



**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**

**MEDIZINBETRIEB**

Mehr Klartext für Patienten

**FACILITY MANAGEMENT**

Öl im Klinikgetriebe

PREISGEKRÖNTER ESSAY

# Ich will 100 werden

Eine literarische Perspektive auf ein langes Leben

# 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: Udo Barske  
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier  
Pressereferent: Michael Bernatek  
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
[udo.barske@bv.aok.de](mailto:udo.barske@bv.aok.de)  
[gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de](mailto:gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de)  
[michael.bernathek@bv.aok.de](mailto:michael.bernathek@bv.aok.de)  
[christine.goepner-reinecke@bv.aok.de](mailto:christine.goepner-reinecke@bv.aok.de)

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart  
[presse@bw.aok.de](mailto:presse@bw.aok.de)

Tel. 0711/2593-231  
Fax: 0711/2593-300

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

Carl-Wery-Straße 28, 81739 München  
[presse@by.aok.de](mailto:presse@by.aok.de)

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen  
[joern.hons@hb.aok.de](mailto:joern.hons@hb.aok.de)

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v.d.H.  
[ralf.metzger@he.aok.de](mailto:ralf.metzger@he.aok.de)

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover  
[carsten.sievers@nds.aok.de](mailto:carsten.sievers@nds.aok.de)

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin  
Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow  
[presse@nordost.aok.de](mailto:presse@nordost.aok.de)

Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin  
[presse@nordost.aok.de](mailto:presse@nordost.aok.de)

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund  
[presse@nw.aok.de](mailto:presse@nw.aok.de)

Edisonstraße 70, 24145 Kiel  
[presse@nw.aok.de](mailto:presse@nw.aok.de)

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

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

Stabstelle Presse: André Maßmann

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf  
[andre.massmann@rh.aok.de](mailto:andre.massmann@rh.aok.de)

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg/Pfalz  
[jan.roessler@rps.aok.de](mailto:jan.roessler@rps.aok.de)

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

Sternplatz 7, 01067 Dresden  
[presse.sac@plus.aok.de](mailto:presse.sac@plus.aok.de)

Augustinerstraße 38, 99084 Erfurt  
[presse.thr@plus.aok.de](mailto:presse.thr@plus.aok.de)

Tel. 0351/4946-11144  
Fax: 01802/471002-104\*

Tel. 0361/6574-80021  
Fax: 01802/471002-115\*

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg  
[presse@san.aok.de](mailto:presse@san.aok.de)  
[andreas.arnsfeld@san.aok.de](mailto:andreas.arnsfeld@san.aok.de)

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

# Altenhilfe braucht Hospizarbeit

Viele Menschen verbringen ihre letzten Lebensjahre im Pflegeheim – und sollten dort in Würde sterben dürfen, fordert **Marlene Rupprecht**. Für die SPD-Politikerin muss die Hospizkultur zur Philosophie der Einrichtungen gehören.

**Unsere Gesellschaft** steht vor großen Herausforderungen: Wegen der steigenden Lebenserwartung wächst die Zahl alter und hochbetagter Menschen. Viele von ihnen erkranken an Demenz – bis zum Jahr 2050 verdoppelt sich die Zahl der Betroffenen. Immer mehr alte Menschen verbringen ihre letzte Lebensphase in einer stationären Pflegeeinrichtung. Die Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationäre Einrichtungen der Altenhilfe hat daher grundlegende Bedeutung.

Seit nahezu 30 Jahren haben die Hospizbewegung und die Palliativmedizin große Fortschritte bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen erreicht. In Deutschland ist ein umfassendes Netz hospizlicher und palliativer Einrichtungen entstanden. Im Mittelpunkt der Hospizbewegung stehen schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Eine ganzheitliche Sichtweise berücksichtigt alle Dimensionen des Sterbens gleichermaßen:

die physische, psychische, soziale und spirituelle Ebene. Angehörige gilt es mit ihren Sorgen und Ängsten ernst zu nehmen, sie in das Konzept mit einzubeziehen und ihnen Unterstützung und Entlastung zu bieten. Für die Erfüllung dieser anspruchsvollen Aufgaben sorgen multiprofessionelle Teams in enger und partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfern.

Die stationäre Altenhilfe braucht die Hospizarbeit und die Palliativversorgung. Pflegeheime müssen eine Sterbekultur entwickeln sowie eine hospizliche Haltung und palliative Kompetenz etablieren, um eine gute medizinische und pflegerische Versorgung am Lebensende sicherzustellen, die sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert. Wir wissen, dass viele Pflegeeinrichtungen bereits auf einem guten Weg sind. Doch viele Heime haben einen deutlichen Nachholbedarf. Dort müssen interdisziplinäre Teams gebildet werden, die den vielfältigen Anforderungen in der Betreuung schwerstkranker und

sterbender Menschen gerecht werden. Den Pflegenden in diesen Teams, die die Arbeit häufig koordinieren, kommt eine Schlüsselfunktion zu. Vor allem sie haben einen sehr intensiven Kontakt zu den Bewohnern und ihren Familien. Eine gute Qualifikation der Pflegenden durch eine fundierte Ausbildung und laufende Fortbildung ist eine der Grundvoraussetzungen für eine zukunftsorientierte Entwicklung in den Pflegeeinrichtungen.

Zudem müssen die Pflegeeinrichtungen in die bestehenden Strukturen eingebunden werden und Teil der regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke werden. Eine sektorenübergreifende, interprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung, die Ehrenamtliche und Familienangehörige einbezieht, ist eine der Grundvoraussetzungen von Palliative Care in den Pflegeeinrichtungen. Wir müssen – auch finanziell – die Basis für eine zukunftsorientierte Palliativpflege schaffen, die dem drohenden Mangel an Pflegekräften Rechnung trägt.

Zudem muss sich die ärztliche Versorgung in den Heimen hinsichtlich Qualifizierung, Organisation und Finanzierung viel stärker an den Bedürfnissen ihrer schwerstkranken und sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner orientieren. Hier sind Bund, Länder und Kommunen sowie die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem politisch gefordert. Es bedarf aber vor allem der gesellschaftlichen Anerkennung und Unterstützung, denn die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Eine angemessene Altenpflege kann in Zukunft nur in Kombination mit der Hospiz- und Palliativarbeit gelingen. Die Begleitung, Pflege und Behandlung sterbender Menschen unter Einbeziehung ihrer Familien muss als eine der wichtigsten Säulen der Arbeit von Pflegeeinrichtungen anerkannt und im Sinne von Hospizkultur und Palliativkompetenz in die grundlegende Philosophie der Einrichtungen integriert werden. ■

## Viele Heime haben Nachholbedarf in der Pflege sterbender Menschen.



**Marlene Rupprecht**, geboren 1947, ist seit 2012 Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands. Sie studierte für das Lehramt und unterrichtete an Haupt-, Grund- und Sonderschulen. Die SPD-Politikerin sitzt seit 1996 im Bundestag. Gemeinsam mit dem CDU-Abgeordneten Markus Grübel ist sie Sprecherin des interfraktionellen Gesprächskreises Hospiz im Bundestag. Marlene Rupprecht ist verheiratet und hat eine Tochter.

**Kontakt:** [info@dhpv.de](mailto:info@dhpv.de)

## Anleitung zum Altern



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Alle reden über den demografischen Wandel – aber wie fühlt er sich an? Vielleicht ist es das Beste, Hundertjährige zu befragen. Männer und Frauen in diesem Alter haben den demografischen Wandel gewissermaßen schon hinter sich. Und die Hochbetagten machen uns jungen Spunden Mut: Wissenschaftler der Universität Heidelberg haben herausgefunden, dass

die Greise häufig überraschend gut drauf sind – allen körperlichen und geistigen Einschränkungen zum Trotz. Viele der Superalten setzen sich nach wie vor kleine Ziele und können dem Leben etwas abgewinnen.

Doch was machen Menschen wie ich, die noch 52 Jahre warten müssen, bevor auf dem Geburtstagskuchen 100 Kerzen brennen? Eine wissenschaftlich fundierte Antwort darauf kann ich Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, nicht geben. Die Lektüre unserer Titelgeschichte (ab Seite 22) hilft indes schon einmal weiter: **Gisbert Löchers Essay „Ich werde 100 gute Jahre leben“ ist eine wunderbare Anleitung dazu, wie das eigene Altern gelingen kann** – preisgekrönt von einer Jury des Bundesinnenministeriums.

Gewiss: Ein Patentrezept hat der 60-jährige Betriebswirt und Computerfachmann auch nicht auf Lager, aber ein paar gute Tipps schon. Wenig Fleisch und reichlich Gottvertrauen gehören ebenso dazu wie eine neue, spannende Aufgabe für den nahenden Ruhestand. Löcher engagiert sich nicht nur in der Hospizbewegung, sondern hat nebenberuflich auch ein Studium der Gerontologie begonnen: Er will künftig als Berater Betrieben dabei helfen, den demografischen Wandel zu meistern. Die Hundertjährigen wird's freuen.

Eine anregende Lektüre wünscht



Startet mit 60 noch einmal durch: Essay-Autor  
Gisbert Löcher.

### MAGAZIN

#### 14 PFLEGE-BAHR MIT NEBENWIRKUNGEN

Um Pflegebedürftige vor finanzieller Überforderung zu schützen, bezuschusst der Staat private Zusatz-Policen. Ihre Entwicklung aber ist noch ungewiss.

Von Klaus Jacobs

#### 17 ABSCHIED VOM KAPITÄNSPRINZIP

Mehr Versorgungsqualität, mehr Kompetenzen für nichtärztliche Gesundheitsberufe: Eine Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat Reformakzente gesetzt.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 19 KOMPASS FÜR DIE KLINIKSUCHE

Die Qualität von Operationen schwankt erheblich. Die AOK Hessen unterstützt Patienten und niedergelassene Ärzte bei der Suche nach den besten Krankenhäusern.

Von Wilfried Boroch und Jürgen Merz

#### 20 GUTES NETZWERK FÜR HERZPATIENTEN

Positive Bilanz: Herz-Kreislauf-Patienten, die in Sachsen am Programm CARDIO-Integral teilnehmen, loben die Kooperation von Haus- und Fachärzten.

Von Ute-Barbara Friedrich

#### 21 „ZIGARETTEN VERMITTELN EIN LOSER-IMAGE“

Immer weniger Jugendliche greifen zum Glimmstengel. Damit dieser positive Trend anhält, ist weiter in die Rauch-Prävention zu investieren, sagt der Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann.

## THEMEN

### 22 TITEL: ICH WERDE 100 GUTE JAHRE LEBEN

Was mache ich im Ruhestand? Wie gebe ich den Jahren Sinn? Wie bleibe ich gesund? In seinem preisgekrönten Essay geht Computerexperte Gisbert Löcher den großen Fragen des Alters nach.

### 28 MIT MUNDSCHUTZ UND SCHRAUBENDREHER

Defekte OP-Tür, Rohrbruch im Herren-WC – an der Uniklinik Köln beheben Facility Manager technische Störungen und halten den Medizinbetrieb am Laufen. Von Monika Eschner (Text) und Jürgen Schulzki (Fotos)

### 34 KLARTEXT FÜR PATIENTEN

Den mündigen Patienten wünscht sich fast jeder im Gesundheitswesen. Dafür aber sind ausgewogene und vollständige Informationen erforderlich.

Von Gerd Gigerenzer und J. A. Muir Gray

### 40 TALENT FÜRS MULTITASKING

Bis zu ihrem Amtsantritt war Schleswig-Holsteins Sozialministerin Kristin Alheit politisch ein unbeschriebenes Blatt. Peu à peu zeigt sie Profil.

Von Dirk Schnack

## RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Altenhilfe braucht Hospizarbeit
- 13 **Kommentar** Gute Führung, halber Stress
- 42 **Recht** Kein Kassengeld für rezeptfreie Mittel
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Präventionsgesetz: Kurzatmige Projektitis
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



# 22

Aussicht aufs Alter: Was sich Essayist Gisbert Löcher vom Herbst des Lebens verspricht



# 28

Reportage: Mit Facility Manager Vassilios Aslanidis unterwegs in der Uniklinik Köln



# 34

Bestandsaufnahme: Welche Zahlen und Fakten Patienten und Ärzte wirklich verstehen

## GESUNDHEITSFÖRDERUNG Schöner lernen

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat auf ihrem Portal [www.sichere-schule.de](http://www.sichere-schule.de) ein Musterbeispiel für ein gesundheits- und lernförderndes Klassenzimmer veröffentlicht. Lehrkräfte, Bauplaner und Architekten finden dort Empfehlungen zur Beleuchtung, Akustik, Belüftung und Möblierung. Die Einrichtungstipps sind Ergebnis eines Projektes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Eine Grundschule in Sachsen und eine Hauptschule in Nordrhein-Westfalen haben bereits jeweils ein Klassenzimmer entsprechend ausgestattet. Eine optimale Gestaltung von Unterrichtsräumen kann dazu beitragen, Motivation und Gesundheit von Schülern und Lehrern zu fördern. So ist beispielsweise die Akustik ein wichtiger Punkt: Ist es in den Klassen leiser, haben Schüler und Lehrer weniger Stress. ■

### MEHR INFOS:

[www.sichere-schule.de](http://www.sichere-schule.de)

## ERNÄHRUNG

### Pferdefleisch liefert mehr Eisen als Rind

Pferdefleisch hat, sofern es nicht mit Medikamenten belastet ist, gegenüber Rindfleisch ernährungsphysiologische Vorteile. Darauf hat das zum Bundeslandwirtschaftsministerium gehörende Max Rubner-Institut hingewiesen. Die Einrichtung betreut den Bundeslebensmittelschlüssel, der zu rund 15.000 Lebensmitteln und Speisen jeweils 130 Nährstoffangaben enthält. Pferdefleisch sei in seiner Zusammensetzung und Optik ähnlich wie Rindfleisch, aber



Viel Licht, frische Luft, bequeme Möbel – so macht Schule Spaß.

energieärmer. Während Rindfleisch im Durchschnitt rund 8,5 Gramm Fett pro 100 Gramm Fleisch aufweise, seien es beim Pferd nur rund 2,7 Gramm. Pferdefleisch enthalte zudem weniger gesättigte, dafür aber mehr ungesättigte Fettsäuren als Rindfleisch. Auch bei einigen Vitaminen und Mineralstoffen schneidet Pferdefleisch besser ab: So enthält es mehr Vitamin A als Rind, sowie zwei- bis dreimal so viel Eisen und Kupfer. Ungewürzt schmeckt Pferdefleisch leicht süßlich, gewürzt lässt es sich von Rind kaum unterscheiden. Um festzustellen, um welches Fleisch es sich handelt, verwenden Wissenschaftler entweder einen DNA-Test oder bestimmen mittels Elektrophorese das Eiweißmuster der Proben. ■

### MEHR INFOS:

[www.mri.bund.de](http://www.mri.bund.de)

## GROSSBRITANNIEN

### Fernseh-Stars kochen ungesund

Die in Fernseh-Kochshows empfohlenen und zubereiteten Speisen enthalten häufig zu viele Kalorien, zu viel Fett und zu wenig Ballaststoffe.

Das belegt eine Studie der Public Health-Forscher der englischen Universität Newcastle, die 100 Rezepte von fünf britischen Fernsehköchen mit Fertiggerichten aus dem Supermarkt verglichen. Die Gerichte der TV-Köche, darunter Jamie Oliver, enthielten fast ein Viertel mehr Kalorien, wesentlich mehr Fette und Proteine als Fertiggerichte und weniger Ballaststoffe. Nur 42 Prozent der Fernsehgerichte erfüllten die Anforderungen der Qualitätsampel der britischen Lebensmittelüberwachung. Bei 47 Prozent der Gerichte aus den Kochshows steht die Ampel dagegen auf Rot. Pluspunkte sammelten die Fernsehköche nur mit der sparsamen Verwendung von Salz. ■

## SELEKTIVVERTRÄGE

### Privatversicherer investieren in Netz

Die privaten Krankenversicherungen AXA und Deutsche Beamtenversicherung bauen ihre Selektivverträge aus. Mit einem „interdisziplinären deutschlandweiten Partnernetzwerk mit Fachärzten und Kliniken“ wollen sie für ihre Versicherten eine leitlinienbasierte und nach Qualitätskriterien ausgerichtete medizinische Versorgung sicherstellen. Neu im Netzwerk seien die Charité in Berlin, der Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf, das Universitätsklinikum Heidelberg sowie die Schön-Kliniken, teilten die Privatversicherer mit. ■

## kurz & bündig

**+++ KLINIKEN:** Rund 60 Prozent der 2.045 deutschen Krankenhäuser mit zusammen rund 1,1 Millionen Beschäftigten sind nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft im vergangenen Jahr wirtschaftlich ohne Verluste über die Runden gekommen. **+++ ÄRZTEMANGEL:** In den rund 400 Gesundheitsämtern sind nach einer Umfrage des Marburger Bundes und des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zurzeit mehr als 200 Facharztstellen länger als sechs Monate unbesetzt. **+++ VERSICHERUNGSPFLICHT:** Rund 279.000 zuvor nicht krankenversicherte Bundesbürger haben bis Ende 2012 durch die am 1. April 2007 eingeführte Versicherungspflicht eine gesetzliche oder private Krankenversicherung abschließen können.



# Wir sind immer zu gebrauchen

## Der komplette G+G-Jahrgang 2012 mit allen Extras



Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2012? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2012 von Gesundheit und Gesellschaft (G+G) mit allen Spezial-Beilagen und G+G-Wissenschaft als Jahresband an. Zweieinhalb Kilo Gesundheitspolitik auf knapp 800 Seiten mit Jahresinhaltsverzeichnis – ein wertvolles Nachschlagewerk für alle am Gesundheitswesen Interessierten. **Der Preis: 30 Euro** inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand.

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

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

Selbstverständlich auch mit dabei: G+G-Spezial 11/2012 „Mehr Sicherheit für Patienten“

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

- den kompletten G+G-Jahrgang 2012 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2012 für 12 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)



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

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

**KomPart**  
Ihr KommunikationsPartner

## ÖKOLOGIE

## Arzneimittel machen Fische aggressiv

Reste von Beruhigungsmitteln, die über das Abwasser in Flüsse und Seen gelangen, machen Fische furchtlos, unsozial und aggressiv. Die Veränderungen im Verhalten der Fische können darüber hinaus schwerwiegende ökologische Folgen haben. Denn die Pillenrückstände ändern auch das Fressverhalten der Fische, wie Forscher der



schwedischen Universität Umeå zeigen konnten. Sie untersuchten Flussbarsche in Gewässern stromabwärts von Kläranlagen. Viele sonderten sich vom Schwarm ab und fraßen schneller. Das macht sie zu einer leichten Beute für Raubfische. In der Folge werde das ökologische Gleichgewicht ernsthaft gestört. Das führe letztlich zu unerwarteten Effekten wie erhöhter Algenblüte – ein nicht nur in Schweden, sondern weltweit beobachtetes Phänomen. ■

## INTERNET

## Famulatur-Portal für Medizinstudierende

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat eine bundesweite Famulaturbörse im Internet eingerichtet. Nach der neuen Approbationsordnung müssen Medizinstudierende mindestens einen

## Zitat des Monats

## Die Krankheiten unserer Zeit sind Aktionismus und Hektik.

Alfred Herrhausen (1930–1989), deutscher Bankier

Monat in der hausärztlichen Versorgung hospitieren. Jährlich werden dafür bundesweit rund 10.000 Plätze benötigt. Die Praxen geben auf dem Portal ihr Leistungsspektrum, Konditionen sowie einen Link zur Homepage an. Die Studierenden sehen also zum Beispiel sofort, ob sie ein eigenes Behandlungszimmer bekommen oder ob Kost und Logis inbegriffen sind. ■

## MEHR INFOS:

[www.degam-famulaturboerse.de](http://www.degam-famulaturboerse.de)

## ARBEITSMARKT

## Pflegehelfer sollen sich weiterbilden

Für die rund 32.000 arbeitslosen Altenpflegehelfer gibt es nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit derzeit nur 4.000 offene Stellen. Die Bundesregierung hofft, in den kommenden drei Jahren bis zu 12.000 von ihnen zu Altenpflegefachkräften weiterbilden zu können. Das Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege, das der Bundestag im Februar beschlossen hat, ermöglicht es der Agentur für Arbeit und den Jobcentern, die Ausbildung wieder voll zu finanzieren. Diese kann für Auszubildende, die bereits in der Pflege tätig waren, zudem um bis zu zwei Drittel verkürzt werden. Die Zahl der gemeldeten offenen Stellen für examinierte Altenpflegerinnen und

-pfleger hat sich in den vergangenen drei Jahren auf zuletzt gut 10.000 mehr als verdreifacht. Diesen Stellenangeboten standen rund 3.600 entsprechend qualifizierte Arbeitslose gegenüber. ■

## PHARMAFORSCHUNG

## Krebsärzte erwarten Studierenerleichterung

Das auf Initiative des Bundesforschungsministeriums 1999 gegründete Kompetenznetz Maligne Lymphome (KML) unterstützt die Absicht der EU-Kommission, die Genehmigungsverfahren für klinische Arzneimittelstudien zu vereinfachen und EU-weit zu vereinheitlichen. Die vorgeschlagene Verordnung erleichtere die Arbeit der von der Pharmaindustrie unabhängigen Wissenschaftler. Das gelte insbesondere für Therapieoptimierungs-Studien, bei denen verschiedene Behandlungsmethoden mit nachgewiesener Wirksamkeit variiert oder neu kombiniert werden, sagte KML-Vorsitzender Michael Hallek von der Uniklinik Köln. Die neue EU-Verordnung soll die 2006 in deutsches Recht umgesetzte EU-Richtlinie 2001/20/EG ersetzen, die nach Angaben des Onkologennetzwerks klinische Studien in der Krebstherapie durch hohe Genehmigungsgebühren und versicherungsrechtliche Vorschriften vielfach verhindert hat. Bundesrat und alle Bundestagsfraktio-

nen unterstützen die EU-Pläne, haben die Bundesregierung aber aufgefordert, Verbesserungen für den Patientenschutz und die Beteiligung von Ethikkommissionen durchzusetzen. ■

## MEHR INFOS:

Parlamentsdrucksachen 413/12 und 17/12183

## EUROPÄISCHE LEITLINIEN

## Mehr Effizienz bei Sozialausgaben

Die Europäische Kommission hat alle Mitgliedsländer aufgefordert, sich angesichts der derzeitigen Haushaltszwänge bei den Sozialausgaben auf Investitionen in Humankapital und sozialen Zusammenhalt zu konzentrieren. Die Ausgaben für Sozialleistungen müssten effektiver und effizienter werden, sagte László Andor, EU-Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Integration. In dem von Andor vorgestellten „Paket Sozialinvestitionen“ mit Leitlinien für eine gezieltere Sozialpolitik und für die Verwendung der Mittel des Europäischen Sozialfonds geht es beispielsweise um die Gesundheitsfürsorge und die Rehabilitation. Von Deutschland fordert die Kommission weitere Anstrengungen insbesondere im Pflegebereich. Die am Jahresanfang in Kraft getretene Pflegereform reiche nicht aus, um dem erwarteten Kostenanstieg zu begegnen. Auch in der Krankenversorgung sei mehr Effizienz nötig. ■

## MEHR INFOS:

[www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044](http://www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044)  
[www.ec.europa.eu/social](http://www.ec.europa.eu/social) > Sozialschutz und soziale Eingliederung > Sozialinvestitionspaket



## Zu viele Bettenburgen?

Zwischen Flensburg und Garmisch gibt es derzeit 2.045 Kliniken. Deutlich zu viele, gibt mancher Gesundheitspolitiker zu bedenken. Jedes fünfte Krankenhaus sei überflüssig und könne daher in den nächsten Jahren dicht gemacht werden. Was meinen Sie?



**LOTHAR RIEBSAMEN**, *Gesundheitsexperte der Unions-Bundestagsfraktion*: Einfach nur mehr Geld in das System zu geben und dann zu glauben, alles wird gut, das ist zu wenig. Bereits in den Jahren 2011 und 2012 wurden jeweils über zwei Milliarden Euro mehr für Deutschlands Krankenhäuser bereitgestellt. Die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner ist seit 1991 von 830 auf nur noch 615 im Jahr 2009 gesunken, ohne dass die Versorgung darunter gelitten hat.

Die Bundesländer stehen in der Pflicht, mithilfe einer sinnvollen Bedarfsplanung und der Erfüllung ihrer Investitionsverpflichtungen die stationäre Versorgung sicherzustellen. Zudem gilt es, die Mengengruppenproblematik zu lösen. Ziel muss dabei die Steigerung der Qualität sein.

**DR. BORIS AUGURZKY**, *Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung*: In den alten Ländern gibt es eine hohe Krankenhausdichte – ideale Voraussetzung, um größere Einheiten zu bilden und aus drei kleinen zwei mittelgroße Kliniken zu machen. Ihre wirtschaftliche Lage würde sich verbessern. Oft fehlen aber die nötigen Investitionsmittel. Mit mehr Fördergeld der Länder ist nicht zu rechnen. Ein beim Bund aufgehängter Strukturanpassungsfonds könnte helfen. Er würde Verbänden, die eine Optimierung ihrer Kapazitäten anstreben, zinslose Darlehen bereitstellen. Die Zinsvergünstigung ist aus Mitteln des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Damit würden die Kassen Hilfe zur Selbsthilfe geben und dazu beitragen, dass die Klinikstruktur wirtschaftlicher wird.



**ALFRED DÄNZER**, *Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft*: Die immer wieder geführte Debatte in Deutschland um die Zahl der Kliniken ist eine Scheindiskussion. Sie hilft auch nicht über das Grundproblem hinweg: die Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Im vergangenen Jahr machten rund 40 Prozent der Kliniken Verluste – Tendenz steigend. Das ist das eigentliche Dilemma! Tatsache ist auch, dass die Krankenhausaussgaben seit Jahren langsamer steigen

als die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Anteil der Ausgaben für die Kliniken ist heute nicht höher als vor zehn Jahren. Gleichzeitig versorgen die Häuser aber 1,3 Millionen mehr Patienten. Wir brauchen deshalb eine faire Krankenhausfinanzierung.

