fehlermeldesystemen; hier haben Pflegeeinrichtungen wohl noch Nachholbedarf. Eine weitere Notwendig-

keit ist Qualifizierung, nicht nur auf dem Gebiet der Gewaltprävention, sondern insgesamt, mit Fort- und Weiterbildungen und auch mit einer zunehmenden Akademisierung und damit Aufwertung des Berufs. Wenn das Image gut ist, wächst das Selbstwertgefühl der Mitarbeiter, was wiederum die Gewaltbereitschaft sinken lässt. Nicht zuletzt geht es aber darum, Überforderung zu vermeiden, indem die Personalschlüssel verbessert werden. Das will die Politik ja nun angehen.

U. F., Berlin

G+G 1/2018

## EU-Ländervergleich

### Bundesländer und Klinikträger gefragt

Die Europäische Kommission genießt vielfach keinen guten Ruf. Doch die Länderprofile der EU zur Situation der Gesundheitssysteme sind aufschlussreich. Deutschland ist bei der Qualität der Versorgung vielfach nur Mittelmaß. Das liegt laut EU-Analyse offenbar nicht nur am Sektorendenken und den damit einhergehenden Informationsverlusten bei der Behandlung. Offenkundig trägt auch die geringe Spezialisierung der Hospitäler dazu bei. Hier sind vor allem die Bundesländer und die Klinikträger gefragt, um das zu ändern. Was nützt ein nahe gelegenes Krankenhaus, wenn am Ende die Güte der Versorgung nicht stimmt? Es ist darum höchste Zeit für sachliche Informationen, damit die Bevölkerung auf Klinikschließungen anders reagiert.

K. M., Celle



# BECKs Betrachtungen



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

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

# Handbuch mit Aha-Effekt

NEU!



KomPart-Verlag (Hrsg.)

## Die Reformfibel 2.0

Handbuch der Gesundheitsreformen bis Ende 2017

KomPart  
für Kommunikation

### Die Reformfibel

Handbuch der Gesundheitsreformen  
bis Ende 2017

KomPart-Verlag (Hrsg.)

1. Auflage 2017, 184 Seiten, Klappenbroschur,  
19,80 Euro inkl. Versand  
ISBN 978-3-940172-34-1

#### Sie wollen Fakten und die Story dahinter?

Die Reformfibel bietet beides: die Inhalte der wichtigsten Gesundheitsgesetze seit 1989 zum Nachschlagen und Texte mit Aha-Effekt zum Nachlesen. Von GRG bis HHVG – Abkürzungsverzeichnis inklusive.

**Wer hat die Praxisgebühr eingeführt?** Wie hoch war das Krankenhaus-Notopfer? Getrennt nach den Themenfeldern Ärzte, Kliniken, Kassen und Versicherte finden sich in der Fibel zentrale Inhalte von mehr als 40 Reformgesetzen. Stichwortartig und schnörkellos.

**Doch damit aus Fakten Wissen wird,** bedarf es mehr. Hintergrundtexte zeichnen Legislaturperiode für Legislaturperiode ein prägnantes Bild von der jeweiligen gesundheitspolitischen Bühne und ihren Akteuren. Von Norbert Blüm bis Hermann Gröhe.

**Die Reformfibel** – 184 Seiten mit Aha-Effekt.

Und historischen Karikaturen von Horst Haitzinger mit Schmunzelgarantie.

## Ja, ich bestelle ...

### Die Reformfibel Handbuch der Gesundheitsreformen

\_\_\_ **Exemplar(e) zum Preis von 19,80 Euro**  
(inkl. Versand)

Die Reformfibel – Handbuch der Gesundheitsreformen  
KomPart-Verlag (Hrsg.)  
1. Auflage 2017, 184 Seiten, Klappenbroschur, 19,80 Euro  
ISBN 978-3-940172-34-1

[www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)  
E-Mail [info@kompart.de](mailto:info@kompart.de)  
Fax 030 220 11-105



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



# Wir sind da, wo Pflege Hilfe bekommt

Wir sind da – zum Beispiel mit der AOK-Pflegeberatung für Angehörige. Darauf vertrauen schon mehr als 25 Millionen Versicherte.

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**