**DR. JÜRGEN PETER**, *Vorstandsvorsitzender AOK Niedersachsen*: Richtig ist, dass wir in Deutschland vergleichsweise viele Krankenhausbetten vorhalten. Eine Reduzierung der Klinikstandorte kann aber nur zielgerichtet erfolgen. Wir brauchen eine integrierte, sektorenübergreifende Planung, die neben dem demografischen Wandel und der Bevölkerungsdichte die künftigen regionalen Bedarfe berücksichtigt. Es gibt auch kleinere Kliniken, die unter dem derzeitigen Vergütungssystem wirtschaftlich nur schwer überleben können, die aber für die regionale Versorgung unverzichtbar sind. Neben einer guten Bedarfsplanung sollte daher auch die Systematik des Vergütungssystems überdacht werden.



## STUDIE Fast Food fördert Heuschnupfen

Pommes Frites und Hamburger machen Kinder und Jugendliche anfälliger für Asthma, Heuschnupfen oder allergische Hautausschläge. Zu diesem Ergebnis kam eine internationale Forschergruppe, darunter die Ulmer Professorin Gabriele Nagel, im Rahmen der seit 20 Jahren laufenden ISAAC-Studie über Asthma und Allergien bei Kindern. Die Forscher befragten 319.000 Jugendliche und 181.000 Eltern von Sechs- bis Siebenjährigen nach dem Essverhalten und



Erkrankungen. Die weltweit größte epidemiologische Untersuchung für diese Altersgruppen zeigte zudem, dass drei Obstmahlzeiten pro Woche helfen, Allergien zu verhindern – wegen der in Früchten enthaltenen Antioxidantien, wie die Forscher vermuten. Die Allergie-fördernde Wirkung von Fast Food könnte auf deren hohen Gehalt an Trans-Fettsäuren zurückzuführen sein. ■

## ZIGARETTEN Warnhinweise sollen größer werden

Drei Viertel der Vorder- und Rückseiten von Zigarettenpackungen sollen künftig in allen Staaten der Europäischen Union (EU) mit abschreckenden Fotos und Warnhinweisen wie „Rauchen ist tödlich – hören Sie jetzt auf“ bedruckt werden. Die EU-Kommission will dies in der EU-Tabakrichtlinie (2001/37/EG) verankern. Zigaretten mit Menthol oder anderem „charakteristischem Aroma“ wie Vanille oder Schokolade will die Kommission verbieten. Alle Tabakerzeugnisse sollen zudem so gekennzeichnet werden, dass zurückverfolgt werden kann, wo und wann sie hergestellt wurden. ■

## KOMMUNIKATION Befunddolmetscher verkürzt Wartezeit

Wer einen ärztlichen Befund liest, versteht oft nur Bahnhof. Abhilfe soll ein „Befunddolmetscher“ schaffen, den die Bertelsmann Stiftung zurzeit mit Medizinstudenten von „Was hab' ich?“ im Internet aufbaut. „Was hab' ich?“ ist eine vor zwei Jahren gegründete Studenteninitiative, die Arztbefunde kostenlos in eine für Patienten leicht verständliche Sprache übersetzt. Die Befunde werden auf sicheren Leitungen wie bei Bankgeschäften übermittelt. Das Projekt ist so erfolgreich, dass es inzwischen längere Wartezeiten gibt. Der nicht-kommerzielle und werbefreie Befunddolmetscher soll in die Bresche springen. ■

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

**STAMMZELLEN**  
**Spenderdatei gründet Tochter**

Die DKMS Deutsche Knochenmarkspenderdatei hat ihre vierte internationale Tochtergesellschaft gegründet. Seit Februar betreibt die gemeinnützige GmbH aus Tübingen unter dem Namen „Delete Blood Cancer UK“ in London eine Spenderdatei. In den USA ist die DKMS seit 2004 aktiv, in Polen seit 2009 und in Spanien seit 2011. Die 1991 gegründete DKMS ist nach eigenen Angaben mit rund drei Millionen potenziellen Stammzellspendern die größte Datei ihrer Art in der Welt. In zwanzig Jahren seien mehr als 34.000 Stammzellspenden vermittelt worden. Den Ausbau der Datei finanziert die DKMS aus Spenden, den laufenden Betrieb und die Pflege durch Kostenerstattungen der Krankenkassen. ■

**HUMAN BRAIN PROJECT**  
**Physiker bauen Gehirn nach**

Mehr als 1.000 Wissenschaftler aus 40 Ländern waren von 1990 bis 2003 am Human Genome Project beteiligt, mit dem das menschliche Erbgut entschlüsselt wurde. Ebenso erfolgreich soll das Human Brain Project werden, für das die EU-Kommission bis 2023 rund 1,2 Milliarden Euro zur Verfügung stellt. Ziel ist es, die komplexen Funktionen des menschlichen Gehirns Stück für Stück nachzubilden und mit modernen Computertechniken zu simulieren. Das soll auch zu neuen medizinischen Erkenntnissen über Gehirnerkrankungen wie Alzheimer führen. An dem Großprojekt sind Physiker, Informatiker, Mathematiker,

**Köpfe und Karrieren**



**+++ CORNELIA RUNDT**, 59, hat in der neuen niedersächsischen Landesregierung das Ressort Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration übernommen. Bislang war die Sozialdemokratin hauptamtlicher Vorstand des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Niedersachsen und darüber hinaus in der Gemeinschaft Deutsche Altenhilfe GmbH sowie in den Gesellschaften für Paritätische Sozialarbeit in Hannover, Braunschweig und Wilhelmshaven aktiv. Zwischen 1991 und 1996 gehörte sie dem Rat der Stadt Walsrode an, deren Beigeordnete sie war, und bis 2001 dem Kreistag des Landkreises Soltau-Fallingb., heute Heidekreis. Seit 2011 ist die Diplom-Kauffrau Mitglied des Integrationsbeirats des Landes Niedersachsen.

**+++ MARKUS WALTHER**, 45, ist neuer Vorsitzender der Gesellschaft für Fußchirurgie (GFFC). Der habilitierte Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Ärztliche Direktor der Schön-Klinik München-Harlaching tritt die Nachfolge von Dr. Angela Simon an, die nicht mehr kandidiert hatte. Professor Walther steht als neue GFFC-Vizevorsitzende Dr. Mellany Galla zur Seite. In der Gesellschaft haben sich eigenen Angaben zufolge mehr als 1.500 Ärzte aus Deutschland und Europa sowie Podologen und Orthopädieschuhmachermeister zusammengeschlossen.



**+++ ALFRED WIATER**, 58, stellvertretender Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Porz am Rhein gGmbH in Köln und promovierter Chefarzt der dazu gehörigen Kinderklinik, leitet als neuer Vorstandsvorsitzender die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Zudem ist er Sprecher der DGSM-Arbeitsgruppe Pädiatrie in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Die DGSM befasst sich mit der Erforschung des Schlafes und seiner Störungen sowie mit der klinischen Diagnostik und Therapie von Schlaf-Wach-Störungen. Zu ihren Mitgliedern zählen Pneumologen, Internisten, Neurologen, Psychiater, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Pädiater sowie Physiologen, Psychologen und Biologen.

**+++ ERIKA GROMNICA-IHLE**, 73, bleibt für weitere vier Jahre Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga. Die habilitierte Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie steht dem mit 260.000 Mitgliedern größten Patientenverband Deutschlands seit dem Jahr 2008 vor. Von 1988 bis 2005 war sie Chefarztin der Rheumaklinik Berlin-Buch und hatte anschließend drei Jahre lang eine eigene Rheumapraxis in der Bundeshauptstadt. Professorin Gromnica-Ihle unterstützen als Vizepräsidentinnen der Deutschen Rheuma-Liga Marion Rink und Rotraut Schmale-Grede.



Neurologen und Psychiater von mehr als 80 Forschungseinrichtungen in 22 Ländern beteiligt, darunter die deutschen Universitäten Aachen, Heidelberg und Karlsruhe sowie der Softwarekonzern SAP. Koordiniert wird das Projekt von der École Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL). ■

**MEHR INFOS:**  
[www.humanbrainproject.eu](http://www.humanbrainproject.eu)

**PATIENTENRECHTE**  
**Mehr Rente für Contergan-Opfer**

Die Contergan-Geschädigten in Deutschland sollen rückwirkend vom 1. Januar 2013 an statt bisher maximal 1.152 Euro bis zu 6.912 Euro Rente im Monat erhalten. Nach einem Gesetzentwurf des Bundesfamilienministeriums belastet dies den Bundeshaushalt mit 90 Millionen Euro

jährlich. Weitere 30 Millionen Euro gibt es für Sonderzahlungen etwa für Zahnersatz. Wegen des rezeptfreien Schlaf- und Beruhigungsmittels Contergan (Wirkstoff Thalidomid) kamen von 1957 bis 1961 rund 10.000 Kinder, davon die Hälfte in Deutschland, mit schwerwiegenden Fehlbildungen an den Gliedmaßen zur Welt. Rund 2.700 von ihnen beziehen derzeit eine Contergan-Rente. ■

Fotos: Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen; GFFC; privat; Deutsche Rheuma-Liga

# Wer up to date sein will...



...braucht das **G+G-Lexikon**. Die vierte, vollständig überarbeitete Auflage von „Stichwort Gesundheitswesen“ ist wieder auf dem neuesten Stand. Alle relevanten Änderungen bis zum Versorgungsstrukturgesetz sind eingearbeitet – von nichtärztlichen Gesundheitsberufen über die spezialfachärztliche Versorgung bis zur neuen Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses.

„**Stichwort Gesundheitswesen**“ ist mit seinen knapp 450 Stichworten ein umfassendes Nachschlagewerk. Dank seines Formates passt es zugleich in jede Akten tasche.

Ein **Handbuch** von Experten für Einsteiger und Insider. Mit zahlreichen weiterführenden Links und einem umfangreichen Abkürzungsverzeichnis.

## **Stichwort Gesundheitswesen** Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

Vierte, vollständig überarbeitete Auflage,  
ca. 340 Seiten, Broschur, Preis: 16,80 Euro  
zzgl. Verpackung und Versand  
ISBN: 978-3-940172-27-3

**G+G – Kleine Reihe.** Das Buch zur Zeitschrift.

**Ja, ich bestelle ...**

## **Stichwort Gesundheitswesen** Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

— **Exemplar(e) zum Preis von 16,80 Euro**  
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

**Stichwort Gesundheitswesen**  
Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.  
Vierte, vollständig überarbeitete Auflage,  
ca. 340 Seiten, Broschur, Preis: 16,80 Euro  
ISBN: 978-3-940172-27-3

per Fax **030 220 11-105**  
oder [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

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

## UMFRAGE

## Topathleten gehen seelisch in die Knie

Jeder dritte deutsche Spitzensportler ist nach eigenen Angaben psychisch krank. Das geht aus einer Studie hervor, die der Vorsitzende der Deutschen Sporthilfe, Michael Ilgner, im Sportausschuss des Bundestages präsentierte. Von 1.154 anonym befragten Topathleten litten 11,4 Prozent unter Burnout, 9,6 Prozent gaben Essstörungen, 9,3 Prozent eine depressive Erkrankung an. 5,9 Prozent räumten die regelmäßige Einnahme von Dopingmitteln ein. Als Grund nannten sie vor allem Erfolgsdruck. 37,2 Prozent der angeschriebenen Athleten antworteten nicht. Fußballer waren nicht befragt worden. Für die Vorsitzende des Sportausschusses, Dagmar Freitag, sind die Zahlen „Anlass zur Sorge“. Die Studie der Sporthochschule Köln zeige vielleicht nur die Spitze des Eisberges. ■



## ENTWICKLUNGSHILFE

## Eine Milliarde Euro gegen Infektionen

Die Bundesregierung hat dem Globalen Fonds zur Bekämpfung der Aids, Tuberkulose und Malaria eine Milliarde Euro zugesagt. Das Geld werde auf vier Jahre verteilt bis 2016 gezahlt, sagte Entwicklungshilfeminister Dirk Niebel. Der Globale Fonds ist eine von Deutschland 2002 mitgegründete internationale Institution, die sich aus Spenden finanziert. Sie hat nach eigenen Angaben in 151 Ländern für 14 Millionen Men-

schen Aids- oder Tuberkulose-Therapien bezahlt sowie 310 Millionen insektizidbehandelte Mückennetze zur Malariavorbeugung bereitgestellt. ■

## MEHR INFOS:

[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

## STUDIE

## Musik hilft Cochlea-Implantat-Trägern

Das Deutsche Zentrum für Musiktherapieforschung in Heidelberg hat in Zusammenarbeit mit der HNO-Kli-

nik der Universität Heidelberg eine Pilotstudie zur Optimierung des Hör- und Sprachtrainings durch Musiktherapie für Cochlea-Implantat-Träger abgeschlossen. Bei zehn Studienteilnehmern, die ertaubt sind und vor kurzem einseitig Implantate erhielten, habe eine Musiktherapie die differenzierte Hörfähigkeit von Klängen und Geräuschen im Alltag signifikant erhöht, so die Forscher. Die akustische Orientierung in Räumen und im Straßenverkehr habe sich verbessert und das Selbstwertgefühl der Patienten sei gestiegen. In Deutschland führen nach Angaben des Zentrums jährlich rund 16.000 Neuerkrankungen des Innenohrs zu einseitiger oder beidseitiger Ertaubung. Insgesamt werde die Zahl der ein- oder beidseitig gehörlosen Menschen bundesweit auf drei bis vier Millionen geschätzt. ■

## MEHR INFOS:

[www.dzm-heidelberg.de](http://www.dzm-heidelberg.de)

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Alternative Heilmethoden erfreuen sich wachsender Beliebtheit“

Spannungen im Körper lösen – das ist Ziel der Osteopathie. Die AOK Sachsen-Anhalt übernimmt seit Kurzem die Kosten dafür. Dazu die Verwaltungsratsvorsitzende der Kasse, **Susanne Wiedemeyer**.



**G+G:** Frau Wiedemeyer, was genau wird unter Osteopathie verstanden?

**WIEDEMEYER:** Die Osteopathie ist Teil der Alternativmedizin. Sie ist eine manuelle Heilmethode. Das heißt, der Osteopath nutzt ausschließlich seine Hände bei der Behandlung des Patienten. Mit ihnen ertastet er Störungen, Spannungen und Blockaden Schicht für Schicht tief im Inneren des Körpers und löst sie durch verschiedene Grifftechniken, gezielten Druck und leichte Dehnungen auf. Ziel ist es, den Gesamtorganismus des Patienten in Balance und Harmonie zu bringen und auch seine Selbstheilungsmechanismen zu aktivieren.

**G+G:** Die AOK Sachsen-Anhalt trägt für ihre Versicherten seit Kurzem die Kosten für die Anwendung. Warum?

**WIEDEMEYER:** Wir reagieren damit auf einen direkten Wunsch unserer Versicherten. Alternative Heilmethoden erfreuen sich wachsender Beliebtheit und Akzeptanz. Das belegen diverse Umfragen. Erstattet

werden die Kosten für osteopathische Behandlungen in Höhe von 80 Prozent, maximal 240 Euro jährlich. Das entspricht einem Anteil von maximal 60 Euro pro Sitzung für bis zu vier Behandlungstermine. Es genügt, eine ärztliche Verordnung sowie die Originalrechnungen einzureichen.

**G+G:** Worauf sollte der Patient bei der Wahl des Therapeuten achten?

**WIEDEMEYER:** Leider ist der Titel „Osteopath“ nicht geschützt, so dass sich im Prinzip jeder so nennen kann. Wichtig für die Behandlung ist, dass sie von einem geprüften Osteopathen vorgenommen wird. Er muss entweder Mitglied in einem Berufsverband sein oder entsprechende Qualitätskriterien erfüllen. Das ist die Voraussetzung für die Kostenerstattung durch die Gesundheitskasse. Ein Verzeichnis der derzeit in Sachsen-Anhalt teilnahmeberechtigten Leistungserbringer kann in jedem unserer Kundencenter eingesehen werden.

## Gute Führung, halber Stress

**Termin- und Leistungsdruck, ständige Unterbrechungen, Arbeit am Wochenende: Fast die Hälfte aller Bundesbürger klagt einer Umfrage zufolge über eine wachsende psychische Belastung am Arbeitsplatz. Karin Birk sieht die Unternehmen und ihr Management am Zug.**



**WER KENNT SIE NICHT**, die unterschiedlichen Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen: Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Depressionen. Es trifft Freunde, Kollegen oder die eigene Familie. Die Folgen sind nicht nur für die Betroffenen gravierend. Auch die Wirtschaft bekommt sie zu spüren. Rund 59 Millionen Fehltagewaren im Jahr 2011 darauf zurückzuführen. Und nicht nur das. Psychische Erkrankungen sind heute die wichtigste Ursache für Frühverrentungen. Wo auch immer die Gründe liegen – in der höheren Arbeitsverdichtung, der zunehmenden Entgrenzung der Arbeit oder doch nur in veränderten Diagnoseformen – eines ist klar: So kann es nicht weitergehen. Auch wenn nicht jede psychische Belastung ihre Ursache in der Arbeitswelt hat, so ist diese doch oft ein wichtiger Ansatzpunkt. Im Idealfall stabilisiert der Alltag im Unternehmen den Einzelnen. Im schlimmsten Fall führt er ins berufliche Aus.

Wir brauchen daher eine sachliche Diskussion. Anders als mancher Medienbericht suggeriert, haben psychische Belastungen zwar nicht zugenommen. Sie sind aber auch nicht weniger geworden, wie der „Stressreport 2012“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin belegt. Der psychische Druck auf den Beschäftigten verharrt danach auf hohem Niveau. Kein Wunder, dass die Gewerkschaften Alarm schlagen. Das Arbeitsschutzgesetz ist in ihren Augen für diese Fälle ein zahnloser Tiger. Gefordert wird eine Antistressverordnung mit klaren, praxisnahen Regeln. Doch so einfach ist es nicht. Zu unterschiedlich sind die Arbeitsabläufe, die Branchen und Betriebsgrößen. Anders als bei Lärm, lässt sich Stress eben nicht in Dezibel beziffern.

Gleichwohl gibt es in Unternehmen Wege, der Überbelastung Einhalt zu gebieten. Das fängt bei der richtigen Personalauswahl an und hört bei einem kompetenten Führungsverhalten auf. Ein Verhalten, das Mitarbeitern hilft, an Aufgaben zu wachsen statt daran kaputt zu gehen, das Perspektiven gibt und Grenzen setzt. Kommt die Seele dennoch aus dem Lot, muss schnell professionelle Hilfe her.

Auch die Krankenkassen sind hier in der Pflicht. Aber Vorsicht! Es geht nicht darum, Symptome zu behandeln. Entspannungstechniken und Therapien – all das macht Sinn. Doch die Arbeitswelt darf die Probleme nicht auf die Sozialsysteme abwälzen. Der Kampf gegen zu große Belastungen am Arbeitsplatz ist vor allem Sache des Managements. Es braucht betriebliche Anti-Stressvereinbarungen. Diese dürfen jedoch nicht nur auf einem Blatt Papier stehen, sie müssen gelebt werden. Sonst nimmt die Zahl derjenigen nicht ab, die überlastet und ausgebrannt zum Doktor müssen. ■

Auch die Krankenkassen sind hier in der Pflicht. Aber Vorsicht! Es geht nicht darum, Symptome zu behandeln. Entspannungstechniken und Therapien – all das macht Sinn. Doch die Arbeitswelt darf die Probleme nicht auf die Sozialsysteme abwälzen. Der Kampf gegen zu große Belastungen am Arbeitsplatz ist vor allem Sache des Managements. Es braucht betriebliche Anti-Stressvereinbarungen. Diese dürfen jedoch nicht nur auf einem Blatt Papier stehen, sie müssen gelebt werden. Sonst nimmt die Zahl derjenigen nicht ab, die überlastet und ausgebrannt zum Doktor müssen. ■

Karin Birk arbeitet als freie Journalistin in Berlin und ist auf Wirtschaftsthemen spezialisiert.

### RECHTSPRECHUNG

## E-Zigaretten von Schulhöfen verbannt

In Hessen bezieht das Rauchverbot in Schulen und auf Schulhöfen elektrische Zigaretten (E-Zigaretten) ein. Als „Rauchen“ im Sinne des Nichtraucherschutzgesetzes gelte auch das Inhalieren von nikotinfreien Zigaretten, weil Schädigungen durch andere Stoffe nicht auszuschließen seien, so das Verwaltungsgericht Gießen. Die Richter wiesen damit die Klage eines Lehrers der Kaufmännischen Schulen in Marburg ab. Zudem könne das Rauchverbot von E-Zigaretten auf dem Schulgelände aus dem Landesschulgesetz und der sich aus dem Beamtenrecht ergebenden Vorbildfunktion des Lehrers abgeleitet werden (Az. 5 K 455/12.GI). Das Verkaufsverbot von E-Zigaretten, das mehrere Bundesländer mit Unterstützung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte verhängt hatten, war vor einem Jahr vom Oberverwaltungsgericht Münster mit der Begründung gekippt worden, bei E-Zigaretten mit nikotinhaltem Liquid handele es sich weder um ein Arzneimittel noch um ein Medizinprodukt (Az. 13 B 127/12). ■

### VOLKSKRANKHEITEN

## Ministerium fördert Spitzenforschung

Die neue Bundesforschungsministerin Johanna Wanka (CDU) will die von ihrer Vorgängerin Annette Schavan vor zwei Jahren gegründeten vier nationalen Forschungszentren für Infektions-, Herz-Kreislauf- und Lungenkrankheiten sowie Krebs weiter ausbauen. Die Erforschung der Volkskrankheiten habe einen

unmittelbaren Nutzen für viele Menschen, sagte Wanka nach ihrer Vereidigung am 21. Februar im Bundestag. Es sei wichtig, dass die Ergebnisse der Spitzenforschung schnell in der medizinischen Versorgung ankämen. Auch die Präventions- und Ernährungsforschung, ein weiterer Schwerpunkt im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung von 2010, will die Ministerin voranbringen. Dazu werde in Kürze ein Aktionsplan vorgelegt, sagte der zuständige Fachreferent zeitgleich auf der Abschlusstagung des Netzwerks für nachhaltige Präventionsforschung, das zehn Jahre lang vom Bundesforschungsministerium gefördert wurde. ■

### FORSCHUNGSPROJEKT

## Mensch beheimatet viele Mikroben

Mehr als 10.000 verschiedene Arten von Bakterien leben im Menschen oder auf seiner Haut. Gemeinsam besitzen sie etwa acht Millionen Gene, die Proteine bilden können und damit die Zellfunktionen bestimmen. Das fanden Forscher aus mehr als 80 Institutionen heraus, die seit 2007 am Human Microbiome Project der US-Gesundheitsbehörde NIH arbeiten. Der Mensch selber verfügt nur über rund 22.000 solcher Protein-codierenden Gene. Welchen Einfluss die vielen verschiedenen Mikroorganismen auf Gesundheit und Krankheit haben, ist weitgehend ungeklärt und eine der Hauptfragen, mit denen sich das Human Microbiome Project in den nächsten Jahren beschäftigen soll. ■

### MEHR INFOS:

<http://hmpdacc.org>

# Pflege-Bahr mit Nebenwirkungen

Der Staat bezuschusst private Zusatz-Policen, um Pflegebedürftige vor finanzieller Überforderung zu schützen. Klaus Jacobs sieht diese Versicherungen kritisch: Die Prämien könnten künftig stark steigen, und der Wert der Leistungen ist ungewiss.

**Seit Anfang des Jahres** gibt es den „Pflege-Bahr“. Diese Bezeichnung hat sich inzwischen für die private Pflegezusatzversicherung eingebürgert, die der Staat mit fünf Euro pro Monat aus Steuermitteln bezuschusst, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (*siehe Kasten*). Von den bislang knapp zwei Millionen abgeschlossenen Pflegezusatzversicherungen unterscheidet sich der Pflege-Bahr vor allem darin, dass niemand aufgrund von Vorerkrankungen oder Behinderungen abgelehnt werden darf oder wegen individueller Risikozuschläge höhere Beiträge zahlen muss. Allerdings dürfen sich die Versicherungsbeiträge nach dem Alter der Versicherten unterscheiden. Das liegt am Kapitaldeckungsverfahren, das bei der Kalkulation des Pflege-Bahrs angewendet wird: Ältere Versicherte müssen die erforderliche Ansparleistung bis zum möglichen Eintritt von Pflegebedürftigkeit in einem kürzeren Zeitraum erbringen und deshalb – bei gleichen Leistungen – höhere Beiträge entrichten.

**Verbraucherschützer raten ab.** Nach zögerlichem Start gibt es rund zwei Monate nach Einführung des Pflege-Bahrs noch keine zehn Angebote auf dem Markt. Verbraucherschützer raten allerdings von einem vorschnellen Abschluss ab. So äußert sich etwa Michael Wortberg von der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz in der Ärzte Zeitung vom 15. Februar 2013: „Es gibt noch viel zu wenige Angebote, um entscheiden zu können, welche Produkte gut sind und welche nicht.“ Doch kann es unter den jetzigen Rahmenbedingungen überhaupt „gute“ Angebote geben? Zweifel erscheinen durchaus angebracht.

Zunächst gründen sich diese Zweifel auf die Leistungen der geförderten Zusatz-Policen. Das Gesetz verlangt als

## Bedingungen für die Förderung

Seit Jahresbeginn 2013 werden private Pflegezusatzversicherungen von Volljährigen mit einer steuerfinanzierten staatlichen Zulage von fünf Euro im Monat beziehungsweise 60 Euro im Jahr gefördert. Dafür gelten folgende Voraussetzungen:

- Der Versicherungsbeitrag (ohne Zulage) muss mindestens zehn Euro im Monat beziehungsweise 120 Euro im Jahr betragen.
- Im Pflegefall müssen in Pflegestufe III mindestens 600 Euro als monatlicher Leistungsbetrag ausgezahlt werden.
- Niemand darf aus gesundheitlichen oder Altersgründen abgelehnt werden (Kontrahierungszwang).
- Die Versicherer verzichten auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse; eine Prämien differenzierung nach Alter ist aber möglich.
- Bereits Pflegebedürftige können keine Versicherung abschließen; Leistungen können erst nach einer Karenzzeit (Wartezeit) von fünf Jahren gewährt werden.

Voraussetzung für den Zuschuss, dass im Pflegefall in jeder Pflegestufe Leistungen gewährt werden; in der höchsten Pflegestufe III in einem Mindestumfang von 600 Euro pro Monat. Ende 2011 waren in Deutschland gut 300.000 Menschen als „schwerstpflegebedürftig“ in Pflegestufe III eingruppiert und damit etwa zwölf Prozent der insgesamt 2,5 Millionen Pflegebedürftigen. Davon erhielt rund die Hälfte dauerhaft vollstationäre Pflege in Heimen – mit monatlichen Kosten für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung von durchschnittlich 2.907 Euro, mit teilweise erheblichen regionalen Unterschieden. Der Leistungssatz der gesetzlichen Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege in Pflegestufe III

beträgt seit 2012 monatlich 1.550 Euro. Er deckt die mittleren Kosten bei Weitem nicht ab, zumal den Pflegebedürftigen meist auch noch Investitionskosten in Rechnung gestellt werden. Sie können je nach Ausstattung des Heimes noch einmal mit rund 300 bis 600 Euro pro Monat zu Buche schlagen. Damit haben die derzeit gut 150.000 vollstationär betreuten Pflegebedürftigen in Pflegestufe III in vielen Fällen einen monatlichen Eigenanteil von 1.500 bis 2.000 Euro und mehr zu schultern. Gemessen daran erscheint die Mindestleistung des Pflege-Bahrs von 600 Euro eher überschaubar.

**Deckungslücke ist beträchtlich.** Kaum besser geht es den Menschen in Pflegestufe II („schwerpflegebedürftig“). Dieser Pflegestufe gehörte 2011 mit knapp 820.000 ein Drittel aller Pflegebedürftigen an. Von ihnen lebten 300.000 im Heim, also etwa doppelt so viele wie in Pflegestufe III. In Pflegestufe II beträgt der Leistungssatz seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre unverändert 1.279 Euro pro Monat. Damit wird gerade einmal etwas mehr als die Hälfte der für Ende 2011 ermittelten Durchschnittskosten für Pflege und Unterbringung von 2.440 Euro gedeckt. Auch hier muss die Beteiligung an den Investitionskosten noch hinzugerechnet werden, sodass der Eigenanteil oft nicht viel geringer ausfällt als in Pflegestufe III.

Für den Pflege-Bahr schreibt der Gesetzgeber aber in Pflegestufe II keine Mindestleistung vor. Die von der privaten Versicherungswirtschaft selbst ausgearbeiteten Musterbedingungen verlangen als Minimum 30 Prozent der Leistungen für Pflegestufe III, also mindestens 180 Euro pro Monat. Zwar sehen fast alle bisherigen Angebote zum Pflege-Bahr

insbesondere bei jüngeren Versicherten höhere Leistungssätze für Pflegestufe II vor, doch bleibt die Finanzierungslücke auch hier beträchtlich.

**Sozialhilfe trotz Eigenvorsorge.** Deshalb ist nachvollziehbar, dass Verbraucherschützer Menschen mit geringem Einkommen vom Pflege-Bahr abraten. Die Mindestleistungen der Zusatz-Versicherungen können keineswegs garantieren, dass Pflegebedürftige trotz zusätzlicher Eigenvorsorge am Ende nicht doch auf Sozialhilfe angewiesen sind. Da die Leistungen des Pflege-Bahrs auf die Grundversicherung angerechnet werden, würden allein die Sozialhilfeträger profitieren. Dass man schon mit kleinen Beiträgen viel erreichen könne, wie Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr oft betont, gilt für Geringverdiener somit nicht.

## Der Zuschuss darf nicht als Gütesiegel missverstanden werden.

Die Leistungen des Pflege-Bahrs sind also schon für die heute nicht von der gesetzlichen Versicherung abgedeckten Pflegekosten kein Ausgleich. Wenn 30- oder 40-Jährige überlegen, ob sie eine geförderte Zusatz-Police abschließen, wollen sie aber wissen, was die Leistungen wert sind, wenn sie in 30, 40 oder 50 Jahren pflegebedürftig werden. Diese Frage kann niemand seriös beantworten. Dabei geht es nicht allein um die über mehrere Dekaden schwer kalkulierbare Entwicklung der Pflegekosten, sondern vor allem um das künftige Leistungsniveau der gesetzlichen Pflegeversicherung. Deren Leistungssätze sind aufgrund unzureichender Anpassungen an die Kostensteigerungen seit Mitte der 1990er Jahre real immer weniger wert. Wenn diese Entwicklung nicht gestoppt wird, helfen der Mehrheit der Versicherten in Zukunft auch keine drei Pflege-Bahrs, um die Finanzierungslücke zu schließen.

**Beiträge werden angepasst.** Aber nicht nur der künftige Wert der Leistungen des Pflege-Bahrs ist ungewiss, sondern vor allem auch die Entwicklung der Versicherungsbeiträge. Wie in den Versiche-



Ein paar tausend Euro im Monat kostet der Pflegeplatz im Heim – davon trägt die gesetzliche Versicherung nur einen Teil, der zudem immer kleiner geworden ist.

rungsbedingungen zum Pflege-Bahr nachzulesen ist, kann es bei Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder bei steigender Lebenserwartung zu Beitragsanpassungen kommen. Viele Experten gehen davon aus, dass vor allem Versicherte den Pflege-Bahr nachfragen, die keine ungeforderte Pflegezusatzversicherung abschließen können, weil sie aufgrund von Vorerkrankungen oder Behinderungen ein überdurchschnittlich hohes Pflegerisiko aufweisen. Sollte sich diese Erwartung bestätigen, werden die Beiträge vermutlich in die Höhe schießen. Das wird allerdings – schon wegen der fünfjährigen Karenz – erst in einigen Jahren geschehen, wenn sich die Leistungsfälle bei den ersten Pflege-Bahr-Versicherten häufen.

### **Förderung auch für Lockvogel-Angebote.**

Wer die steigenden Prämien dann nicht mehr bezahlen kann oder will, hat schlicht Pech gehabt, denn die eingezahlten Beiträge (inklusive der staatlichen Förderung) bekommt niemand zurück. Es gibt auch keine Chance, ohne gravierende finanzielle Einbußen zu einer anderen Versicherung zu wechseln, die womöglich vorsichtiger kalkuliert hat und deshalb zunächst zwar etwas höhere Beiträge hatte als die Konkurrenz, dafür

in der Folgezeit aber geringere Beitragszuwächse. Entsprechende Informationen können die Versicherten nirgends bekommen. Sie sollten die staatliche Förderung keinesfalls als Gütesiegel missverstehen, denn der Zuschuss wird auch für „Lockvogel-Angebote“ geleistet.

In jedem Fall dürfte es sowohl für die Beitragsmittel der Versicherten als auch für die Fördermittel des Staates bessere Verwendungszwecke als den Pflege-Bahr geben. ■

**Professor Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

**Kontakt:** [Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de](mailto:Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de)

### Lese- und Webtipps

- Klaus Jacobs, Heinz Rothgang: **Der Pflege-Bahr – zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten.** In: Gesundheits- und Sozialpolitik 5/2012, Seite 41–51.
- Statistisches Bundesamt: **Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse.** Wiesbaden 2013; Download: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) > Publikationen > Thematische Veröffentlichungen > Gesundheit > Pflege
- Verbraucherzentrale Bundesverband: **Die Zusatzversicherung für Pflege – eine sinnvolle Ergänzung?** Download: [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de) > Publikationen

# Handbuch mit Aha-Effekt



**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 VStG – 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 23 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 Daniel Bahr.

**Die Reformfibel** – 96 Seiten mit Aha-Effekt. Und historischen Karikaturen von Horst Haitzinger mit Schmunzelgarantie.

**Die Reformfibel**  
Handbuch der Gesundheitsreformen  
KomPart-Verlag (Hrsg.)  
1. Auflage 2012, 96 Seiten, Klappenbroschur,  
16,80 Euro zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand  
ISBN 978-3-940172-26-6

## Ja, ich bestelle ...

**Die Reformfibel**  
Handbuch der Gesundheitsreformen

Exemplar(e) zum Preis von **16,80 Euro**  
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Die Reformfibel – Handbuch der Gesundheitsreformen  
KomPart-Verlag (Hrsg.)  
1. Auflage 2012, 96 Seiten, Klappenbroschur, 16,80 Euro  
ISBN 978-3-940172-26-6

per Fax 030 220 11-105  
oder [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr. PLZ Ort

Konto-Nr. BLZ Geldinstitut

Datum, Unterschrift



# Abschied vom Kapitänsprinzip

Mehr Klarheit über die Qualität von Ärzten, Kliniken und Kassen, mehr Mitsprache für Patienten, mehr Kompetenzen für nichtärztliche Gesundheitsberufe – eine Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat Reformakzente gesetzt. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Der Andrang ist groß:** Weit über 200 Verbandsvertreter, Gesundheitsexperten und Medienmenschen haben sich im Gebäude der bündnisgrünen Heinrich-Böll-Stiftung in Berlin eingefunden, um etwas über die Arbeit der Gesundheitskommission der Stiftung zu erfahren. Die 13 Fachleute (siehe Kasten „Kommissions-Köpfe“) haben für die nächste Gesundheitsreform so etwas wie eine Blaupause mit grünem Anspruch skizziert: „Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen“ lautet der Titel des 40-seitigen Berichtes, an dem die Experten rund ein Jahr gearbeitet haben.

**Fehlanreize beseitigen.** Die Ausgangslage ist für Stiftungsvorstand Ralf Fücks klar: „Das Gesundheitssystem belohnt nicht den klugen Ressourceneinsatz, vielmehr ist es geprägt durch Fehlanreize.“ Statt der Interessen von Versicherten und

Patienten dominierten die Interessen der Anbieter. Ärzte und Kliniken stecken jedoch in einem ethischen Dilemma, wie Helmut Hildebrandt, einer der beiden Kommissionsvorsitzenden, konstatiert: „Allzu oft müssen sie sich zwischen dem eigenen wirtschaftlichen Interesse und ihrem Berufsethos entscheiden, das von ihnen verlangt, die Gesundheit ihrer Patienten bestmöglich zu fördern.“

Mängel im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich führten bei den Kassen zu ebenso problematischen Verhaltensweisen: „Für viele Krankenkassen ist es nach wie vor lohnender, sich durch entsprechende Werbemaßnahmen auf die Gewinnung gesunder Versicherter zu konzentrieren, als in Versorgungsangebote mit hoher Gesundheitseffizienz zu investieren“, heißt es im Kommissionsbericht. Die Anreiz- und Vergütungsstrukturen seien stattdessen so zu setzen, dass sie sich am „Gesundheitsnutzen für den Patienten“ orientieren. Hildebrandt: „Uns geht es um Wert statt Menge, Value statt Volume.“

**Anspruch auf Informationen.** Um diesem Ziel näher zu kommen, empfiehlt die Kommission ein Bündel von Maßnahmen. So sollen Versicherte einen gesetzlichen Informationsanspruch darüber erhalten, welches Krankenhaus, welcher Arzt und welche Krankenkasse die beste Versorgung mit den besten Gesundheitsergebnissen bietet. Ärzte, Kliniken und andere Gesundheitsberufe könnten in „intelligenten Gesundheitsnetzen“ zusammenarbeiten: Als Träger von solchen regionalen Anbieterkonsortien und damit als Vertragspartner der Krankenkassen kämen auch Kommunen und Patientenverbände infrage. Anzugleichen sind nach dem Willen der Kommission die Honorarsysteme von gesetzlicher und privater

Krankenversicherung („Dabei ist eine Absenkung der Honorarsumme auszuschließen“) sowie die Vergütungsregeln für den ambulanten und den stationären Sektor, um das Zusammenwirken von Ärzten und Kliniken nicht zu behindern.



**Teamarbeit statt Ärztedominanz.** Bei den Sozialwahlen sollen Patienten- und Selbsthilfverbände mit eigenen Listen antreten können, die Urwahl wird Pflicht und alle Versicherten ab dem 16. Lebensjahr dürfen ihre Stimme abgeben. Als Auslaufmodell betrachtet die Kommission zudem die Dominanz der Ärzte bei der Versorgung von Patienten: Statt des „Kapitänsprinzips“ sei künftig Teamarbeit auf Augenhöhe zwischen den Gesundheitsberufen gefragt. Dies setze indes umfangreiche Änderungen im Haftungs- und Berufsrecht voraus. Darüber hinaus seien gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung besser miteinander zu verzahnen, um so dem Grundsatz Reha vor Pflege mehr Geltung zu verschaffen – bislang fehlten den Krankenkassen entsprechende finanzielle Anreize. ■

## Kommissions-Köpfe

**Andreas Brandhorst**, Referent für Gesundheitspolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (Co-Vorsitzender); **Helmut Hildebrandt**, OptiMedis AG (Co-Vorsitzender); **Ulrike Hauffe**, Bremer Landesbeauftragte für Frauen/Mitglied im Verwaltungsrat der Barmer GEK; **Dr. Bernd Köppl**, Bundesverband Medizinische Versorgungszentren; **Dr. Ilona Köster-Steinebach**, Verbraucherzentrale Bundesverband; **Prof. Dr. Andrea Morgner-Miehlke**, Ärztin und Gesundheitsökonomin; **Manfred Rompf**, bis 2012 Personalgeschäftsführer Vivantes; **Dr. Almut Satrapa-Schill**, Robert Bosch Stiftung; **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**, Universität Hamburg; **Peter Sellin**, Heinrich-Böll-Stiftung; **Dr. Johannes Thormählen**, GWQ ServicePlus AG; **Dr. Christina Tophoven**, Bundespsychotherapeutenkammer; **Prof. Dr. Jürgen Wasem**, Universität Duisburg-Essen

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

# 100 tolle Knollen sichern die Ernährung.

Wir helfen Kleinbauern in Peru,  
mit umweltfreundlichen und  
standortgerechten Methoden  
hohe Erträge zu erzielen.

Helpen Sie mit!



Konto 500 500 500  
Postbank Köln  
BLZ 370 100 50

[www.brot-fuer-die-welt.de](http://www.brot-fuer-die-welt.de)

Im Verbund der  
**Diakonie** 

Mitglied der  
**actalliance**

**Brot**  
**für die Welt**

# Kompass für die Kliniksuche

Die Qualität von Operationen schwankt erheblich. Die AOK Hessen unterstützt Patienten und niedergelassene Ärzte deshalb bei der Suche nach den besten Kliniken – beispielsweise für den Knie- und Hüftgelenkersatz. **Von Wilfried Boroch und Jürgen Merz**

**Meldungen über** unnötige Operationen, signifikante Qualitätsunterschiede und Behandlungsfehler lösen bei vielen Patienten Ängste und Unsicherheiten aus, wenn ihnen eine stationäre Behandlung bevorsteht. Sie wollen wissen, welches Krankenhaus für ihre Behandlung spezialisiert ist und wo die erfahrensten Ärzte arbeiten. Welche Krankenhäuser gibt es überhaupt in der Region? Und welche sind empfehlenswert, weil sie hohe Qualitätsstandards oder niedrige Komplikationsraten aufweisen?

Die AOK Hessen liefert mithilfe verschiedener Instrumente Antworten auf diese Fragen. Ein wichtiger Baustein ist die „Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“ – ein automatisiertes Verfahren, das Abrechnungsdaten der Kliniken systematisch nach Qualitätsaspekten auswertet. Die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern sind teils signifikant. Gerade bei Häusern mit geringerer Behandlungsqualität sind von 2004 bis 2011 aber die Fallzahlen gestiegen (siehe Grafik). Die AOK Hessen tritt mit allen Kliniken in Kontakt, um die QSR-Ergebnisse zu besprechen und den Dialog über Defizite anzustoßen.

**Gesundheitskasse befragt Patienten.** Bereits durch die Darstellung der Qualitätsunterschiede erwartet die AOK Hessen eine verstärkte Inanspruchnahme der qualitativ besten Häuser als bewusste Auswahlentscheidung der Patienten. Dennoch wird in vielen Fällen auch der einweisende Arzt ausschlaggebend für die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus sein. Daher stellt die AOK Hessen seit diesem Jahr auch den Medizinern speziell aufbereitete Informationen zu den Krankenhäusern im Land zur Verfügung.

Neben dem etablierten QSR-Instrumentarium nutzt die Gesundheitskasse seit dem Jahr 2012 die Ergebnisse systematischer Patientenbefragungen. Grundlage hierfür ist das „Patients' Experience Questionnaire (PEQ)“, das die Bertelsmann-Stiftung und der schweizerische Patientenverein „Outcome“ in einem wissenschaftlichen Verfahren entwickelt haben. Versicherte der AOK Hessen, die mindestens zwei Nächte in stationärer Behandlung waren und zwischen 18 und 80 Jahren alt sind, erhalten zwei bis acht Wochen nach ihrem Krankenhausaufenthalt einen standardisierten Frage-

bogen. Dieser umfasst vier Qualitätsebenen: ärztliche Versorgung, pflegerische Betreuung, Organisation und Service sowie die Weiterempfehlungsbereitschaft. Auf die insgesamt 15 Einzelfragen antworten die Versicherten nach dem Schulnoten-Schema. Damit die Ergebnisse repräsentativ sind, müssen mindestens 75 Fragebögen für ein Krankenhaus ausgewertet werden. Bezogen auf eine Fachabteilung liegt der Mindestrücklauf bei 50 Fragebögen.

**Verträge mit Qualität.** Auf Basis von QSR-Daten und Patientenbefragungen will die AOK Hessen auch beim Abschluss von Selektivverträgen verstärkt Anreize für Qualitätsverbesserungen der Krankenhäuser setzen. Ziel ist es, mit den besten hessischen Kliniken Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) zu schließen. Inhaltlich wird es um abgestimmte Behandlungspfade, aber auch um Wartezeiten und Entlassungs-Management gehen.

Im ersten Schritt sind IV-Verträge für die Hüft- und Knieendoprothetik vorgesehen. „Mit diesem Maßnahmenbündel wollen wir in den kommenden Jahren Qualität und Transparenz im hessischen Krankenhausmarkt verbessern. So werden Patienten leichter den Weg in das geeignete Krankenhaus finden – und sich dort in guter Behandlung wissen“, sagt Thomas Burmann, Leiter der Hauptabteilung Krankenhaus, Rettungsdienst, Fahrkosten der AOK Hessen. ■

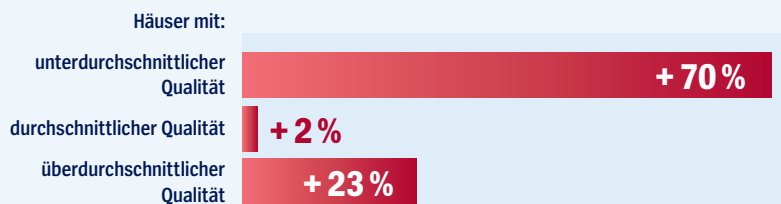
**Dr. Wilfried Boroch** leitet die Hauptabteilung Unternehmenspolitik, Kommunikation & Marketing bei der AOK Hessen.

**Jürgen Merz** ist Gruppenleiter in dieser Hauptabteilung.

**Kontakt: Juergen.Merz@he.aok.de**

## Bedenklicher Trend: Schlechtere Krankenhäuser gewinnen mehr Patienten

### Fallzahl-Entwicklung in der Knie-Totalendoprothetik 2004 bis 2011



Bei der Krankenhauswahl scheint die Qualität noch eine zu geringe Rolle zu spielen. So verzeichneten die Kliniken, die im QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) unter dem Durchschnitt lagen, beim Einsatz künstlicher Kniegelenke einen Zuwachs der Fallzahlen von 70 Prozent. In Häusern mit überdurchschnittlicher Qualität nahmen diese Operationen nur um 23 Prozent zu.

Quelle: AOK Hessen

# Gutes Netzwerk für Herzpatienten

Herz-Kreislauf-Patienten, die in Sachsen am Programm „CARDIO-Integral“ teilnehmen, loben die Zusammenarbeit von Hausärzten und Kardiologen. Dies ist ein Ergebnis der Evaluation, die auf einer Tagung in Dresden vorgestellt wurde. **Von Ute-Barbara Friedrich**

**Um die Qualität** und Effizienz der Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten zu verbessern, starteten im Jahr 2005 die AOK, der Hausärzterverband und Kardiologen in Sachsen die Integrierte Versorgung (IV) „CARDIO-Integral“. Die in dem Vertrag festgelegten Versorgungspfade umfassen neben der leitliniengerechten Behandlung Standards für Überweisungen zum Facharzt, schnelle Terminvergabe bei dringend notwendiger Behandlung, einen individuellen Therapieplan mit wichtigen Informationen für den Patienten sowie eine abgestimmte Arzneimitteltherapie. Inzwischen werden mehr als 70.000 Patienten durch 1.240 Hausärzte, 96 Kardiologen und fünf Partner für invasive Eingriffe betreut.

**Patienten sind zufrieden.** Die auf dem Symposium „Integriert – vernetzt – erfolgreich: CARDIO-Integral“ in Dresden vorgestellten Ergebnisse der Befragung von 387 Patienten, 156 Hausärzten und 39 Kardiologen durch das Gesundheitsökonomische Zentrum (GÖZ) der Tech-

nischen Universität Dresden belegen: Patienten und Vertragspartner profitieren von dem IV-Vertrag. So gab die Mehrheit der Patienten an, mit ihrem Gesundheitszustand zufriedener zu sein als vor ihrer Teilnahme an dem Programm. Auch loben sie die Zusammenarbeit von Hausarzt und Kardiologe.

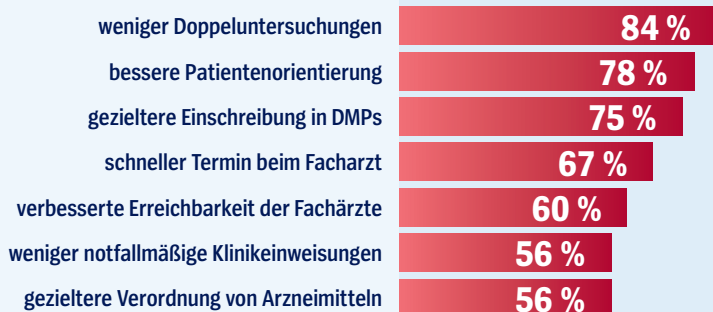
**Ärzte setzen auf Kooperation.** Eine ähnlich positive Bilanz ziehen die Hausärzte (siehe Grafik). „Für uns sind die konkreten Empfehlungen der Kardiologen zur weiteren Behandlung sowie die schnelle fachärztliche Untersuchung bei Notfällen besonders hilfreich“, betonte auf dem Symposium Ingrid Dänschel, Vorsitzende des Sächsischen Hausärzterverbandes. Für Professor Stefan G. Spitzer, Hauptgeschäftsführer der Dresdner Praxisklinik für Herz und Gefäße, liegt der Erfolg in der partnerschaftlichen Kooperation: „Regelmäßiger Erfahrungsaustausch in Qualitätszirkeln und eine alltagstaugliche Operationalisierung der Leitlinien der Fachgesellschaften garantieren eine qua-

litativ hochwertige Versorgung der Patienten und eine hohe Zufriedenheit der teilnehmenden Haus- und Fachärzte.“ Auch aus Sicht der invasiv tätigen Fachärzte hat sich die Qualität der Versorgung spürbar verbessert. „Die abgestimmte Partnerschaft aller beteiligten Ärzte ist ein Garant für eine qualitativ hochwertige Medizin“, so Professor Ruth Strasser, Ärztliche Direktorin des Herzzentrums der Uniklinik Dresden.

**Vernetzung zahlt sich aus.** Dass sich die Investition in die vernetzte Versorgung lohnt, unterstrich Professor Alexander Karmann, geschäftsführender Direktor des GÖZ. Zwar seien die Kosten anfangs recht hoch. Aber am Ende amortisierten sie sich deutlich. Ein Resümee, dass auch Rolf Steinbronn, Vorsitzender des Vorstandes der AOK PLUS, zieht: „Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass eine abgestimmte, effektive und hochwertige Versorgung der immer älter und gesundheitlich bedürftiger werdenden Bevölkerung in klugen Versorgungsverträgen sehr gut funktioniert und wirtschaftlich zu erbringen ist.“

Mit Blick auf den demografischen Wandel unterstrich auf dem Symposium Gesundheitsökonom Professor Eberhard Wille, stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Bedeutung eines effektiven Schnittstellenmanagements zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sein Credo: „Mehr flexible Vertragsmöglichkeiten mit einem Preis- und Qualitätswettbewerb können zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung beitragen.“ ■

## Pluspunkte der integrierten Versorgung aus Sicht der Hausärzte



Die Befragung von 156 der 1.240 an CARDIO-Integral teilnehmenden Hausärzte zeigt: Die Qualität der Versorgung von Herzpatienten hat sich durch das Programm spürbar verbessert. 84 Prozent der Interviewten gaben an, dass es weniger Doppeluntersuchungen gibt. Auch haben sie seltener Patienten in ein Krankenhaus überweisen müssen. *Quelle: AOK PLUS*

**Ute-Barbara Friedrich** ist Referentin Presse/ Öffentlichkeitsarbeit bei der AOK PLUS.

**Kontakt: Ute-Barbara.Friedrich@plus.aok.de**

# „Zigaretten vermitteln ein Loser-Image“

Höhere Preise, schlechtere Verfügbarkeit, Werbeverbote und ein Imagewandel haben dazu beigetragen, dass weniger Jugendliche zur Zigarette greifen. Jetzt gelte es, in den Bemühungen um Rauch-Prävention nicht nachzulassen, sagt der Sozialwissenschaftler **Klaus Hurrelmann**.

**G+G:** Wie cool ist das Rauchen heute?

**Hurrelmann:** Bei jungen Leuten ist Rauchen überhaupt nicht mehr in. Das hat sich in den vergangenen zehn Jahren erheblich verändert. Speziell in Deutschland kann man von einer echten Trendwende sprechen. Noch vor 15 Jahren lagen wir beim Zigarettenkonsum von Jugendlichen in europaweiten Vergleichen an der Spitze. Das ist jetzt anders.

**G+G:** Wie kam es, dass Rauchen bei Jugendlichen uncool wurde?

**Hurrelmann:** Vieles deutet daraufhin, dass das ganze Register von Public-Health-Strategien gegriffen hat, das wir kennen: die Preise erhöhen, die Werbung und die Verfügbarkeit einschränken, den Zugang erschweren und im öffentlichen Bereich den Konsum untersagen. Alle diese Maßnahmen plus – und das ist schwer zu steuern – ein Imagewandel dieses Produktes.

**G+G:** Wie hat sich denn das Image der Kippe gewandelt?

**Hurrelmann:** Als gesundheitsgefährdend wurde die Zigarette schon immer wahrgenommen. Zunehmend ist sie aber für Jugendliche nicht mehr attraktiv und wird von ihnen auch nicht mehr als die Persönlichkeit heraushebend wahrgenommen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Zigarette vermittelt ein Loser-Image.

**G+G:** Kann man den Zeitpunkt festmachen, an dem die Stimmung gegen die Zigarette kippte?

**Hurrelmann:** Das Verbot von Zigarettenrauchen in öffentlichen Einrichtungen und in Restaurants hat den letzten Anstoß

gegeben. Jetzt war jedem deutlich, dass es sich um ein Produkt handelt, das die Gesundheit des Nutzers beeinträchtigt, die Umwelt verschmutzt und ein Zeichen dafür ist, dass ein Mensch Schwierigkeiten mit seiner Persönlichkeitsentwicklung hat. Das hat der Zigarette ein negatives Image verpasst.

niedrigsten Stand überhaupt ist. Sie haben über die Jahre kontinuierlich dafür gesorgt, dass die Gefährlichkeit der Zigaretten deutlich angesprochen wurde. Die Programme zeigen, dass es in schwierigen Situationen Alternativen gibt und man die Droge Tabak nicht braucht. Aber jetzt gilt: Bloß nicht nachlassen. Keiner

Vieles deutet daraufhin, dass das ganze Register von Public-Health-Strategien gegriffen hat.

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin



**G+G:** Wer raucht denn noch?

**Hurrelmann:** Bei den Einsteigern alle Menschen, die es nötig haben. Die Zigarette hatte im Pubertätsalter schon immer die Funktion, abzulenken, zu kompensieren, Schwächen auszugleichen. Jugendliche rauchen, weil sie damit signalisieren, dass sie eine attraktive und starke Persönlichkeit sind. Auffällig ist allerdings die Korrelation von Einsteigern mit einem niedrigen Bildungshintergrund. Das war schon immer so, ist aber heute noch auffälliger.

**G+G:** Welche Rolle spielen Nichtraucherprogramme beim Imagewandel der Zigarette?

**Hurrelmann:** Sie haben die Tendenzen verstärkt, die dazu geführt haben, dass der Tabakkonsum gegenwärtig auf dem

kann garantieren, dass es nicht wieder zu einer Veränderung des Trends kommt und die Substanz Tabak wieder an Boden gewinnt. ■

Die Fragen stellte Fabian Obergföll, Redakteur bei der AOK-Mitarbeiterzeitung intro, Kompart Verlag.

## Wettbewerb: Be Smart – Don't Start

Der Wettbewerb „Be Smart – Don't Start“ soll Schülern einen Anreiz geben, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen. Der Wettbewerb richtet sich besonders an die Klassen, in denen noch nicht oder kaum geraucht wird, also die Klassenstufen sechs bis acht. Die Schüler unterschreiben einen Vertrag, in dem sie sich verpflichten, nicht zu rauchen. Wenn mehr als zehn Prozent einer Klasse rauchen, scheidet die Klasse aus. Der Wettbewerb wird von der AOK, der Deutschen Krebshilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert. [www.besmart.info](http://www.besmart.info)



# Ich werde 100 gute Jahre leben

Was mache ich im Ruhestand?  
Wie gebe ich den Jahren Sinn?  
In seinem preisgekrönten Essay  
geht **Gisbert Löcher** den großen  
Fragen des Alters nach. Der  
60-jährige IT-Fachmann engagiert  
sich in der Hospizbewegung,  
plant eine zweite Karriere als  
Demografieberater in Betrieben –  
und hofft auf ein biblisches Alter.

**E**ine in verschiedenen Versionen überlieferte islamische Geschichte erzählt von der Antwort des Propheten Mohammed auf die Frage: Soll ich mein Kamel vorsichtshalber anbinden oder auf Allah vertrauen, dass es mir nicht fortläuft. Mohammed antwortete, binde das Kamel an und vertraue auf Allah (*Wikipedia, 2012, zitiert nach al-islam.de*). Mohammeds Rat verband das Vertrauen des Menschen in sich selbst mit dem Vertrauen in Allah.

# Ein alter Hase startet durch



Gleich mit seiner ersten schriftstellerischen Arbeit hat Gisbert Löcher (Foto) ins Schwarze getroffen: Der Student des Master-Onlinestudiengangs „Integrierte Gerontologie“ der Universität Stuttgart gehört zu den Preisträgern des Wettbewerbs „Chance Demografie“ des Bundesinnenministeriums, an dem Ende vergangenen Jahres mehr als 120 Studierende aus ganz Deutschland teilgenommen haben. Mit seinem Aufsatz

„Ich werde 100 gute Jahre leben“ überzeugte Löcher in der Kategorie „Essay/Reportage“ die Jury und landete auf dem mit 2.500 Euro dotierten 1. Platz – und das mit 60 Jahren.

Der Betriebswirt aus Trier arbeitet seit vielen Jahren als IT-Experte bei einer Investmentbank in Luxemburg. Seine Arbeit macht ihm viel Spaß, aber er plant schon jetzt voraus. „Ich will selbst bestimmen, wann ich aufhöre zu arbeiten“, sagt er. In der Bank ist spätestens mit 65,5 Jahren Schluss – bis dahin will er sich ein zweites Standbein aufgebaut haben. Seit einem Jahr absolviert er deshalb parallel zu seinem Beruf den Online-Studiengang „Integrierte Gerontologie“ (siehe Interview auf Seite 26). Löcher: „Natürlich geht es dabei um mein eigenes Altern. Aber auch beruflich lässt sich viel daraus machen.“

Gisbert Löcher hat sich in seinem Studium damit beschäftigt, was gelingendes Altern bedeutet. Gesundheit, soziale Kontakte und sinnvolle Beschäftigung sind dafür wichtig. „Man hat nicht alles in der Hand, kann aber einiges selbst dazu beitragen, erfolgreich zu altern.“ Löcher betrachtet das Altern als eine Aufgabe und will andere darin unterstützen, sie zu meistern. Um Praxiserfahrung zu sammeln, engagiert er sich in der Hospizbewegung und begleitet seit einiger Zeit zwei hochbetagte Damen. „Ich will gerne helfen“, sagt er.

Sein Plan ist es, Firmen freiberuflich zum Thema „alternde Belegschaften“ zu beraten. Denn viele Unternehmen wissen seiner Meinung nach noch nicht um die Vorteile, die eine altersmäßig gemischte Belegschaft mit sich bringt. „Die Produktivität ist höher, als wenn man nur junge oder nur ältere Leute hat“, so Löcher. „Studien zeigen, dass die Produktivität von Menschen bis zum 53. Lebensjahr zunimmt und dann lange konstant bleiben kann.“

Seinem nächsten beruflichen Leben als Seniorenberater blickt Gisbert Löcher zuversichtlich entgegen: „Einem freiberuflichen Berater nehmen die Kunden sein Alter nicht übel. Im Gegenteil: Ältere Menschen fühlen sich wahrscheinlich bei einem Berater, der selbst schon ergraut ist, besser aufgehoben.“ ■ G+G/Jörg Schuster

Mehr Infos: [www.bmi.bund.de/studierendenwettbewerb](http://www.bmi.bund.de/studierendenwettbewerb)  
Kontakt Gisbert Löcher: [info@gelingend-altern.de](mailto:info@gelingend-altern.de)

**Ich möchte gern 100 gute Jahre leben. Warum?** Zum einen wünsche ich mir ein langes Leben und will körperlich und geistig gesund bleiben. Ein „sportlicher“ Ehrgeiz ist auch dabei: Ich will wissen, ob ich die 100 Jahre schaffe. Zum andern will ich mein Lebensende so weit wie möglich hinausschieben, da ich mich fürchte; nicht so sehr vor dem Tod, aber vor einem Sterben mit Schmerzen. Wie viel eigenes Tun und Gottvertrauen brauche ich, um 100 Jahre alt zu werden?

Die meisten Menschen sind bei der Frage nach der erhofften Lebensdauer bescheidener und wahrscheinlich realistischer als ich. Paul Baltes (2007) führte einmal in einem Vortrag eine Untersuchung an, in der junge und alte Menschen auf die Frage antworteten, wie alt sie werden wollten. Bei allen gefragten Personen lag die gewünschte Lebensdauer bei durchschnittlich 80 bis 85 Jahren. Diese Lebenszeit sagen Wissenschaftler für die nächsten Jahrzehnte voraus. Bomsdorf (2011) schätzt, dass bis zum Jahre 2111 mit insgesamt acht Millionen Hundertjährigen zu rechnen sei.

Die moderne Alterswissenschaft unterteilt die Gruppe der Menschen ab 60 Jahre in junge Alte (60 bis 80) und alte Alte (Hochaltrige). Wissenschaftler sprechen vom dritten und vierten Alter. Die jungen Alten leben heutzutage meist aktiv und einigermaßen gesund. Erst in der vierten Lebensphase erleben sie dann häufiger, dass sie körperlich und geistig weniger leisten können. Sie werden im Durchschnitt öfter demenz und leiden an mehreren Krankheiten. Im Jahre 2012 vollende ich mein 60. Lebensjahr und gehöre dann zu den jungen Alten.

Margret Baltes und Laura Carstensen (1996) nennen aus der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne drei psychologische Grundbedürfnisse der Menschen – sie bezeichnen sie als Entwicklungsaufgaben: Selbstverwirklichung, Selbstbestimmung und soziale Einbindung. In allen Lebensphasen wünschen sich Menschen, diese Sehnsüchte zu stillen.

Ich altere erfolgreich, wenn ich meine Grundbedürfnisse auch im Alter weitgehend erfüllen kann. Dies geschieht, indem ich meine Umwelt gestalte oder mich an sie, falls nicht anders möglich, anpasse. Aber woran messe ich meinen Erfolg? Wie äußert sich gelingendes Altern?

Antworten finde ich in der Definition von Rowe & Kahn: Ein Mensch altert erfolgreich, wenn er

- erstens körperlich und geistig möglichst gesund ist,
- sich zweitens mit Einsatz und Sorgfalt davor schützt, zu erkranken oder Pflege zu brauchen,
- sein Leben gestaltet, indem er persönliche Ziele verfolgt, mit anderen Menschen Kontakt aufnimmt, sich für das Geschehen in seinem Umfeld interessiert und sich daran beteiligt (Wahl, Diehl, Kruse, Lang und Martin, zitiert nach Rowe & Kahn, 2008).

Wenden wir uns zunächst den ersten beiden Antworten zu: körperlich und seelisch gesund sein und sich vor Krankheit schützen. Damit sollte man spätestens ab dem 30. Lebensjahr beginnen. Dazu braucht es Disziplin und Geld. Patienten müssen einen Teil der Kosten von Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung selber bezahlen. Dies gilt auch für Angebote zur geistigen Gesundheit wie etwa Volkshochschulkurse oder Gedächtnisübungen.



**Allein, warum sollte ich mich diesen Mühen unterziehen,** wenn – wie manche glauben – das Leben und die Todesstunde vorbestimmt sind? Ist es dann nicht gleichgültig, was ich für meine Gesundheit tue? Verlöscht die Kerze meines Lebens nicht so oder so zur vorbestimmten Stunde? Und führt Gott mich nicht in jedem Fall auf meinem vorgezeichneten Weg und macht mit mir, was er ohnehin vorhatte? Oder macht es wirklich einen Unterschied, wenn man die körperliche und geistige Gesundheit schützt? Rowe & Kahn haben gezeigt, wie eigenes Tun aussehen könnte. Ausgangspunkt sind die allgemeine Gesundheitsvorsorge und die regelmäßige Überprüfung bereits bestehender Erkrankungen.

**Ich bin vorbelastet mit chronischen Erkrankungen.** Werde ich eines Tages hundert Kerzen auf meiner Geburtstagstorte ausblasen? Ab fünf Erkrankungen spricht die Wissenschaft von der Multimorbidität. Im Alter erkranken Menschen häufiger. Die Kapazitätsreserven des Körpers schwinden und im Schlepptau bestehender Leiden kann der Körper weitere Krankheiten entwickeln. Eigentlich hatte ich die Hoffnung auf ein langes Leben vor Jahren bereits aufgegeben. Doch begegneten mir Menschen, die sehr oft in ihrem Leben erkrankten und trotzdem ein hohes Alter erreichten.

Um mich gegen weitere Erkrankungen zu wappnen, habe ich einen Generalstabs-Plan aufgestellt. Seine Grundregeln lauten: vorwiegend vegetarisch ernähren, keine Zigaretten, wenig Alkohol, Sport, möglichst viele Wege zu Fuß erledigen. Die zehn Minuten Busfahrt vom Bahnhof zur Firma stehen anstatt sitzen. Die Mittagspause zu einem Spaziergang nutzen anstatt wie im Büro auch im Restaurant wieder zu sitzen. Besuche beim Zahnarzt zweimal im Jahr, mit professioneller Zahnreinigung, Zähne putzen mit elektrischer Zahnbürste. Alle drei bis vier Jahre Darmspiegelung; mein Vater starb an Darmkrebs. Jährliche Krebsvorsorge beim Urologen mit Zusatztests auf Prostata- und Blasenkrebs. Jährliche Augenkontrolle mit Untersuchung auf Makula-Degeneration und Grünem Star (Glaukom). Der Arbeitgeber zahlt für die jährliche Gripeschutzimpfung im Betrieb. Chronisch Kranke wie ich können Grippeviren weniger widerstehen.

**Zur Vorsorge gehört Fitnessstraining.** Damit will ich beweglich und kraftvoll bleiben, um die körperlichen Leistungsreserven zu stärken. Zwei Trainingsstunden in der Woche stehen auf dem Plan. Die Trainer sagen, mit nur einer Trainingseinheit in der Woche bleibe man auf dem gleichen Leistungsstand, erst ab zwei Trainings gewinne der Körper an Kraft und Ausdauer.

Könnte, müsste ich mehr zur Gesundheitsvorsorge tun? Mit dieser umfangreichen ärztlichen Vorsorge gehöre ich unter Männern wahrscheinlich schon zu einer Minderheit. Ich bin ein Neunmalkluger, aber der hat auch seine Vorzüge. Die mangelnde Vorsorge und Bereitschaft zum riskanten Leben ist vermutlich ein wesentlicher Grund dafür, dass Männer im Durchschnitt früher sterben als Frauen. Manchmal frage ich mich allerdings, ob ich mit meiner Vorsicht und Vorsorge nicht übertreibe.

Meine geistige Beweglichkeit fördere ich zum einen durch meinen Beruf als Programmierer. Die betriebsinterne IT-Land-





## „Wir bilden Anwälte für die Alten aus“

**Prof. Dr. Wolfgang Schlicht, 60, ist Gesundheitswissenschaftler und leitet den Online-Masterstudiengang „Integrierte Gerontologie“ der Uni Stuttgart ([www.master-gerontologie.de](http://www.master-gerontologie.de)). Dort studiert Essay-Autor Gisbert Löcher.**

**G+G:** Warum hat die Universität Stuttgart den Online-Masterstudiengang „Integrierte Gerontologie“ ins Leben gerufen?

**Schlicht:** Zum einen nehmen wir damit die Verantwortung als staatliche Einrichtung wahr, gesellschaftlich relevante Problemfelder wissenschaftlich zu fundieren. Zum anderen sind wir als technisch orientierte Universität in der Lage, die bislang dominante sozialwissenschaftliche Ausrichtung der gerontologischen Studiengänge um die technisch-ingenieurwissenschaftliche Expertise zu erweitern. Intelligente Technik, etwa als Assistenzsystem in Wohnungen oder Fahrzeugen, ist neben der sozialen und räumlichen Gestaltung altersgerechter Umwelten wesentlich, um biologisch bedingte Verluste im Alter zu kompensieren.

**G+G:** Welche Qualifikationen erwerben die Teilnehmer?

**Schlicht:** Wir qualifizieren die Absolventen, Verantwortung für das Altern von Personen und Organisationen zu übernehmen. Sie erwerben Kompetenzen, um als Änderungsmanager in Organisationen, als Befähiger für ein gutes oder gelingendes Altern und als Übersetzer von wissenschaftlichem Wissen für die Praxis tätig zu werden. Als Master erwerben sie die Kompetenz, die Anforderungen und Herausforderungen des demografischen Wandels in Organisationen und in Gesellschaft konzeptuell zu begleiten. Wir bilden letztlich Anwälte für die Alten aus.

**G+G:** Wo können die Absolventen ihr Wissen einsetzen?

**Schlicht:** Wir erwarten, dass sie für ein breites Spektrum von Aufgaben und auf verschiedenen Gebieten tätig werden. Einmal als selbstständige Berater von Personen und Organisationen, die dabei helfen, wie Altern gelingen kann; dann sehen wir sie in sozialen Organisationen, in Kommunen, in Gebietskörperschaften oder in Betrieben als Demografiemanager und schließlich in politischen Parteien und Nicht-Regierungsorganisationen als Alters- und Demografieexperten.

**G+G:** Ihr Student Gisbert Löcher hat einen Essaywettbewerb der Bundesregierung gewonnen: Sind seine Lebenssituation und seine positive Sicht aufs Alter typisch für Ihre Studenten?

**Schlicht:** Diese Auszeichnung hat uns sehr gefreut, weil sie auch zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind und unsere Studierenden befähigt sind, intelligente und sachgerechte Antworten auf die anstehenden Fragen zu geben. Die positive Sicht auf das Altern ist quasi konstituierend für den Studiengang. Als gerontologischer Studiengang sind wir schließlich der Auffassung, dass jede Form der Bildung, also auch ein Masterabschluss, sich selbstverständlich auch und gerade im Alter lohnt. ■

Die Fragen stellte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

schaft verändert sich ständig. Ich muss mich anpassen und bleibe in meiner beruflichen Entwicklung nicht stehen. Meine Kollegen sind alle viel jünger als ich, so dass ich von ihrem moderneren Wissen lerne.

In meinem berufs begleitenden Studium der Alternswissenschaften schaue ich mich dagegen in einer ganz anderen Welt um. Mein Gehirn findet weitere Nahrung. So sehr der zusätzliche Zeitaufwand, den das Studium fordert, mich Kraft kostet, so sehr entsteht mit dem Appetit aufs Lernen neue Energie. Ich will es mir und anderen beweisen, dass ich noch einmal einen Universitätsabschluss schaffen kann.

**Spätestens nach dem Erreichen des Ruhestandes** will ich in einer zweiten Karriere als freiberuflicher Seniorenberater und Alterspsychologe arbeiten, um Menschen beim gelingenden Altern zu unterstützen. Mir selber würde ich dabei durch die geistige und soziale Beschäftigung auch Gutes tun. Dass mir jemand eine reizvolle Angestelltenposition anbieten wird, erwarte ich nicht. Schließlich bin ich dann 65. Einem freiberuflichen Berater dagegen nehmen die Kunden sein Alter nicht übel. Im Gegenteil: Ältere Menschen fühlen sich wahrscheinlich bei einem selber ergrauten Berater besser aufgehoben.

Früher habe ich bereits lange freiberuflich als Unternehmensberater gearbeitet. Warum nicht auch in diesem Bereich – neben der Alterspsychologie – selbstständig weiterarbeiten? Es geht beide Male um Beratung; das Arbeitsgefühl wäre ähnlich. Geistig in Bewegung bleiben ist auch in meiner Hospizarbeit und im Besuchsdienst möglich. Dabei erlebe ich mitunter hochaltrige, bewundernswerte Menschen: Sie strahlen Weisheit, Optimismus, Humor, Liebe zu den Menschen aus. Fragen nach dem Befinden beantworten sie ehrlich, doch ohne Selbstmitleid oder Jammern.

Baltes (2007) wies darauf hin, dass körperliches und geistiges Training helfen, im Kopf klar und beweglich zu bleiben. Insofern steigen meine Aussichten beträchtlich, der Demenz durch das Durchziehen meines Generalstabs-Plans ein Schnippchen zu schlagen. Vielleicht reicht es aber wenigstens dazu, erst einige Jahre später in das Reich hinüber zu wechseln, wo ich mich selber verliere. Manchmal versuche ich mir vorzustellen, wie mein Leben in Demenz aussähe. Ab dem 60. Lebensjahr taucht sie zunehmend in den Krankheitsstatistiken auf. Baltes stellte ein Ergebnis der Berliner Altersstudie heraus, nach dem im Alter die Anzahl dementer Menschen rasant ansteigt: Beinahe fünf Prozent aller 70-Jährigen sind betroffen, bei 80-Jährigen nähert sich der Anteil bereits der 15-Prozent-Marke und wächst bei 90-Jährigen auf annähernd 50 Prozent.

**In den vergangenen Monaten plagten mich Zweifel.** Klopfen mit meinen häufigeren Gedächtnisaussetzern die Vorboten der Demenz bereits bei mir an? Oder arbeite ich einfach zu viel? Sind zunehmende Gedächtnislücken mit 60 normal? Ich gehe dem Thema Demenz gern aus dem Weg. Ich verstaue es in der dunkelsten Kellerecke, oder ich beruhige mich damit, dass das Kurzzeit-Gedächtnis, auch als flüssige (fluide) Intelligenz bekannt, bei Älteren generell nachlässt. Daneben gibt es noch die feste, kristalline Intelligenz, das Langzeit-Gedächtnis. Um den Zusammenhang von Kurz- und Langzeit-Gedächtnis zu ver-

stehen, hilft mir übrigens mein Job: Vereinfacht gesagt ist das Kurzzeit-Gedächtnis der stromdurchflossene Hauptspeicher. Hier verarbeitet der Computer die Daten, die er eben von der stromunabhängigen Fest-Platte (Langzeit-Gedächtnis) geholt hat. Nach der Verarbeitung der Daten schickt der Hauptspeicher diese wieder zurück auf die Fest-Platte. Fällt der Strom einmal aus, bricht das Kurzzeit-Gedächtnis des Computers zusammen, doch sein Langzeit-Gedächtnis, die Fest-Platte, weiß noch alles.

Die dritte Antwort von Rowe & Kahn auf die Frage, wie man erfolgreich altert, lautet: soziale Kontakte und sich engagieren. Dies scheint mir leicht und schwer zugleich. Als junger Mann war ich ein einsamer Wolf. Ich warf einen Blick über den Zaun in meine Zukunft: Da saß ein Mann in seinem Garten und war allein. Im Laufe der Jahre wandelte sich mein persönliches Altersbild. Heute halte ich mein seelisches Gleichgewicht in einem Netz sozialer Beziehungen, das zwischen Freundin, Kindern, Bekannten, Arbeit, Studium und Ehrenamt schwingt. Die Gefahr, dass ich im Alter vereinsame, droht nicht mehr so wie früher. Mich mal für Stunden zurückzuziehen, dabei zu lesen oder im Internet zu stöbern, macht mir weiterhin Spaß. Aber eines ist klar: Im Alter will ich nicht allein leben.

**Kürzlich habe ich mir eine Eigentumswohnung** in einer ehemaligen Fabrik reserviert, in der ich vom Geländezugang bis zu meiner Wohnung im ersten Stock und weiter bis in meine Dusche gelangen kann, ohne auf unüberwindbare Hindernisse zu stoßen. Sollte die neue Wohnung mein letztes Zuhause sein, will ich nicht ausziehen müssen, nur weil ich Barrieren nicht mehr überwinden kann. Im Alter werde ich alles daran setzen, weiterhin technisch auf dem neuesten Stand zu bleiben. Internet, Smartphone, Pad, ein Roboter zu Hause, und was es dann sonst noch an intelligenter Technik zu Hause geben mag, will ich nutzen können. Diese Hilfsmittel sollen mir helfen, möglichst lange zu Hause selbstbestimmt und unabhängig zu leben. Mit anderen Menschen will ich in Kontakt bleiben, auch wenn der Körper nicht mehr so kann wie heute. Das alles verlangt ausreichende finanzielle Mittel. Kann ich mir diesen Lebensstil im Alter leisten? Ich weiß, dass mir Bildung und Einkommen Privilegien verschaffen, die ein längeres, gutes Leben möglich machen.

**Wie stehen nun meine Chancen**, mich am Ende meines Lebensweges umdrehen und auf 100 gute Jahre zurückblicken zu können? Meine spontane Antwort ist: Ich tue eine ganze Menge, um mein Altern zu meistern. Vielleicht würde Mohammed mir nahelegen, das Kamel mit der Leine nicht zu strangulieren. Als Neunmalkluger übertreibe ich es mit der Vorsicht und Kontrolle ab und zu. Meine chronischen Krankheiten raunen mir zu, dass ich es nicht so lange machen werde.

Auf Gott vertrauen? Mir ist klar, dass ich mein Leben nur teilweise selbst in der Hand habe. Der Mensch denkt und Gott lenkt; darauf läuft es hinaus. Von heute auf morgen kann „der da oben“ mein bisheriges Leben aus der Bahn und den Generalstabs-Plan in den Papierkorb werfen. Ich müsste dann auf meinem Lebensweg eine andere Richtung einschlagen oder wäre am Fluss Styx angekommen. Vielleicht wartet der Weltenlenker



aber erst einmal gespannt ab, wie ich mit seinem Geschenk leben zu dürfen umgehe. Warum sollte Gott mir die Freiheit zugestanden haben, selber über mein Leben zu entscheiden, wenn meine Beschlüsse keine Wirkung hätten? Das machte keinen Sinn. Vielleicht kann man unser Verhältnis als Team beschreiben, wie das zwischen dem Trainer und seinen Spielern oder dem Lehrer und seinem Schüler. In dieser Hierarchie gibt der Lehrer den Lehrplan als Rahmen vor, aber der Schüler entscheidet, ob und wie er die ihm gestellten Aufgaben löst. In diesem Rahmen finde ich meine Freiheit. Die Aufgabe wäre, das Altern zu meistern und gut mit mir umzugehen, um ein gutes langes Leben zu ermöglichen. Meine Freiheit besteht darin, die Aufgabe anzunehmen und sie in meinem Sinne auszugestalten.

**Das gesetzte Ziel ist, 100 gute Jahre zu leben**, besser gesagt: ein langes, gutes Leben zu leben. Ob ich 90, 98 oder 102 Jahre alt werde, ist nicht entscheidend. Lieber zu Hause die letzten Lebensjahre in ziemlich guter Verfassung erleben und mit 90 sterben als mit 100 „nach langer, schwerer Krankheit“.

In jedem Fall werde ich für mein Kamel ein neues Zuhause finden müssen. ■

#### Literaturverzeichnis

- Baltes, P. (2007), **Alter(n) als Balanceakt: Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde**. In: Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Ein Report der Max-Planck-Gesellschaft. P. Gruss (Hrsg.), München: C.H. Beck Verlag.
- Baltes, M., Carstensen, L. L. (1996): **Gutes Leben im Alter. Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns**. Psychologische Rundschau, 47. (S.199-215). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bomsdorf, E. (2011). **Acht Millionen Hundertjährige in Deutschland. Bis 2111 ist mit insgesamt 8 Millionen Hundertjährigen zu rechnen**. Universität zu Köln (Hrsg.) (30. August 2011). Zugriff am 28. Februar 2012 unter <http://www.portal.uni-koeln.de/nachricht+M5803a687381.html>
- Wahl, H.W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F.R., Martin, M. (2008). **Psychologische Altersforschung: Beiträge und Perspektiven**. Psychologische Rundschau, 59 (1), (S.2-23). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. (Hrsg.) (2012). **Hilf dir selbst, so hilft dir Gott**. Zitiert nach al-islam.de. Einzelnachweis 2. Das Vertrauen auf Allah (At-Tawakkul). Zugriff am 4. März 2012 unter [http://de.wikipedia.org/wiki/Hilf\\_dir\\_selbst,\\_so\\_hilft\\_dir\\_Gott#cite\\_note-1](http://de.wikipedia.org/wiki/Hilf_dir_selbst,_so_hilft_dir_Gott#cite_note-1)

# Mit Mundschutz



Sieht aus wie ein Arzt, aber ist Metallbaumeister: Vassilios Aslanidis trägt die klinische Schutzkleidung, während er die Tür zum Operationssaal repariert.

# und Schraubendreher



Wenn die Tür zum OP klemmt, kommt nicht mehr der Hausmeister, sondern ein Facility Manager. Vassilios Aslanidis und seine Kollegen beheben täglich bis zu 200 Störungen und halten so den Betrieb in der Uniklinik Köln am Laufen. Eine Reportage von [Monika Eschner](#) (Text) und [Jürgen Schulzki](#) (Fotos)

# B

lauweiße Lichtblitze zucken durch das Werkstattgebäude der Universitätsklinik Köln. Unter ohrenbetäubendem Lärm schweißst Miltiadis Theodoridis an einem Werkstück, das eine Laborwanne zum Auffangen von Chemikalien werden soll. Unter der Schutzmaske ist das Gesicht des 39-Jährigen kaum zu erkennen. Sein Chef, der Metallbaumeister Vassilios Aslanidis, wartet, bis der Schlosser seine Arbeit beendet und die Maske zur Seite gelegt hat. Anschließend begutachten beide Männer die Metallwanne. Ein Lächeln huscht über das verschwitzte Gesicht des Schlossers, als sein Teamleiter zustimmend mit dem Kopf nickt. „Dies ist eine passgenaue Anfertigung, die der Architekt für eine Laborsanierung bei uns in Auftrag gegeben hat“, erklärt Vassilios Aslanidis. „Wir übernehmen nicht nur Wartungs- und Reparaturarbeiten, sondern haben auch das nötige Know-how für solche Spezial-Aufträge.“ Dabei spart der



**Know-how für Spezialaufträge:**  
Der Schlosser Miltiadis Theodoridis schweißt  
an einer maßgefertigten Laborwanne.

Auftraggeber sogar Kosten, „denn so ein Werkstück wäre im Einkauf mindestens doppelt so teuer“.

**Universitätsklinik Köln gründet Tochter.** Die beiden Handwerker sind bei der medfacilities Betrieb GmbH beschäftigt, die im Jahr 2009 als hundertprozentige Tochter der Uniklinik Köln gegründet wurde. Mit derzeit 39 Kliniken, 22 medizinischen Instituten und weit über 8.000 Mitarbeitern gehört die Uniklinik zu den größten ihrer Art in Deutschland. „Ziel war es, das gesamte Spektrum von Bau und Betrieb in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre auf einen Partner zu übertragen, der privatwirtschaftlich agieren kann“, erläutert der Geschäftsführer der medfacilities, Peter Heinen, die Gründung der GmbH. Um den über die Jahre aufgelaufenen Sanierungsstau zügig abzubauen, hätten zunächst die Planung und Organisation von Bauvorhaben der Uniklinik ganz oben auf der Agenda des neuen Unternehmens gestanden.

Den Betrieb der Gebäude und Anlagen der Uniklinik Köln in ein eigenständiges Unternehmen auszulagern, bezeichnet der Geschäftsführer als einen notwendigen Schritt in Richtung Wirtschaftlichkeit. So konnten in den vergangenen Jahren Doppelstrukturen und bürokratische Hemmnisse abgebaut sowie die Effizienz gesteigert werden. Zudem arbeitet die medfacilities GmbH nicht nur für die Uniklinik Köln, sondern bietet ihre Leistungen auch anderen Klinikgruppen an. „Und zwar mit wirtschaftlichen Erfolg, der wiederum unserer Muttergesellschaft zugute kommt“, so Heinen.

**Mehrere 100.000 Sensoren steuern die Abläufe.** Mittlerweile besteht die medfacilities-Gruppe aus drei eigenständigen Gesellschaften: der medfacilities GmbH, die alle Immobilien und technischen Anlagen der Uniklinik plant und baut, der medfacilities Energie GmbH, die unter anderem die drei Blockheizkraftwerke auf dem Campus der Uniklinik betreibt, sowie der

medfacilities Betrieb GmbH mit den Bereichen Technik/Infrastruktur und Medizintechnik. Insgesamt arbeiten für das Unternehmen rund 250 Mitarbeiter.

Zwei von ihnen sind Vassilios Aslanidis und Miltiadis Theodoridis, die sich zusammen mit drei weiteren Schlossern, zwei Installateuren, zwei Malern und einem Raumausstatter hauptsächlich um die Instandhaltung und Reparaturen in der Uniklinik kümmern. Zusätzlich gibt es auch noch eine Schreiner- und eine Elektrowerkstatt.

In einem Büro neben dem zentralen Werkstattgebäude gehen täglich per Fax Arbeitsaufträge ein, die Aslanidis an sein Team verteilt. Diese kommen von einer zentralen Leitwarte, die die bis zu 200 Störungsmeldungen täglich am Telefon entgegennimmt und an die entsprechenden Dienstbereiche weitergibt. Über ein internes Computernetz laufen alle wichtigen Prozessdaten aus den Versorgungsbereichen der Uniklinik Köln zusammen, die von mehreren 100.000 Sensoren permanent überwacht, gesteuert und geregelt werden. Das reicht von der Innentemperatur der Räume bis zur Funktion der Aufzüge in den einzelnen Gebäuden. Schlägt einer dieser Sensoren Alarm, wird dies auf einem der Computerbildschirme der Leitwarte sichtbar. „Meistens können wir diese Störungen über die Fernwarte beheben, also ohne einen Kollegen rauszuschicken“, erklärt Jürgen Kurp, einer von sieben Mitarbeitern der Gebäudeleittechnik, die rund um die Uhr im Schichtdienst arbeiten.

**Bekannt wie ein bunter Hund.** Um Reparaturen an den technischen Anlagen kümmern sich die Mitarbeiter der medfacilities vor Ort. Heute zum Beispiel lässt sich eine Tür im Zentral-OP, der aus insgesamt neun Operationsräumen besteht, nicht mehr richtig schließen – wahrscheinlich ein Problem der Mechanik. Jetzt ist die Expertise von Vassilios Aslanidis gefragt. Mit den passenden Ersatzteilen aus der Materialausgabe macht sich der Teamleiter auf den Weg zum Zentral-OP.

Unterwegs wird er von den meisten Krankenschwestern und -pflegern, die auf den Fluren hin- und hereilen, freundlich begrüßt. „Ich bin hier bekannt wie ein bunter Hund“, erzählt der 40-Jährige, „in meinem Job kommt man gut rum.“ Der Industriemechaniker und Metallbaumeister arbeitet bereits seit 1995 auf dem Campus, zunächst als Mitarbeiter der Uniklinik. Später wurde er wie die meisten seiner Kollegen von der neu gegründeten medfacilities GmbH übernommen und zum Teamleiter ernannt.

Im Umkleideraum, durch den es in den Zentral-OP geht, muss er sich bis auf die Unterwäsche ausziehen und das dunkelblaue T-Shirt mit dem medfacilities-Logo gegen die vorgeschriebene Schutzbekleidung auswechseln. Dazu gehören neben einer grünen Jacke und Hose auch Gummischuhe, ein Häubchen und ein Mundschutz, die sich zu Dutzenden in den Regalen stapeln. Nach Männern und Frauen getrennt, treffen sich hier die OP-Teams zum Kleiderwechsel. Zwischen den Spinden ist es eng

**Sofort vor Ort: Mit der rollenden Werkstatt fährt Sanitärfachmann Dejan Kroflin zum Institut für Virologie, um einen Rohrbruch im Herren-WC zu reparieren.**

und stickig. Trotzdem herrscht beim An- und Ausziehen eine entspannte Atmosphäre, die peinliche Momente erst gar nicht aufkommen lässt.

**Spezialwissen ins Team einbringen.** Einige Minuten später steht Aslanidis auf dem langen Flur, der die OP-Säle vom zentralen Bereich trennt. Stolz zeigt er auf ein Tischchen aus Edelstahl, eine Spezialanfertigung, die er noch in seiner Lehrzeit als Industriemechaniker angefertigt hat. Die Befriedigung darüber, dass eines seiner Werkstücke nach so vielen Jahren immer noch seinen Dienst tut, ist ihm deutlich anzumerken. „Ich bin nun mal mit Leib und Seele Handwerker, auch wenn die moderne Berufsbezeichnung inzwischen Facility Manager heißt“, sagt er. Diesen Begriff – übersetzt: Anlagen-Manager – mag er nicht so sehr, aber Hausmeister will er auch nicht genannt werden. Vielmehr seien seine Kollegen und er Spezialisten, die sich um die Funktionstüchtigkeit sowie Betriebssicherheit der technischen Anlagen, Einrichtungen und Geräte der Uniklinik kümmern.

Das bestätigt auch Rainer Steil, der den Bereich Technik/Infrastruktur innerhalb der medfacilities Betrieb GmbH leitet und damit für das gesamte Facility Management an der Kölner Uniklinik verantwortlich ist. „Wir beschäftigen in diesem Unternehmensbereich insgesamt rund 160 Handwerker sowie etwa 40 Techniker und Ingenieure. Sie alle sind Experten auf ihrem Gebiet. Nur im Team können wir die komplizierten technischen Abläufe an der Uniklinik am Laufen halten.“ Basis für ein erfolgreiches Facility Management sei es, dass alle Mitarbeiter



ihr Metier aus dem Effeff beherrschten und jeder sein spezielles Fachwissen einbringen könne.

**Studium klingt nach eierlegender Wollmilchsau.** Auf den Studiengang „Facility Management“ angesprochen, der mittlerweile an vielen Hochschulen in Deutschland angeboten wird, kann Prokurist Rainer Steil seine Skepsis nicht verbergen. „Das klingt für mich nach eierlegender Wollmilchsau. Da werden junge Leute ausgebildet, die von allem etwas, aber nichts richtig wissen.“ Wer sich jedoch im Rahmen seines Studiums für Gebäudemanagement interessiert, dem könne „Facility Management“ im Nebenfach sicherlich erste Einblicke bieten.

Doch zurück in den Zentral-OP des Universitätsklinikums Köln. Der Defekt an der Tür zum OP-Saal erweist sich als ein kleines mechanisches Problem. Mit wenigen geübten Handgriffen zieht Vassilios Aslanidis eine Schraube wieder fest, die sich gelöst hatte. „Glück gehabt“, sagt er und packt seine Werkzeuge wieder ein. „Manchmal kann es leider sehr lange dauern, bis der Fehler gefunden ist.“

Kaum ist er zurück im zentralen Werkstattgebäude, macht sich der Facility Manager gleich wieder auf den Weg. Zwei Mitarbeiter seines Teams haben den Auftrag, im „Queen Rania Rehabilitation Center“ Edelstahlbleche in der Essensausgabe anzubringen. Damit sollen die empfindlichen Kacheln an den Wänden besser vor Beschädigungen durch Servierwagen geschützt werden. Nun will Vassilios Aslanidis bei seinen Kollegen vorbeischaun und ihre Arbeit überprüfen.



**Sorgt für Ordnung im Klinikum: Vassilios Aslanidis richtet ein Regal für Gummischuhe im Umkleideraum des Zentral-OPs.**



Von der Raumtemperatur bis zu den Aufzügen: In der Leitwarte überwacht Jürgen Kurb die technischen Funktionen am Klinikum.



Alles da für den nächsten Auftrag? Im zentralen Werkstattgebäude finden Dejan Kroflin und Vassilios Aslanidis das nötige Material.



Schutz für die Kacheln im Casino: Die Schlosser Denis Becker (l.) und Angelo Piscopo befestigen Edelstahlbleche an der Wand der Essensausgabe.

**Viele Kilometer zu Fuß unterwegs.** Die ehemalige Klinik, deren Schirmherrin die jordanische Königin ist, hat die medfacilities GmbH vor einigen Jahren zu einem Reha-Zentrum für Kinder und Jugendliche mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit umgebaut. Das Gebäude befindet sich einige Minuten Fußweg vom Gelände der Uniklinik entfernt. Für solche langen Wege stehen den Mitarbeitern der medfacilities rund 50 firmeneigene Dienstfahräder zur Verfügung, die regelmäßig im Werkstattgebäude

gewartet und repariert werden. Trotzdem kann der Teamleiter viele Strecken innerhalb der Gebäude nur zu Fuß zurücklegen. Wie viele Kilometer es an einem Arbeitstag genau sind, hat er noch nie gemessen. „Aber da kommt schon so einiges zusammen.“

Während der zentrale Operations-Bereich des Kölner Klinikums eine technisch-sterile Atmosphäre ausstrahlt, empfängt das Queen Rania Rehabilitation Center die Besucher mit gemütlich eingerichteten Räumen in warmen Farben. Im Casino sind die Schlosser Angelo Piscopo und Denis Becker damit beschäftigt, die Schutzbleche passgenau an der Wand anzubringen. Ihr Chef ist jedoch nicht ganz zufrieden. In Ruhe erklärt Vassilios Aslanidis, wie es noch besser gemacht werden kann. Aufmerksam hören die jungen Männer zu und machen sich erneut an die Arbeit.

**Kein Job für Langschläfer.** Auf dem Weg zurück über das weitläufige Klinikgelände zum zentralen Werkstattgebäude erzählt Vassilios Aslanidis, dass sein Team nicht nur für die Wartung und Instandsetzung der Immobilien zuständig ist, sondern auch für die Rasenflächen und den Winterdienst.

Weil der Klinikbetrieb früh am Morgen beginnt, fangen er und seine Kollegen von der medfacilities bereits um sieben Uhr mit der Arbeit an. „Ein Langschläfer sollte man in unserem Job nicht sein“, stellt Vassilios Aslanidis fest und macht dabei einen sehr ausgeschlafenen Eindruck. Ab 16 Uhr ist dann für die meisten seiner Mitarbeiter Feierabend. Darüber hinaus gibt es für Notfälle eine 24-stündige Rufbereitschaft, die sich der Bereichsleiter mit vier Kollegen teilt.

**Mit dem Bulli zum Rohrbruch.** Zurück in der Werkstatt kümmert sich Vassilios Aslanidis um einen neuen Arbeitsauftrag. Im Institut für Virologie, das einige Kilometer außerhalb des Klinikgeländes liegt, gibt es einen Rohrbruch im Herren-WC. Zudem ist eine Notdusche defekt. Ein Fall für Dejan Kroflin, dem Sanitärfachmann im Team. Zunächst wird der Auftrag in allen Einzelheiten besprochen. Was muss genau gemacht werden und welche Ersatzteile werden dafür gebraucht? Dann prüft Kroflin, ob im firmeneigenen Transporter die für die Reparatur benötigten Werkzeuge vorhanden sind. Der Handwerker-Bulli ist so ausgerüstet, dass auch größere Arbeiten vor Ort möglich sind. So enthält das Fahrzeug eine Spannvorrichtung, mit der Rohre auf die passende Größe geschnitten werden können. Nachdem Kroflin die Vorbereitungen abgeschlossen hat, steigt er in die rollende Reparatur-Werkstatt und verabschiedet sich mit einem freundlichen Winken von seinem Chef.

Vassilios Aslanidis schaut ihm kurz nach und eilt dann ins Werkstattgebäude zurück. „Das ist das Schöne an unserem Job. Das Gelände der Uniklinik ist so groß wie eine Kleinstadt. Deshalb gibt es immer was zu tun – Langeweile kommt hier nicht auf.“ Sagt's und wendet sich einem neuen Auftrag zu. ■

**Monika Eschner** ist gesundheitspolitische Journalistin.

**Kontakt:** [Redaktion@Eschner-Koeln.de](mailto:Redaktion@Eschner-Koeln.de)

**Jürgen Schulzki** ist freier Fotograf. **Kontakt:** [info@fotografie-schulzki.de](mailto:info@fotografie-schulzki.de)



# „Selbermachen ist nicht immer besser“

Wenn ein Krankenhaus Bereiche wie Gebäudemanagement, Wäscherei und Küche auslagert, kann es ohne Qualitätseinbußen Kosten sparen, sagt der Gesundheitsökonom Wilfried von Eiff. Voraussetzung sei, dass Kliniken die Outsourcing-Partner vorher auf ihre Leistungsfähigkeit prüfen.

**Wie verbreitet ist das Outsourcing bei Kliniken und für welche Häuser ist das Modell geeignet?**

**von Eiff:** Insbesondere viele größere Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten belassen Aufgaben wie Verpflegung, Wäscherei, Zentrallager oder interne Logistik gern in Eigenregie. Oft steht dahinter die Überzeugung, dass Selbermachen Kosten spart und Qualität erhöht. Dies ist ein Trugschluss: Selbermachen ist nicht immer besser und billiger. Eine hohe Dienstleistungstiefe im eigenen Haus ist ein wesentlicher Aufwands- und Kostentreiber; unübersichtliche Kostenstrukturen und Koordinationsbürokratie sind die Folge. Outsourcing wird allerdings dadurch erschwert, dass Krankenhäuser nicht vorsteuerabzugsberechtigt sind. Damit stellt die Mehrwertsteuer einen Kostenfaktor dar.

**Die Uniklinik Köln hat das Gebäudemanagement ausgelagert. Welche anderen Bereiche bieten sich für Kliniken zum Outsourcing an?**

**von Eiff:** Für eine organisierte Auslagerung bieten sich grundsätzlich alle selbstständig arbeitsfähigen Betriebsteile und Aufgabenbereiche sowie werkvertragsfähige Tätigkeitsbereiche an, die nicht zum klinischen Kerngeschäft gehören. Dazu zählen Speisenversorgung, Wäscherei, Logistik- und Lageraufgaben, Cafeteria sowie möglicherweise in kleineren Krankenhäusern Labor, Sterilisation und Apotheke.

**Sparen denn Kliniken mit dem Outsourcing tatsächlich Kosten?**

**von Eiff:** Kosten sparen die Kliniken nur, wenn sie gleichzeitig die Prozesse optimieren. Dazu zwei Beispiele: Die Umstellung von der eigenen Frischküche auf Tiefkühl-Fertigprodukte spart zwar kostspielige Investitionen in Küchentechnik, erfordert aber ein Speiserverteilsystem mit dezentral aufgestellten Wärmewagen. Die Übertragung von Logistikaufgaben auf einen externen logistischen Dienstleister setzt ein automatisiertes Bestandsprüfungs- und Direktbestellsystem auf den Stationen voraus.

**Welche Folgen hat das Outsourcing für die Beschäftigten in den ausgelagerten Bereichen?**

**von Eiff:** Outsourcing-Aktivitäten sollten langfristig vorbereitet werden und nicht als kurzfristige Reaktion auf einen Sanierungsstau oder Investitionslücken erfolgen. Dadurch lässt sich die Personalanpassung über natürliche Fluktuation, Versetzungen an einen anderen Arbeitsplatz oder Übernahme durch den Outsourcing-Partner sozialverträglich regeln. Bei Personalverlagerungen von einem öffentlichen zu einem privaten Arbeitgeber sind Gehaltseinbußen aufgrund von Tarifunterschieden möglich. Auch an die Flexibilität der Arbeitnehmer werden möglicherweise höhere Anforderungen gestellt.



Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff  
leitet das Centrum für  
Krankenhaus-Management an  
der Universität Münster.

**Wie steht es um die Qualität der ausgelagerten Dienstleistungen: Leidet beispielsweise die Patientensicherheit?**

**von Eiff:** Outsourcing kann nur dann Kosten senken und Qualität sichern, wenn die Kliniken bei der Vergabe der Leistungen bestimmte Voraussetzungen beachten. Der Outsourcing-Partner ist auf Basis eines Lieferanten-Rating- und Monitoring-Systems im Hinblick auf seine Leistungsfähigkeit zu überprüfen. Das Krankenhaus muss sicherstellen, dass es die Qualität der gelieferten Leistungen kontrollieren kann. Dazu gehört auch, strategische Innovationen zu erkennen und vom Lieferpartner einzufordern. Und das Klinikum muss vor der Vergabe prüfen, inwieweit der neue Versorgungsprozess mit Patientenrisiken, aber auch mit ökonomischen Verfahren verbunden ist. Ein risikofreier Organisationsablauf sollte als Leistungsbestandteil in den Vertrag aufgenommen werden. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

# Klartext für Patienten

Fachzeitschriften manipulieren Ärzte, Broschüren verwirren Patienten – zwei von sieben Sünden, die aus Sicht von **Gerd Gigerenzer** und **J. A. Muir Gray** die Defizite unseres Gesundheitssystems verursachen. Nach sauberem Wasser und wissenschaftlichem Fortschritt erwarten sie daher eine dritte Revolution in der Medizin: verständliche Informationen für jeden.



**P**atienten gelten als das Problem der High-Tech-Gesundheitsversorgung: Sie sind ein unwissendes, ängstliches Volk mit ungesunden Lebensgewohnheiten und wenig Kooperationsbereitschaft. Sie verlangen Medikamente, die von Prominenten im Fernsehen angepriesen werden, bestehen auf unnötigen, aber teuren Computer- und Magnetresonanztomografien (CT und MRT) und werden am Ende noch zu Klägern. Uninformierte Patienten und die Kosten, die sie verursachen, haben Aufmerksamkeit erweckt. Hier sind einige Beispiele.

Bei fast zehn Millionen Frauen in den USA wurden unnötige Pap-Abstriche (Zellabstriche aus dem Gebärmutterhals) zur Zervix-Krebserkennung vorgenommen – unnötig deshalb, weil diese Frauen nach Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) gar keine Zervix mehr hatten (*Sirovich & Welch, 2004*). Unnötige Pap-Abstriche schaden der Patientin nicht, aber das Gesundheitssystem vergeudet damit Millionen, die an anderen Stellen für bessere Gesundheitsversorgung hätten genutzt werden können. Unmündige, nicht informierte Patienten gibt es nicht nur in den USA. Eine repräsentative Studie mit 10.228 Teilnehmern aus neun europäischen Ländern hat gezeigt, dass 89 Prozent der Männer und 92 Prozent der Frauen den Nutzen von PSA- und Mammografie-Tests (zur Früherkennung von Prostata- beziehungsweise Brustkrebs) um ein Zehnfaches, ein Hundertfaches oder noch mehr überschätzten oder nichts darüber wussten (*Gigerenzer et al. 2007*). Warum wissen die Menschen nicht Bescheid oder wollen nichts wissen?

**Der Patient kommt zuletzt.** Antworten auf diese Fragen reichen von der Vorstellung, dass Patienten nicht intelligent genug seien, bis zu der Meinung, sie wollten einfach keine Zahlen sehen, obwohl die meisten Amerikaner sich schon als Zwölfjährige mit Baseballstatistiken auskennen und gleichaltrige Deutsche die Zahlen der Bundesligatabellen auswendig hersagen können. Eine Menge Gesundheitspsychologen und Verhaltensökonominnen ergänzen die Liste der angeblichen kognitiven Defizite noch. Sie betonen die eingeschränkte Denkfähigkeit, die Willensschwäche und das Wunschdenken von Patienten: Menschen mit selbstschädigendem Verhalten, die sich auf kurzfristige Belohnung statt auf langfristige Schäden konzentrieren, Vorhersagen über ihren emotionalen Zustand nach einer Behandlung nicht treffen können oder einfach nicht selbst denken, sondern lieber

ihrem Arzt vertrauen wollen. Folglich sind die empfohlenen Heilmittel paternalistisch: Der unmündige Patient soll in die richtige Richtung „gestupst“ werden (*Thaler & Sunstein 2008*). Im 20. Jahrhundert erschien der Patient als das Problem.

Wir vertreten eine andere Position. Das Problem von heute ist weniger der Patient als das Gesundheitssystem, das wir geerbt haben. Der Patient ist nur das letzte Glied in einer Kette, die aktiv mangelnde Gesundheitskompetenz schafft und aufrechterhält. Wenn wir Gesundheitskompetenz fördern, wäre bessere Versorgung für weniger Geld möglich. Aber letzten Endes geht es um mehr als nur Gesundheit und Geld: Eine aufgeklärte Bürgerschaft ist der Lebensnerv einer modernen Demokratie. Wir beginnen mit einem Beispiel, das zeigt, wie schwierig es für einen Patienten sein kann, den Schwall von Fehlinformationen zu durchbrechen und eine fundierte Entscheidung zu treffen.

**Trifft Otto Normalverbraucher fundierte Entscheidungen?** Otto Normalverbraucher möchte sich informieren, bevor er sich entscheidet. Da die Deutschen mehr Patientenbroschüren lesen als alle anderen Europäer (*Gigerenzer et al. 2009*), schlägt er also die 114 Seiten starke Broschüre auf, die 2009 von der Deutschen Krebshilfe veröffentlicht wurde, einer hoch angesehenen, gemeinnützigen Organisation zur Krebsbekämpfung, die sich durch Spenden aus der Bevölkerung finanziert. Otto liest, dass PSA-Tests nach Meinung von Fachleuten eine wichtige Methode zur Früherkennung sind und dass die Zehn-Jahres-Überlebensraten mehr als 80 Prozent betragen (*Anmerkung: Die*

#### Journalisten können Statistiken nicht lesen

Obwohl Gesundheit das Hauptthema in der Sparte Wissenschaft der US-amerikanischen und europäischen Medien ist, haben Journalistenschulen die Tendenz, Unterricht in allem Möglichen, nur nicht im Verständnis von Evidenz zu erteilen. **Eine Befragung der Gesundheitsreporter in fünf Staaten des Mittleren Westens der USA ergab, dass 80 Prozent der Befragten nicht gelernt hatten, wie man Nachrichten über das Gesundheitswesen schreibt oder Gesundheitsstatistiken interpretiert.** In Kombination mit dem harten Kampf um Zeilen in der Zeitung und die Aufmerksamkeit der Leser schürt dieser Mangel an Ausbildung Wellen unnötiger Ängste und Hoffnungen. Ein Beispiel dafür ist die wiederholte Panikmache über die Antibabypille in Großbritannien. *Quelle: Gigerenzer/Gray*

Deutsche Krebshilfe hat inzwischen auf unsere Kritik reagiert und eine neue Generation von Broschüren herausgegeben, welche verständlich und ehrlich die Vor- und Nachteile darstellt. Er liest auch einen Pressebericht über eine europäische randomisierte Studie zum Prostatakrebs-Screening, die feststellt, dass PSA-Tests die Prostatakrebssterblichkeit um 20 Prozent gesenkt hat. In der Zeitung liest Otto die unmissverständliche Erklärung des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie: „Die Studie zeigt ohne Zweifel, dass PSA-Tests Leben retten.“ (*The Epoch Times*, 26. April 2009) Der gleichen Meinung sind deutsche Sportgrößen, die in Talkshows im Fernsehen persönliche Erfahrungen zum Besten geben und erzählen, wie Früherkennung ihnen das Leben rettete; sie ermahnen Otto, Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen – und zwar sofort. Nur zur Sicherheit konsultiert Otto seinen Urologen, der die Untersuchung ebenfalls empfiehlt. Alles passt zusammen, und Otto schließt sich an. Hat Otto Normalverbraucher eine fundierte Entscheidung getroffen?

**Irreführen ohne zu lügen.** Nein. Aber wahrscheinlich wird er es niemals merken. Erstens wird er vielleicht nicht erfahren, dass die Zahl 20 Prozent irreführend war. Sie bezeichnet eine Reduktion von 3,7 auf 3,0 je 1.000 Männer, die am Screening teilnehmen – also eine absolute Reduktion von 0,7 je 1.000, wie in der ursprünglichen Studie berichtet (*Schröder et al. 2009*). Den Nutzen durch Angabe von relativen Risiken (20 Prozent) darzustellen, ist ein übliches Verfahren, die Öffentlichkeit irreführen, ohne wirklich zu lügen. Zweitens mag Otto den feinen Unterschied zwischen reduzierter Krebsmortalität und reduzierter Prostatakrebsmortalität nicht kennen (Krebs kann an mehreren Organen gleichzeitig auftreten, was eine eindeutige Zuschreibung erschweren kann). Die europäische randomisierte Studie berichtete nicht über Krebsmortalität insgesamt, die amerikanische Studie jedoch tat dies und fand keinen Unterschied in der Krebsmortalität: In der Screening-Gruppe starben 23,9 von 1.000 Männern an irgendeiner Form von Krebs, in der Kontrollgruppe 23,8. Diese Information wird praktisch nie in

Patientenbroschüren erwähnt. Deren Ziel scheint eher zu sein, die Teilnahme am Screening zu erhöhen als Patienten zu informieren. Drittens ist die Chance gering, dass Ottos Urologe die wissenschaftlichen Daten versteht und ihm das Für und Wider der PSA-Tests erklären kann. Eine Zufallsstichprobe von 20 Berliner Urologen ergab, dass nur zwei die Vor- und Nachteile der PSA-Früherkennung kannten (*Stiftung Warentest 2004*). Selbst wenn Ärzte die Fakten kennen, praktizieren sie womöglich aus Angst vor Schadenersatzklagen defensive Medizin und empfehlen den Test. Zum Beispiel glaubte nur ungefähr die Hälfte von 250 Schweizer Internisten, dass der Nutzen eines regelmäßigen PSA-Tests bei Männern über 50 den Schaden überwiegt, aber drei Viertel empfahlen ihren Patienten regelmäßige PSA-Tests. Über 40 Prozent der Ärzte empfahlen die Untersuchung aus juristischen Gründen – um sich vor möglichen Gerichtsverfahren zu schützen (*Steurer et al. 2009*).

**Das System soll dem Patienten dienen.** Warum sind Patienten und Ärzte über verfügbare Fakten im Zusammenhang mit Standardtests und Behandlungen schlecht informiert? Das Problem fängt schon an, bevor die medizinische Forschung beginnt – mit der Forschungsfinanzierung. Es setzt sich fort durch verzerrte (unvollständige oder nichttransparente) Berichterstattung in medizinischen Zeitschriften und Patientenbroschüren und endet damit, dass unzählige Ärzte statistische Evidenz missverstehen. Von Anfang bis Ende tragen sieben Elemente dazu bei, dass Patienten falsch informiert und an der Wahrnehmung der Fakten gehindert werden (*siehe Kasten „Mangelnde Gesundheitskompetenz: Sieben Sünden überwinden“*).

Wir möchten ausdrücklich betonen, dass wir mit unseren Hinweisen auf die Mängel des Gesundheitssystems aus dem 20. Jahrhundert nicht einzelne Ärzte, Politiker oder Industriezweige kritisieren, sondern ein System analysieren wollen, das nicht immer in erster Linie das bestmögliche Ergebnis für den Patienten zum Ziel hatte. Dieses System muss man kennen, um es so ändern zu können, dass es effizienter wird und am Ende dem Patienten dient.

## Mangelnde Gesundheitskompetenz: Sieben Sünden überwinden

### Ursachen mangelnder Gesundheitskompetenz von Patienten

- Profitorientierte Forschungsfinanzierung
- + Irreführende Berichterstattung in medizinischen Zeitschriften
- + Einseitige Gesundheitsbroschüren
- + Irreführende Berichterstattung in den Medien
- + Wirtschaftliche Interessenkonflikte
- + Defensive Medizin
- + Mangelndes Verständnis der Ärzte von Gesundheitsstatistiken
- = **Fehlinformierte Patienten**

### Ziele für das Jahrhundert des Patienten

- Finanzierung patientenrelevanter Forschung
- + Transparente, vollständige Berichterstattung in medizinischen Fachzeitschriften
- + Transparente, vollständige Berichterstattung in Gesundheitsbroschüren
- + Transparente, vollständige Berichterstattung in den Medien
- + Anreizstrukturen, die Interessenkonflikte minimieren
- + Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen statt defensiver Medizin
- + Ärzte, die Gesundheitsstatistiken verstehen
- = **Informierte Patienten**

Quelle: Gigerenzer/Gray

Das gegenwärtige  
System produziert  
nicht nur uninformierte  
Patienten, sondern  
profitiert auch noch  
von ihnen.

**Geld schürt Interessenkonflikte.** Deutschland gibt jährlich ungefähr 240 Milliarden Euro für Gesundheitsversorgung aus, etwa elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts, die USA dagegen 17 Prozent, ungefähr das Doppelte der Ausgaben in Großbritannien. Im Jahr 2002 zum Beispiel machten die zehn Pharmafirmen auf der Fortune-500-Liste mehr Gewinn (35,9 Milliarden Dollar) als alle anderen 490 Unternehmen zusammen (33,7 Milliarden Dollar; *Angell 2004*). Wenn es um so viel Geld geht, sind Interessenkonflikte zu erwarten. Ein Interessenkonflikt entsteht, wenn ein Arzt, eine Klinik oder ein Unternehmen nicht gleichzeitig die Patientenversorgung und die eigenen Einkünfte verbessern kann, sondern zwischen beiden wählen muss. Solche Konflikte entstehen auch sonst in der Geschäftswelt und in der Politik, führen dann aber zu anderen Ergebnissen. Als zum Beispiel Toyota bessere Autos für weniger Geld baute, wurden damit neue Kunden gewonnen. Konkurrenten zogen entweder mit gleicher Qualität und gleichem Erfolg nach, unter anderem Honda, oder verloren ihren Marktanteil, zum Beispiel General Motors.

Dieses ökonomische Grundprinzip – bessere Qualität, höhere Profite – gilt für die meisten Märkte, aber die Gesundheitsversorgung ist die große Ausnahme. Wenn eine Klinik bessere Qualität bietet, indem sie unnötige und potenziell schädliche Behandlungen reduziert, senkt sie die Kosten, aber ihre Einkünfte womöglich noch mehr. Patienten, vor allem in den Vereinigten Staaten, zeigen wenig Neigung, eine bessere und preiswertere medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie bessere und weniger teure Autos erwerben würden. Als einer von uns (Gerd Gigerenzer) an einer internen Besprechung in einer führenden Pharmafirma teilnahm, sagte der Vortragende, ein Gesundheitsökonom, zum Scherz: „Angenommen, wir hätten ein Medikament gefunden, das besser und billiger ist als das, was wir haben. Glaubt etwa einer von Ihnen, dass dieses Medikament auf den Markt kommt?“ Schallendes Gelächter bei den Zuhörern. Und doch könnten die anspruchsvollen Kunden, welche die US-Automobilindustrie fast in die Knie zwangen, das Gleiche mit der medizinischen Industrie tun.

**Vergütungsstruktur setzt falsche Anreize.** Warum ist die westliche Krankenversorgung nicht wie die japanische Autoindustrie? Ein Faktor ist die Anreizstruktur, die mit dem Ziel, den Patienten so gut wie möglich zu versorgen, in Konflikt geraten kann. Wenn Ärzte für jeden Test und jede Behandlung bezahlt werden

(Einzelleistungsvergütung), haben sie Interessenkonflikte. Sie werden von Leistungen abgehalten, die den Patienten dienen, aber von den Krankenversicherungen wenig honoriert werden (zum Beispiel sich die Zeit dafür zu nehmen, die Patienten zu informieren oder Hausbesuche zu machen), dagegen zu Behandlungen ermutigt, die den Einkommensfluss verstärken (beispielsweise chirurgische Eingriffe und bildgebende Verfahren).


Der Arzt erhöht sein Einkommen, wenn er unnötige Tests und Behandlungen verordnet, die dem Patienten womöglich eher schaden als nützen. Erhielten Ärzte, wie in der Mayoklinik in Minnesota, ein Pauschalgehalt statt Honorare für jede Einzelleistung, würde dieser Interessenkonflikt gelöst werden, und Patienten könnten bessere medizinische Versorgung für weniger Geld erhalten. Einige Kliniken haben das Mayo-Modell übernommen und das Übermaß an Tests in ihren Häusern überprüft. Zum Beispiel hat die Klinikleitung in Cedar Rapids, Iowa, die übermäßige Verwendung von CTs untersucht und festgestellt, dass in einem einzigen Jahr in einer Gemeinde von 300.000 Menschen 52.000 Tomografien durchgeführt wurden. Ein großer Teil davon war unnötig und potenziell schädlich, da man bei einem CT einer Röntgenstrahlung ausgesetzt sein kann, die ungefähr 100-mal so hoch ist wie die Dosis bei einer Röntgenaufnahme der Brust (*Gawande et al. 2009*).

**Ärzte verdienen mit Arzneien.** In eine zweite Konfliktsituation geraten Ärzte, wenn ihnen die Pharmaindustrie (Pseudo-)Forschungsverträge anbietet. Sobald ein neues Medikament zugelassen ist, bietet eine Firma dem behandelnden Arzt eine gewisse Geldsumme für jeden Patienten, dem er das neue Mittel verschreibt. Der Forschungsteil besteht in einem Bericht, der im typischen Fall kurz und knapp ist. Derartige Studien (sogenannte Anwendungsbeobachtungen) können manchmal nützlich sein, wenn man mehr über ein neues Medikament erfahren will, aber sie schaffen einen Konflikt zwischen finanziellen Anreizen

#### Ärzte verordnen Tests aus Angst vor der Haftpflicht

In vielen Ländern und Rechtsprechungen schreckt das Deliktsrecht Ärzte nicht nur von evidenzbasierter Medizin ab, sondern bestraft sie sogar dafür (*Monahan 2007*). Zum Beispiel wurde Daniel Merenstein, ein junger Hausarzt in Virginia, 2003 verklagt, weil er einem Patienten nicht automatisch einen PSA-Test verordnet hatte, sondern stattdessen den Empfehlungen führender medizinischer Organisationen folgte und den Patienten über Pro und Kontra des Tests aufklärte. Später erkrankte der Patient an einer unheilbaren Form von Prostatakrebs. Der Anwalt des Klägers behauptete, PSA-Tests seien im Bundesstaat Virginia Standard, und Ärzte würden den Test in Auftrag geben, ohne ihre Patienten zu fragen. Die Jury sprach Merenstein frei, aber seine Klinik wurde zu einer Million Dollar Strafe verurteilt. Nach dieser Erfahrung meinte Merenstein, ihm bleibe nichts anderes übrig als defensive Medizin zu betreiben, selbst auf die Gefahr hin, vermeidbaren Schaden anzurichten: „Ich verordne jetzt mehr Tests, bin nervöser im Umgang mit meinen Patienten; ich bin nicht der Arzt, der ich sein sollte.“ Der Begriff „defensive Medizin“ bezeichnet die Praxis, diagnostische Tests oder Behandlungen zu empfehlen, die nicht die beste Option für den Patienten sind, sondern den Arzt vor Patienten schützen, die ihn verklagen könnten.

Quelle: Gigerenzer/Gray



Letzten Endes geht es um mehr als nur Gesundheit und Geld: Eine aufgeklärte Bürgerschaft ist der Lebensnerv einer modernen Demokratie.

und der bestmöglichen Versorgung des Patienten. Im Jahr 2008 nahmen deutsche Ärzte in mehr als 85.000 Fällen (von ungefähr 150.000 Ärzten mit eigener Praxis) an solchen Studien teil und verdienten dabei zwischen zehn und 1.000 Euro pro Patient, oft ohne ihren Patienten zu erklären, warum ihnen das neue Medikament verschrieben wurde. Der Konflikt: Ärzte, die es ablehnen, ihren Patienten das neue Medikament zu verordnen, verdienen weniger Geld.

Finanzielle Anreize sind oft nicht der einzige Auslöser für Interessenkonflikte von Ärzten. Zum Beispiel muss ein Arzt eine bestimmte Zahl von Operationen nachweisen, um sich als Facharzt zu qualifizieren, und durch den Zwang, diese formale Bedingung zu erfüllen, kann er in den Konflikt geraten, einen Patienten entweder zu einer Operation zu überreden oder ihm die beste Versorgung zu geben.

**Zahl der Operationen variiert regional sehr stark.** Auch Kliniken sind Interessenkonflikten ausgesetzt. Diese Konflikte sind anscheinend ein Grund für das verblüffende Phänomen der ungerechtfertigten Variabilität in den Behandlungen (unwarranted practice variability), die im Dartmouth Atlas of Health Care dokumentiert ist. Jack Wennberg und seine Mitarbeiter haben seit den 1970er-Jahren systematisch aufgezeichnet, wie groß und ungerechtfertigt diese Variabilität in Nordamerika und Europa ist (*Mulley & Wennberg, Kap. 3*). Zum Beispiel wurden in einer Region in Vermont acht Prozent aller Kinder die Mandeln entfernt (Tonsillektomie), in einer anderen Region waren es 70 Prozent. In Maine variiert der Anteil der Frauen, die bis zum Alter von 70 Jahren eine Hysterektomie hatten, in verschiedenen Gemeinden zwischen weniger als 20 und über 70 Prozent. In Iowa schwankt der Prozentsatz der Männer, die bis zum Alter von 85 Jahren einer Prostataoperation unterzogen wurden, von 15 bis über 60 Prozent. Diese extreme Variabilität in der Anzahl von Operationen beschränkt sich nicht auf die Vereinigten Staaten. In Deutschland ist eine ähnlich starke Variabilität dokumentiert, beispielsweise bei elektiven chirurgischen Ein-

griffen (Rücken und Hüfte) in Magdeburg (*Swart et al. 2000*). In Hessen schwankte der Anteil von brusterhaltenden chirurgischen Eingriffen, die in 78 Kliniken unter vergleichbaren Bedingungen durchgeführt wurden, zwischen null und 100 Prozent, eine extreme Schwankung, die den Verdacht nahe legt, dass die Behandlungen weder auf der besten verfügbaren Wissenschaft noch auf den Präferenzen der Frauen basieren (*Geraedts 2006*).

Mehr ist nicht immer besser. In den Vereinigten Staaten ist in Regionen mit hoher Inanspruchnahme und teurer Krankenversorgung die Mortalitätsrate nicht kleiner, sondern etwas höher, und die Patienten sind weniger zufrieden (*Fisher et al. 2003a, 2003b*). Zu den Faktoren, die diese Variabilität verursachen, gehören die Anzahl der nicht besetzten Klinikbetten, die Zahl der bildgebenden Geräte und anderer Angebote einer Klinik, aber auch die Menge der Ärzte in einer Region. Sobald eine kostenintensive Kapazität zur Verfügung steht, ergibt sich ein Konflikt zwischen ihrer Nutzung zum bestmöglichen Profit für die Klinik und der bestmöglichen Versorgung des Patienten.

Als Wennberg und seine Kollegen ihre Ergebnisse zum ersten Mal veröffentlichten, lösten sie damit erstaunlicherweise keinen öffentlichen Aufschrei aus. Als der Arzt und Schriftsteller Atul Gawande 2009 anlässlich des Gesundheitsreformplans der USA einige dieser Ergebnisse in „The New Yorker“ einem breiteren Publikum zugänglich machte, wurden sie wiederum weitgehend mit Schweigen quittiert. Wir brauchen bessere Ärzte und bessere Patienten: Menschen, die auf willkürliche Behandlungen reagieren, anstatt alles mit sich machen zu lassen.

**Finanzkrise bietet Chance zur Veränderung.** Die Professionalisierung der modernen Medizin begann im 19. Jahrhundert. In den meisten Industriestaaten besserte sich der Gesundheitszustand der Einwohner, weil sie sauberes Wasser, mehr Hygiene und ausreichende, gesündere Ernährung zur Verfügung hatten. In dieser Zeit wurden auch gesundheitsgefährdende Verfahren abgeschafft, die Jahrhunderte lang gebräuchlich gewesen waren, zum Beispiel exzessive Aderlässe, um die Patienten von „schlechtem“ Blut zu befreien. Dies kann man als die erste Revolution des Gesundheitswesens ansehen.

Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts war eine Zeit ungeheurer wissenschaftlicher Fortschritte, die uns Wunder bescheren wie zum Beispiel die künstliche Hüfte oder Möglichkeiten, Leukämie im Kindesalter zu heilen. Darüber hinaus wurden immense Ressourcen in die Erweiterung der Krankenversorgung, die medizinische Berufsausbildung und die Organisation des Gesundheitswesens investiert. Diese zweite Reform schuf ein mächtiges Versorgungsmanagement. Das 20. Jahrhundert wurde zum Zeitalter des Arztes, der Kliniken und der Industrie. Gut unterrichtete Patienten waren nicht das primäre Ziel der zweiten Revolution, wie sich an der Pillenpanik in Großbritannien und der bestürzenden Fehlinformation über Pro und Kontra von Krebs-Screening ablesen lässt, die der Allgemeinheit in Europa und den Vereinigten Staaten zugemutet wird (*Gigerenzer et al. 2007*). Trotz großer Fortschritte hat uns das 20. Jahrhundert uninformierte Ärzte und Patienten hinterlassen, dazu willkürliche regionale Variabilität in Behandlungen, die Geografie zum Schicksal machen, Verschwendung von Ressour-

cen und Probleme mit der Sicherheit. Die meisten Länder können sich ein solch verschwenderisches System nicht mehr lange leisten, und die Finanzkrisen der letzten Zeit bieten eine einzigartige Gelegenheit für Veränderung.

**Wissen für alle Schichten.** Jetzt brauchen wir eine dritte Revolution des Gesundheitswesens. Während die erste klare Wasser brachte, sollte die dritte klare Informationen bringen. Sie sollte das 21. Jahrhundert in ein Jahrhundert des Patienten verwandeln – ein wirklich demokratisches Ideal. Staatsbürger haben das Recht, die grundlegenden Tatsachen zu kennen, und sie haben eine Verantwortung, Entscheidungen über ihre Gesundheit auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz zu treffen. Wir stellen uns ein gesundes Gesundheitssystem vor als eine Demokratie, in der Wissen auf alle Gesellschaftsschichten verteilt ist. Diese Idee ist nicht neu; sie wurde in der Vergangenheit verschiedentlich zum Ausdruck gebracht. Breit gestreutes Wissen gut zu nutzen, war für das Gelingen der ersten bekannten Demokratie in Athen entscheidend. Die Kosten politischer Mitwirkung in Athen wurden durch die hohen Erträge an sozialer Kooperation mehr als ausgeglichen. Dieses demokratische Ideal machte sich auch John Adams, der zweite Präsident der Vereinigten Staaten, zu eigen: „Den untersten Schichten die Möglichkeiten zum Wissen zu erhalten ist wichtiger für die Allgemeinheit als aller Besitz der Reichen im Land.“

Wie der Ökonom Friedrich Hayek 1945 sagte, verlangen Freiheit und Demokratie, dass allgemeines Wissen auf die gesamte Bevölkerung verteilt wird. Auf dem Gebiet der Gesundheit wurde im 20. Jahrhundert versäumt, mündige Bürger in modernen Demokratien zu fördern. Schlimmer noch, das gegenwärtige System produziert nicht nur uninformierte Patienten, sondern profitiert noch von ihnen.

**Aufbruch ins Jahrhundert des Patienten.** Diese dritte Revolution ist nur mit beträchtlichen Anstrengungen auf vielen Ebenen durchzusetzen. Eine kritische Masse informierter Patienten wird nicht alle Probleme des Gesundheitswesens lösen, aber sie wird wohl der wichtigste Auslöser für eine bessere Versorgung sein. Diese Patienten werden Täuschungen wie auch Versuche, unangemessene Hoffnungen und Ängste hervorzurufen, durchschauen können. Das Jahrhundert des Patienten verlangt die Finanzierung von Forschung, die relevant für Patienten statt für Patente ist. Es bedingt, dass ethische Richtlinien für vollständige und transparente Darstellungen in Zeitschriften, Broschüren und den Medien durchgesetzt werden, und es fordert ein Rechtssystem, das Ärzte und Patienten gleichermaßen vor defensiver Medizin schützt. Und schließlich verpflichtet es medizinische Fakultäten dazu, das Lesen von Gesundheitsstatistiken zu lehren und die Fähigkeit zu transparenter Risikokommunikation zu vermitteln.

Das Jahrhundert des Patienten wird mehr Möglichkeiten umfassen, den Patienten aus einem Problem in eine Problemlösung zu verwandeln. Die Behandlung von Epilepsie zum Beispiel könnte man auf besondere Weise verbessern, wenn Patienten, ihre Eltern, Pfleger und Lehrer zusammen mit Neurologen und anderen Ärzten Lösungen entwickeln würden, die das theoretische und praktische Wissen aller Beteiligten widerspiegeln.

Das könnte zu Hypothesen über Behandlungen führen, die in systematischen Forschungen überprüft werden können. Das Jahrhundert des Patienten wird auch eine Veränderung der Beziehung zwischen Arzt und Patient einschließen, sodass aus verängstigten unwissenden Patienten, die ihrem Arzt blind vertrauen, allmählich Partner werden, die mit dem Arzt gemeinsam Entscheidungen finden. Partizipative Entscheidungsfindung als Alternative zum Paternalismus wird seit einer Weile gefördert, aber angesichts defensiver Entscheidungen und mangelnder Statistikkompetenz im Bereich Gesundheit ist informierte partizipative Entscheidungsfindung kaum möglich gewesen.

Der Forderung nach besserer Gesundheitsversorgung wird meist entgegengehalten, dass diese eine von zwei Alternativen impliziert, die niemand wirklich will: Steuererhöhung oder Rationierung der Versorgung. Das Problem ist jedoch nicht ein Mangel an Geld, und es wird nicht durch mehr Geld gelöst. Es geht um ein besseres Gesundheitssystem. Das Jahrhundert des Patienten ist die dritte Alternative: bessere Ärzte, bessere Patienten und bessere Versorgung für weniger Geld. ■

**Professor Dr. Gerd Gigerenzer** ist Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin sowie des 2009 in Berlin gegründeten Harding Zentrums für Risikokompetenz. **Professor Sir J.A. Muir Gray** ist Direktor des Beratungsunternehmens Better Value Healthcare in Oxford und Co-Direktor des Rightcare Programmes des National Health Service in Großbritannien.

Vollständige Literaturangaben: [Budig@mwv-berlin.de](mailto:Budig@mwv-berlin.de)

### Neuerscheinung

Dieser G+G-Artikel ist ein Auszug aus dem ersten Kapitel des Buches „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin“, das im Februar 2013 bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft erschienen ist. Es handelt sich um eine Übersetzung des im April 2011 als Ergebnis des Strüngmann-Forums veröffentlichten Buches „Better Doctors, Better Patients, Better Decisions“, herausgegeben von Gerd Gigerenzer und J.A. Muir Gray. Das Ernst-Strüngmann-Forum ist eine wissenschaftliche Konferenz-Reihe in Frankfurt/Main (Homepage: [www.esforum.de](http://www.esforum.de)). Ein wissenschaftlicher Beirat wählt die Themen und Teilnehmer der jeweils einwöchigen Konferenz aus. Zu den rund 40 internationalen Experten des Forums Envisioning Healthcare 2020 im Oktober 2009 gehörten der Leiter der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband, Kai Kolpatzik, und der Gesundheitswissenschaftler Norbert Schmacke. Sie befassten sich mit der Frage, wie Gesundheitsprofis und Patienten im Jahr 2020 zusammenarbeiten werden. Kolpatzik brachte die Erfahrung zu den AOK-eigenen Entscheidungshilfen und zum Thema Health Literacy, veranschaulicht unter anderem am Beispiel der AOK-Initiative „Science Kids“, ein.



Gerd Gigerenzer, J.A. Muir Gray (Hrsg.): **Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen.** Mit einem Vorwort von Günther Jonitz. 1. Auflage, 402 Seiten, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Februar 2013. (ISBN: 978-3-941468-82-5)

# Talent fürs Multitasking

Kristin Alheit beackert im Landeskabinett von Schleswig-Holstein gleich vier Felder: Die SPD-Politikerin ist zuständig für Soziales, Familie, Gleichstellung und für Gesundheit. Ihr offener Umgang mit den Menschen im Land hilft ihr, die Mammutaufgabe zu stemmen.

Ein Porträt von Dirk Schnack

**G**espannt warten Gastgeber und Gäste auf den heutigen Ehrengast. Rund 30 Personen haben sich in der neuen Musterwohnung Demenz in Norderstedt eingefunden. Sie alle wollen wissen, wie ehrenamtlichen Helfern eine Wohnung präsentiert wird, in denen Demenzkranke noch in den eigenen vier Wänden leben können. Zugleich möchten sie den Auftritt von Schleswig-Holsteins Sozialministerin miterleben.

Kristin Alheit bekleidet das Amt seit knapp neun Monaten. Viele Gelegenheiten, sie persönlich kennenzulernen, gab es für die meisten der Anwesenden noch nicht. Als die Ministerin zum Termin erscheint, beginnt sie – eher unüblich für Politiker – nicht mit einer staatstragenden Rede. Sie sagt lediglich ein paar Worte zur Begrüßung. Zuvor hat sie sich jedem im Raum kurz vorgestellt. Offener Blick, beherzter Handschlag, ein herzhaftes Lachen über beide Wangen – die Leute spüren: Da steht eine Politikerin, die sich für sie interessiert. „Ich bin ja nicht diejenige, die hier etwas geleistet hat“, sagt Alheit. „Es ist meine allererste Pflicht, mich für das zu interessieren, was vor Ort geleistet wurde.“

**Ministerin auf dem Katapultkissen.** Wie eine Pflichtübung wirkt ihr Auftritt aber nicht. Kristin Alheit bedankt sich bei den Initiatoren. Sie wirbt für mehr ehrenamtliches Engagement und tut ein paar Dinge, die Politiker eben so machen bei Vor-Ort-Terminen: Für die Fotografen lächeln, Hände schütteln, ein Band durchschneiden, um die neue Modellwohnung zu eröffnen. Dann aber ist sie wieder ganz sie selbst. Und vielleicht ist es gut, dass ihr Pressesprecher nicht ständig an ihrer Seite weilt. Denn ob ein Berater wie er sie auf ein Katapultkissen gelassen hätte, erscheint fraglich. Auf solchen Kissen, die Senioren das Aufste-

hen erleichtern sollen, macht niemand wirklich eine gute Figur. Kristin Alheit nimmt es mit Humor – und schreckt auch nicht davor zurück, sich eine Spezialbrille auf die Nase zu setzen, die ihr einen Eindruck vermittelt, was Augen im Alter noch wahrnehmen können. Wie sich das Tragen der Riesenbrille am Tag drauf in der Zeitung als Nachricht mit Foto darstellt, ist der Ministerin in diesem Augenblick offenbar weniger wichtig als zu erfahren, wie es den Betroffenen im Alltag ergeht.

Echtes Interesse, gepaart mit politischer Naivität? Wer das glaubt, schätzt die 45-Jährige falsch ein. Alheit weiß sehr genau, wie sie sich auf dem politischen Parkett zu bewegen hat. Überheblich tritt sie dabei nicht auf. Sie besitzt das Gespür für Situationen, in denen Politiker beäugt werden. Und sie weiß, dass sie dann am stärksten ist, wenn sie authentisch bleibt und sich ihre Neugier für die Menschen bewahrt. Dazu gehört, sich Zeit zu nehmen. „Ich möchte keine Ministerin sein, die irgendwo reinschneit und gleich wieder geht.“ Alheit selbst sieht sich im Amt angekommen. Das ist nicht selbstverständlich für ein politisch unbeschriebenes Blatt, für das sie bei Amtsantritt Mitte 2012 noch gehalten wurde. Tenor: Im Kieler Sozialministerium übernimmt eine „kleine Frau“ das Ruder, die außerhalb der Hamburger Randkommune Pinneberg kaum jemand in Schleswig-Holstein kennt.

**Start in Hessen und Bremen.** Die 1967 in Kassel geborene Kristin Alheit ist in Hessen und Bremen aufgewachsen, studierte Rechtswissenschaften in Bremen und Frankfurt am Main. Dort arbeitet sie nach dem zweiten Staatsexamen bis 1997 in einer Wirtschaftskanzlei. Damals hat sie bereits das Parteibuch der SPD in der Tasche – der Partei, der sie während des Studiums





„Ich möchte keine Ministerin sein, die irgendwo reinschneit und gleich wieder geht.“

aus ganz praktischen Gründen beitrifft. In Bremen habe sie sich an der dortigen Uni noch ohne Parteibuch engagieren können, in der Mainmetropole Frankfurt sei das nicht mehr möglich gewesen, begründet sie den Schritt. Dass sie die SPD als politische Heimat gewählt hat, hängt nicht mit großen Vorbildern wie Brandt, Schmidt und anderen zusammen. „Mir war es einfach nur wichtig, mich einzubringen. Und ich stamme aus einem sozialdemokratischen Elternhaus“, sagt Alheit.

An die große Karriere in der Politik ist in den 1990er Jahre noch nicht zu denken. „Ich bin eher den behutsamen Weg gegangen.“ Im August 1997 wird Kristin Alheit Referentin für Parlaments- und Kabinettsangelegenheiten im hessischen Finanzministerium. Knapp ein Jahr später zieht sie zu ihrem Mann nach Hamburg. Ihr erster Sohn Jannik wird geboren. Vier Jahre ist sie als Sachgebietsleiterin und Referentin tätig, wiederum in der Finanzverwaltung. Im Juni 2008 – Alheits zweiter Sohn Lasse ist gerade zwei Jahre alt geworden – nimmt die Karriere der gelernten Juristin Fahrt auf. Sie wird Bürgermeisterin der Stadt Pinneberg. Das Amt hat Höhen und Tiefen. Zu ihrem Abschied kann Alheit aber stolz auf die Schaffung zahlreicher neuer Kindergarten- und Betreuungsplätze verweisen.

**Bewährungsprobe bestanden.** Nach dem auch für sie unerwarteten Ruf von Schleswig-Holsteins neuem Ministerpräsidenten Torsten Albig nach Kiel im Juni 2012 kann sich Alheit aus parteipolitischem Geplänk weitgehend heraushalten. Die „Kie-ler Nachrichten“ bescheinigten ihr jüngst, die Bewährungsprobe bestanden zu haben. Anlass für die medialen Blumen waren die

von Alheit erfolgreich geführten Verhandlungen mit den Kommunen über den Ausbau von Krippenplätze im Land. Torsten Albig hatte den Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder unter drei Jahren zu einem Wahlkampf-Schwerpunkt gemacht – entsprechend hoch sind die Erwartungen an die zuständige Ministerin. Bei den Verhandlungen mit den Kommunalchefs profitiert die Mutter von zwei Kindern auch von ihren Erfahrungen in Pinneberg. Sie weiß, wie wichtig Unterstützung für Familien ist.

**Einsatz für die Pflege.** Die Gesundheitspolitik hat Alheit in den ersten Monaten ihrer Amtszeit häufiger ihrer Staatssekretärin Anette Langner überlassen. Für Ärzte, Klinik- und Kassenmanager im Land fühlte sich das zunächst ungewohnt an – unter Alheits Vorgänger Heiner Garg war Gesundheit stets Chefsache. Kristin Alheit hat diesen Anspruch – noch – nicht. Wer aber verfolgt, wie sich die Ministerin zu Gesundheitsfragen äußert, bemerkt, wie sich aus allgemein gehaltenen Grußworten inhaltlich fundierte Positionen entwickeln. Etwa beim Thema Pflege. So hat Schleswig-Holstein als erstes Bundesland beschlossen, eine Pflegekammer einzurichten. Die soll die Rolle der Pflegekräfte verbessern, deren Rechte stärken und die Attraktivität des Berufszweiges steigern.

Ob sie im Verlauf ihrer Amtszeit alle Themen beackern kann? Kristin Alheit ist realistisch: „Ich kann nicht zaubern. Wir müssen damit leben, dass wir nicht alle Probleme lösen können.“ ■

**Dirk Schnack** arbeitet als freier Journalist und ist spezialisiert auf gesundheits- und sozialpolitische Themen.

## Zur Person

**Kristin Alheit** wurde am 23. September 1967 in Kassel geboren. Sie studierte Rechtswissenschaften in Bremen und Frankfurt am Main. Nach dem Studium arbeitet sie zunächst als Rechtsanwältin, nebenbei ist sie ehrenamtlich als Stadtverordnete tätig. 1997 wird sie Referatsleiterin im hessischen Finanzministerium. 1998 zieht sie mit der Familie nach Hamburg, wo sie zunächst als Sachgebietsleiterin in der Finanzverwaltung, später als Referentin in der Finanzbehörde arbeitet. 2008 wird Alheit Bürgermeisterin der Stadt Pinneberg. Im Juni 2012 folgt der Ruf ins schleswig-holsteinische Landeskabinett. Kristin Alheit lebt mit ihrem Mann und ihren beiden Söhnen in Hamburg und pendelt von dort täglich zu ihrem Ministerium im 100 Kilometer entfernten Kiel. Seit 1989 ist Alheit Mitglied der SPD. In ihrer Freizeit fotografiert sie gerne.

# Kein Kassengeld für rezeptfreie Mittel

Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen verstößt nicht gegen das Grundgesetz. Die Belastung der Versicherten steht in einem angemessenen Verhältnis zu dem Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu steuern, entschied das Bundesverfassungsgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 12. Dezember 2012  
– 1 BvR 69/09 –  
Bundesverfassungsgericht

**Bei dem Fall**, den das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zu entscheiden hatte, ging es um einen 1934 geborenen Versicherten, der seit Jahren an einer chronischen Atemwegserkrankung (Emphysembronchitis) leidet. Sein Hausarzt behandelte ihn dauerhaft mit einem nicht verschreibungspflichtigen Medikament, dass er zunächst auf Kassenkosten erhielt. Nachdem das Präparat im Jahr 2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herausgenommen worden war, musste er die monatlichen Kosten in Höhe von 28,80 Euro selbst tragen. Seine Krankenkasse lehnte die Kostenübernahme ab. Daraufhin klagte der chronisch Kranke vor den Sozialgerichten – ohne Erfolg. Zuletzt hatte das Bundessozialgericht (BSG) die Revision am 6. November 2008 zurückgewiesen (B 1 KR 6/08 R; *siehe dazu G+G 1/2009, Seite 38–39*).

**Grundgesetz verletzt?** Schließlich legte der Versicherte Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe ein. Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem GKV-Leistungskatalog gemäß Paragraph 34 Absatz 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz (Artikel 3 des Grundgesetzes). Chronisch Kranken würde ein Sonderopfer auferlegt. Auch sei die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) verfassungswidrig. Dem GBA fehle eine hinreichende demokratische Legitimation. Außerdem habe das BSG von einer Richtervorlage an den Europäischen Gerichtshof (EuGH) abge-

sehen und damit Artikel 101 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes verletzt. Danach darf niemand seinem gesetzlichen Richter entzogen werden.

**Kein Sonderopfer aufgebürdet.** Die Karlsruher Richter wiesen die Verfassungsbeschwerde ab. Chronisch Kranken würde kein Sonderopfer auferlegt. Eine andere Beurteilung käme nur dann in Betracht, wenn die GKV aus verfassungsrechtlichen Gründen sämtliche Gesund-

**Die Verschreibungspflicht dient dazu, die Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten, so die Karlsruher Richter.**

heitskosten ohne Ausnahme tragen müssten. Dies sei jedoch nicht der Fall. Die Krankenkassen müssten nicht alles leisten, was an Mitteln zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar sei. Zumutbare Eigenleistungen könnten verlangt werden. Zwar träfe es zu, dass durch den Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog Versicherte ungleich behandelt würden. Bei einer Behandlung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln seien nur die Zuzahlungen zu leisten, während für eine Therapie mit

nicht verschreibungspflichtigen Präparaten die Kosten selbst getragen werden müssten. Diese Ungleichbehandlung sei aber gerechtfertigt. Ob ein Medikament verschreibungspflichtig sei oder nicht, entscheide sich in erster Linie am Maßstab der Arzneimittelsicherheit. Paragraph 48 des Arzneimittelgesetzes (AMG) sowie Paragraph 1 der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln diene dem Schutz der Bevölkerung. Verschreibungspflichtige Arzneimittel seien stark wirksam. Würden sie ohne ärztliche Überwachung eingenommen, könnten sie die Gesundheit gefährden. Von rezeptfreien, also nicht stark wirksamen apothekenpflichtigen Präparaten (Paragraph 43 AMG) gehe eine solche Gefährdung nicht aus. Die Verschreibungspflicht habe somit primär die Funktion, die Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten. Sie diene aber auch dazu, die Kosten im Gesundheitswesen zu steuern. Die Belastung mit den Zusatzkosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente stünde in einem angemessenen Verhältnis zu diesen vom Gesetzgeber verfolgten Zielen. Und da es sich im vorliegenden Fall um ein preiswertes Präparat handle, sei es dem Versicherten zumutbar, die Kosten hierfür selbst zu tragen.

**Kostenbelastung begrenzt.** Außerdem habe der Gesetzgeber ergänzende Regelungen getroffen, um die Belastung chronisch Kranker durch die Kosten für Medikamente in Grenzen zu halten. Zum

## TIPP FÜR JURISTEN



Pflege-Neuausrichtungsgesetz, Haftung des Heimträgers bei Verstoß gegen die Fachkräftequote, Vergütungs- und Schiedsstellenverhandlungen sind Themen des „4. Deutschen Seniorenrechtstags 2013“ der Deutschen AnwaltAkademie am 19. April in Berlin. Mehr Infos: [www.anwaltakademie.de](http://www.anwaltakademie.de) > Veranstaltungen > Seminare > Sozialrecht

einen betrage die Zuzahlung für verschreibungspflichtige Medikamente zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf und höchstens zehn Euro (Paragraf 61 SGB V). Zum anderen läge die Belastungsgrenze für chronisch Kranke bei einem Prozent des Bruttoeinkommens, für die übrigen Versicherten aber bei zwei Prozent (Paragraf 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Zudem differenziere der Gesetzgeber zwischen schwerwiegenden und anderen Erkrankungen. Bei schwerwiegenden Krankheiten könnten rezeptfreie Medikamente zulasten der GKV verordnet werden, wenn sie zum Therapiestandard gehörten (Paragraf 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Diese Differenzierung sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Die Schwere der Erkrankung sei ein naheliegendes Sachkriterium, um innerhalb des Leistungskatalogs zu differenzieren und die Nähe zwischen chronischen Krankheiten und den in Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes spezifisch geschützten Behinderungen zu berücksichtigen. Mit Paragraf 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V sei eine Versorgung schwerwiegender Krankheiten für chronisch Kranke wie für nicht chronisch Kranke gleichermaßen gewährleistet.

**Mit Europarecht im Einklang.** Der Beschwerdeführer könne auch nicht geltend machen, dass dem GBA die demokratische Legitimation zur Rechtsetzung fehle. Den Leistungsausschluss habe der Gesetzgeber verfügt und nicht der GBA. Und weil der Gesetzgeber und nicht eine Behörde diese Entscheidung getroffen habe, stünde der Leistungsausschluss auch nicht im Widerspruch zur europäischen Transparenz-Richtlinie. Dies habe das BSG unter Beachtung der Rechtsprechung des EuGH nachvollziehbar dargelegt und den Fall zu Recht nicht dem Luxemburger Gerichtshof vorgelegt. ■

**Kommentar:** Schon die Sozialgerichte hatten überzeugend dargelegt, dass der Ausschluss rezeptfreier Medikamente aus dem GKV-Leistungskatalog rechtmäßig ist. Dies hat das Bundesverfassungsgericht nun bestätigt und damit den neun Jahre währenden Rechtsstreit endgültig beendet.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>KARTELLRECHT</b>		
Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG) Bundestags-Drucksache 17/9852	Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände; Kontrolle von Krankenkassen-Fusionen durch das Bundeskartellamt; angenommen vom Kartellverbot bleiben nur Verträge und Vereinbarungen mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder ihre Verbände gesetzlich verpflichtet sind, sowie Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 18.10.2012. Der vom Bundesrat angerufene Vermittlungsausschuss hat seine Beratungen am 26.2.2013 vertagt.
<b>KREBSVORSORGE/-REGISTER</b>		
Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG) Bundestags-Drucksache 17/11267	Festlegung der Häufigkeit der Inanspruchnahme und der Altersgrenzen der Früherkennungsuntersuchungen durch den GBA; Möglichkeit des GBA, Früherkennungsprogramme zu erproben; Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung; Einrichtung klinischer Krebsregister durch die Länder; Umsetzung unter Länderhoheit; finanzielle Förderung der klinischen Krebsregister durch die GKV (fallbezogene Pauschale an das jeweils zuständige Register); bundesweite Auswertung der Registerdaten durch GBA; Regelung zu Chefarzt-Boni.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 31.1.2013. Der Bundesrat hat am 1.3.2013 beschlossen, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen.
<b>NOTFALLSANITÄTER</b>		
Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 17/11689	Neue Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“; Verlängerung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre; Qualitätsanforderungen an Schulen und Einrichtungen der praktischen Ausbildung (in der Regel Krankenhäuser); Anspruch auf Ausbildungsvergütung über die gesamte Ausbildungsdauer; eigenverantwortliche medizinische Erstversorgung und Transport von Patienten durch Notfallsanitäter; praktische Ausbildung von Hebammen für Schwangerenvorsorge, außerklinische Geburt und Wochenbettverlauf auch außerhalb von Kliniken.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 28.2.2013. Der Bundesrat wird voraussichtlich am 22.3.2013 erneut Stellung nehmen.
<b>STERBEHILFE</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Bundestags-Drucksache 17/11126	Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung strafbar; Ausnahme der Strafbarkeit für Angehörige oder andere nahestehende Personen, die sich nicht gewerbsmäßig an der Tat beteiligen; Straffreiheit fürs Unterlassen oder Beenden einer medizinischen Behandlung bei Sterbenskranken (passive Sterbehilfe) und bei einer ärztlich gebotenen schmerzlindernden Medikation bei Sterbenden, die als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Tod beschleunigt (indirekte Sterbehilfe).	Der Bundesrat hat am 12.10.2012 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 29.11.2012.



## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Mit Sport gegen Depression

Immer mehr Menschen in Baden-Württemberg leiden an depressiven Verstimmungen und Überlastung. Häufig fallen sie deswegen im Berufsleben aus. Dies geht aus einer Auswertung der AOK Baden-Württemberg zu Fehlzeiten ihrer Mitglieder im Jahr 2012 hervor. Mit 45,5 Prozent ging danach fast die Hälfte aller psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage auf depressive Episoden und Belastungsstörungen zurück. „Sport und Bewegung können viel zu einem positiven Verlauf psychischer Erkrankungen beitragen“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Wichtig sei zudem, dass die therapeutische Versorgung zeitnah erfolge. „Wir stellen dies mit unserem neuen Facharztprogramm für Psychotherapie sicher.“ **Dr. Sabine Knapstein**, Psychotherapeutin und Ärztin bei der AOK Baden-Württemberg, betonte, Ziel müsse sein, das Leben betroffener Patienten aktiver zu gestalten. ■



## NORDWEST

## Mehr Geld für Ärzte

Für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Schleswig-Holstein steht im laufenden Jahr mehr Geld zur Verfügung. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein einigte sich mit den Krankenkassen im Land – darunter die AOK NORDWEST – auf wesentliche Eckpunkte eines Honorarvertrages für 2013. Danach steigt die Gesamtvergütung um fast 44 Millionen Euro. Das Gesamthonorar beträgt damit rund 1,2 Milliarden Euro.

Daraus werden alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen vergütet. In der vereinbarten Erhöhung der Vergütung für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen ist auch die gezielte Unterstützung besonderer Bereiche enthalten. „Ein Teil ist für die strukturelle Förderung vorgesehen, zum Beispiel für die Betreuung chronisch kranker Menschen durch Hausärzte sowie kleine chirurgische Eingriffe und Magenspiegelungen, so **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. Damit fließe das Geld künftig noch gezielter dorthin, wo es für die Versorgung der Patienten notwendig sei. ■

## BAYERN

## Zu viel Ritalin für Kinder

Immer mehr Eltern in Deutschland lassen ihre überaktiven Kinder mit dem umstrittenen Wirkstoff Ritalin behandeln. Um diese Entwicklung zu stoppen, setzt die AOK Bayern verstärkt auf Prävention. Mit Ritalin werden Kinder behandelt, die an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erkrankt sind. Laut AOK Bayern stiegen die Tagesdosen an Ritalin in den Jahren 2006 bis 2012 von 2,41 auf zuletzt 3,90 Millionen. Bei einer üblichen Tagesdosis von 30 mg entspricht das umgerechnet einem Anstieg von 72,2 auf fast 117 Kilogramm des Wirkstoffs. „Wir nehmen diese Entwicklung sehr ernst“, erklärte **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. Deshalb habe die AOK Bayern in ihren Kinderarztvertrag ausdrücklich Leistungen festgeschrieben, „die eine besondere kinder- und jugendärztliche Betreuung gerade auch im Bereich der psychischen Erkrankungen sicherstellt“. ■

## AOK aktuell

## Trotz Krankheit selbstständig zu Hause

Unter dem Namen „VITALIG Zuhause“ haben die AOK Rheinland/Hamburg und die Deutsche Telekom ein Pilotprojekt zur Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen oder in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen gestartet. Die Abkürzung VITALIG steht für das Angebot eines „versorgten, interaktiven, technikgestützten, altersgerechten Lebens in Goch“ am Niederrein. Die Teilnehmer sollen mithilfe von Videotelefonaten unterstützt werden, ihre Versorgung zu organisieren, Alltagsdinge zu erledigen und soziale Kontakte zu pflegen. Ziel ist es, ihnen so ein längeres selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. „Die Menschen wollen lieber zu Hause leben als in einer Pflegeeinrichtung“, sagte **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Die Kooperationspartner wollten herausfinden, wie die Menschen auf die neue Technik und ihre Möglichkeiten reagieren. Auch gehe

es darum, der sozialen Vereinigung etwas entgegenzusetzen. „Für die Zielgruppe der 14- bis 29-Jährigen gibt es Internet und Skype, und über die Hälfte der 65-Jährigen ist bereits im Internet. Aber für Menschen, die älter sind oder vor der Pflegebedürftigkeit stehen, gibt es noch kein passendes Angebot“, sagte **Dr. Axel Wehmeier**, Leiter des Konzerngeschäftsfeldes Gesundheit der Telekom. Im Umfeld von Pflege und Gesundheit sei allerdings ein höheres Maß an Datensicherheit erforderlich. Daher werde für die Kommunikation zwischen Arzt beziehungsweise Apotheker und Patient eine gesicherte Internetverbindung eingerichtet, so dass auch vertrauliche Daten ausgetauscht werden könnten. ■



# Zur Demo mit dem Regenschirm

Er hat ein Stück AOK-Geschichte in Bremen und Bremerhaven mitgeschrieben: Nach 46 Jahren bei der Gesundheitskasse geht Vorstandschef Norbert Kaufhold in den Ruhestand. Ein Rückblick auf bewegte Zeiten von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

**Nein, ein Ja-Sager war** Norbert Kaufhold nie – im Gegenteil. Schon während seines Vorstellungsgesprächs bei der AOK Bremen 1966 gerät er mit dem Geschäftsführer aneinander. „Der hat behauptet, dass Ross im niedersächsischen Wappen sei schwarz und nicht weiß. Da habe ich dagegen gehalten“, erinnert sich der heute 63-Jährige schmunzelnd. Trotz seines jugendlichen Selbstbewusstseins bekommt er die Lehrstelle als Sozialversicherungsfachangestellter – und legt in den folgenden mehr als 46 Jahren eine Karriere hin, die ihn bis an die hauptamtliche Spitze der mittlerweile kleinsten AOK Deutschlands führt: „Als ich anfang, war die AOK Bremen noch die zweitgrößte von 403 Ortskrankenkassen.“

**Als Personalrat aktiv.** Als junger Mann erlebt der gebürtige Bremer die Studentenunruhen in der Hansestadt mit und protestiert selbst, etwa gegen eine Fahrpreiserhöhung bei der Straßenbahn: „Nach dem Dienst sind wir zum Demonstrieren gegangen und haben Regenschirme mitgenommen, weil ja immer der Wasserwerfer kam.“ Den gesellschaftlichen Umbruch, die Emanzipation von der Obrigkeit treibt Kaufhold auf seine Weise bei der AOK voran. Als Gewerkschaftsmitglied wird er mit 23 Jahren erstmals in den Personalrat gewählt, übernimmt 1979 den stellvertretenden Vorsitz des Gremiums – eine Erfahrung, die ihm später als AOK-Arbeitgebervertreter bei Verhandlungen auf Bundesebene mit den Gewerkschaften zugute kommt.

Bei der AOK geht es in den 60er und 70er Jahren teilweise wie bei einer Behörde zu: „Manche Kollegen zogen sich noch eine graue Dienstjacke an. Und wir hatten anfangs nur von 8 bis 13 Uhr geöffnet. Wer konnte da schon zu uns kommen?



Arbeitende Menschen jedenfalls nicht.“ Als aus der Schaltherhalle längst das Kundencenter geworden ist, hält 1987/88 auch die „Gesundheitskasse“ Einzug: „Wir haben uns damals an jeder Straßenecke mit einem großen Plakat präsentiert, und die ersten Werbespots mit dem Slogan ‚AOK – Die Gesundheitskasse‘ liefen im Fernsehen. Das war toll und hat uns allen den Rücken gestärkt“, freut sich Kaufhold noch heute.

**Gemeinsam den Service geformt.** Stolz macht den Vater einer Tochter und zweifachen Großvater im Rückblick vor allem, mit den 650 Beschäftigten ein serviceorientiertes Unternehmen geformt zu haben, das sich am Markt erfolgreich behauptet: „Wir sind schnell und wendig und haben der AOK-Gemeinschaft mehr als einmal als Testlabor für Innovationen gedient, etwa bei der Einführung der bundesweiten Standardsoftware Oscore.“ Ebenso gern denkt der leidenschaftliche Verhandler an so manche Gesprächsrunde mit Vertragsärzten und Kliniken zurück: „An der Sache entlang habe ich immer gerne gestritten und um das beste Ergebnis für beide gerungen.“

**Im Einsatz für behinderte Menschen.** Und was nun? „Ich will erst einmal zur Ruhe kommen und mehr Zeit mit der Familie verbringen.“ Ehrenamtlich möchte sich Kaufhold indes weiter im Vorstand der Bremer Stiftung Martinshof engagieren, einer großen Behinderteneinrichtung mit fast 2.000 Beschäftigten: „Dort warten rund 40 Mitarbeiter im Auftrag der AOK Rollstühle für unsere Versicherten. Und das klappt sehr gut!“ ■

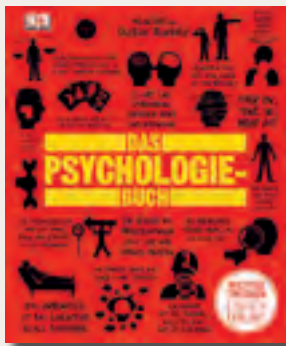
## Kassen-Profi mit Segel-Leidenschaft



Der neue Vorstandschef der AOK Bremen/Bremerhaven ist ein erfahrener Kassen-Fuchs: **Olaf Woggan** (Foto) arbeitete vor seinem Wechsel zur Gesundheitskasse im Jahr 2000 bereits 13 Jahre für den BKK-Verband des kleinsten Bundeslandes. Der 55-Jährige – er verantwortete bei der AOK bislang die Verträge mit Ärzten und Kliniken – will auch künftig die **Versorgung weiterentwickeln** und so „die Teilhabe unserer Versicherten am medizinischen Fortschritt sichern“. Der Jurist möchte zudem die **Marke AOK in der Politik und der Öffentlichkeit weiter stärken** („Die Höhe des Steuerzuschusses zum Fonds darf keinen tagespolitischen Erwägungen folgen“) und die **Gesundheitskasse als Arbeitgeber für Mitarbeiter und Nachwuchskräfte noch attraktiver gestalten**. In seiner Freizeit segelt und joggt er gerne und geht ins Theater und ins Kino.

**Psychologie**  
**100 Theorien einfach erklärt**

Die Zahl der Fehltag durch psychische Erkrankungen hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Fast die Hälfte der Frührenten werden wegen psychischer Erkrankungen gezahlt. Die neue Bedarfs-



planung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die ambulante Versorgung wird dazu führen, dass sich noch in diesem Jahr zusätzlich rund 1.400 psychologische und ärztliche Psychotherapeuten zusätzlich niederlassen werden. Welche Behandlungsmethoden sie anbieten, liegt an ihrer Ausbildung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die

Kosten für psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie. Im Vergleich mit der Medizin ist die Psychologie eine noch sehr junge Wissenschaft. Universitär wurde sie erst 1879, als Wilhelm Wundt in Leipzig das weltweit erste Institut für experimentelle Psychologie eröffnete. Bis heute in Erinnerung geblieben ist Sigmund Freud, der 1908 die immer noch bestehende Wiener Psychoanalytische Vereinigung gründete. All dies und wie es dann weiterging, erfährt man im „Psychologie-Buch“ eines englischen Autorenteam, das jetzt auch auf Deutsch erhältlich ist. In rund 100 Artikeln werden ebenso viele Theorien und Konzepte behandelt. Die Autoren ordnen jede Theorie historisch ein und stellen ihre Protagonisten biografisch vor. Eine spannende Einführung in die Psychologie und ihre vielen Fachbereiche.

*Catherine Collin, Nigel Benson, Joannah Ginsburg, Voula Grand, Merrin Lazyan, Marcus Weeks:*  
**Das Psychologie-Buch.** 2013.  
352 Seiten, 24,95 Euro. Verlag Dorling Kindersley, München.

**Management**  
**So macht ein MDK sich richtig fit**

Total-Quality-Management heißt seit den 1990er Jahren das Schlagwort, um Unternehmen noch erfolgreicher zu machen. Die japanische Automobilindustrie machte es damals vor. Das in Deutschland meistverbreitete Konzept für umfassendes Qualitätsmanagement wurde schnell das sogenannte EFQM-Modell der von 14 europäischen Konzernen, darunter Bosch, British Telecom, Ciba-Geigy und Volkswagen, 1988 als niederländische Stiftung gegründeten European Foundation for Quality Management. Die EFQM-Kriterien werden auch beim wichtigsten deutschen Qualitätspreis, dem Ludwig-Erhard-Preis, herangezogen. Das EFQM-Modell ist längst nicht mehr auf Großunternehmen begrenzt. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) Rheinland-Pfalz setzt es ein. Christoph Rasche, Professor für Management und Sportökonomie an der Universität Potsdam, und Gundo Zieres, Geschäftsfüh-



rer des MDK, präsentieren in ihrem Buch „Auf dem Weg zur Excellence“, wie sich der MDK Rheinland-Pfalz über 13 Jahre veränderte. Nach der Darstellung der theoretischen Grundlagen zeigen sie in der Fallstudie beispielhaft, wie sich das EFQM-Modell branchenspezifisch für ein Unternehmen des Gesundheitswesens anpassen lässt. Und das mit Erfolg: Vor gut einem Jahr, das Buch war noch nicht ganz fertig, belegte der MDK Platz zwei beim Ludwig-Erhard-Preis in der Kategorie Unternehmen mit bis zu 500 Mitarbeitern.

*Christoph Rasche, Gundo Zieres:*  
**Auf dem Weg zur Excellence.** 2011. 376 Seiten, 28 Euro. latros-Verlag, Potsdam.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>8. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER „VERNETZT IN DIE ZUKUNFT“</b></p>	<p>Vernetzung, Anforderungen der Kassen, ambulante spezialärztliche Versorgung, Vergütung für Netze</p>	<p>9.–10.4.2013 Berlin</p>	<p>Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de</p>
<p>■ <b>13. INTERNATIONALE KONFERENZ ÜBER INTEGRIERTE VERSORGUNG</b></p>	<p>Vergütungssysteme und bezahlbare Anreize zur Optimierung und Ausweitung von IV-Projekten</p>	<p>11.–12.4.2013 Berlin</p>	<p>International Foundation for Integrated Care, AQUA-Institut, Bundesverband Managed Care, AOK-Bundesverband u.a.</p>	<p>info@integratedcarefoundation.org www.integratedcarefoundation.org/conference/184</p>
<p>■ <b>INTERPROFESSIONELLER PFLEGEKONGRESS</b></p>	<p>Schnittstellen interdisziplinärer Versorgung, vernetzte Versorgung, Palliativ Care</p>	<p>18.–19.4.2013 Dresden</p>	<p>Springer Medizin Kongressorganisation Heidelberger Platz 3 14197 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/8 27 87–5510 andrea.tauchert@springer.com www.heilberufe-online.de/kongress/veranstaltungen</p>
<p>■ <b>8. JAHRESTAGUNG DES AKTIONSBÜNDNISSES PATIENTENSICHERHEIT</b></p>	<p>Umsetzung und Chancen des Patientenrechtgesetzes, Ökonomisierung des Gesundheitswesens</p>	<p>18.–19.4.2013 Berlin</p>	<p>Aktionsbündnis Patientensicherheit c/o Institut für Patientensicherheit Stiftsplatz 12 53111 Bonn</p>	<p>Tel.: 02 28/97 46 27 13 Fax: 02 28/73 83 05 info@aps-ev.de www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de</p>
<p>■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b></p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Forum der Versicherungen, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress</p>	<p>5.–7.6.2013 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50–0 Fax: 0 30/49 85 50–40 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de</p>

## Praxishandbuch Demenz-Pflege selbst organisieren

Seit Anfang des Jahres erhalten Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zusätzlich 200 Euro im Monat, um eine Pflegekraft einstellen zu können. Die Gründung von Wohngruppen wird mit bis zu 2.500 Euro pro Person unterstützt. Das gilt auch für Demenzkranke. Wie man eine Wohngemeinschaft für Angehörige mit Demenz selbst aufbaut, zeigt der mit Unterstützung der Reemtsma-Stiftung zustande gekommene Erfahrungsbericht eines Projekts in Potsdam. Anfangs ging es um drei Menschen,



nach zwei Jahren waren es acht, die eine Zehn-Zimmer-Wohnung mit zwei Bädern und drei Toiletten bezogen. Vom ersten Treffen der Angehörigen über Wohnungssuche, Mietverhandlung, bedarfsgerechtem Umbau, Finanzierung, Auswahl des Pflegedienstes bis zur Realisierung wird alles genau beschrieben. Zwischendurch musste ein Verein gegründet werden, weil der Vermieter wegen beträchtlicher Umbauinvestitionen nicht auch noch das Risiko von Einzelmietverträgen übernehmen wollte, sondern auf einem langfristigen Mietvertrag für die ganze Wohnung bestand. Immer wieder mussten

Berater hinzugezogen werden. Dann brauchten die Angehörigen einen Moderator, weil sie allein nicht immer in der Lage waren, sich miteinander oder mit dem Pflegedienst zu einigen. Ausführlich beschrieben sind auch Alltagsprobleme und deren Lösungen, wer welche Verantwortung in der Wohngemeinschaft übernimmt, wie mit weiteren Erkrankungen und Psychopharmaka umgegangen wird oder welche Begleitung sterbende Bewohner brauchen. Auch der Pflegedienst steuerte einen Erfahrungsbericht bei. Das Praxishandbuch überzeugt rundum.

*Birgitta Neumann, Franziska Lufer:*  
**Praxishandbuch: Es selbst in die Hand nehmen.** 2012. 112 Seiten, 12 Euro. Selbstverlag. Zu bestellen bei: [www.leben-wie-ich-bin.de](http://www.leben-wie-ich-bin.de)

## Wirtschaftsrecht Viele Gesetze regeln Betreutes Wohnen

Ein neues juristisches Handbuch erläutert gebräuchliche Wohn- und Dienstleistungskonzepte des Betreuten Wohnens, rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten und Vertragsmodelle. Die Materie ist nicht einfach. Mit seinen gut 500 Seiten ist das Handbuch noch relativ kompakt, wenn man allein den Umfang der Zielgruppe betrachtet: Immobilien- und Wohnungsunternehmen, Kommunen, Träger



stationärer Altenpflege, Betreiber ambulanter Pflegedienste, Kreditwirtschaft, Bauträger, Architekten und Ingenieure, Rechtsanwälte, Notare, Steuer- und Unternehmensberater. Für sie alle bieten sieben Autoren mit umfangreichen Erfahrungen in eben diesen Bereichen praktische Hinweise zum Betrieb von Seniorenanlagen, die helfen sollen, auch dauerhaft wirtschaftlichen Erfolg zu sichern. Vier Projekte werden

detailliert beschrieben, von der Planung und Standortwahl bis zur Inbetriebnahme. Darüber hinaus gibt das Handbuch einen Überblick über die Entwicklung des Betreuten Wohnens in Europa, insbesondere in Österreich, den Niederlanden und Großbritannien.

*Lutz Michel, Thomas Schlüter (Hrsg.): Handbuch Betreutes Wohnen.* 2012. 515 Seiten, 85 Euro. C.H.Beck-Verlag, München.

## Zeitschriftenschau

### ■ Esssüchtige Jugendliche nehmen auch eher Drogen

Esssucht bei Kindern und Jugendlichen führt nicht nur zu Übergewicht und Fettleibigkeit. Auch greifen sie eher zu Drogen und entwickeln depressive Symptome als ihre Altersgenossen, die keine Essstörung haben. Zu diesem Ergebnis kommt eine US-amerikanische Langzeitstudie. Die Wissenschaftler hatten von 1996 bis 2005 rund 17.000 Jungen und Mädchen alle zwölf bis 24 Monate zu Essverhalten und Drogenkonsum befragt. Sie waren beim Start der Studie zwischen neun und 15 Jahre alt.

*JAMA Pediatrics* 2013; 167 (2): 149–155

### ■ US-Krankenhäuser verordnen ihren Ärzten immer häufiger einen Check-up

Das US-amerikanische Forschungsinstitut Kaiser Family Foundation hat vor kurzem erstaunliche Daten über die Gesundheit der in den USA praktizierenden Ärzte veröffentlicht. Danach leiden etwa 8.000 Mediziner an Demenz. 42 Prozent der rund eine Millionen US-Ärzte ist älter als 55 Jahre und 21 Prozent über 65 Jahre alt. Eine Reihe von US-Krankenhäusern haben reagiert. Fast zehn Prozent fordern von ihren älteren Mediziner, sich regelmäßig körperlich wie geistig untersuchen zu lassen.

*Washington Post* vom 10. Dezember 2012

### ■ Eisen und Vitamin D: Zwei Tassen Milch tun Kindern gut

Wenn Kinder täglich zwei große Tassen Milch trinken, haben sie genügend Vitamin D und Eisen im Blut. Mehr als zwei große Tassen Milch am Tag erhöhen zwar den Vitamin-D-Spiegel. Dafür aber sinkt der Eisengehalt im Blut deutlich ab. Das berichten Wissenschaftler vom St. Michael's Hospital im kanadischen Toronto. In ihrer Studie beobachteten sie zwei Jahre lang rund 1.300 Kinder zwischen zwei und fünf Jahren. Ihre Eltern hatten das Trink- und Essverhalten ihrer Liebsten protokolliert. Bei den Kleinen wurden regelmäßig die Vitamin-D- und die Eisenkonzentration im Blut untersucht.

*Pediatrics* 2013; 131 (1): 144–151

### ■ Zu langes Stillen fördert Allergien bei Kindern

Eltern und Mediziner sind oft gleichermaßen verunsichert, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist, Babys neben der Muttermilch auch andere Lebensmittel zuzufüttern. Eine finnische Studie mit rund 3.800 Kindern gibt nun mehr Klarheit. Die Forscher hatten die Dauer der Stillzeit sowie den Zeitpunkt der Zufütterung festgehalten. Ergebnis: Die Kinder, die vier Monate ausschließlich gestillt wurden, dann Getreidebrei und später alle anderen Nahrungsmittel bekamen, haben ein deutlich geringeres Risiko für Asthma und allergische Reaktionen des Immunsystems als diejenigen, die sehr lange ausschließlich Muttermilch bekamen.

*The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2013; 131 (1): 78–86

Die Zeitschriftenschau hat Thomas Ebel vom AOK-Bundesverband zusammengestellt.

# Kurzatmige Projektitis bleibt erhalten

Zu wenig Finanziers, keine verbindliche Koordination, Klientel-Politik – die Präventionsstrategie der Bundesregierung greift zu kurz, kritisiert der Sozialwissenschaftler **Rolf Rosenbrock**. An der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen ändere sie nichts.

Im Dezember 2012 hat die schwarz-gelbe Koalition eine Präventionsstrategie vorgelegt. Sie ist zustande gekommen ohne öffentliche Inanspruchnahme der in Deutschland reichlich vorhandenen Expertise in der Prävention. Das 16 Seiten umfassende Papier weist daher fundamentale Mängel auf.

Nach wie vor soll nur die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Finanzier fungieren. Von der notwendigen Einbeziehung anderer Sozialversicherungen, vor allem auch der Arbeitslosenversicherung, ist nicht einmal die Rede. Da waren die Entwürfe für das Präventionsgesetz der Nuller Jahre deutlich weiter. Auch ein anderes Defizit – die Mängel in der Koordination zwischen verschiedenen Trägern – wird nur scheinbar angegangen. Es bleibt bei dem seit über zehn Jahren ohne Vollmacht und Verbindlichkeit arbeitenden Projekt gesundheitsziele.de. Neu ist lediglich eine „Ständige Präventionskonferenz“ der Akteure (ohne die Wissenschaft), die beim Bundesgesundheitsministerium eingerichtet werden soll – ohne Vollmachten und Verbindlichkeiten. Deshalb ändert die Präventionsstrategie nichts daran, dass Einrichtungen der Wohlfahrt, der Sozialversicherungen, der Kommunen, der Länder und des Bundes jede für sich entscheiden, ob und was sie tun, wie lange sie es finanzieren, welche Qualitätssicherung sie betreiben. Kurz: Die Praxis der kurzatmigen und nur flickenhaft agierenden „Projektitis“ bleibt uns erhalten.

**Ärztliche Gesundheitsberatung soll ausgebaut werden.** Natürlich geht es auch nicht ohne Klientel-Politik: Die Präventionsstrategie sieht neue Früherkennungsuntersuchungen vor, und die Gesundheitsberatung durch Ärzte soll ausgebaut (und wohl auch vergütet) werden. Kein Wort davon, dass der Dialog zwischen Arzt und Patient in Deutschland kürzer ist als in den

meisten europäischen Ländern, dass Mediziner in Deutschland nicht in Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung ausgebildet werden und es kaum Evidenz für die Wirksamkeit ärztlicher Beratung gibt. Stattdessen wird den Ärzten eine Last aufgebürdet, die sie unmöglich schultern können: die „Einflussnahme auf krankmachende Lebensbedingungen“. Die sozial bedingte Ungleichheit der Chancen auf ein gesundes und langes Leben steigt seit über einem Jahrzehnt kontinuierlich an. Es wäre ein großer Erfolg, diese Entwicklung zu stoppen. Dazu müsste man sie aber erstmal zur Kenntnis nehmen. Dann würden die Zielgruppen auch nicht auf das Merkmal „oft schwer zu erreichen“ und „Jugendliche mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Bildungsstand“ reduziert.

**Mehr Geld für die BZgA.** Die Präventionsstrategie begünstigt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit 50 Cent für jeden GKV-Versicherten pro Jahr. Für die mehr als 30 Millionen Euro, die das jährlich sein könnten, wird die BZgA – auf Kosten der GKV und damit der GKV-Beitragszahler – zum „Nationalen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung“ ausgebaut. Die Präventionsstrategie weist der BZgA eine Fülle von Aufgaben zu. Ganz überwiegend geht es um die Produktion und Distribution von Materialien. Zwar ist die BZgA ausweislich ihrer Praxis und externer Evaluationen eine fachlich hochstehende und effektiv arbeitende Fachbehörde des Bundes. Aber für die Initiierung, Begleitung und Qualitätssicherung der vielen tausend Prozesse der partizipativen Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Schulen, Freizeiteinrichtungen, Betrieben, Stadtteilen, in Einrichtungen für alte oder behinderte oder kranke Menschen braucht es dezentral wirkende Anreize und Unterstützung sowie die verbindliche Koordination zwischen allen Sozialversicherungsträgern und Kommunen und Ländern und dem Bund. Eine einzelne Behörde kann dabei nur eine helfende Rolle spielen.

Mit einem bloßen gesetzlichen Eingriff in die Verwendung der GKV-Beitragsmittel für die Prävention, ein paar neuen Positionen in der ärztlichen Gebührenordnung und der Schaffung einer unverbindlichen „Präventionskonferenz“ wird die Bundesregierung weder den gesundheitswissenschaftlichen Möglichkeiten noch den gesundheitswissenschaftlichen Notwendigkeiten gerecht. ■

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung ist seit 2012 Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes. **Kontakt: Rolf.Rosenbrock@paritaet.org**

## 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, vormals DOK,  
erstmals erschienen: 1914

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

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving  
Artdirection Anja Stamer  
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger  
Chefreporter Thomas Hommel  
Verantw. Redakteurin Anne Töpfer  
Redaktion Burkhard Rexin (ständiger Autor)

Titel plainpicture

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

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

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

Anzeigen KomPart Verlagsgesellschaft mbH  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
Telefon: 0 30 2 20 11-0  
Telefax: 0 30 2 20 11-105  
Ansprechpartner:  
Christian Lindenberg, Telefon: -161  
Verantwortlich für den Anzeigenteil:  
Werner Mahlau

Nachdruck nur mit Genehmigung  
des Verlages. Dies gilt auch für die  
Aufnahme in elektronische Daten-  
banken und Mailboxen. Für unau-  
gefordert 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. 15  
vom 1.1.2013  
ISSN 1436-1728



G+G 2/2013

Lernen mit Herz und Hand

## Zu wenig Geld für Gespräche

Die Sache mit dem aufgeklärten Patienten ist echt eine Gratwanderung. Wenn ich zum Arzt gehe, wünsche ich mir vor allem, dass der weiß, was bei mir vorliegt, beziehungsweise die Methoden kennt, mit denen er das herausfinden kann. Und dann auch weiß, welche Therapie hilft. Also: In erster Linie soll er mir sagen können, wie ich wieder gesund werde. Auch wenn ich mich noch so ausführlich im Internet, Fernsehen, Zeitschriften, Broschüren informiere oder sogar an der Patientenuni teilnehme, werde ich nie die Erfahrungen und den Wissenshintergrund haben, wie mein Arzt. Er soll entscheiden, was zu tun ist. Und wenn ich den Eindruck habe, dass er nicht weiterweiß, frage ich einen anderen. Vertrauen ist wichtig, und das entsteht natürlich auch daraus, dass ein Arzt mit mir redet. Ich habe aber oft den Eindruck, dass die Ärzte gar keine Lust auf lange Diskussionen mit den Patienten haben. Wenn einer sagt, ich habe da aber gelesen, dass es das und das Medikament gibt – da verlieren viele Ärzte schon die Geduld. Das liegt vermutlich auch daran, dass sie für Gespräche zu wenig Geld bekommen. Das höre ich zumindest immer mal wieder in den Praxen. Da wäre also die Politik gefragt, die entscheiden muss, was die Zeit für den Patienten wert sein soll. Ich finde, es kann nicht sein, dass ein Arzt mit Ultraschall, Röntgen oder sogar irgendwelchen Mumpitz-Untersuchungen (Stichwort: IGel) mehr verdient als mit sorgfältigem

Zuhören und Erklären der Therapiemöglichkeiten. Das Gespräch ist auf jeden Fall eine wichtige Basis für alles: Ich möchte wissen, warum ich ein Medikament nehmen muss und welche Risiken damit verbunden sind. Da hilft mir sicher auch so etwas wie die Patientenuniversität. Aber noch mehr hilft, dass sich mein Arzt genug Zeit für mich nimmt.  
V. S., Stadthagen

G+G 2/2013

Psychiatrie ohne Zwangsjacke

## Angehörige nicht vergessen

Der Beitrag über die psychiatrische Versorgung trägt dazu bei, psychische Erkrankungen weiter zu enttabuisieren. Aber bis unsere Gesellschaft solche Krankheiten als so „normal“ ansieht wie eine Grippe wird wohl noch viel Zeit ins Land gehen. Bei aller Diskussion über die Ursachen dieser Erkrankungen – biologische oder gesellschaftliche Faktoren – steht eines fest: Es ist noch einiges zu tun, um die Behandlung seelisch Kranker zu verbessern. Dabei darf es aber nicht wieder nur ums Geld verdienen (Leistungserbringer) oder Sparen (Krankenkassen) gehen. Und ob die Versorgung psychisch Kranker im häuslichen Umfeld wirklich immer so segensreich ist, wie von mancher Seite behauptet, wage ich zu bezweifeln. Ein Angehöriger, der tage-, wochen- oder gar monatelang Angst um das Leben des depressiv Kranken haben oder Aggressionen aushalten muss, kann selbst ein Fall für die Psychiatrie werden, wenn er keine Atempause bekommt.  
A. W., Bonn

# BECKs Betrachtungen



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

ter der komischen Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann, erschienen im Juni 2011), Preise und Ausstellungen folgten. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf [www.schneeschnee.de](http://www.schneeschnee.de)

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK  
**PLUSPUNKT**  
Gesundheit

Sie haben Fragen zu Medikamenten  
in der Schwangerschaft?

**Wir beraten Sie zu Arzneimitteln.**

Mit unserer Arzneimittelberatung für Schwangere und Stillende haben Sie immer das sichere Gefühl, bei einer Krankheit das richtige Medikament zu nehmen. Lassen Sie sich persönlich beraten. Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

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